Studia Pragmalingwistyczne

Rocznik Instytutu Polonistyki Stosowanej Wydziału Polonistyki UW

Rok VIII

2016

INSTYTUT POLONISTYKI STOSOWANEJ

WARSZAWA 2016

Redaktor naczelny
Józef Porayski-Pomsta

Komitet Redakcyjny
Beata Ciecierska-Zajdel (sekretarz redakcji), Joanna Frużyńska, Ewa Kozłowska,
Marzena Stępień, Agata Wdowik, Ewa Wolańska

Rada Redakcyjna
Stanisław Dubisz (Warszawa), Stanisław Gajda (Opole), Irena Masojć (Wilno, Litwa),
Bogdan Owczarek (Warszawa), Marta Pančikova (Bratysława, Słowacja),
Józef Porayski-Pomsta (przewodniczący; Warszawa), Björn Wimmer (Mainz, Niemcy),
Ewa Wolańska (sekretarz), Halina Zgółkowa (Poznań)

Redaktorzy tomu
Marlena Kurowska
Józef Porayski-Pomsta
Maria Przybysz-Piwko

Recenzenci tomu
Zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego recenzenci są anonimowi.
Listę wszystkich recenzentów czasopisma w latach 2009–2016 można znaleźć
na stronie internetowej czasopisma: www.studiapragmaling.uw.edu.pl

Opracowanie streszczeń w języku angielskim
Marcin Ślarzyński

Korekta
ZESPÓŁ

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

© Copyright by Instytut Polonistyki Stosowanej
Wydział Polonistyki UW
Warszawa 2016

ISSN 2080-5853
ISBN 978-83-64111-89-1

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. 1369/2016

SPIS TREŚCI

Od redakcji 11

ARTYKUŁY I ROZPRAWY

I. TERAPIA LOGOPEDYCZNA

DANUTA EMILUTA-ROZYA: Programowanie terapii na podstawie wyników badania logopedycznego 15

DANUTA PLUTA-WOJCIECHOWSKA: Procedura terapii wad wymowy w analizie poznawczej 45

NATALIA SIUDZIŃSKA, ELŻBIETA RADKOWSKA: Terapia logopedyczna dzieci po zabiegu faryngoplastyki 63

MARLENA KUROWSKA: Wywoływanie wypowiedzi u dzieci z zaburzeniami rozwoju mowy i języka pochodzenia korowego 73

MILENA MROZOWSKA: Terapia osób jąkających się dr. M.F. Schwartza oparta na technice pasywnego przepływu powietrza – The Passive Airflow Technique 83

II. NARZĘDZIA DIAGNOSTYCZNE

DOROTA LIPIEC: Karta badania logopedycznego osób po laryngektomii całkowitej 105

MONIKA KAŹMIERCZAK: Ocena pacjentów z zaburzeniami głosu za pomocą Voice Handicap Index (VHI) na tle innych metod diagnostycznych (cz. 1. – stosowanych w foniatrii) 117

MONIKA KAŹMIERCZAK: Ocena pacjentów z zaburzeniami głosu za pomocą Voice Handicap Index (VHI) na tle innych metod diagnostycznych (cz. 2. – stosowanych przez terapeutów głosu i mowy) 127

KAROLINA POŻOGA: Zastosowanie *Testu FAST* w diagnostyce i monitorowaniu przebiegu afazji w ostrej fazie udaru mózgu (na podstawie badań własnych) 139

III. PROFILAKTYKA LOGOPEDYCZNA I WSPOMAGANIE ROZWOJU FUNKCJI MOWY

ALINA GROMADKA: Idea wczesnej profilaktyki i terapii logopedycznej a wskaźniki zaburzeń ze spektrum autyzmu 159

IWONA SOŁTYS: Wpływ typu karmienia na rozwój wzorców artykulacyjnych. Przeciwdziałanie zaburzeniom w wypadku karmienia sztucznego – zadania logopedy 169

MARCELINA PRZEŹDZIĘK: Wspomaganie karmienia u dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym. Podstawowe zagadnienia 177

JOANNA ZAWADKA: Rola oddziaływań logopedycznych w profilaktyce, diagnozie i terapii zaburzeń czytania i pisania 187

IV. ROZWÓJ I ZABURZENIA MOWY

OLGA JAUER-NIWOROWSKA: Trudności w przetwarzaniu treści abstrakcyjnych i przenośnych u osób z chorobą Parkinsona (PD) w normie intelektualnej – doniesienie z badań 199

JUSTYNA ŻULEWSKA, MAŁGORZATA NOWIS-ZALEWSKA: Omówienia jako objaw zaburzeń nazywania u osób z afazją 207

ELŻBIETA TROCIUK-SADOWSKA: Reakcje niemówiącego dziecka z autyzmem na własne imię w świetle badań własnych 219

MARIOLA BIAŁEK: Umiejętność różnicowania wzorców intonacyjnych oraz posługiwania się nimi przez dzieci w wieku trzech i czterech lat 235

HUBERT OLBORSKI: Wpływ jąkania na prozodię mowy. Ocena zaburzeń wymowy na poziomie suprasegmentalnym w jąkaniu klonicznym i tonicznym 253

EWA BOKSA: Ślinotok i zaburzenia komunikacji u pacjentów cierpiących na dysfagię 267

JOANNA CHMIELEWSKA, BARBARA JAMRÓZ: EWELINA SIELSKA-BADUREK, KAZIMIERZ NIEMCZYK: Komunikacja i tekstura płynów i pokarmu jako ważny aspekt profilaktyki zachłystowego zapalenia płuc u pacjentów z dysfagią 279

V. ZAGADNIENIA KOMUNIKACJI

ANNA SUCHODOLSKA (Hanna Sukhadolskaya): Komunikacja imigrantów z Polakami a fenomeny świadomości językowej oraz świadomości komunikacyjnej 287

MARIA ŻABOKLICKA: Wymowa kandydatów na studia aktorskie. Na materiale zebranym w Akademii Teatralnej w Warszawie podczas egzaminów na Wydział Aktorski w 2011 roku 309

RECENZJE

ALICJA KARSZNIA-SOBCZAK: VB-MAPP. Ocena osiągania kamieni milowych i planowanie terapii. Opis polskiego wydania programu do oceny umiejętności językowych i społecznych dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju 333

KRONIKA INSTYTUTU POLONISTYKI STOSOWANEJ (2015)

Rozprawy habilitacyjne pracowników Instytutu Polonistyki Stosowanej ... 341

Rozprawy doktorskie obronione w Instytucie Polonistyki Stosowanej 341

Jubilalia 343

Doc. doktor Maria Przybysz-Piwko (8 grudnia 1950 – 16 października 2016) 345

BIBLIOGRAFIA PUBLIKACJI PRACOWNIKÓW INSTYTUTU POLONISTYKI STOSOWANEJ (2015) 351

TABLE OF CONTENTS

From the Editors 11

ARTICLES AND DISSERTATIONS

I. SPEECH-LANGUAGE THERAPY

DANUTA EMILUTA-ROZYA: Programming of Therapy on the Basis of Research in Speech-Language Pathology 15

DANUTA PLUTA-WOJCIECHOWSKA: Speech Therapy Procedure in Cognitive Analysis 45

NATALIA SIUDZIŃSKA, ELŻBIETA RADKOWSKA: Speech Therapy for Children after Pharyngoplasty Surgery 63

MARLENA KUROWSKA: Speech Elicitation in Children with Developmental Disorders of Speech and Language Caused by Cerebral Cortex Defects 73

MILENA MROZOWSKA: The Stuttering Therapy Based on the Passive Air Flow Technique by M.F. Schwartz 83

II. DIAGNOSTICAL TOOLS

DOROTA LIPIEC: Speech Disorders Assessment Card for Patients after the Total Laryngectomy 105

MONIKA KAŹMIERCZAK: Evaluation of Patients with Voice Disorders Assessed by Voice Handicap Index (VHI) Compared to other Methods of Diagnostics (part 1 – Used in Phoniatrics) 117

MONIKA KAŹMIERCZAK: Evaluation of Patients with Voice Disorders Assessed by Voice Handicap Index (VHI) Compared to other Methods of Diagnostics (part 2 – Used by Voice and Speech Therapists) 127

KAROLINA POŻOGA: Implementation of *FAST Test* in Diagnostics and Monitoring of the Process of Aphasia in the Acute Phase of Stroke (based on the author's own research) 139

III. SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY PREVENTION AND THE SUPPORT OF SPEECH FUNCTIONS DEVELOPMENT

ALINA GROMADKA: The Idea of Speech-Language Pathology Prevention and Therapy, and the Indicators of Disorders on the Autism Spectrum 159

IWONA SOŁTYS: Influence of the Type of Breastfeeding on the Development of Articulation Patterns. Prevention of Disorders in the Case of the Artificial Breastfeeding – Tasks for Speech-Language Therapist 169

MARCELINA PRZEŹDZIĘK: Breastfeeding Support of a Child with Infantile Cerebral Palsy. Basic Issues 177

JOANNA ZAWADKA: The Role of Speech-Language Therapy in the Prevention, Diagnosis and Therapy of Reading and Writing Disorders 187

IV. DEVELOPMENT AND PATHOLOGY OF SPEECH

OLGA JAUER-NIWOROWSKA: Difficulties in the Processing of Abstract and Metaphoric Content by Persons with Parkinson Disease (PD) in Intellectual Norm – Research Report 199

JUSTYNA ŻULEWSKA, MAŁGORZATA NOWIS-ZALEWSKA: Talking Through as a Symptom of Naming Disorder of Persons with Aphasia 207

ELŻBIETA TROCIUK-SADOWSKA: Reactions of Mute Children with Autism to Their Own Names (based on the author's own research) 219

MARIOLA BIAŁEK: The Ability to Diversify and Use Intonation Patterns by Three and Four Year Old Children 235

HUBERT OLBORSKI: The Impact of Stuttering on the Prosody of Speech. The Assessment of Pronunciation Disorders in Clonic and Tonic Stuttering on the Suprasegmental Level 253

EWA BOKSA: Salivation and Communication Disorders in Patients Suffering from Dysphagia 267

JOANNA CHMIELEWSKA, BARBARA JAMRÓZ: EWELINA SIELSKA-BADUREK, KAZIMIERZ NIEMCZYK: Texture of Liquids and Food as an Important Aspect of Aspiration Pneumonia Prevention in the Cases of Patients with Dysphagia 279

V. ISSUES CONNECTED WITH COMMUNICATION

ANNA SUCHODOLSKA (Hanna Sukhadolskaya): Communication of Immigrants with Poles. Phenomena of Language Consciousness and Communication Consciousness 287

MARIA ŻABOKLICKA: Pronunciation of Acting School Candidates. Based on the Material Gathered in Warsaw Theatre Academy during Entrance Exams in 2011 309

REVIEWS

ALICJA KARSZNIA-SOBCZAK: VB-MAPP. The Evaluation of Milestones and Therapy Planning. The Description of Polish Edition of Program Designed to Evaluate Language and Social Skills of Children with Autism and other Developmental Disorders 333

CHRONICLE OF THE INSTITUTE OF APPLIED POLISH STUDIES (2015)

Habilitation theses of the faculty members of the Institute of Applied Polish Studies 341

Doctoral dissertations defended in the Institute of Applied Polish Studies 341

Jubilees 343

Associate Professor Dr. Maria Przybysz-Piwko (8 December 1950 – 16 October 2016) 345

BIBLIOGRAPHY OF PUBLICATIONS BY FACULTY OF THE INSTITUTE OF APPLIED POLISH STUDIES (2015) 351

OD REDAKCJI

Rocznik VIII/2016 „Studiów Pragmalingwistycznych" jest poświęcony – części *Artykuły i rozprawy* – zagadnieniom komunikacji językowej ze szczególnym zwróceniem uwagi na profilaktykę, diagnozę i terapię logopedyczną. Zagadnienia te wcześniej były omawiane w tomie IV/2012. Wracamy do tej problematyki ze względu na jej wagę praktyczną i teoretyczną: publikowane teksty najczęściej są oparte na doświadczeniach praktycznych jej autorów, którzy rozważają różne potrzeby i możliwości wyzyskania tych doświadczeń dla niesienia pomocy osobom mającym różnego rodzaju trudności w komunikacji międzyosobowej.

Część *Artykuły i rozprawy* zawiera 22 opracowania, które zostały podzielone tematycznie następująco: I. *Terapia logopedyczna*; II. *Narzędzia diagnostyczne*; III. *Profilaktyka logopedyczna i wspomaganie funkcji rozwoju mowy*; IV. *Rozwój i zaburzenia mowy*; V. *Zagadnienia komunikacji*.

Ponadto w tomie znajdują się:

- *Recenzje* – jedna recenzja opracowania poświęconego planowaniu terapii oraz ocenie osiągnięć w tym zakresie;
- *Kronika Instytutu Polonistyki Stosowanej*
- *Bibliografia publikacji pracowników Instytutu Polonistyki Stosowanej*

Józef Porayski-Pomsta
Redaktor naczelny

Warszawa, dnia 1 września 2016 roku

ARTYKUŁY I ROZPRAWY

I. TERAPIA LOGOPEDYCZNA

DANUTA EMILUTA-ROZYA
(Zakład Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej)

PROGRAMOWANIE TERAPII NA PODSTAWIE WYNIKÓW BADANIA LOGOPEDYCZNEGO

STRESZCZENIE: W opracowaniu tym autorka zaprezentowała schemat programowania terapii logopedycznej, którego podstawą są wyniki zróżnicowanego (w zależności od zakresu zaburzeń lub opóźnień rozwoju mowy dziecka) postępowania diagnostycznego. W każdym programie terapii powinien być podany cel usprawniania logopedycznego (odmienny w różnych przypadkach), a jego zawartość to zestawy ćwiczeń, dobranych indywidualnie, ukierunkowanych na rozwijanie mowy i języka lub wymowy dziecka oraz na usuwanie patomechanizmów. Ważnym punktem programu terapii jest (w uzasadnionych przypadkach) pedagogizacja rodziców. Założenia programowania terapii logopedycznej zostały zilustrowane przykładami kilku studiów przypadków.

SŁOWA KLUCZOWE: programy terapii logopedycznej, wyniki badania logopedycznego, cele terapii logopedycznej, ćwiczenia rozwijające kompetencję językową, usuwanie patomechanizmów zaburzeń mowy lub artykulacji

Artykuł ten kieruję głównie do młodych logopedów i studentów logopedii. Doświadczeni logopedzi mają zapewne wypracowane sposoby postępowania zarówno diagnostycznego, jak i terapeutycznego. To, o czym piszę, może być więc zaproszeniem do dyskusji nad różnymi drogami dojścia do celu głównego w logopedii, jakim jest udzielanie skutecznej pomocy osobom z trudnościami w językowym porozumiewaniu się. W literaturze logopedycznej można znaleźć opisy różnych działań usprawniających, proponowanych w zależności od stwierdzanych u podopiecznego objawów i przyczyn zaburzeń mowy. Te z kolei możliwe są do określenia oczywiście po przeprowadzeniu badania diagnostycznego, którego etapem końcowym jest rozpoznanie formy zaburzenia według przyjętej przez danego logopedę typologii. W różnych ośrodkach logopedycznych w Polsce preferowane są różne klasyfikacje zaburzeń mowy, z czym wiążą się określone sposoby pracy logopedycznej. S. Grabias [2008] podaje schemat standardu postępowania logopedycznego, typowy dla każdego naszego działania, mianowicie: diagnozowanie, analiza wyników badań specjalistycznych, programowanie terapii (ramy terapii) oraz postępowanie terapeutyczne. Innej drogi być nie może. Bez względu na przyjęte podstawy teoretyczne każdy terapeuta działa zawsze

w tym samym schemacie: od rozpoznania zaburzeń do udzielania konkretnej pomocy według założonego planu (programu) usprawniania. W tomie 37 czasopisma „Logopedia" podane są standardy postępowania logopedycznego w przypadkach różnych zaburzeń, uporządkowanych według logopedycznej klasyfikacji zaburzeń mowy S. Grabiasa [2001], a więc związanych z 1. niewykształconą kompetencją językową w przypadkach: zaburzeń słuchu [Kurkowski i współautorzy 2008], alalii prolongaty [Stasiak 2008], dyslalii [Sołtys-Chmielowicz 2008], alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji [Panasiuk 2008], oligofazji [Jęczeń 2008], autyzmu wczesnodziecięcego [Cieszyńska 2008], zespołu Aspergera [Korendo 2008], dysleksji rozwojowej [Domagała, Mirecka 2008], 2. brakiem lub niedowładem sprawności realizacyjnych w przypadkach: dyslalii rozwojowej ankyloglosyjnej [Ostapiuk 2008], dyslalii zgryzowej [Konopska 2008], rozszczepów wargi i podniebienia [Pluta-Wojciechowska 2008] i innych, 3. z rozpadem systemu komunikacyjnego: w afazji [Panasiuk 2008] i w innych zaburzeniach.

Wielość wymienionych wyżej standardów świadczy o konieczności uwzględniania typu trudności w językowym porozumiewaniu się i indywidualnych cech zaburzenia w obrębie danego typu. Jak widać, praca logopedy nie może być jednorodna (poza głównymi ramami postępowania), musi być zróżnicowana w zależności od analizowanego przypadku, najpierw powinna być postawiona diagnoza, aby można było podjąć usprawnianie. Są to argumenty przeciwko często powtarzanemu przez M. Smoczyńską poglądowi iż „ostre wydzielanie granic między normą a patologią czy pomiędzy różnymi zaburzeniami, działa niekiedy na niekorzyść osób dotkniętych tymi zaburzeniami" [2012: 34].

Propozycja postępowania logopedycznego zawarta w artykule dotyczy niwelowania trudności w mowie tylko u dzieci i opiera się na zmodyfikowanym zestawieniu form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej, D. Emiluty-Rozya [Emiluta-Rozya 2008]. Z pierwotnej wersji naszej klasyfikacji [Mierzejewska, Emiluta-Rozya 2000] wyłączyłam opóźnienie rozwoju mowy, jako jedną z form (obok prostego opóźnienia rozwoju mowy) nie zaburzonego lecz opóźnionego rozwoju mowy. Wyodrębniam, o czym pisałam już kilkakrotnie, stan mowy określony jako opóźniony rozwój mowy od stanu odmiennego w objawach i patomechanizmach, jakim jest zaburzony jej rozwój [Emiluta-Rozya 2007]. Główne kryteria wyróżniania form zaburzonego rozwoju mowy w naszej typologii to zakresy ich objawów (pokazane w postaci graficznej, jako poszerzające się pola wewnątrz zestawienia), analizowane w połączeniu ze stwierdzanymi w toku postępowania diagnostycznego przyczynami i patomechanizmami. Ta sama przyczyna, na przykład niedosłuch, może bowiem wywołać odmienny stan mowy, czyli może opóźniać jedynie jej rozwój (opóźnionego rozwoju mowy z powodu niedosłuchu nie ma w zestawieniu wśród form zaburzeń) lub go zaburzać w różnym zakresie, prowadząc do niedokształcenia mowy albo do zaburzeń artykulacyjnych,

czyli dyslalii słuchowej. Niedokształcenie mowy z powodu niedosłuchu objawia się niepełnym przyswojeniem systemu językowego, co ogranicza rozumienie wypowiedzi i tworzenie wypowiedzi słownych, zarówno pod względem formy gramatycznej wypowiedzi, jak i artykulacji. W dyslalii słuchowej rejestrujemy jedynie nieprawidłową wymowę, wywołaną niepełnym (zniekształconym) odbiorem dźwięków mowy otoczenia i własnych z powodu niedosłuchu, ale umiejętność rozumienia i tworzenia wypowiedzi jest opanowana w granicach normy dla danego wieku dziecka. Poza elementem wspólnym w tych przypadkach – usprawnianiem uszkodzonego narządu słuchu, czyli ćwiczeniami słuchowym, inna jest zawartość programów terapii oraz ich główne cele. W niedokształceniu mowy zawsze koncentrujemy się na rozwijaniu systemu językowego, w opóźnionym rozwoju mowy na wyrównywaniu „przesuniętych" w czasie etapów rozwoju mowy, zaś w dyslalii na uzyskaniu prawidłowej artykulacji. Nie mogę więc przyjąć „głuchoty i niedosłuchu" jako formy zaburzenia mowy, w której „kompetencje językowe nie wykształcają się w związku z niewłaściwie funkcjonującym słuchem fizycznym" [Grabias 2008: 26]. U wielu osób (dzieci i dorosłych) z wrodzonym głębokim niedosłuchem wykształciła się kompetencja językowa, a w obrazie ich mowy dostrzegamy jedynie dyslalię słuchową i ewentualnie współwystępującą dysprozodię. Tym bardziej trzeba tę kwestię podkreślić, ponieważ współcześnie prelingwalne uszkodzenia narządu słuchu są wykrywane w okresie noworodkowym, niemowlęta otrzymują wsparcie w postaci wysokiej klasy aparatów słuchowych lub implantów ślimakowych oraz wczesnej terapii surdologopedycznej. Wobec tego praktycznie głuchota u dzieci już nie istnieje, natomiast skutki uszkodzenia narządu słuchu objawiają się najczęściej jako opóźniony rozwój mowy z powodu niedosłuchu albo dyslalia słuchowa. W przypadkach, gdy wadzie słuchu towarzyszą inne zaburzenia (np. funkcji poznawczych) lub dziecko jest z rodziny osób niedosłyszących, posługujących się językiem migowym, jego mowa może pozostać w stanie niedokształcenia.

Ze względu na objętość tego artykułu treści w nim zawarte nie mogą dotyczyć wszystkich form zaburzeń mowy ujętych w naszej typologii. Specyfika niektórych form zaburzeń, np. jąkania czy mutyzmu albo afazji u dorosłych, wymaga szczegółowego opisu odmiennej procedury diagnostyczno-terapeutycznej. Podane w artykule opisy tworzenia zróżnicowanych programów terapii logopedycznej zawierają wskazówki do pracy z dziećmi z różnymi formami niedokształcenia mowy, z opóźnieniem rozwoju mowy, z dyslalią. Ich uszczegółowienie możliwe jest po uzyskaniu indywidualnych wyników przyjętego postępowania diagnostycznego (zawsze uwzględniającego zakres nieprawidłowości w mowie oraz przyczyny i mechanizmy, które je wywołały), a ono z kolei zależy od wniosków uzyskanych po wstępnej ocenie rozwoju danego dziecka i jego komunikacji [Emiluta-Rozya 2008, 2013, 2015].

Najpierw przedstawię propozycję schematu działania logopedycznego, stosowanego od wielu lat w naszej „szkole logopedycznej”:

I. Wstępna ocena rozwoju dziecka i jego komunikacji (przedjęzykowej i językowej)

II. Wybór postępowania diagnostycznego oraz jego realizacja

IIa. przeprowadzenie całościowego badania logopedycznego [Emiluta-Rozya 2013] w przypadkach trudności w mowie (uzupełnionego bądź nie, zastosowaniem innych narzędzi, np. PEP-R, gdy podejrzewamy obniżenie rozwoju psychoruchowego albo profilu dyzartrii w uzasadnionych diagnostycznie przypadkach)
albo

IIb. przeprowadzenie badania uproszczonego u dziecka z trudnościami artykulacyjnymi [Emiluta-Rozya 1998, 2015]

III. Analiza wyników przeprowadzonego badania logopedycznego

IIIa. analiza wyników całościowego badania logopedycznego uwzględniająca wyniki wywiadu, badań specjalistycznych nielogopedycznych, szczegółowego badania logopedycznego
albo

IIIb. analiza wyników badania dziecka z dyslalią uwzględniająca wyniki skróconego wywiadu, badań specjalistycznych nielogopedycznych, uproszczonego szczegółowego badania logopedycznego

IV. Sformułowanie diagnozy logopedycznej

IVa. określenie formy zaburzonego rozwoju mowy, czyli rodzaju niedokształcenia mowy (na podstawie objawów, przyczyn i patomechanizmów), dyzartrii (uszczegółowienie typu dyzartrii), środowiskowych zaburzeń mowy [Emiluta-Rozya 2008] lub form opóźnionego rozwoju mowy [Emiluta-Rozya 2007]
albo

IVb. określenie formy dyslalii na podstawie klasyfikacji etiologicznej (podania przyczyn i zrozumienia patomechanizmu) i objawowej (szczegółowej rejestracji objawów, czyli nieprawidłowo wymawianych głosek i rodzajów ich zakłóceń), z uwzględnieniem stałości (lub braku stałości) nieprawidłowych oraz prawidłowych nawyków artykulacyjnych [Emiluta-Rozya 2006a, 2013]

V. Opracowanie programu terapii

VI. Wdrożenie programu terapii i weryfikacja diagnozy logopedycznej w trakcie realizacji usprawniania logopedycznego

VII. Weryfikacja programu terapii w zależności od zmian rejestrowanych w mowie dziecka oraz dzięki lepszemu poznaniu dziecka i jego rodziny, co pomaga uszczegóławiać mechanizmy oddziałujące na rozwój mowy.

Ciąg dalszy artykułu to rozwinięcie punktu dotyczącego tworzenia programów terapii. Czytelnik znajdzie tu nawiązanie i uzupełnienie do zakończenia zawartego w Całościowym badaniu logopedycznym. Dla mnie najważniejszym efektem [...] w postępowaniu diagnostycznym jest uzyskanie podstaw do skonstruowania odpowiedniego programu usprawniania logopedycznego [...]. Wyniki poszczególnych prób badawczych, zarówno w części poświęconej ocenie stanu mowy, jak i w badaniu zmierzającym do ustalenia przyczyn i patomechanizmów, wskażą nam, co ćwiczyć z dzieckiem. Będziemy wiedzieli, które struktury językowe należy rozwijać i od których zaczynać ćwiczenia, które funkcje usprawniać, a które powinny być ćwiczone przez innych specjalistów" [Emiluta-Rozya 2013: 49]. Jednocześnie dodam, że wyniki analizy środowiskowych negatywnych uwarunkowań rozwoju dziecka umożliwiają nam podjęcie czynności wyjaśniających ich wpływ na stan mowy dziecka i doprowadzenie do ich wyeliminowania.

Przy wszystkich trudnościach w rozwoju mowy u dzieci konstrukcja programów usprawniania jest podobna, ale ich zawartość szczegółowa zróżnicowana, w zależności nie tylko od danej diagnozy logopedycznej, ale także od szczegółowych wyników badania logopedycznego.

Określenie celu terapii logopedycznej

Konstruowanie programu rozpoczynamy od określenia celu usprawniania logopedycznego, innymi słowy logopeda powinien uświadomić sobie, do czego dąży i co możliwe jest do osiągnięcia w zakresie umiejętności porozumiewania się w danym przypadku oraz na danym etapie rozwoju mowy dziecka. Oznacza to, że cel może ulegać zmianie wraz z postępami osiąganymi przez dziecko. Po ustaleniu pierwszej diagnozy, czyli określeniu formy zaburzonego albo opóźnionego rozwoju mowy oraz – co jest ogromnie ważne – nasilenia trudności w rozwoju mowy, wyznaczamy cel podejmowanej terapii. W różnych formach niedokształcenia mowy będzie to najczęściej rozwijanie systemu językowego (kompetencji językowej i komunikacyjnej). W celu terapii dobrze byłoby uszczegółowić to, na co kładziemy szczególny nacisk w danym okresie terapii (np. rozwijanie umiejętności rozumienia wypowiedzi słownych albo rozwijanie umiejętności tworzenia wypowiedzi słownych). W zaburzeniach komunikacji u dzieci autystycznych celem terapii będzie rozwijanie kompetencji komunikacyjnej i językowej (w zależności od stopnia nasilenia spectrum autyzmu należałoby podać na jakim poziomie). Inny będzie cel usprawniania w przypadkach opóźnionego rozwoju mowy – tutaj skupiamy się na wyrównaniu opóźnionego rozwoju mowy czynnej do stanu normy. U dzieci z dyslalią cel terapii to uzyskanie prawidłowej artykulacji albo poprawa artykulacji w zakresie możliwym

do uzyskania w określonych uwarunkowaniach jej rozwoju, np. u dziecka z wadą rozszczepową, u dziecka z głębokim niedosłuchem albo z poporażennymi zaburzeniami artykulacji osiągnięcie wzorcowej wymowy byłoby celem nieosiągalnym. W terapii dzieci z dyzartrią proponowanym celem będzie poprawa wyrazistości (zrozumiałości) wypowiedzi dziecka poprzez usprawnianie zaburzonych czynności wykonawczych: oddychania, fonacji, artykulacji i także prozodii. Cel terapii w tych przypadkach może być poszerzony o konieczność rozwoju również i kompetencji językowej oraz kompetencji komunikacyjnej.

Zawartość programów terapii logopedycznej

Program terapii składa się często z 4 głównych części, z których 3 pierwsze zawierają propozycje zestawów ćwiczeń, służących usprawnianiu mowy dziecka, czwarta część to wskazówki kierowane do rodziców. Konstruując indywidualny program terapii logopeda wybiera te ćwiczenia, które są konieczne dla danego dziecka.

1. Ćwiczenia kompetencji językowej i kompetencji komunikacyjnej

Na podstawie obserwacji spontanicznych zachowań językowych i komunikacyjnych dziecka oraz wyników badania stanu mowy (albo stanu wymowy w przypadkach dyslalii) ustalamy, które czynności mowne (rozumienie wypowiedzi słownych, tworzenie wypowiedzi słownych, artykulacja i realizacja wyrazów) i w jakim zakresie (który z poziomów przyswojenia struktur językowych lub jakie grupy głosek) wymagają usprawniania u naszego podopiecznego. W programie terapii mogą zostać uwzględnione (w zależności od analizowanego przypadku) ćwiczenia prozodii lub inne elementy rozwijające kompetencję komunikacyjną dziecka.

1.1. Ćwiczenia w rozumieniu wypowiedzi słownych (polegają one na wielokrotnym powtarzaniu ćwiczonych struktur językowych zawsze w oparciu o desygnaty lub sytuacje, które zobrazują ich znaczenie, w dalszych etapach na wykonywaniu wspólnie z dzieckiem, potem samodzielnie przez dziecko podawanych poleceń):

- ćwiczenia w rozumieniu znaczenia wyrazów reprezentujących różne tzw. części mowy: rzeczowniki, czasowniki, przymiotniki itd., co jest równoznaczne z ćwiczeniami rozwijającymi słownictwo bierne. Podajemy informację, które kategorie wyrazów będą ćwiczone w danym okresie. Ćwiczenia polegają na wielokrotnym pokazywaniu desygnatów wraz z podawaniem odpowiadających im wyrazów. Wyrazy te są przynajmniej kilkakrotnie powtórzone przez logopedę

- ćwiczenia w rozumieniu znaczenia form fleksyjnych (tu podajemy typy ćwiczonych form fleksyjnych, np. dopełniacz liczby pojedynczej). Ćwiczenia polegają na prezentacji w codziennych czynnościach, w zabawie, a potem na obrazkach sytuacji, do których odnoszą się wypowiedzenia zawierające formy gramatyczne
- ćwiczenia w rozumieniu konstrukcji gramatycznych (tu podajemy typy ćwiczonych konstrukcji, np. relacje biernika i narzędnika)
- ćwiczenia w rozumieniu prostych poleceń
- ćwiczenia w rozumieniu poleceń złożonych (tu podajemy typy zdań złożonych do ćwiczeń na danym etapie usprawniania)
- ćwiczenia w rozumieniu wypowiedzi kilkuzdaniowej.

1.2. Ćwiczenia w tworzeniu wypowiedzi słownych (polegające one na wielokrotnym stwarzaniu sytuacji, w których dziecko spontanicznie albo w odpowiedzi na odpowiednie pytania użyje danego wyrazu lub konstrukcji gramatycznej):

- ćwiczenia w używaniu wyrazów reprezentujących różne tzw. części mowy: rzeczowniki, czasowniki, przymiotniki itd., co może być równoznaczne z ćwiczeniami rozwijającymi słownictwo czynne (tu podajemy, które kategorie wyrazów będą ćwiczone w danym okresie)
- ćwiczenia w stosowaniu (używaniu) form fleksyjnych (tu podajemy, które formy będą ćwiczone w danym okresie)
- ćwiczenia konstrukcji składniowych
- ćwiczenia rozwijające wypowiedzi zdaniowe (tu podajemy typy zdań)
- ćwiczenia w tworzeniu opisów przedmiotów i postaci
- ćwiczenia w tworzeniu opowiadań o zdarzeniach
- ćwiczenia kompetencji komunikacyjnej w różnych sytuacjach i w odniesieniu do różnych osób ze zróżnicowaniem celu tworzonej wypowiedzi.

1.3. Ćwiczenia dialogu:

- stwarzanie sytuacji ułatwiających dziecku zainicjowanie dialogu (forma pytania na tym etapie nie ma znaczenia, akceptujemy zarówno pytania z pomocą wyrazu pytajnego, jak i poprzez intonację)
- wprowadzenie i egzekwowanie pytajników, jeżeli dziecko pytało wcześniej wyłącznie przy użyciu środka prozodycznego
- ćwiczenia naprzemienności ról w dialogu
- rozwijanie dialogu w zabawie i w różnych sytuacjach oraz relacjach interpersonalnych.

1.4. Ćwiczenia prozodii:

- ćwiczenia akcentu wyrazowego i akcentu zdaniowego (ćwiczenia te prowadzone są osobno)
- ćwiczenia intonacji
- ćwiczenia tempa wypowiedzi w oparciu o zróżnicowany iloczas samogłosek w sylabach tworzących wyrazy.

1.5. Ćwiczenia artykulacyjne/ćwiczenia w realizacji fonemów

Proponuję wydzielenie dwóch typów ćwiczeń w tym zakresie, ponieważ różne patomechanizmy mogą zaburzać produkowanie dźwięków mowy. U dzieci z trudnościami artykulacyjnymi z przyczyn wykonawczych: obwodowych (anatomicznych, funkcjonalnych, słuchowych) lub pochodzących z układu nerwowego w postaci zaburzeń napięcia i koordynacji mięśni oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych bądź środowiskowych (naśladownictwa nieprawidłowych wzorów wymowy) terapia polega na zmianie wyżej wymienionych uwarunkowań rozwoju artykulacji w ramach ćwiczeń wymienionych w drugiej części schematu programów terapii, a następnie na wywołaniu i utrwaleniu głosek w ramach ćwiczeń artykulacyjnych. Muszą być najpierw przeprowadzone ćwiczenia korygujące np. funkcję połykania, aby można było przystąpić do ćwiczeń w wywoływaniu głosek dziąsłowych.

W zaburzeniach mowy określanych w naszej typologii jako pochodzenia korowego, a w innych klasyfikacjach jako alalia lub niedokształcenie mowy o typie afazji, patomechanizmem są trudności wynikające z niewykształcenia się (albo utraty) wzorców ruchowych lub słuchowych (w zależności od charakteru zaburzeń: motorycznych lub sensorycznych) fonemów, wyrazów i zdań, o czym pisze m.in. J. Panusiuk [2008]. Nasze spojrzenia na omawiany problem nie różnią się od siebie. Istotą tych zaburzeń jest niemożność ustabilizowania się korowych wzorców dźwięków mowy, mimo zachowanych możliwości ich produkowania w obwodowej części narządu mowy, czyli w aparacie oddechowym, fonacyjnym i artykulacyjnym. Z tego właśnie powodu w charakterystyce zaburzeń mowy pochodzenia korowego u dzieci (także i w afazji) nie używamy określenia zaburzenia artykulacyjne, lecz zaburzenia w realizacji fonemów. Odpowiednio, w działaniach terapeutycznych rodzajami ćwiczeń zróżnicowanymi według patomechanizmów zaburzeń będą ćwiczenia artykulacyjne (w terapii osób z zaburzeniami obwodowymi i z dyzartrią) oraz ćwiczenia w realizacji fonemów (w terapii osób z niedokształceniem mowy pochodzenia korowego oraz z afazją). Ta druga grupa ćwiczeń to część terapii służącej wytworzeniu i ustabilizowaniu wzorców ruchowych, dzięki którym możliwe będzie wyprodukowanie głosek w obwodowych częściach narządu mowy. Ważny jest więc dobór ćwiczeń wstępnych, poprzedzających podane niżej dwa rodzaje postępowania logopedycznego, wybranych spośród propozycji zawartych w punkcie oznaczonym numerem 2.

- ćwiczenia artykulacyjne (prowadzone w przypadkach nieprawidłowej artykulacji) służą wywołaniu głosek oraz ich utrwaleniu w wyrazach, zdaniach i dłuższych wypowiedziach. Odpowiednie przygotowanie warunków anatomiczno-funkcjonalnych w obrębie aparatu artykulacyjnego, dostarczanie prawidłowego wzoru słuchowego (dodatkowo, w przypadkach niedosłuchu,

z wykorzystaniem usprawniania słuchu w aparatach lub implantach) oraz prowadzenie przez rodziców ćwiczeń utrwalających w warunkach domowych zwykle pozwala na osiągnięcie zamierzonego rezultatu. W programie terapii podajemy informacje, które głoski ćwiczymy, w jakiej kolejności (np. korektę głosek dentalizowanych proponuję rozpoczynać od wywołania zwarto-szczelinowych z danego szeregu, aby potem łatwiej było przejść do szczelinowych) oraz etapy ćwiczeń artykulacyjnych

- ćwiczenia w realizacji fonemów (prowadzone w przypadkach zaburzeń korowych) służą wykształceniu ich wzorców poprzez zastosowanie metod słuchowo-wzrokowo-czuciowych. Proponuję wprowadzanie litery jako czynnika stabilizującego wzorzec wzrokowo-słuchowo-ruchowy. Ćwiczenia te prowadzone są zawsze przed lustrem, aby dziecko mogło spostrzegać nasz i kontrolować własny układ aparatu artykulacyjnego.

1.6. Ćwiczenia w realizacji wyrazów:

- prezentacja struktury sylabicznej wyrazu poprzez wydzielanie sylab, np. ich wyklaskiwanie, układanie odpowiedniej liczby klocków, składanie obrazka z części odpowiadających liczbie sylab w wyrazie
- podawanie przez logopedę wzoru wyrazu (postaci brzmieniowej)
- wspólna z logopedą realizacja wyrazu (wykorzystywanie wsparcia wzrokowego w lustrze i autokontroli słuchowej)
- samodzielna realizacja wyrazu przez dziecko (początkowo ze wsparciem wzrokowym, potem tylko z autokontrolą słuchową)
- wykorzystywanie wzoru graficznego u dzieci znających litery (etykietka jest pokazywana początkowo podczas długiej ekspozycji, potem czas prezentacji ulega skróceniu). Pokazaniu napisu zawsze towarzyszy realizacja głośna
- wykorzystywanie (u dzieci piszących) czynności zapisywania, jako sposobu stabilizowania wzorca wyrazu (nieprawidłowo zapisany wyraz powinien być natychmiast zakryty, a logopeda prezentuje jego prawidłową postać graficzną). W trakcie ponownego zapisywania wyrazu przez dziecko (może ono patrzeć na wzór) logopeda głośno go realizuje. Następnie dziecko odczytuje zapisany przez siebie prawidłowo wyraz, potem realizuje go bez wzoru graficznego.

2. Ćwiczenia ukierunkowane na usunięcie przyczyn zaburzeń/opóźnień rozwoju mowy/wymowy dziecka (lub na osłabienie ich wpływu na stan mowy dziecka w przypadkach niemożności likwidacji przyczyny)

W terapii logopedycznej niektórych dzieci konieczne jest najpierw zalecenie dodatkowego leczenia specjalistycznego, np. terapii behawioralnej (dla dzieci ze spektrum autyzmu lub w niektórych przypadkach opóźnienia rozwoju mowy), terapii psychologicznej u dzieci z opóźnieniem rozwoju mowy z przyczyn

emocjonalnych, leczenia audiologicznego (zaaparatowania w przypadkach niedosłuchu odbiorczego i znacznie rzadziej niedosłuchu przewodzeniowego lub leczenia farmakologicznego lub chirurgicznego u dzieci z niedosłuchem przewodzeniowym), konsultacji neurologicznej (w przypadkach zaburzeń mowy pochodzenia mózgowego), leczenia ortodontycznego lub chirurgicznego w zakresie poprawy warunków anatomicznych (np. w przypadkach dyslalii anatomiczno-funkcjonalnej spowodowanej wadą rozszczepową albo ankyloglosją bądź wadą zgryzu i ich skutkami w postaci dysfunkcji w obrębie narządu żucia).

Na podstawie wyników badania logopedycznego dotyczącego różnych patomechanizmów zaburzeń mowy planujemy usprawnianie tych funkcji, które u danego dziecka są zaburzone, a więc prawdopodobnie stały się przyczyną jego trudności w językowym porozumiewaniu się. Ta część programu jest najważniejszą częścią terapii dziecka, ponieważ nasze działania powinny przyjmować kierunek następujący: od usuwania (lub minimalizowania nasilenia) nieprawidłowych mechanizmów rozwoju mowy dziecka do kształtowania jego mowy (lub artykulacji w przypadkach dyslalii) na pożądanym poziomie (zgodnym z wiekiem dziecka). Dobór działań z podanych niżej propozycji ma charakter indywidualny. Ważny jest nie tylko rodzaj ćwiczeń, ale także i ustalenia szczegółowe w zależności od nasilenia trudności dziecka. Na przykład, w przypadku gdy dziecko ma trudności w rozumieniu wypowiedzi słownych (podejrzewamy niedokształcenie mowy o typie percepcyjnym) planujemy ćwiczenia słuchu fonemowego (uwzględniające wszystkie opozycje fonologiczne). W terapii dziecka, u którego rejestrujemy paralalie i w badaniu uzyskało ono zmienne wyniki w zakresie wskazywania niektórych paronimów, nie ma potrzeby prowadzenia ćwiczeń uwzględniających wszystkie cechy dystynktywne. Planujemy ćwiczenia i nazywamy je zgodnie z ich zawartością jako ćwiczenia w różnicowaniu fonemów, np. pod względem dźwięczności – u dziecka z tzw. mowę bezdźwięczną. Nie przypisujmy temu dziecku zaburzeń słuchu fonemowego, których de facto ono nie ma.

Poniżej znajdują się propozycje ćwiczeń do wyboru oraz do ich uzupełniania – w zależności od potrzeb danego dziecka.

2.1. Ćwiczenia usprawniające aparat artykulacyjny:

- ćwiczenia bierne, czyli masaż mięśni aparatu artykulacyjnego – tu powinno być podana ta część aparatu, która wymaga tzw. ćwiczeń biernych, np. masaż języka (ze szczególnym uwzględnieniem wędzidełka albo apeksu), podniebienia miękkiego, górnej wargi lub obu warg. Do tej grupy ćwiczeń zaliczamy także ćwiczenia obniżające nadwrażliwość jamy ustnej
- ćwiczenia czynne aparatu artykulacyjnego – tu także powinno znaleźć się uszczegółowienie tych ćwiczeń w postaci nie tylko podania, które narządy artykulacyjne wymagają usprawniania, ale także i w jakim celu, np. ćwiczenia

precyzji ruchów języka, ćwiczenia szerokiego układu języka (jako wstępu do ćwiczeń dojrzałego połykania lub artykulacji głosek dziąsłowych). W tej grupie mogą znaleźć się ćwiczenia w likwidowaniu parafunkcji (np. ssania lub oblizywania dolnej wargi, zbędnych ruchów warg i żuchwy podczas mówienia lub w spoczynku), także tzw. ćwiczenia oporowe, ukierunkowane na wzmocnienie mięśni języka i warg, stosowane w przypadkach dyslalii funkcjonalnej, podkorowej i dyzartrii wiotkiej.

2.2. Ćwiczenia funkcji w obrębie narządu żucia z podaniem tych, które należy usprawniać w danym przypadku (ćwiczenia funkcji oddychania spoczynkowego i/lub dynamicznego, ćwiczenia funkcji odgryzania, ćwiczenia funkcji żucia, ćwiczenia funkcji połykania). Umieszczamy je w programie terapii jako osobne podpunkty wraz z określeniem ich celu szczegółowego, np. ćwiczenia oddychania dynamicznego – pogłębianie wdechu i wydłużanie fazy wydechu.

2.3. Ćwiczenia głosowe (stosowane w przypadkach dysfonii o różnym patomechanizmie i niemal w każdym przypadku dyzartrii). W programie terapii uszczegóławiamy rodzaje ćwiczeń głosowych, np. ćwiczenia natężenia głosu.

2.4. Ćwiczenia słuchowe (różnego rodzaju, stosowane w różnych przypadkach i w różnym celu) [D. Emiluta-Rozya 2006b]:

- ćwiczenia słuchowe z wykorzystaniem bodźców niewerbalnych (stosowane są obowiązkowo w terapii surdologopedycznej, ale mogą być także wykorzystywane w pracy z dziećmi prawidłowo słyszącymi jako element służący koncentrowaniu ich uwagi na różnych bodźcach oraz usprawnianiu umiejętności różnicowania dźwięków (np. odgłosów zwierząt, dźwięków otoczenia, instrumentów muzycznych) oraz cech dźwięków (natężenia, długości trwania, wysokości itp.)
- ćwiczenia słuchu prozodycznego stosowane w terapii surdologopedycznej lub u dzieci słyszących ze stwierdzoną dysprozodią, np. w dyzartrii jako ćwiczenia wstępne poprzedzające realizację elementów prozodycznych
- ćwiczenia słuchu fonemowego (stosowane w przypadkach jego zaburzeń w niedokształceniu mowy o typie słuchowym, czyli alalii percepcyjnej). U dzieci z dyslalią, w której objawach stwierdzamy paralalię (także i substytuty zdeformowane), będziemy prowadzić ćwiczenia w różnicowaniu fonemów w opozycjach ulegających substytucji. Nie nazywam ich ćwiczeniami słuchu fonemowego, ponieważ dotyczą zwykle różnicowania jednej cechy dystynktywnej
- ćwiczenia słuchu fonetycznego (stosowane w terapii dzieci z dyslalią, w której objawach stwierdzamy deformacje artykulacyjne). Polegają one na różnicowaniu głoski prawidłowej i zdeformowanej, co wzmacnia autokontrolę u dziecka. Ćwiczenia te pomagają także w różnicowaniu wymówień gwarowych.

2.5. Ćwiczenia praksji oralnej (stosowane w przypadkach niedokształcenia mowy pochodzenia korowego o typie ruchowym, czyli alalii motorycznej). Polegają one najpierw na dokładnym odtwarzaniu podanej pozycji języka i warg zawsze przed lustrem, a następnie płynnym łączeniu ruchów w układy 2-, 3- i kilkuelementowe. Ten rodzaj ćwiczeń zwykle poprzedzamy usprawnianiem praksji dynamicznej dłoni.

2.6. Ćwiczenia kinestezji artykulacyjnej (stosowane w przypadkach niedokształcenia mowy pochodzenia korowego o typie ruchowym – w podtypie kinestetycznym, czyli patomechanizmem są zaburzenia kinestezji artykulacyjnej). Ich celem jest stabilizowanie kinestetyczno-ruchowych wzorców fonemów za pomocą kilku metod stosowanych jednocześnie: słuchowej (dana głoska jest wybrzmiewana przez logopedę w izolacji lub nawet częściej w połączeniu z samogłoską [a]), wzrokowej (dziecko obserwuje dany układ artykulacyjny w lustrze oraz wcześniej został on pokazany i omówiony na uproszczonym rentgenogramie), czuciowych (w postaci tzw. uczulenia miejsca artykulacji oraz wykorzystania czucia skórnego dłoni – trzymanej przez dziecko przed wargami logopedy, potem własnymi – dla pokazania stopnia zbliżenia narządów artykulacyjnych, a także szerokości szczeliny albo dłoni na krtani w celu zilustrowania dźwięczności bądź na skrzydełkach nosa dla pokazania nosowości lub jej braku). Metodami wspomagającymi ćwiczenia kinestezji artykulacyjnej są gesty pomocnicze, obrazujące cechy artykulacyjne (lub gesty stanowiące opracowany system, np. gesty GORA [Lorens, Jakóbiak 2015], które są prezentowane dziecku i dziecko próbuje je odtwarzać podczas realizacji fonemów. Czynnikiem sprawdzonym w mojej praktyce logopedycznej, który służy stabilizowaniu wzorców ruchowo-kinestetycznych jest wprowadzenie litery jako znaku graficznego fonemu. Znak ten jest zawsze pokazywany podczas ćwiczeń kinestezji artykulacyjnej, nawet w pracy z dziećmi 3-4-letnimi.

2.7. Ćwiczenia pamięci słownej (stosowane u dzieci, które uzyskały wyniki poniżej normy). Są to najczęściej ćwiczenia pamięci krótkotrwałej, polegające na odtwarzaniu ciągów wyrazów lub zdań bądź wskazywaniu obrazków (konkretów) wcześniej wymienionych przez logopedę.

3. Ćwiczenia ogólnorozwojowe

Podstawą do ich umieszczenia w programie terapii są wyniki obserwacji zachowań dziecka, orientacyjnych prób oceniających jego rozwój poznawczy (np. poprzez historyjki obrazkowe, typy proponowanych zabaw), wyniki badań dodatkowych prowadzonych przez logopedę (np. badań analizy i syntezy sylabowej i głoskowej, analizy rysunku) oraz badań wykonanych przez innych specjalistów.

3.1. Ćwiczenia funkcji poznawczych (ćwiczenia klasyfikacji ze względu na wyznaczone kryterium, ćwiczenia wyjaśniające i porządkujące kolejność zdarzeń, ćwiczenia w myśleniu przyczynowo-skutkowym itp.)

3.2. Ćwiczenia funkcji percepcyjno-motorycznych (np. ćwiczenia funkcji wzrokowej, ćwiczenia dużej motoryki, ćwiczenia grafomotoryczne, ćwiczenia pozycji dłoni i chwytu kredki przy rysowaniu itp.)

3.3. Ćwiczenia koncentracji uwagi

3.5. Ćwiczenia rozwijające zabawę

3.6. Ćwiczenia rozwijające rysunek

3.6. Ćwiczenia analizy i syntezy sylabowej i głoskowej (powinny być prowadzone tylko w oparciu o te wyrazy, które dziecko realizuje prawidłowo)

3.7. Ćwiczenia w czytaniu

3.8. Ćwiczenia w pisaniu

4. Pedagogizacja opiekunów dziecka

Po przeanalizowaniu negatywnego wpływu czynników środowiskowych na rozwój mowy dziecka wyodrębniamy w programie terapii działania, określane jako pedagogizacja rodziców (lub sugerujemy terapię psychologiczną), zmierzające ku dokonaniu zmian w postępowaniu rodziców wobec ich dziecka. Wyjaśniamy rodzicom m.in. jak można stymulować rozwój dziecka, jak organizować sytuacje, w których dziecko wchodzi w rolę nadawcy, jak kształtować wspólne pole uwagi, jak prowadzić „kąpiel słowną", jak reagować na komunikaty dziecka, nawet te nie w pełni prawidłowe, dlaczego konieczna jest kontynuacja zajęć usprawniających w warunkach domowych oraz stosowanie różnych wzmocnień (z przewagą pozytywnych) itd.

Podane powyżej części programów terapii oraz zawarte w nich ćwiczenia są wykonywane w różnej kolejności w zależności od stanu mowy lub wymowy dziecka. Etapowość działań jest jednak konieczna w przypadkach trudności w rozumieniu i tworzeniu wypowiedzi słownych – zaczynamy od ćwiczeń biernego przyswojenia określonych struktur systemu językowego, aby po uzyskaniu tego etapu przejść do czynnego ich używania. Stopniowo realizujemy także – co jest oczywiste – zestawy ćwiczeń rozwijających system językowy, tzn. od ćwiczeń używania przez dziecko wyrazów, następnie ich form gramatycznych do tworzenia zdań o różnej złożoności. W początkowym okresie z pewnym wyprzedzeniem, w stosunku do ćwiczeń rozwijających czynności mowne, powinno być prowadzone usprawnianie funkcji, wywołujących trudności w mowie lub wymowie dziecka (np. Pluta-Wojciechowska [2008: 200] pisze o konieczności „konstruowania przedpola artykulacji w obrębie czynności związanych z kompleksem ustno-twarzowym" u dzieci z rozszczepem). Potem,

jako utrwalanie sprawności, są one prowadzone równolegle. Podobnie, wyjaśnianie rodzicom ich roli w kształtowaniu kompetencji językowych i komunikacyjnych dziecka pojawia się na początku wprowadzania programu, ale powracamy do tych treści (uszczegóławiamy je) w ciągu całego okresu jego realizacji.

Przykłady programów terapii logopedycznej

W ostatniej części artykułu pokażę przykłady wyników całościowego badania logopedycznego (zapisy mają charakter skrótowy) oraz propozycje programów terapii. Wybrałam opisy 4 różnych przypadków z mojej praktyki diagnostyczno-terapeutycznej: dziecka z opóźnieniem rozwoju mowy, dziecka z niedokształceniem mowy pochodzenia korowego, dziecka z dyslalią anatomiczno-funkcjonalną oraz dziecka, u którego nie było możliwe postawienie diagnozy logopedycznej (odbyły się dotychczas 2 konsultacje) i dlatego określiłam jedynie stan jego komunikacji.

Przykład pierwszy – przypadek Doroty Z. (w.ż.: 3;3)

Dziecko uczęszcza do przedszkola, do grupy trzylatków (często odmawia pójścia do przedszkola). Nie było wcześniej objęte opieką logopedyczną.

Wstępna ocena rozwoju dziecka i jego komunikacji:

Dorota łatwo nawiązuje kontakt z osobą badającą. Reaguje adekwatnie w nowej sytuacji. Utrzymuje kontakt wzrokowy i wspólne pole uwagi. Jest zainteresowana przez krótki czas prezentowanymi zabawkami (znaczna przerzutność uwagi). Niepewnie podejmuje zabawy typowe dla jej wieku (szuka wsparcia matki, ale także dzieli się z nią swoimi osiągnięciami). Reaguje adekwatnie na prośby i polecenia (wydaje się, że rozumienie wypowiedzi jest na poziomie wieku). Porozumiewa się werbalnie w sposób ograniczony. Wypowiedzi dziecka są zrozumiałe dla odbiorcy (rzadko konieczne jest wsparcie konsytuacją). Fonacja – prawidłowa. Prozodia – prawidłowa. W zachowaniach dziecka uwidacznia się cel komunikacji i próby jego osiągnięcia (stosuje środki niewerbalne: mimikę, gesty, mowę ciała). Reakcje słuchowe są prawidłowe.

Dziecko wymaga badania ortodontycznego. Konieczne jest przeprowadzenie całościowego badania logopedycznego.

Wywiad: rodzice – średnie wykształcenie (strażnicy miejscy), słuch i mowa – prawidłowe, brat (w.ż. 1;1) – rozwój bez zastrzeżeń. Osoba współwychowująca (od w.ż. 1;2) – babcia (55 lat, wykształcenie zawodowe, wyprzedza i spełnia wszystkie potrzeby dzieci). System wychowawczy w rodzinie jest nieujednolicony i niekonsekwentny, dziecko spędza zbyt wiele czasu na oglądaniu bajek.

W rodzinie nie było zaburzeń rozwojowych. Warunki bytowe: rodzina zajmuje 3-pokojowy dom wolnostojący, dziecko „ma swoje miejsce w pokoju dziecięcym", według matki „warunki są średnie, możemy jednak przeznaczyć środki na terapię dziecka". Była trudna sytuacja w rodzinie: (w.ż. 2;2–3;0) choroba i śmierć dziadka, z którym dziecko spędzało wiele czasu. Rodzice poświęcają dziecku ok. 2 g. dziennie (codzienne czynności oraz wspólne oglądanie TV). Dziecko dąży do kontaktów z rówieśnikami (według matki jest skuteczne w porozumiewaniu się). Nie inicjuje zabaw tematycznych.

Ciąża pierwsza o prawidłowym przebiegu. Poród siłami natury. Apgar: 10 punktów. Podwyższony poziom bilirubiny – fototerapia.

Zdarzają się infekcje górnych dróg oddechowych, dwukrotnie miała zapalenie oskrzeli. Uraz mechaniczny – upadek z wysokiego krzesełka (była konsultacja neurologiczna – bez cech wstrząśnienia mózgu). Rozwój motoryczny – w normie (chodziła w wieku 12 miesięcy). Karmiona piersią do 4. m.ż., potem butelka do w.ż. 3;0. W pokarmach uzupełniających – głównie papki. Ssała palec do w.ż. 3;1, obecnie wg matki robi to sporadycznie. Głużenie i gaworzenie – w normie. Pierwsze słowa (mama, tata, baba) ok. 30 m.ż. Brak zdań. Według matki obecnie – próby podejmowania dialogu. Wobec młodszego brata okazuje labialność zachowań z przewagą emocji negatywnych.

Wyniki szczegółowego badania logopedycznego: z niewielką pomocą układa historyjki 3-elementowe dotyczące codziennych czynności. Rozumie polecenia 2-krotnie złożone. Rozumie wyrazy z kategorii rzeczowników, czasowników (nie rozumie czasowników zwrotnych i czasowników z przedrostkami), spośród przymiotników jedynie *mały* i *duży*, *brudne* i *czyste* oraz nazwy podstawowych kolorów, spośród przysłówków *ładnie* i *brzydko*, *dużo* i *mało*. Nie rozumie przyimków (poza *na* i *do*). Porozumiewa się głównie pojedynczymi wyrazami, ale są także połączenia wyrazów i uwidacznia się początek fleksji. W wypowiedziach spontanicznych dominują rzeczowniki (odnoszące się do najbliższych osób i zabawek), jest kilka czasowników [dai̯], [p'ić], [će] [i̯e], zaimki [to], [tu], [i̯a] oraz przymiotniki: *mały* i *duży* [źuźi]). Inicjuje dialog poprzez używanie pytajnika z adekwatną intonacją „co to?" [śo to]). Odpowiada słownie (często w formie onomatopei) lub adekwatnie używa środków niewerbalnych. W mowie spontanicznej obserwuje się duże nasilenie zjawisk rozwojowych: liczne redukcje sylab (głównie nagłosowych) i asymilacje na odległość. W artykulacji: substytuty głoskowe z przewagą rozwojowych oraz niestałe realizacje głosek (tylnojęzykowe zastępowane przedniojęzykowymi, zdarzają się wymówienia prawidłowe w onomatopejach, [x] zawsze prawidłowe). Spośród dentalizowanych są tylko prepalatalne (artykulacje niestałe – zdarzają się deformacje międzyzębowe), zębowe i dziąsłowe dentalizowane są substytuowane przez prepalatalne, wargowo-zębowe przez dwuwargowe, zdarza się osłabione

zwarcie, [l]=[i̯], [t], [d], [n] artykulacja niestała (częściej prawidłowa, zdarzają się deformacje międzyzębowe). Samogłoski ustne – prawidłowe. Inwentarz głosek jest ograniczony, ale na tym etapie rozwoju mowy nie jest to kwestią najważniejszą. W mowie kontrolowanej oraz w próbach powtarzania po bezpośrednim wzorze uwidacznia się poprawa realizacji fonemów i wyrazów dwusylabowych.

Zauważalna jest tendencja do doprzedniego spoczynkowego układania języka (międzyzębowego), co jest wskazaniem do podjęcia działań profilaktycznych, zapobiegającym deformacjom artykulacyjnym.

Budowa aparatu artykulacyjnego – lekki tyłozgryz, pozostałe części – budowa bez zastrzeżeń. W ocenie sprawności aparatu artykulacyjnego stwierdzam: osłabione (funkcjonalnie) napięcie mięśni języka (osłabiona pionizacja i precyzja ruchów) oraz warg i policzków, velum – sprawność prawidłowa. Zauważalne są nieprawidłowe nawyki: utrzymywanie opuszczonej żuchwy przy zamkniętych wargach, wargi są także często uchylone, doprzednie układanie języka (język w spoczynku często utrzymywany w przestrzeni międzyzębowej). Dysfunkcje: oddychanie spoczynkowe torem ustnym, żucie – dominuje pionowe z otwartą szparą warg, podczas połykania zespolenie językowo-wargowe. Parafunkcja oblizywania warg i ssania palca.

Prawidłowe reakcje słuchowe (na szept z odległości ponad 4 m). Słuch fonemowy i kinestezja artykulacyjna prawidłowe. Pamięć słowna w normie.

Lateralizacja jednorodna prawostronna. Rysunek w postaci bazgroty. Nieprawidłowy chwyt kredki.

Diagnoza logopedyczna: opóźnienie rozwoju mowy.

Dziecko wymaga terapii logopedycznej ze szczególnym zwróceniem uwagi na wyrównywanie opóźnienia w zakresie mowy czynnej oraz likwidację osłabionego napięcia mięśni aparatu artykulacyjnego i tendencji do poprzedniego układania języka.

Program terapii logopedycznej

Cel terapii logopedycznej: wyrównanie opóźnienia rozwoju mowy i profilaktyka zaburzeń artykulacyjnych.

1. Pedagogizacja rodziców
   - stymulacja rozwoju dziecka uwzględniająca rozwój funkcji poznawczych i językowego porozumiewania się
   - wyjaśnienie zasad „kapieli słownej” i „odgrywania podwójnej roli” w codziennych sytuacjach i wspólnych zabawach
   - stwarzanie sytuacji samodzielności i pokazania dziecku roli starszej siostry, ustalanie drobnym obowiązków

- częste nagradzanie dziecka, ale tylko za wykonane zadania
- poświęcanie dziecku czasu i uwagi („jesteś dla nas bardzo ważna")
- niewyprzedzanie realizacji potrzeb dziecka – odczekanie na zgłoszenie potrzeby za pomocą komunikatu werbalnego
- stawianie dziecka w sytuacji wyboru i podejmowania „decyzji", np. co będziesz jadła, piła, czym będziesz bawiła się?
- niezmuszanie dziecka do wielokrotnego powtarzania podczas jego swobodnych wypowiedzi, podawanie prawidłowej formy jedynie jako uzupełnienie wypowiedzi dziecka i podanie wzoru (np. „chcesz zjeść bułkę, proszę, to bułka")
- prowadzenie ćwiczeń w warunkach domowych powinno zostać zrealizowane do końca. Ważne jest jasne wyznaczanie czasu ćwiczeń i powolne wydłużanie go oraz konsekwentne wymaganie wykonania zapowiedzianych zadań i powtarzania ćwiczonych wyrazów i zdań

2. Ćwiczenia kompetencji językowej i komunikacyjnej

2.1. Ćwiczenia w rozumieniu wypowiedzi słownych
- ćwiczenia rozwijające słownictwo bierne (z uwzględnieniem różnych części mowy, zwrócenie uwagi na czasowniki zwrotne)
- ćwiczenia w rozumieniu przyimków (początkowo w ruchu, potem poprzez manipulowanie przedmiotami)
- ćwiczenia rozwijające rozumienie poleceń złożonych

2.2. Ćwiczenia w tworzeniu wypowiedzi słownych
- „kąpiel słowna" i odgrywanie podwójnej roli nadawcy i odbiorcy
- ćwiczenia rozwijające słownictwo czynne (z uwzględnieniem różnych części mowy)
- ćwiczenia w używaniu przyimków (po ich biernym opanowaniu)
- ćwiczenia form fleksyjnych
- rozwój wypowiedzi zdaniowej – budowanie zdań pojedynczych rozwiniętych, (po uzyskaniu tego etapu próby tworzenia zdań złożonych)
- ćwiczenia logorytmiczne (krótkie wierszyki, wyliczanki)

2.3. Ćwiczenia dialogu
- stwarzanie sytuacji dialogu
- wprowadzanie różnych pytajników
- rozwijanie dialogu w zabawie i w codziennych sytuacjach

2.4. Ćwiczenia w realizacji wyrazów
- dzielenie wyrazów na sylaby (np. wyklaskiwanie sylab)
- wspólne powtarzanie wyrazów
- nazywanie przedmiotów, czynności, cech (realizacja wyrazów więcej niż dwusylabowych)

3. Ćwiczenia z zakresu profilaktyki zaburzeń artykulacyjnych
   - masaż twarzy (policzków), domykanie żuchwy i ćwiczenia czynne żuchwy (ruchy pionowe i okrężne – z zamkniętą szparą warg)
   - masaż przedniej części języka i ćwiczenia czynne języka – głównie pionizacja i precyzja ruchów oraz ćwiczenia oporowe
   - masaż warg i ćwiczenia czynne warg przed lustrem oraz ćwiczenia oporowe wzmacniające napięcie
   - ćwiczenia prawidłowego połykania (dopiero po uzyskaniu swobodnej pionizacji języka)
   - ćwiczenia oddechowe kształtujące właściwy tor oddychania spoczynkowego
   - ćwiczenia prawidłowego żucia
   - likwidacja parafunkcji ssania palca i oblizywania warg (doprowadzenie do świadomego utrzymywanie języka w obrębie jamy ustnej właściwej przy zamkniętych zębach i wargach)
4. Ćwiczenia artykulacyjne (dopiero po uzyskaniu etapu zdania)
   - wywołanie głosek [f] i [v] oraz ich utrwalenie
   - utrwalanie artykulacji prepalatalnych dentalizowanych
   - wzmocnienie zwarcia głosek dwuwargowych
   - wywołanie [l] (dopiero po uzyskaniu swobodnej pionizacji języka)
   - utrwalanie prawidłowej artykulacji [t], [d], [n]
5. Ćwiczenia ogólnorozwojowe
   - funkcji percepcyjno-motorycznych
   - ćwiczenia koncentracji uwagi
   - rozwijające orientację w schemacie ciała i w przestrzeni
   - grafomotoryczne
   - rozwój zabaw tematycznych
   - rozwój rysunku (zwrócenie uwagi na chwyt kredki)

Przykład drugi – przypadek Roberta B., w.ż.: 9;8

Uczeń kl. II szkoły podstawowej (odroczony o rok od obowiązku szkolnego).

Wstępna ocena rozwoju dziecka i jego komunikacji:

Robert łatwo nawiązuje kontakt z osobą prowadzącą badanie, dobrze funkcjonuje w sytuacjach zadaniowych. Prezentuje właściwą motywację do wykonywania poleceń, jednakże ma wyraźną świadomość swoich trudności, antycypuje niepowodzenia, reaguje odmową lub zmianą nastroju w sytuacjach trudnych. Bardzo dobrze pracuje na materiale niewerbalnym, prawidłowo formułuje wnioski. W sytuacjach wymagających dłuższej wypowiedzi stosuje adekwatnie środki

zastępcze (mimikę, gesty złożone) lub podaje bliskie znaczeniowo wyrazy, aby uzyskać cel komunikacji. Zrozumiałość wypowiedzi jest ograniczona, co pogłębia się w wypowiedziach kilkuwyrazowych. Fonacja – prawidłowa. Prozodia: intonacja – prawidłowa, akcent zarówno wyrazowy, jak i zdaniowy słabo zaznaczony, tempo mowy – spowalnia przy próbach realizacji trudnych dla niego wyrazów.

Jest pod opieką logopedyczną od w.ż. 4;0 (1 raz w tygodniu). Od 7 r.ż. ma zajęcia logopedyczne 2 razy w tygodniu (w szkole i poradni pedagogiczno-psychologicznej). Zajęcia są kontynuowane w warunkach domowych.

Wywiad: matka – wykształcenie średnie, rotacyzm tylny, ojciec – zawodowe (zdarzają się wymówienia gwarowe), brat – lat 6 (rozwój mowy prawidłowy), wady rozwojowe w rodzinie – brak, warunki materialno-bytowe – przeciętne, czas poświęcany dziecku – częste ćwiczenia mowy, spacery, wspólne gry planszowe. Chłopiec zaczyna unikać kontaktów z rówieśnikami z powodu trudności w swobodnym porozumiewaniu się.

Ciąża – prawidłowa, poród wspomagany oksytocyną, trwał 16 g., siłami natury, Apgar 8/9/10 punktów. Rozwój ruchowy w normie (chodził w 13 m.ż.). Karmiony naturalnie do 2 lat, jednocześnie podawano pokarmy o zróżnicowanej konsystencji. Rozwój mowy: głużenie o czasie, gaworzenie po 10 m.ż., pierwsze słowa ok. 36 m.ż. o zniekształconej strukturze, pierwsze zdania po 4 r.ż. (wg matki w wyniku terapii logopedycznej). Stosował proste gesty w celach komunikacyjnych. Nie był rozumiany przez osoby obce.

Wyniki badań specjalistycznych:

W badaniach psychologicznych i logopedycznych podane są różne diagnozy: opóźnienie rozwoju mowy czynnej, rozwój intelektualny w dobrej normie (w.ż. 5;2); specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka (w.ż. 6;2); opóźniony rozwój mowy, upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim (w.ż. 6;9); zaburzenia mowy, ogólna sprawność intelektualna w granicach przeciętnej (w.ż. 8;10); zaburzenia artykulacji o charakterze dyslalii, rozwój intelektualny adekwatny do wieku (w.ż. 9;5).

Badania neurologiczne: EEG (w.ż. 6;1) – norma, CT (w.ż. 6;1) – zmiany poniedotlenieniowe, MR głowy (w.ż. 8;4) – nie stwierdza się patologicznych objawów morfologicznych w zakresie mózgowia. W badaniu fMRI (w.ż. 9;5): typowy wzorzec asymetrii funkcjonalnej, różnice w wynikach przetwarzania semantycznego i fonologicznego mogą odzwierciedlać trudności językowe chłopca.

Badanie słuchu: ABR (w.ż. 3;1), audiometria tonalna (w.ż. 5;1) – norma.

Aktualny obraz mowy dziecka i ujawniających się patomechanizmów jest stanem po wielu latach usprawniania, głównie logopedycznego, co utrudnia dokonanie jednoznacznego rozpoznania. Wiele prób badania jest znanych Robertowi,

wiele schematów gramatycznych jest wyuczonych. Dziecko wymaga przeprowadzenia całościowego badania logopedycznego, uzupełnionego dodatkowym materiałem językowym ze względu na wiek dziecka i długi czas terapii logopedycznej.

Wyniki szczegółowego badania logopedycznego:

Chłopiec układa historyjki 8-elementowe (prawidłowo formułuje wnioski i nadaje historyjkom tytuły). Rozumie wypowiedzi słowne, ale i w tym zakresie dostrzega się niewielkiego stopnia trudności, np. w rozumieniu relacji czasowo-przestrzennych oraz w próbach z nietypowym szykiem wyrazów w poleceniach. Być może wynika to z niepewności przy wykonywaniu zadań, z którymi spotyka się po raz pierwszy (problem do dalszej weryfikacji komponentu mieszanego NMPK). Słownik czynny chłopca jest ograniczony (ograniczone posługiwanie się przyimkami i przysłówkami). Tworzenie wypowiedzi słownych jest zaburzone, chłopiec posługuje się równoważnikami zdań i najwyżej pojedynczymi zdaniami, rzadko rozwiniętymi. Brak zdań złożonych. Nie opanował wielu form fleksyjnych (trudności sprawia mu m.in. adekwatne użycie czasów, aspektu, trybu przypuszczającego, form przypadków wyrazów o niższej frekwencji w języku, zarówno i liczbie pojedynczej, jak i mnogiej) przy prawidłowym ich rozumieniu. Nie wykonuje operacji słowotwórczych (odpowiada „nie potrafię", mimo zachęty z wyjaśnieniem, że jest to zabawa słowna). Zaburzona jest realizacja struktury wielu wyrazów z grupami spółgłoskowymi (występują uproszczenia elementów grup spółgłoskowe, epentezy i metatezy) przy stosunkowo dobrej realizacji fonemów w sylabach otwartych i w wyrazach złożonych z tych sylab. Głoska [r] jest substytuowana przez [l] lub deformowana wskutek naśladownictwa [r] tylnego matki. Zdarzają się wahania w realizacji cech: dźwięczności, miejsca artykulacji i stopnia zbliżenia narządów artykulacyjnych, co daje efekt deformacji lub rzadko paralalii. Przy braku utrwalonych wzorców ruchowych wyrazów i chwiejności ich realizacji (słuchowe wzorce są utrwalone) nie jest możliwe dokonanie przez dziecko analizy głoskowej złożonych wyrazów. Zmienność realizacji wyrazu powoduje rozchwianie struktury i dziecko nie jest w stanie wyodrębnić poszczególnych jego elementów, co jest podstawą zaburzeń w pisaniu. Umiejętność czytania jest na niskim poziomie, dziecko ma trudności z odczytywaniem wyrazów dłuższych niż 2-sylabowe przy pełnej znajomości liter. Niski jest poziom graficzny pisma.

Budowa i sprawność aparatu artykulacyjnego – prawidłowa. Prawidłowy przebieg funkcji w obrębie narządu żucia. Słuch fonemowy – prawidłowy, kinestezja artykulacyjna – obecnie nie stwierdza się typowych zaburzeń (w dokumentacji nie ma wyników z badań wcześniejszych). Wciąż utrzymują się zaburzenia praksji dynamicznej rąk i praksji oralnej (uwidaczniają się w układach powyżej 3 elementów).

W niektórych wypowiedziach głośnych i w próbach pisania widać efekty usprawniania logopedycznego. Jest już wiele wyrazów i ich połączeń, które ustabilizowały się i chłopiec potrafi je zrealizować w mowie i w piśmie. Dodatkowym elementem utrudniającym uzyskiwanie umiejętności językowych jest sfera emocjonalna dziecka, ponieważ ma ono nadmiernie krytyczny stosunek do efektów własnych działań.

W przypadku Roberta nie można mówić o zaburzeniach artykulacyjnych (dyslalii), ale o zaburzeniach w przyswajaniu systemu językowego (obecnie – wciąż jest to stan niedokształcenia mowy), ujawniających się zarówno w mowie głośnej i w piśmie, ponieważ są one wywołane tym samym patomechanizmem korowym.

Diagnoza logopedyczna: Niedokształcenie mowy pochodzenia korowego o typie ruchowym (wg innych typologii: alalia motoryczna lub specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka).

Chłopiec wymaga intensywnej terapii logopedycznej i pedagogicznej (ukierunkowanej na umiejętność czytania i pisania). Jednocześnie powinien otrzymywać wsparcie psychologiczne ze względu na uwidaczniające się w jego zachowaniach skutki niepowodzeń w językowym porozumiewaniu się oraz w nauce szkolnej. Konieczne jest rozpoczęcie procedury przyznania mu orzeczenia o potrzebie kształcenia integracyjnego.

Program terapii logopedycznej

Celem terapii logopedycznej: przyswojenie przez dziecko (w możliwym dla niego zakresie) systemu językowego w mowie głośnej i w piśmie. Konieczne jest przestrzeganie zasad stopniowania trudności i stosowania pozytywnych wzmocnień.

1. Ćwiczenia kompetencji językowej
   1.1. ćwiczenia w rozumieniu wypowiedzi słownych
   - ćwiczenia w wykonywaniu poleceń zawierających relacje przestrzenne
   - ćwiczenia w wykonywaniu poleceń zawierających relacje czasowe
   - ćwiczenia w wykonywaniu poleceń ze zmiennym szykiem wyrazów w zdaniu – omawianie funkcji morfemów fleksyjnych
   - ćwiczenia w wykonywaniu poleceń wielokrotnie złożonych (stopniowanie trudności)

   1.2. ćwiczenia w tworzeniu wypowiedzi słownych (poparte prezentacją formy graficznej ćwiczonych struktur, a następnie próby ich zapisu przez dziecko)
   - ćwiczenia w używaniu przyimków prostych i złożonych
   - ćwiczenia w używaniu przysłówków (w kolejnym etapie stopniowanie przysłówków)

- ćwiczenia w czynnym stosowaniu form fleksyjnych (rozłożone na wiele zajęć, stopniowe ich wprowadzanie): liczba mnoga, przypadki, czasy, aspekt, tryb przypuszczający)
- ćwiczenia konstrukcji składniowych zawierających ćwiczone wcześniej formy fleksyjne
- rozwój wypowiedzi zdaniowej (zacząć od zdania prostego rozwiniętego, potem zdania złożone współrzędnie)

1.3. ćwiczenia w realizacji wyrazów – stabilizowanie ich struktury w oparciu o zapis graficzny
- dzielenie wyrazu na sylaby najpierw przez logopedę, potem wspólnie z dzieckiem
- realizacja sylab przez dziecko po bezpośrednim wzorze, wymówionym przez logopedę przed lustrem oraz pokazanie zapisu sylaby (stopniowanie trudności: sylaby otwarte, sylaby zamknięte, grupy spółgłoskowe)
- łączenie sylab w wyraz wspólnie z logopedą przed lustrem z jednoczesną prezentacją wyrazu zapisanego
- zapisywanie wyrazu przez dziecko po długiej ekspozycji (potem krótkiej ekspozycji). Jeżeli zapis jest błędny pokazanie wzoru, odczytanie wyrazu przez logopedę, następnie przez dziecko i ponowny jego zapis
- sporządzanie list wyrazów różniących się w mowie głośnej i w piśmie – wyjaśnianie zasad zapisu, prezentacja formy pisanej przy jednoczesnej realizacji ustnej zgodnej z zasadami ortofonii

1.4. ćwiczenia w realizacji fonemów
- utrwalające realizację cech dystynktywnych (dźwięczności oraz miejsca artykulacji i stopnia zbliżenia narządów artykulacyjnych głosek detalizowanych), poprzedzone utrwalaniem różnicowania fonemów
- fonemu [r], połączone z uczulaniem dziąseł i poprzedzane ćwiczeniami różnicowania fonemów /r/:/l/ oraz słuchu fonetycznego (różnicowanie [r] dziąsłowego i tylnego)

1.5. ćwiczenia akcentu wyrazowego

1.6. ćwiczenia akcentu zdaniowego

2. Ćwiczenia ukierunkowane na osłabienie patomechanizmów rozwoju mowy

2.1. ćwiczenia w łączeniu ruchów w zakresie dużej motoryki

2.2. ćwiczenia logorytmiczne

2.3. ćwiczenia praksji dynamicznej rąk

2.4. ćwiczenia praksji oralnej

2.5. ćwiczenia płynności ruchów grafomotorycznych

2.6. ćwiczenia w pisaniu znaków graficznych w liniach o różnej wielkości

Przykład trzeci – przypadek Magdy M. (w.ż. 4;5)

Dziewczynka uczęszcza do przedszkola publicznego (do grupy czterolatków).

Wstępna ocena rozwoju dziecka i jego komunikacji:

Gotowość dziecka do porozumiewania się oraz dążenie do kontaktów i współdziałania są właściwe. Dziecko początkowo onieśmielone, wita się niechętnie, ale nawiązuje kontakt wzrokowy. Jest zainteresowana treścią rozmowy matki z logopedą. Reaguje adekwatnie na prośby osoby prowadzącej badanie. Początkowo krótko odpowiada na pytania. Bierze udział w zaproponowanej zabawie, rozwija zabawę tematyczną. Potem chętnie siada do stolika. Układa samodzielnie historyjkę 5-elementową. W jej wypowiedziach (dotyczących zdarzeń przedstawionych na obrazkach) dominują zdania pojedyncze rozwinięte. Są też zdania podrzędnie złożone o prawidłowej budowie. Używa wszystkich części mowy. Stosuje nazwy kolorów (także pochodnych). Wyrazistość wypowiedzi jest wystarczająca dla jej pełnego zrozumienia. Artykulacja jest w trakcie rozwoju (substytuty rozwojowe), ale występują także deformacje. Prozodia prawidłowa. Fonacja z cechami nosowania otwartego.

Prawidłowe reakcje słuchowe.

Wyniki leczenia i badań specjalistycznych: adenotomia (3;4), tympanometria (3;5) – słuch prawidłowy.

Dziecko nie wymaga dodatkowych badań specjalistycznych. Konieczna jest stała opieka alergologa i laryngologa w celu utrzymywania drożności jamy ustnej.

Podsumowanie tej części badania: dziecko przyswoiło system językowy na poziomie wieku. Konieczne jest badanie pod kątem dyslalii.[1]

Wywiad: wychowywana głównie przez matkę (rozwód rodziców, gdy dziecko było w wieku 2;6); matka – wykształcenie wyższe (pedagog nauczania początkowego), wymowa prawidłowa; ojciec – wykształcenie wyższe, przebywa za granicą. Osobą współwychowującą dziecko jest babcia (ze strony matki, wykształcenie średnie, wiek 59 lat, mowa prawidłowa). System wychowawczy jest ujednolicony.

Matka poświęca dziecku ok. 4 g. dziennie (wspólne zabawy, loteryjki, spacery, odwiedziny u przyjaciół). Dziecko dąży do kontaktów z rówieśnikami, uczestniczy w zabawach.

Okres prenatalny: ciąża pierwsza (cukrzyca ciążowa – dieta, stresy spowodowane konfliktami małżeńskimi, zdarzały się infekcje kataralne). Poród siłami natury. Apgar: 9/10 punktów.

[1] Badanie logopedyczne przeprowadzane według karty badania dziecka z dyslalią [Emiluta-Rozya 2015].

W okresie postnatalnym bardzo częste infekcje górnych dróg oddechowych. Dominuje oddychanie spoczynkowe torem ustnym. Zdiagnozowana alergia na roztocza i pyłki roślin. Rozwój motoryczny – w normie. Rozwój mowy – w normie (wypowiedzi dziecka były zdaniem matki zawsze rozumiane przez osoby obce). Karmiona piersią do 12. m.ż., potem butelką do 2 lat (jedynie raz dziennie), wcześniej wprowadzano pokarmy o różnej konsystencji. Matka nie zgłasza żadnych trudności związanych z przyjmowaniem przez dziecko jedzenia.

Wyniki szczegółowego badania logopedycznego:

Ocena artykulacji: lambdacyzm dorsalny, głoski dentalizowane dziąsłowe substytuowane przez zębowe (norma rozwojowa), głoska [r] = dorsalne [l] (zdeformowany substytut) lub [i̯]. Częściowe ubezdźwięcznianie. Pozostałe głoski artykułowane zgodnie z ich cechami artykulacyjnymi.

Budowa aparatu artykulacyjnego: ankyloglosja (przyczep w miejscu apeksu), język sercowaty (obie cechy anatomiczne mają wpływ na rozwój artykulacji), palatum wysoko wysklepione. Pozostałe narządy artykulacyjne o prawidłowej budowie. Pełne uzębienie mleczne, bez próchnicy. Zgryz prawidłowy.

Ocena sprawności aparatu artykulacyjnego: osłabiona sprawność warg (skutek dysfunkcji oddychania), słaba precyzja ruchów języka i brak pionizacji z powodu ankuloglosji. Wydolność podniebienno-gardłowa osłabiona wskutek dysfunkcji oddychania; stan po adenotomii.

Dysfunkcje oddychania spoczynkowego i połykania (przetrwałe połykanie niemowlęce). Żucie mieszane (dominują ruchy okrężne z zamkniętymi wargami). Odgryzanie prawidłowe.

Diagnoza logopedyczna: dyslalia anatomiczno-funkcjonalna.

Dziecko zostało skierowane na frenotomię i na terapię logopedyczną ze względu na lambdacyzm właściwy oraz konieczność zmiany warunków anatomicznych (także i funkcjonalnych) dla dalszego rozwoju artykulacji.

Program usprawniania logopedycznego

Cel terapii logopedycznej: uzyskanie prawidłowej artykulacji u dziecka.

1. Dbałość o utrzymywanie drożności jamy nosowej (odpowiednie leczenie antyalergiczne, prawidłowe oczyszczanie nosa)
2. Ćwiczenia usprawniające aparat artykulacyjny
   - masaż warg i ćwiczenia czynne warg przed lustrem oraz ćwiczenia oporowe wzmacniające napięcie
   - ćwiczenia czynne języka – głównie pionizacja (szeroki układ języka, „łyżeczka”) i precyzja ruchów
   - ćwiczenia wzmacniające zwierający pierścień gardłowy

3. Ćwiczenia funkcji w obrębie narządu żucia
   - ćwiczenia oddychania spoczynkowego
   - ćwiczenia prawidłowego żucia
   - ćwiczenia prawidłowego połykania (dopiero po uzyskaniu swobodnej pionizacji języka w obrębie jamy ustnej właściwej)
4. Ćwiczenia artykulacyjne
   - ćwiczenia [ṭ] [ḍ] [ṇ] dziąsłowych (jako wstępne do artykulacji [l] i w przyszłości do dziąsłowych dentalizowanych)
   - wywołanie i utrwalenie głoski [l]
   - wzmacnianie dźwięczności
5. Rozwijane kompetencji językowej i komunikacyjnej

Nie proponuję jeszcze wywoływania głosek dziąsłowych ze względu na wiek dziecka.

Przykład piąty – przypadek Norberta W. (w.ż. 1;7)

Dziecko nie było wcześniej badane ani przez psychologa, ani przez logopedę.

Wstępna ocena rozwoju dziecka i jego komunikacji:

Chłopiec był wniesiony do gabinetu na rękach, postawiony na podłodze – chodzi niepewnie na szerokiej podstawie. Wydaje się, że napięcie mięśni kończyn jest wzmożone. Niesprawny ruchowo. Brak zainteresowania osobami znajdującymi się w gabinecie oraz ich zachowaniami. Nie nawiązuje kontaktu wzrokowego, nie wchodzi we wspólne pole uwagi, zatrzymuje krótko wzrok na twarzy osoby badającej tylko w momencie próby zabrania mu trzymanej w ręku zabawki. Nie podejmuje prób manipulowania zabawkami. Uderza mechanicznie w przyciski stolika bez wyraźnego celu (przyciski mają zróżnicowane kształty i wydają różne dźwięki). Mimo prezentacji różnych zabawek nie wybiera żadnej z nich. Mimika zmienia się (pojawia się dyskretny uśmiech) w dwóch sytuacjach: gdy ojciec zmienia pozycję jego ciała podczas trzymania na rękach w szybkim ruchu obrotowym oraz podczas samodzielnego wprawiania w ruch wibrujący okrągłych przedmiotów. Nie zareagował na wielokrotne wołanie (brak reakcji na swoje imię) o różnym natężeniu głosu. Zareagował kilkakrotnie na dźwięki niewerbalne (stukanie w stół, gwizd, klaskanie) o różnym natężeniu. Przypuszczam, że nie rozumie prostych wypowiedzi słownych, także wyrazów odnoszących się do najbliższych osób. Wydaje bezcelowe chrapliwe dźwięki. Ich wydłużanie może mieć charakter autostymulacji (do dalszej obserwacji). Zdarza się monotonna wokalizacja zbliżona do samogłoski [a]. Nie podejmuje prób naśladowywania ruchów i dźwięków.

Widoczne cechy dysmorfii (duża głowa, znaczna dysproporcja wielkości części mózgowej nad twarzową, wysokie i wypukłe czoło, szeroki rozstaw oczu).

Wywiad: rodzice – wykształcenie wyższe (matematyk i informatyk), słuch i mowa prawidłowe. Osoby współwychowujące dziecko: niania – osoba ok. 25 lat ze średnim wykształceniem (od 11 m.ż. dziecka), rodzice „dużo pracują", kontakty z dzieckiem wieczorami.

Według matki Norbert nie jest zainteresowany innymi dziećmi. Zabawy samodzielne polegają na tworzeniu zbiorów (np. zbieranie klocków, ustawianie butów), „lubi wyrzucać zawartość szuflad". Ciąża III (zapalenie dróg moczowych w 2. trymestrze ciąży – antybiotyk), poprzednie ciąże – samoistne poronienia, poród I, planowane c.c., Apgar 10 punktów.

Przez pierwsze miesiące życia często krzyczał (częste kolki) lub piszczał, „bardzo słabe głużenie", nie gaworzył (rodzice zgłaszają, że kilkakrotnie pojawił się i zaniknął ciąg dźwięków: bababa. Rozwój ruchowy opóźniony: siadał w 8 m.ż., nie raczkował, po rehabilitacji ruchowej zaczął stawać ok. 12 m.ż., chodził przy meblach 13-15 m.ż., samodzielnie 17 m.ż.

Wykonane badania: ABR (w.ż. 1;5) – wynik prawidłowy, EEG (1;5) – wynik prawidłowy, ocena motoryki przez rehabilitanta – opóźniony rozwój ruchowy, nieprawidłowe napięcie mięśniowe.

Konieczna jest pogłębiona diagnostyka specjalistyczna: konsultacja psychiatryczno-psychologiczna (ze względu na zaburzony rozwój psychoruchowy), neurologiczna (ocena napięcia mięśni i diagnoza neurologiczna), genetyczna (cechy dysmorficzne i nieprawidłowy rozwój psychoruchowy).

Bez badań specjalistycznych nie jest możliwe postawienie diagnozy logopedycznej. Podsumowanie wstępnego badania logopedycznego: zaburzony rozwój komunikacji.

Konieczne jest objęcie dziecka wielospecjalistycznym usprawnianiem jego rozwoju.

Wstępne wskazówki do terapii logopedycznej

Cel wstępnej terapii: kształtowanie podstawowych zachowań komunikacyjnych. Próby rozwijania umiejętności rozumienia wypowiedzi słownych.

1. Pedagogizacja rodziców (omówienie konieczności prowadzenia intensywnej stymulacji rozwoju dziecka, wspólnego spędzania czasu w formie zabawy, zasad prowadzenia ćwiczeń usprawniających)
2. Próby nawiązania kontaktu wzrokowego (rodzic siedzi zawsze naprzeciwko dziecka, przytrzymywanie twarzy dziecka, stosowanie bodźców przyciągających jego uwagę, np. zakładanie sztucznego, dużego i kolorowego nosa, kolorowych dużych oprawek okularów, zawsze z komentarzem, „tu mama", „patrz na mnie")

3. Kształtowanie wspólnego pola uwagi
4. Kształtowanie naprzemienności działań
5. Wzmacnianie kontaktu fizycznego (częste sadzanie dziecka na kolanach, przytulanie)
6. Ćwiczenia funkcji słuchowej (wspólne zabawy instrumentami lub przedmiotami wydającymi dźwięki, reakcje na różne dźwięki niewerbalne)
7. Ćwiczenia reakcji dziecka na swoje imię (rodzic odwraca dziecko w stronę drugiej osoby je nawołującej)
8. Ćwiczenia naśladownictwa ruchów (w zakresie dużej motoryki, zachęcanie do powtarzania ruchów w prostych zabawach słowno-ruchowych)
9. Ćwiczenia w rozumieniu wypowiedzi słownych
   - „kąpiel słowna" (proste zdania wypowiadane ze wzmocnioną ekspresją, zawsze odnoszące się do osób i sytuacji, wybranie kilku wyrazów kluczowych: mama, tata, imię dziecka, stop – nie wolno, tak – dobrze, jeść – am, am, pić, skakać – hop, hop)
   - próby nauczenia gestu powitania i pożegnania połączonego z komunikatami „cześć" i „papa"
10. Kształtowanie gestu wskazywania palcem, połączonego z jednoczesnym powtarzaniem przez rodziców / pedagogów / logopedów wyrazów kluczowych
11. Zachęcanie do wokalizacji i odtwarzania ciągów dźwiękowych (śpiewanie z zastosowaniem wydłużonych samogłosek, wybrzmiewanie samogłosek podczas różnych czynności – przypisywanie im znaczenia, np. aaaaaa – usypianie lali, uuuuuu – podczas zabawy samolotem)
12. Wygaszanie fiksacji na wibrujących przedmiotach
13. Zachęcanie dziecka do samodzielnego jedzenia (początkowo ręką)

W swoim artykule pokazałam ramy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego i przykłady zastosowania praktycznych rozwiązań w kilku problemach logopedycznych. W niektórych przypadkach możliwe było opracowanie programu terapii już po kilku (2-3) spotkaniach diagnostycznych, w innych (por. przykład Norberta) podałam jedynie wstępne wskazówki, aby rozpocząć proces usprawniania rozwoju dziecka. Dzięki dalszym badaniom diagnostycznym, mam nadzieję, że przekształcone zostaną w konkretne programy terapii.

Wciąż poszukujemy dróg skutecznego korygowania wielu zaburzeń rozwoju u dzieci. Pojawiają się doniesienia o nowych metodach usprawniania. Nowości te niosą nadzieję na większą efektywność pracy logopedów. Powstaje jednakże pytanie: czy stosowanie gotowych schematów terapeutycznych, „recept" terapii logopedycznej lub hołdowanie jednej konkretnej metodzie jest skuteczne

w odniesieniu do każdej formy zaburzonego/opóźnionego rozwoju mowy? Jako logopeda z długoletnim stażem uważam, że podstawową zasadą w naszej pracy jest indywidualne podejście do każdego pacjenta po przeprowadzeniu rozpoznania logopedycznego. Zaburzenia w rozwoju mowy u dzieci często są skutkiem zadziałania złożonych patomechanizmów. Nierzadko konieczne jest usprawnianie wielospecjalistyczne, co zawsze musi być wyjaśnione rodzicom. Młodzi logopedzi powinni dążyć do poznania wielu sposobów wspomagania rozwoju i niwelowania trudności w mowie, a następnie wybierać spośród nich tylko te, które mogą pomóc konkretnemu dziecku. Nie obawiajmy się pytań rodziców o nazwę metody, według której zamierzamy pracować z ich dzieckiem. Logopeda prowadzi usprawnianie logopedyczne, nie musi opowiadać się za jedną konkretną metodą. Nie oferuje środków leczniczych (w znaczeniu środków farmakologicznych lub chirurgicznych), lecz (jedynie albo aż) indywidualne programy ćwiczeń terapeutycznych, dobrane ściśle dla danej osoby, z uwzględnieniem jej cech psychofizycznych i uwarunkowań środowiskowych. Postępowanie logopedyczne wobec pacjenta jest najczęściej kompilacją elementów różnych metod. Opowiadam się za takim podejściem.

W programowaniu terapii konieczne jest wykorzystywanie wiedzy o normach rozwoju językowego porozumiewania się i o jego uwarunkowaniach, o niezmiennych etapach nabywania tej umiejętności oraz o plastyczności mózgu dziecka. Efektywność terapii w przeważającej mierze zależy od zaplanowanych z pełną odpowiedzialnością i intensywnie prowadzonych różnorodnych, ale zawsze dobranych indywidualnie, działań usprawniających.

BIBLIOGRAFIA

Cieszyńska J., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku autyzmu wczesnodziecięcego*, „Logopedia", t. 37.

Domagała A., Mirecka U., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku dysleksji rozwojowej*, „Logopedia", t. 37.

Emiluta-Rozya D., 1998, *Diagnoza logopedyczna dzieci z wadami wymowy*, [w:] Rola J. (red.), *Wybrane problemy psychologicznej diagnozy zaburzeń rozwoju dzieci*, Warszawa (wydanie drugie zmienione).

Emiluta-Rozya D., 2006a, *Dyslalia – w teorii logopedycznej i praktyce pedagogicznej*, [w:] Bałachowicz J., Frycie S. (red.), *Język – Literatura – Wychowanie*, Warszawa.

Emiluta-Rozya D., 2006b, *Wspomaganie rozwoju mowy dziecka w wieku przedszkolnym*, Warszawa.

Emiluta-Rozya D., 2007, *Opóźniony rozwój mowy a opóźnienie rozwoju mowy*, „Poradnik Językowy", nr 8.

Emiluta-Rozya D., 2008, *Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozya*, [w:] Porayski-Pomsta J. (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii*, Warszawa.

Emiluta-Rozya D., 2013, *Całościowe badanie logopedyczne*, Warszawa.

Emiluta-Rozya D., 2015, *Uwagi do narzędzi mojego autorstwa i współautorstwa*, [w:] Kurowska M., Wolańska E. (red.), *Metody i narzędzia w logopedii*, Warszawa.

Grabias S., 2001, *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*, [w:] Grabias S. (red.) *Zaburzenia mowy*, Lublin.

Grabias S., 2008, *Postępowanie logopedyczne. Diagnoza, programowanie terapii, terapia*, „Logopedia", t. 37.

Jęczeń U., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii prolongaty*, „Logopedia", t. 37.

Konopska L., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób z wadą zgryzu*, „Logopedia", t. 37.

Korendo M., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku zespołu Aspergera*, „Logopedia", t. 37.

Kurkowski Z., Trochymiuk A., Muzyka E., *Standard postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń słuchu*, „Logopedia", t. 37.

Lorens G., Jakóbiak A., 2015, *Gesty GORA – wspomaganie terapii dzieci z zaburzoną kinestezją artykulacyjną*, „Forum Logopedy", nr 5.

Mierzejewska H., Emiluta-Rozya D., 2000, *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Logopedia", t. 28.

Ostapiuk B., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w dyslalii ankyloglosyjnej*, „Logopedia", t. 37.

Panasiuk J., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształceniu mowy o typie afazji*, „Logopedia", t. 37.

Panasiuk J., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku w afazji*, „Logopedia", t. 37.

Pluta-Wojciechowska D., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób z rozszczepem wargi i podniebienia*, „Logopedia", t. 37.

Smoczyńska M., 2012, *Opóźniony rozwój mowy a ryzyko SLI: wyniki badań podłużnych dzieci polskich*, [w:] Porayski-Pomsta J., Przybysz-Piwkowa M. (red.), *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka*, Warszawa.

Sołtys-Chmielowicz A., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku dyslalii*, „Logopedia", t. 37.

Stasiak J., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii prolongaty*, „Logopedia", t. 37.

Programming of Therapy on the Basis of Research in Speech-Language Pathology

Summary: In this article the author presents a scheme of speech-language therapy which is based on the results of a diversified (the outcome depends on the scope of pathologies or impediments in the child's speech development) diagnostic procedure. Each therapy program should include a goal which would be strictly related to the elimination of speech-language disorders (which varies according to specific cases) and its content is comprised of exercises, whose selection depends on specific needs, created to enhance the development of a child's speech, language or pronunciation and the elimination of pathomechanisms. The important element of the therapy is (in justified cases) parental pedagogy. The assumptions of the therapy are illustrated with examples of case studies.

Keywords: programs of speech-language pathology therapies, results of speech-language pathology research, goals of speech-language pathology therapy, exercises developing language competence, elimination of pathomechanisms of speech or articulation disorders

DANUTA PLUTA-WOJCIECHOWSKA
(Uniwersytet Śląski, Katowice)

PROCEDURA TERAPII WAD WYMOWY W ANALIZIE POZNAWCZEJ

STRESZCZENIE: Autorka analizuje relację: diagnoza – terapia w przypadku dyslalii obwodowej. Wyróżnia 3 modele terapii wad wymowy w zależności od charakteru diagnozy. Zadaje też pytanie, czy wydzielane od kilkudziesięciu lat w logopedii 3 etapy terapii w przypadku dyslalii obwodowej – przygotowanie narządów mowy do nauki głoski, wywołanie głoski, automatyzacja głoski – są współcześnie wystarczające. Czy w obliczu najnowszych logopedycznych badań dyslalii, osiągnięć medycyny, badań z wykorzystaniem bioinżynierii możliwe i wskazane jest utrzymanie trójfazowej ścieżki usprawniania realizacji fonemów? Autorka przedstawia analizę trójetapowej drogi usprawniania realizacji fonemów oraz wskazuje „białe plamy" tego modelu pracy.

SŁOWA KLUCZOWE: dyslalia, diagnoza realizacji fonemów, terapia zaburzeń realizacji fonemów, wady wymowy

Wprowadzenie

Niniejsze opracowanie poświęcone jest analizie sposobu prowadzenia terapii w przypadku dyslalii obwodowej, w tym rewizji logopedycznej trójfazowej ścieżki usprawniania realizacji fonemów. Taka procedura postępowania jest „obecna" od kilkudziesięciu lat w logopedii (np. Antos, Demel, Styczek 1971; Demel 1978; Grossman 1976; Jastrzębowska, Pelc-Pękala 1999; Łyżyczka 1978; Michalak-Widera 2007, 2012; Skorek 2009; Sołtys-Chmielowicz 2005, 2008). Nie uległa ona zmianie, pomimo doniesień współczesnych badaczy dyslalii oraz innych naukowców zajmujących się funkcjonowaniem przestrzeni orofacjalnej (np. Gick, Wilson, Koch, Cook 2004; Hiiemae, Palmer 2003; Konopska 2006, 2015; Ostapiuk 1997, 2002, 2013ab; Pluta-Wojciechowska 2002, 2006, 2008, 2010, 2011, 2012ab, 2013ab, 2014/2015, 2015; Pountney, Mulcahy, Clarke, Green 2011; Serrurier, Badin, Barney, Boë, Savariaux 2012; Sambor 2015ab). Poszczególne części tekstu dotyczą nakreślenia kontekstu procedury usprawniania realizacji fonemów, a następnie – na takim tle – ukazanie niedostatków czy też „białych plam" modelu likwidowania wad wymowy z wykorzystaniem 3 faz. Poniższe opracowanie zawiera – obok nowych wątków – komentarze

na temat diagnozy i terapii, które w niektórych zakresach były już przedmiotem moich publikacji (Pluta-Wojciechowska 2002, 2008, 2016, 2010, 2011, 2012ab, 2013ab, 2015), jednak w tym ujęciu stają się niezbędnym kontekstem dla rozważań na temat terapii wad wymowy.

1. O diagnozie wad wymowy

Trudno pisać o terapii wad wymowy bez odniesienia się do diagnozy. Nie ma bowiem dobrej terapii bez dobrej diagnozy. Wszak diagnoza i terapia to byty dopełniające się w postępowaniu logopedycznym. Wie o tym każdy logopeda praktyk. Stąd w logopedii upowszechniana jest teza o tym, że diagnozę należy uzupełniać w trakcie terapii. Przystępując do analizy metod terapii stosowanych podczas usprawniania realizacji fonemów w dyslalii obwodowej, koniecznie należy ukazać, jaka jest rola diagnozy logopedycznej w tym procesie. Na naszych oczach (można powiedzieć od końca lat 90-tych ubiegłego stulecia) zmienił się sposób diagnozy wad wymowy (Konopska 2006; Ostapiuk 1997, 2002, 2013a, 2013b; Pluta-Wojciechowska 2002, 2005, 2008, 2012, 2013, 2014, 2015). Oznacza to, że powinna się także zmienić ich terapia.

Na pozór wydaje się, że w sprawie diagnozy i terapii wad wymowy wszystko już powiedziano. Powszechnie uznaje się, że terapia wynika z rozpoznania. Jednakże samo rozpoznanie może być rozmaicie rozumiane, a zatem różna będzie terapia. Analizując obserwowane podejścia w trakcie usprawniania realizacji fonemów, w szczególności w dyslalii obwodowej, można wyróżnić co najmniej 3 sposoby prowadzenia terapii wad wymowy. Odzwierciedlają one relację terapii do diagnozy. Biorąc pod uwagę to kryterium, terapia wad wymowy może mieć charakter objawowy, przyczynowy lub przyczynowo-objawowy. Będzie o nich mowa w dalszej części opracowania.

1.1. Diagnoza logopedyczna jako synteza objawu i przyczyny

Diagnoza jest procedurą, która umożliwia rekonstrukcję procesu powstawania zaburzeń mowy, w tym wymowy. Podczas tego etapu pracy logopeda ocenia wymowę, a także identyfikuje przyczyny zaburzeń i określa ich patomechanizm (Grabias 1997, 2008, 2012). Przyczyny zaburzeń i patomechanizm zaburzeń to w pewnym zakresie różniące się od siebie zjawiska. Patomechanizm zaburzeń to sposób, w jaki organizm reaguje na dany czynnik patogenny, który jest przyczyną zaburzeń wymowy. Dla przykładu przyczyną nienormatywnych realizacji fonemów może być rozszczep podniebienia, ale objawy zaburzeń mowy mogą być do pewnego stopnia odmienne ze względu na występującą strategię radzenia sobie dziecka z niemożliwością oddzielenia jamy

ustnej od nosowej: jeden pacjent uruchamia strefy poza jamą ustną dla tworzenia dźwięków mowy, inny omija spółgłoski, a jeszcze inny tworzy głoski nosowe w miejscu ustnych (Trost 1981; Hutters, Broendsted 1987; O'Gara, Logemann 1988; McWilliams, Morris, Shelton 1990; Chapman 1993; Chapman Hardin 1992; Wyatt, Sell, Russell, Harding, Harland, Albery 1996; Golding--Kushner 2001; Pluta-Wojciechowska 2011). A zatem występuje ten sam czynnik patogenny, ale patomechanizm zaburzeń inny. Inna zatem będzie terapia logopedyczna.

Przyjmuję zatem, że diagnoza logopedyczna – także w dyslalii obwodowej – obejmuje dwa elementy, a mianowicie opis objawu zaburzeń realizacji fonemów oraz wyjaśnienie przyczyn opisanych zjawisk. Takie ujęcie diagnozy jest zgodne z współczesną wizją postępowania logopedycznego, jaką odnajdujemy w opracowaniach Stanisława Grabiasa (1997, 2008, 2012). Zwróćmy uwagę, że w przypadku opisu zaburzeń realizacji fonemów logopeda będzie korzystał z innego kryterium analizy niż w przypadku wyjaśniania przyczyn opisanych (wcześniej) zaburzeń realizacji fonemów. W pierwszym przypadku będzie to kryterium lingwistyczne, a dokładnie norma dotycząca przyjętego systemu fonemowo-fonetycznego, w drugim zaś – kryterium związane z przyczynami zaburzeń i wiekiem pacjenta. Podkreślmy, że dla rozumienia związków przyczynowo-skutkowych dotyczących relacji przyczyna – objaw konieczne jest oddzielenie opisu zaburzeń, który ma charakter prymarny od poszukiwania przyczyn zaburzeń po to, aby w dalszej fazie procedury diagnostycznej ustalić stosunek objawu do jego przyczyny. Opis zaburzeń i ich interpretacja to dwie różne perspektywy analizy wad wymowy. Nierozumienie istoty odmienności tych dwóch aspektów rozpoznania prowadzi do zamętu diagnostycznego, a dalej nieefektywnej terapii. Warto o tym pamiętać zapoznając się ze sposobem prezentacji kryteriów badania wymowy, które zaproponował Józef Kania (1967, 1982).

Diagnoza logopedyczna powstaje jako efekt czynności diagnozowania, czyli pewnych działań mających na celu stwierdzenie rodzaju nienormatywnych objawów – tu w obrębie realizacji fonemów – oraz mających na celu wyjaśnienie ich przyczyn. Efektem czynności diagnostycznych jest wskazanie nazwy jednostki nozologicznej zaburzenia. Sama jednostka nozologiczna obejmuje pewną relację o charakterze przyczynowo-skutkowym: czynnik patologiczny, będący przyczyną wady wymowy – objaw zaburzeń wymowy opisywany w kategoriach językoznawczych. A zatem jednostka nozologiczna zawiera z jednej strony zestaw pewnych objawów, z drugiej zaś zestaw wywołujących je przyczyn (np. Grabias 1997, 2012). Poszukiwanie relacji przyczynowo-skutkowej jest istotą procedury diagnozowania i diagnozy, w tym diagnozy różnicowej. Taka diagnoza jest podstawą terapii przyczynowo-objawowej.

Przedstawiona interpretacja diagnozowania i diagnozy koresponduje z współczesną wizją logopedii jako działalności teoretycznej i praktycznej (Grabias 1997, 2008, 2012). Jednak jeśli weźmiemy pod uwagę „diagnozy logopedyczne" stawiane przez niektórych specjalistów mam wątpliwości, czy rzeczywiście idea poszukiwania związków przyczynowo-skutkowych stwierdzonych zaburzeń realizacji fonemów jest dla wszystkich oczywista. Słyszę czasami taką oto „diagnozę": *Pacjent ma sepelenienie miedzyzębowe*, *Pacjent ma nosowanie otwarte*, *Pacjent ma rotacyzm*. Zauważmy, że w świetle tego, co powiedziano powyżej, to nie są diagnozy logopedyczne. Przywołane opinie (w zamyśle autorów tych zdań są to diagnozy logopedyczne) są w istocie opisem zaburzeń realizacji fonemów, a zatem jednym z elementów diagnozy. Pełne rozpoznanie powinno bowiem uwzględniać też przyczyny stwierdzonych wad wymowy. Jeśli przyczyną międzyzębowej realizacji fonemów jest wada zgryzu, to diagnoza mogłaby np. brzmieć: seplenienie międzyzębowe na tle wady zgryzu lub dyslalia zgryzowa lub dyslalia anatomiczna. Zauważmy, że zaproponowane nazwy jednostek nozologicznych mają różny poziom ogólności dla stwierdzonego, czy to objawu czy to ich przyczyny. Mają jednak pewną cechę wspólną, którą jest interpretacja wadliwej realizacji fonemów w kategoriach heurystycznych, a innymi słowy wskazują przyczynę nienormatywnej wymowy.

1.2. O sposobie badania wymowy

Kolejny wątek związany z diagnozą, a mający istotne znaczenie dla terapii wiąże się ze sposobem prowadzenia badania wymowy. W jaki sposób ludzie oceniają czyjąś wymowę? Czym ocena logopedy różni się od oceny nie-logopedy? Odpowiedź na te pytania na pozór tylko jest prosta.

W literaturze logopedycznej odnajdujemy generalnie dwa podejścia w badaniu wymowy, a mianowicie: pierwsze oparte na badaniu za pomocą słuchu (zob. Sołtys-Chmielowicz 2008, s. 65; por. Kania 1967, 1982; Antos, Demel, Styczek 1971) oraz drugie wykorzystujące podczas badania nie tylko słuch, ale także wzrok, dotyk oraz specjalne próby, które mają potwierdzić bądź wykluczyć cechy słyszanych dźwięków (zob. Konopska 2006; Ostapiuk 1997, 2002, 2013a, 2013b; Pluta-Wojciechowska 2002, 2006, 2010, 2011, 2013, 2015). Pierwsza z opisanych metod może być nazwana syntetyczną, druga zaś analityczno-fonetyczną. Ponieważ istota przywołanych metod była już przedmiotem moich publikacji (Pluta-Wojciechowska 2002, 2005, 2006, 2010, 2011, 2013, 2014, 2015), a także opracowań innych badaczy (Ostapiuk 1997, 2002, 2013ab), w tym miejscu nie rozwijam tego wątku. Wskażę jednak na niedosyt metody słuchowej w badaniu realizacji fonemów. Jak wskazuje bowiem Jassem (1973) ucho ludzkie nie jest w stanie zauważyć i rozpoznać drobnych niuansów brzmieniowych

słyszanych dźwięków. Stąd wzrok, dotyk i pewne eksperymenty – obok wykorzystania słuchu – stają się nieodzowne we współczesnym badaniu wymowy. Jeśli uznamy, że jedyną metodą badania wymowy jest słuch, to – zauważmy – logopeda mógłby prowadzić badanie artykulacji np. przez telefon. Oczy stają się w takim ujęciu badania wymowy – niepotrzebne. Rekomendując stosowanie wielozmysłowej metody oceny wymowy, jaka wiąże się z opisem – jako ważnym i pierwszym elementem diagnozy – należy podkreślić, że wymaga ona rozumienia związków pomiędzy dźwiękiem a narzędziami, które go wytworzyły, a także – co się z tym wiąże – wiedzą dotyczącą tego, na co należy patrzeć zaglądając do jamy ustnej podczas artykulacji. Ocena wymowy za pomocą wzroku ma swoje ograniczenia. Jednakże nie można z niej rezygnować tylko dlatego, że nie jest łatwa w stosowaniu. Są sposoby, które umożliwiają ocenę wzrokową wymowy, także głosek z miejscem artykulacji wewnątrz jamy ustnej.

Aby oddać istotę logopedycznej oceny wymowy zgodnej z najnowszym widzeniem tego zagadnienia, rozważmy pokrótce, w jaki sposób – inni niż logopedzi – użytkownicy języka oceniają czyjąś wymowę. Jakże często potoczne oceny wymowy przybierają formę opinii: *mówi tak brzydko, niechlujnie, nieestetycznie, dziwnie, niezrozumiale*, *tak jakoś wystawia język*, *pluje siebie i innych podczas mówienia*, *mówi przez nos*, *mówi inaczej niż inni*. Tylko dwie spośród wymienionych opinii uwzględniają cechy fonetyczne (*tak jakoś wystawia język*, *mówi przez nos*), pozostałe wpisują się w takie kryteria jak estetyka, zrozumiałość, powszechność, niezwykłość. Czy to są kryteria logopedycznej – dodajmy specjalistycznej – oceny wymowy? Czym ocena wymowy przeprowadzona przez logopedę różni się od oceny potocznej?

W moim rozumieniu, logopedyczna ocena wymowy wynika z zadań związanych z istotą przedmiotu logopedii jako nauki. Są nimi biologiczne uwarunkowania języka i zachowań językowych (Grabias 2012). Logopeda bada zatem relację pomiędzy językiem i zachowaniami językowymi a biologicznymi cechami organizmu człowieka. Z jednej strony mamy zatem język i zachowania językowe, z drugiej zaś cechy organizmu człowieka, które determinują jego język i zachowania językowe. W kontekście przedmiotu rozważań można zatem mówić o fonemie i o głosce oraz o stanie narządów i mechanizmów odpowiedzialnych za rozwój systemu fonemowego i fonetycznego. A zatem w badaniu logopedycznym specjalista ma na wstępie ustalić, w jaki sposób głoska reprezentuje dany fonem, jaka jest relacja pomiędzy głoską a fonemem, który ta głoska reprezentuje. Zauważmy, że terminy te – rodem z fonologii i fonetyki – są opisywane za pomocą pewnych kategorii, które wynikają z przyjętego warsztatu badawczego językoznawstwa. Z takich terminów korzysta współczesna logopedia podczas opisu realizacji fonemów. Do podstawowych kategorii opisu w przypadku np. spółgłosek należy miejsce artykulacji (lokacja), sposób artykulacji (modalność),

udział rezonatora nosowego (rezonansowość), udział wiązadeł głosowych (sonantyczność). Kategorie te jednoznacznie wyznaczają pole zainteresowań badacza oceniającego wymowę w przypadku np. spółgłosek. A zatem logopeda podczas badania ma ustalić, czy i w jaki sposób badana głoska odzwierciedla dany fonem, czy zestaw cech fonetycznych badanej głoski jest zgodny z przyjętym systemem fonologicznym i fonetycznym. Taka ocena ma zatem charakter merytoryczny, a wynika z zadań, jakie stoją przed logopedą i z narzędzi, które odnajdujemy w fonologii i fonetyce.

Kolejna uwaga wiąże się z tym, w jaki sposób logopeda będzie badał poszczególne cechy fonetyczne głosek (por. Konopska 2006; Ostapiuk 1997, 2002, 2013a, 2013b; Pluta-Wojciechowska 2002, 2005, 2008, 2010, 2012ab, 2013ab, 2014, 2015). Jeśli wykorzysta jedynie metodę słuchową, to nie zdobędzie pełnej wiedzy o tworzonej głosce (wszak głoska to zjawisko polimodalne), a zatem jego diagnoza (opis i interpretacja) będzie niepełna, a co za tym idzie będziemy mieli do czynienia z niepełną i/lub nieadekwatną terapią logopedyczną. Jeśli jednak będzie korzystał np. z metody analityczno-fonetycznej związanej z słuchowo-wzrokowo-czuciowo-eksperymentalnym sposobem oceny wymowy (Pluta-Wojciechowska 2011, 2012ab, 2013ab, 2015), to jego wiedza na temat artykulacji zdobyta podczas badania będzie pełniejsza, chociaż w przypadku zastosowania metod obiektywnych, np. badanie akustyczne, rtg itp. badanie wymowy będzie miało wymiar obiektywny. Jednakże w przeciętnym gabinecie logopedycznym nie ma wymienionych urządzeń. Ocena realizacji fonemów za pomocą metody analityczno-fonetycznej z wykorzystaniem ścieżki wielozmysłowej, a także pewnych prób, ma zatem charakter pełniejszy, a w moim rozumieniu także merytoryczny i jest inna niż uwzględnianie jedynie wrażeń estetycznych i/lub słuchowych (por. Kania[1] 1967, 1982; Sołtys-Chmielowicz 2008). Estetyka wymowy nie jest bowiem kryterium fonetycznym, a wiąże się z takimi określeniami jak *wymowa jest ładna*, *wymowa jest brzydka, nieestetyczna*[2]. Owszem, np. w przypadku realizacji międzyzębowych możemy mówić o nieestetycznym wystawianiu języka, jednakże – zauważmy – estetyka wymowy nie jest kryterium fonetycznym. Ocena estetyki jakiegoś zjawiska ma też wymiar indywidualny i z gruntu jest subiektywna. Można też powiedzieć, że nieestetyczność wymowy w przypadku przywołanego przykładu jest konsekwencją nienormatywnego miejsca artykulacji, czyli dyslokacji. Są jednak takie wady

[1] J. Kania wprowadził następujące kryteria wadliwej wymowy: ortoepiczne, estetyczne, wieku oraz kryterium związane z etiologią zaburzenia (Kania 1967, 1982). Istota pierwszego kryterium wiąże się z słuchową oceną głoski, a istota kryterium estetycznego nie jest jasna. W świetle współczesnego rozumienia sedna logopedycznej diagnozy realizacji fonemów, niedosyt budzi też brak jasnego wskazania roli opisu wadliwej wymowy dla wyjaśnienia jej przyczyn.

[2] Por. znaczenie terminu *estetyka*, *estetyczny* w słowniku (*Uniwersalny słownik języka polskiego* 2004).

wymowy, które nie powodują wrażenia *nieestetyczności wymowy*, np. dorsalna realizacja fonemów zębowych niedentalizowanych czy lewostronna wibracja przedniej części języka przy realizacji fonemu /r/. O tym kryterium będzie mowa jeszcze w dalszej części opracowania.

Zwróćmy uwagę, że stosowanie jedynie słuchowej oceny wymowy prowadzi do innych efektów niż w przypadku zastosowania metody słuchowo-wzrokowo-czuciowo-eksperymentalnej. Ta ostania jest praktycznym sposobem zastosowania analityczno-fonetycznego podejścia w ocenie realizacji fonemów. Ten sposób polega na ocenie każdej cechy fonetycznej badanej realizacji fonemu z wykorzystaniem dostępnych sposobów, dodajmy nie tylko zmysłu słuchu. Wynik takiego badania realizacji fonemów jest zatem inny niż w przypadku stosowania metody słuchowej, nie mówiąc już o badaniu wymowy z zastosowaniem kryterium estetycznego (Kania 1967, 1982; Sołtys-Chmielowicz 2008, s. 65), które – powiedzmy metaforycznie – nie dotyka istoty rzeczy. Gdyby stosować kryterium estetyczne wymowy, to opis artykulacji musiałby uwzględniać określenia oddające tę cechę artykulacji, a mianowicie: *wymowa jest estetyczna*, *wymowa jest nieestetyczna*, *wymowa jest ładna*, *wymowa jest brzydka*. W tym kontekście rodzą się pytania: jaka wymowa jest estetyczna i kto ustala indeks o biegunach „mowa estetyczna" – „mowa nieestetyczna", a także – w tym kontekście – co ma być przedmiotem terapii? Odpowiedź może być następująca: doprowadzenie do tego, aby pacjent mówił ładnie, estetycznie. Co zatem ćwiczyć i kto miałby ustalać normę estetyczną wymowy?

Można też np. uznać, że każda wadliwa artykulacja jest nieestetyczna. Przyjmując takie stanowisko najpierw trzeba opisać w kategoriach językoznawczych, na czym nienormatywność realizacji fonemów polega. Wiąże się to z przyjęciem systemu fonologicznego i fonetycznego, co jest warunkiem niezbędnym i koniecznym podczas diagnozy i terapii. Jeśli tego nie zrobimy, nie mamy podstaw prowadzenia nie tylko diagnozy, ale i terapii wad wymowy. To tak jakby uczyć dziecko zasad moralnych bez określenia tych zasad. Prowadząc diagnozę i terapię zaburzeń realizacji fonemów nie można zatem nie przyjąć normy opisanej w systemie fonologicznym i fonetycznym. Nie można też mieszać normy fonologicznej i fonetycznej z estetyczną oceną wymowy. To dwie różne kategorie opisu.

W zależności od zastosowanej metody badania realizacji fonemów – słuchowej lub wielozmysłowej – otrzymujemy różny efekt w postaci opisu wymowy, a co zatem idzie interpretacja stwierdzonych wad wymowy jest także odmienna. Efektem tego jest różna terapia logopedyczna, gdyż rozpoznania są różne. Może być i tak, że stosując słuchową ocenę artykulacji logopeda stwierdza, że wymowa jest prawidłowa, a logopeda stosujący metodę analityczno-fonetyczną stwierdzi wadę wymowy. Tak się zdarza, co wynika z moich obserwacji.

Możemy zatem w tym miejscu odpowiedzieć na pytanie: dlaczego sposób badania realizacji fonemów jest taki istotny? Odpowiedź jest następująca: od niego bowiem zależy kolejny krok postępowania, a mianowicie poszukiwanie przyczyn zaburzeń realizacji fonemów, a dalej terapia logopedyczna. Jestem głęboko przekonana, że efektywność terapii w przypadku wad wymowy w mniejszym stopniu zależy od znajomości różnych sztuczek, a w większym od dobrej diagnozy uwzględniającej 1. dokładny opis wymowy jako zwieńczenie badania artykulacji z wykorzystaniem metody słuchowo-wzrokowo-czuciowo-eksperymentalnej i 2. wyjaśnienie przyczyn zaburzeń. Objaśnienie przedstawionej tezy zamieszczam poniżej.

Za każdą głoską, a dokładnie za każdą cechą fonetyczną odnajdujemy określony układ, pozycję i ruch narządów mowy. Skoro tak, to dokładny opis cech fonetycznych głoski jest dobrym punktem wyjścia dla sformułowania pytań dotyczących etiologii nienormatywnej cechy fonetycznej/nienormatywnych cech fonetycznych występujących w badanej realizacji fonemu. Co więcej, dokładna analiza cech nienormatywnych w kontekście badanych głosek podstawowych umożliwia poznanie cech systemu fonetyczno-fonologicznego badanego pacjenta, czyli odkrycie pewnych tendencji dotyczących najczęściej nienormatywnie realizowanych fonemów lub cech fonetycznych.

Uwzględnianie powyższych postulatów podczas diagnozy logopedycznej stawia przed logopedą duże wyzwania. Dotyczą one znajomości systemu fonetyczno-fonologicznego, umiejętności prowadzenia badania wymowy z wykorzystaniem strategii analityczno-fonetycznej, rozumienia relacji objaw-przyczyna. Nie bez znaczenia jest znajomość wyników współczesnych badań dyslalii, co pozwala na antycypowanie zaburzeń w przypadku wad określonego typu. Ze smutkiem jednak stwierdzam, że pomimo wielu publikacji na ten temat, nie zawsze diagnoza logopedyczna prowadzona jest z uwzględnieniem opisanych postulatów, a przybiera postać wynikającą z poglądów sprzed 50 lat. Wiedza na temat dyslalii, sposobów badania wymowy i jej interpretacji jest współcześnie inna niż ta z czasów J. J. Kani, który formułował swoje tezy kilkadziesiąt lat temu (Kania 1967, por. Kania 1981). Myślę, że gdyby J. Kania mógł zapoznać się z wynikami współczesnych badań dyslalii z pewnością zweryfikowałby swoje poglądy.

Z zagadnieniem stosowanych kryteriów i sposobów badania wymowy łączy się jej interpretacja. Jedną z nich przedstawił kilkadziesiąt lat temu wspomniany autor, wprowadzając podział na elizje, substytucje i deformacje. Ten podział – biorąc pod uwagę deformacje i substytucje – jest wielce uproszczony i w moim rozumieniu ograniczający możliwości poznania i interpretacji wad wymowy przez logopedę. Obszerna polemika w tej sprawie była już przedmiotem wielu opracowań, w szczególności B. Ostapiuk (2002, 2013ab) i D. Pluty-Wojciechowskiej (2005, 2012a, 2013), stąd w tej publikacji nie rozwijam tego wątku.

Podkreślę jednak, że ograniczenia podziału wad wymowy na substytucje i deformacje (obok elizji) wiążą się bezpośrednio ze stosowaniem słuchowej metody oceny wymowy, a także – jak sądzę – z braku wyraźnego rozdzielenia 2 aspektów diagnozy – opisu objawu i poszukiwanie przyczyn zaburzeń. To dwa różne wątki diagnozy, które są niezbędne dla odnalezienia istoty patomechanizmu zaburzeń.

2. Trzy podejścia do logopedycznej terapii dyslalii obwodowej

Zauważmy, że opisana powyżej filozofia diagnozy ułatwia i wyznacza kierunki prowadzenia terapii logopedycznej. Powinna ona obejmować nie tylko likwidację objawu zaburzeń realizacji fonemów, ale także likwidację ich przyczyn lub – jeśli to niemożliwe – obniżenie ich intensywności. Nie jest to łatwa sprawa. Postępowanie logopedyczne uwzględnia w tym względzie obok nauki głosek np. skierowanie pacjenta do ortodonty, a także podejmowanie terapii zaburzonych czynności prymarnych, które często towarzyszą osobom z wadą zgryzu. Nie oznacza to, że logopeda czeka na wyleczenie wady zgryzu. Wręcz przeciwnie – równolegle jest prowadzone leczenie ortodontyczne i terapia logopedyczna. Warto na marginesie zauważyć jednak, że są pewne cechy fonetyczne, których nie jesteśmy w stanie uzyskać u pacjentów z wadami zgryzu określonego typu, np. dentalizacja głosek jest niemożliwa przy zgryzie otwartym (por. badania Konopskiej 2006). Terapię logopedyczną uwzględniającą rodzaj objawu oraz przyczyny wadliwej wymowy proponuję nazwać terapią przyczynowo-objawową.

Zgoła inaczej wygląda terapia logopedyczna, która ma charakter objawowy. Dzieje się tak w przypadku, gdy logopeda nie uwzględnia w postępowaniu przyczyn zaburzeń realizacji fonemów (bo ich nie rozpoznał, stosował jedynie słuchową ocenę wymowy). Wtedy terapia ma charakter objawowy i nie jest efektywna lub jest efektywna w ograniczonym zakresie. Dla dyslalii ankyloglosyjnej wykazały to badania Barbary Ostapiuk (1997, 2002, 2013a, 2013b). Przykładem innej sytuacji może być prowadzenie terapii w przypadku nosowania otwartego strukturalnego i niepropponowanie pacjentowi wydłużenia podniebienia miękkiego (por. Hortis-Dzierzbicka 2004). Inny przykład: realizacja dentalizowanych fonemów zębowych, dziąsłowych i środkowojęzykowych z niepośrodkowym przepływem powietrza (tzw. seplenienie boczne), której przyczyna łączy się z ankyloglosją, zgryzem krzyżowym oraz nieprawidłowym połykaniem i nieprawidłową pozycją spoczynkową języka. Jeśli logopeda będzie jedynie ćwiczyć głoski, nie uwzględniając wyników badania ruchomości języka i czynności prymarnych, to efekty terapii będą niewspółmiernie małe w stosunku do pracy lub wręcz osiągnięcie prawidłowej wymowy będzie w ogóle niemożliwe.

W takim przypadku należy nie tylko przeciąć wędzidełko języka, skierować pacjenta na leczenie ortodontyczne, ale także ćwiczyć czynności prymarne. Można podać inne przykłady prowadzenia terapii objawowej znanej mi z lektury: logopeda diagnozuje dyslalię funkcjonalną i podejmuje jedynie terapię wymowy, pomijając naukę zaburzonych czynności pokarmowych oraz oddychania i/lub likwidację parafunkcji. Przypomnijmy dla porządku, że zgodnie z typologią H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozyi (1997) ten typ dyslalii wynika z zaburzonego przebiegu takich czynności jak jedzenie, picie, oddychanie, obecności parafunkcji. Prowadzenie terapii w przypadku dyslalii funkcjonalnej bez uwzględniania ćwiczeń czynności prymarnych, a polegającej na zajmowaniu się jedynie nauką głosek można porównać do wyruszania w daleką podróż samochodem w sytuacji, gdy w baku jest tylko pół litra benzyny. Daleko nie zajedziemy.

Kolejny rodzaj terapii uwzględnia tylko likwidację przyczyn zaburzeń realizacji fonemów, bez pracy nad wymową. Jest to terapia przyczynowa. Również i ten rodzaj terapii nie będzie pełny. Zdarza się jednak, że np. po przecięciu wędzidełka języka pacjent sam zaczyna eksperymentować z „nowym językiem" i powstają nowe głoski w miejsce nienormatywnych. Zdarza się, że są one także wadliwe, ale w inny sposób niż przed przecięciem wędzidełka języka. Zdarza się, że po przecięciu wędzidełka języka powstają głoski normatywne w miejscu nienormatywnych. Brak jest jednak dokładnych badań na temat zakresu autokorekcji po wykonaniu zabiegu frenotomii. Oznacza to, że należy po przecięciu wędzidełka języka monitorować rodzaj tworzonych głosek i prowadzić terapię. Moje praktyczne obserwacje pokazują także, że autokorekcja może się pojawiać w różnych momentach terapii. Jednym z nich jest spontaniczne tworzenie prawidłowych głosek dziąsłowych w miejsce wadliwych po ćwiczeniach pozycji spoczynkowej języka i połykania.

Opisane pokrótce trzy modele terapii: objawowa, przyczynowa i przyczynowo-objawowa prowadzą do różnych efektów, a wynikają z relacji diagnoza – terapia. Należy postulować – co wynika z analiz i badań – terapię o charakterze przyczynowo-objawowym, która jest modelem kompleksowym i najbardziej efektywnym.

3. „Białe plamy" trójfazowej ścieżki terapii w przypadku dyslalii obwodowej

Od kilkudziesięciu lat obowiązującym standardem postępowania w przypadku dyslalii obwodowej jest uwzględnianie 3 (lub czasem 4) etapów terapii: przygotowanie narządów mowy do nauki głoski, wywołanie głoski, jej automatyzacja (Antos, Demel, Styczek 1971; Demel 1978; Grossman 1976; Jastrzębowska, Pelc-Pękala 1999; Łyżyczka 1978; Michalak-Widera 2007, 2012; Skorek 2009;

Sołtys-Chmielowicz 2005, 2008). Osobiście sama uczyłam się w taki sposób będąc studentką logopedii prawie 30 lat temu, co znalazło wyraz w niektórych moich wcześniejszych publikacjach.

Zaprezentowany paradygmat postępowania ma układ liniowy, co oznacza, że przyjmuje się następstwo kolejnych etapów. Zgodnie z tym schematem pracy generalnie wystarczy usprawnić narządy mowy, by wywołać głoskę. Potem należy ją tylko wprowadzić do mowy potocznej. Młody logopeda może mieć przekonanie, że praca w przypadku dyslalii jest prosta i że wszystko już w tej sprawie powiedziano. Jestem głęboko przekonana, że tak nie jest, a wyniki najnowszych badań logopedycznych, ortodontycznych, neurologicznych, związanych z fizjoterapią pozwalają na wysuwanie istotnych wniosków dotyczących diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów. Oznacza to także dopełnienie lub modyfikację ścieżki trójfazowej.

3.1. Przygotowanie narządów mowy

Przyjrzyjmy się pierwszemu etapowi pracy, jakim jest przygotowanie narządów mowy do wywołania głoski. Podstawowe pytanie, jakie się nasuwa brzmi następująco: do jakiej głoski przygotować narządy mowy? czy może przygotowywać narządy mowy do wywoływania wszystkich głosek, planując jednak ich wywoływanie kolejno? Zauważmy, że kolejność nauki głosek jest potężnym czynnikiem określającym efektywność terapii logopedycznej (Pluta-Wojciechowska 2008). Wie o tym każdy logopeda, który obserwuje zjawisko autokorekcji, jakie występuje u osób, w przypadku których zastosowana kolejność terapii głosek cechuje pewien uzasadniony porządek, zgodny z patomechanizmem zaburzeń.

Następna wątpliwość, jaka wiąże się z pierwszym etapem pracy w ujęciu tradycyjnym, dotyczy sposobu przygotowywania narządów mowy do nauki danej głoski. Pytania rodzą się następujące: w jaki sposób ćwiczyć narządy mowy? czy ćwiczyć wszystkie narządy mowy? jak długo ćwiczyć narządy mowy? Odpowiedź na te pytania może być tylko jedna: ćwiczymy to co jest potrzebne i to w taki sposób, aby uwzględniać prawidłowości fizjologiczne oraz patomechanizm zaburzeń wymowy. Jednakże w dostępnych opracowaniach dotyczących dyslalii, autorzy zazwyczaj nie różnicują ćwiczeń w zależności od formy zaburzeń. Przeglądając rozmaite zestawienia ćwiczeń języka zdumiewają mnie niektóre propozycje autorów, jak na przykład wznoszenie języka w kierunku lub nawet do nosa – różny opis ćwiczenia w zależności od autora (zob. np. Michalak-Widera 2006; Sachajska 1981, s. 84; Skorek 2009, s. 38; Skorek 2010, s. 32). Obszerna analiza na ten temat została przedstawiona w innej publikacji (Pluta-Wojciechowska 2013). Zdziwienie budzą też inne ćwiczenia, np. układanie języka

w rulonik, a także – w świetle danych dotyczących fizjologii stawu skroniowo-żuchwowego (*Ortodoncja II.* 2000; *Ortopedia szczękowa. Zasady i praktyka* 1995; Proffit, Fields 2001, patrz też Sambor 2015b) propozycje opisane w sposób następujący: „[...] wysuwanie żuchwy do skrajnej pozycji przedniej przy otwartych ustach i powrót do pozycji spoczynkowej; [...] przesuwać żuchwę ze skrajnego położenia lewego do prawego bez zaznaczania pozycji środkowej" (Skorek 2009, s. 39, s. 44,) czy „żucie języka" (Skorek 2010, s. 63) lub ćwiczenie nazywane „koci grzbiet" (Michalak-Widera 2007, s. 31).

3.2. Wywołanie głoski

Sporo wątpliwości budzi drugi etap terapii wad wymowy. Na temat wywoływania głosek krąży wiele opinii, np. że głoskę należy najpierw wywoływać w izolacji, potem w nagłosie sylab itd. (np. Demel 1978; Styczek 1981; Jastrzębowska, Pelc-Pękala 1999; Michalak-Widera 2007, 2012; Skorek 2009) lub że z szeregu głosek dentalizowanych dziąsłowych najpierw należy wywołać głoskę [sz]. Wręcz w jednym z opracowań czytamy: „Nie wolno [...] odbiegać od reguł metodycznych, a zwłaszcza wskazanej kolejności postępowania w obrębie każdej głoski, szeregu lub grupy" (Demel 1978, s. 50). Inni z kolei wskazują, że głoskę należy wywoływać wyłącznie w sylabie. To dwa sprzeczne poglądy.

Aby odnieść się do tych wątpliwości zastanówmy się, jakie są konsekwencje diagnozy dla terapii logopedycznej. W opracowaniach logopedycznych i nie tylko, podkreśla się, że metodę terapii dopasowujemy do indywidualnych możliwości pacjenta (Grabias 1997). Składają się na nie według mnie w odniesieniu do dyslalii następujące elementy: objawy zaburzeń wymowy, ich przyczyny i patomechanizm oraz cechy rozwoju psychomotorycznego określające sposób pracy (np. wiek dziecka, podatność na modalności określonego typu). Jeśli przyjmiemy, że diagnoza ma ukazać, zrekonstruować proces powstawania wady wymowy, ukazać patomechanizm zaburzenia, to jasne staje się także to, że np. ćwiczenia narządów mowy, metoda wywoływania głoski powinna uwzględniać indywidualne możliwości pacjenta, o których była mowa powyżej. A zatem w zależności od objawu zaburzeń realizacji fonemów, ich przyczyny i patomechanizmu, a także cech rozwoju psychomotorycznego logopeda wybiera metody pracy, w tym metodę wywoływania głoski i kontekst fonetyczny, w jakim nowa głoska ma się pojawić (Pluta-Wojciechowska 2014).

W związku zatem z drugim etapem pracy nad wymową konieczna jest odpowiedź na pytania chociażby następujące: jaką metodą wywoływać głoskę? skąd wiedzieć, jaką metodą wywoływać głoskę w przypadku danego pacjenta? w jakim otoczeniu wywoływać głoskę? w jaki sposób projektować metodę wywoływania głoski, jeśli znane sposoby pracy zawodzą? Z rozważań na temat metod

wywoływania głosek zaprezentowanych w innych opracowaniach (por. Pluta-Wojciechowska 2008, 2012b, 2013b, 2014) wynika, że nie ma uniwersalnych metod nauki głosek, nie ma też lepszych i gorszych metod, gdyż pacjenci są różni, co oznacza konieczność dopasowania metody do pacjenta, a nie pacjenta do metody.

W literaturze spotyka się różne podziały metod wywoływania głosek (np. Skorek 2009; Styczek 1981, Pluta-Wojciechowska 2012b, 2013ab, 2014), a także różne strategie dotyczące tzw. ramy wywoływania głosek, czyli pewnego otoczenia fonetycznego, w jakim ma się pojawić wywoływana głoska. Specyficzną ramą wywoływania głoski jest brak otoczenia fonetycznego, co oznacza wywoływanie głoski w izolacji. Jedni uważają, że głoskę należy wywoływać w izolacji, a potem w nagłosie, wygłosie i śródgłosie, a inni są zwolennikami wywoływania głoski w sylabie otwartej. Takie jednoznaczne opinie dziwią mnie, gdyż – jak to powiedziano powyżej – metody terapii dopasowujemy do tego, a nie innego pacjenta, czyli do objawu zaburzeń, ich przyczyn, patomechanizmu i cech rozwoju psychomotorycznego. Jeśli każdy pacjent będzie poddany identycznej terapii ze względu na kolejność głosek, sposób przygotowania narządów mowy, metodę wywoływania głoski oraz ramę wywoływania głoski, to oznacza to, że metoda pracy nie została dopasowana do indywidualnych możliwości pacjenta. Wszak chcemy dopasować metodę do pacjenta, a nie wtłaczać pacjenta do ram metody pracy.

Podziały metod pracy nad wymową służą uporządkowaniu różnych sposobów pracy. Stają się lub powinny się stawać ofertą, z której może skorzystać logopeda podczas terapii wad wymowy. Jednakże w praktyce logopedycznej specjalista korzysta z różnych metod jednocześnie dopasowując sposób pracy do tego a nie innego pacjenta. Katalogowanie metod to zatem zabieg teoretyczny, służący do analiz, refleksji, uporządkowania sposobów pracy.

3.3. Automatyzowanie głoski w mowie potocznej

Ostatni etap pracy trójfazowej ścieżki likwidowania wad wymowy określany jest jako automatyzowanie głoski w mowie potocznej lub wprowadzanie głoski do mowy potocznej. Ten etap nie jest przedmiotem specjalnych analiz w logopedii, chociaż obserwuje się na rynku wydawniczym znaczną ilość różnorodnych pomocy, które mają ułatwić prowadzenie ćwiczeń w tym etapie pracy. Zauważmy jednak, że konieczna jest chociaż odpowiedź na pytania następujące: jak ćwiczyć, aby ułatwić pacjentowi wprowadzenie nowej głoski do sylaby, nowego słowa, do mowy potocznej?, od kiedy można wymagać od pacjenta, aby używał on nowej głoski w mowie potocznej? kiedy zakończyć terapię? Na te i inne pytania należy poszukać odpowiedzi.

Podsumowanie

Sformułowane powyżej pytania oraz także inne wątpliwości nasuwają się podczas rozważań trójfazowej ścieżki likwidowania wad wymowy. Nie zostały one wymienione wszystkie. Projektując nowe czy też dopełniające podejście do terapii wad wymowy należałoby uwzględnić najnowsze doniesienia płynące z logopedii, neurologii, laryngologii, foniatrii, fizjoterapii (np. Gick, Wilson, Koch, Cook 2004; Hiiemae, Palmer 2003; Konopska 2006, 2015; Ostapiuk 1997, 2002, 2013ab; Pluta-Wojciechowska 2002, 2016, 2010, 2011, 2012ab, 2013ab; Pountney, Mulcahy, Clarke, Green 2011; Serrurier, Badin, Barney, Boë, Savariaux 2012; Sambor 2015ab).

Diagnoza i terapia to dwa byty dopełniające się. Szukanie sieci powiązań pomiędzy objawem a stanem procesów odpowiedzialnych za powstanie objawu jest najważniejszym celem diagnozy. Logopeda zadaje sobie dwa pytania: jak pacjent realizuje fonemy oraz dlaczego tak je realizuje. Pytanie ***dlaczego?*** jest też najważniejszym pytaniem podczas terapii. Raz wybrana metoda pracy nie musi być stosowana, jeśli nie jest skuteczna. Być może trzeba jeszcze raz dokonać analizy objawu i patomechanizmu zaburzeń, być może trzeba zastanowić się nad przyczyną bieżących trudności obserwowanych podczas stosowania tej a nie innej metody pracy. A zatem koniecznie także podczas terapii należy zadawać pytanie *dlaczego?* Poszukiwanie na nie odpowiedzi jest drogą do odnalezienia metody pracy dopasowanej dla tego a nie innego pacjenta.

Dopasowanie metody pracy do pacjenta jest proste, jeśli zechcemy poszukiwać przyczyn zaburzeń, a nie tylko kolekcjonować i wyszukiwać „cudowne i uniwersalne" metody pracy. Nie ma bowiem takich metod terapii dyslalii, w tym wywoływania głosek, bo... nie ma takich samych pacjentów. Nie ma też gorszych i lepszych metod pracy, gdyż powodzenie w terapii zależy od umiejętności **dopasowania sposobu pracy** do indywidualnych cech podmiotu, z którym pracujemy. Należy zatem przestrzec przed zbytnią wiarą w skuteczność jednej metody pracy w przypadku każdego pacjenta. W końcu i tak znajdzie się osoba, w przypadku której owa metoda nie poskutkuje. Wtedy trzeba będzie sięgnąć do innych sposobów pracy lub wymyśleć sposób pracy dopasowany do tego właśnie pacjenta. Codzienny kontakt z dziećmi i dorosłymi z zaburzeniami mowy, z którymi mam okazję pracować w gabinecie, uczy pokory i skłania do poszukiwań skutecznych sposobów pracy opartych na rozumieniu procesów determinujących tworzenie głosek w normie i patologii.

Chcemy uczyć dzieci i dorosłych takich samych głosek, ale nasi pacjenci mają różne narzędzia, różne warunki do ich tworzenia. A zatem logopeda powinien dopasować swoje działania do dziecka, dorosłego – to łatwe i trudne zadanie jednocześnie. Co jednak istotne, decyzje o wyborze tej a nie innej metody

pracy, zmianie sposobu pracy logopeda podejmuje w trakcie terapii obserwując bieżące postępy pacjenta.

Odmienny lub – jak kto woli – dopełniający do opisanego model usprawniania realizacji fonemów w dyslalii obwodowej został przeze mnie przedstawiony w ogólnych zarysach w kilku publikacjach (2008, 2012, 2013b, 2014), a szczegóły poszczególnych strategii można odnaleźć w książce pt. *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia wybranych form zaburzeń* (2016).

BIBLIOGRAFIA

Antos D., Demel G., Styczek I., 1971, *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*, PZWL, Warszawa.

Chapman K., 1993, *Phonologic processes in children with cleft palate*, „Cleft Palate – Craniofacial Journal", t. 30, nr 1, s. 64-70.

Chapman K., Hardin M., 1992, *Phonetic and Phonologic Skills of Two-Year-Olds with Cleft Palate*, „Cleft Palate – Craniofacial Journal", t. 29, nr 5, s. 433-441.

Clauzade M., Marty J.-P., 2006, *Orthoposturodontie 2*, S.E.O.O., Perpignan.

Demel G., 1978, *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, WSiP, Warszawa.

Gick B., Wilson I., Koch K., Cook C., 2004, *Language-Specific Articulatory Settings: Evidence from Inter-Utterance Rest Position*, „Phonetica", vol. 61, s. 220-233.

Golding-Kushner K., 2001, *Therapy Techniques for Cleft Palate Speech & Related Discorders*, SINGULAR THOMSON LEARNING, Australia, Canada, Mexico, Singapore, Spain, United Kingdom, United States.

Grabias S., 1997, *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia", t. X, s. 3-20.

Grabias S., 2008, *Postępowanie logopedyczne. Diagnoza, programowanie terapii, terapia*, „Logopedia", t. 37, s. 13-27.

Grabias S., 2012, *Mowa i jej zaburzenia*, [w:] *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 15-91.

Grossman J., 1976, *Metodyka leczniczo-rehabilitacyjna w przypadkach wieloukładowych zaburzeń mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia*, „Logopedia", nr 11, s. 33-46.

Hiiemae K.M., Palmer J.B., 2003, *Tongue movements in feeding and speech*, „Critical Reviews in Oral Biology & Medicine" 14 (6), s. 413-429.

Hortis-Dzierzbicka M., 2004, *Nasofiberoskopia w ocenie zastosowania płata gardłowego w niewydolności podniebienno-gardłowej u pacjentów z rozszczepem podniebienia*, Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa.

Hutters C.S., Broendsted K., 1987, *Strategies in cleft palate with special reference to Danish*, „Cleft Palate J.", vol. 24, s. 127-136.

Jassem W., 1973, *Podstawy fonetyki akustycznej*, PWN, Warszawa.

Jastrzębowska G., Pelc-Pękala O., 1999, *Diagnoza i terapia zaburzeń artykulacji (dyslalii)*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 727-753.

Kania J., 1967, *Wady realizacyjne (dyslalie) na tle procesu rozwojowego*, „Biuletyn Fonograficzny", z. 8.

Kania J., 1982, *Szkice logopedyczne*, WSiP, Warszawa.

Konopska L., 2006, *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.

Konopska L., 2015, *Desonoryzacja w dyslalii*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.

Łyżyczka I., 1978, *Metody rehabilitacji wymowy u dzieci z rozszczepem podniebienia*, „Logopedia", nr 13, s. 53-57.

McWilliams B.J., Morris H., Shelton R., 1990, *Cleft Palate Speech*, B.C. DECKER, Philadelphia.

Michalak-Widera I., 2012, *Terapia dyslalii*, [w:] *W świecie logopedii. Materiały dydaktyczne*, Wydawnictwo Agencja Artystyczna PARA, Katowice.

Michalak-Widera I., 2006, *Śmieszne minki dla chłopczyka i dziewczynki. Ćwiczenia usprawniające wymowę*, Wydawnictwo Unikat, Katowice.

Michalak-Widera I., 2007, *Miłe uszom dźwięki. Usprawnianie narządów mowy i ćwiczenia prawidłowego wymawiania głosek*, Unikat 2, Katowice.

Mierzejewska H., 1997, Emiluta-Rozya D., *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Audiofonologia", t. 10, s. 37-48.

O'Gara M., Logemann J., 1988, *Phonetic Analyses of Speech Development of Babies with Cleft Palate*, „Cleft Palate J." April, vol. 25, nr 2, s. 122-134.

Ortodoncja II., 2000, red. P. Diedrich, wyd. I polskie pod red. A. Masztalerza, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław.

Ortopedia szczękowa. Zasady i praktyka, 1995, red. F. Łabiszewska-Jaruzelska, PZWL, Warszawa.

Ostapiuk B., 1997, *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*, „Audiofonologia", t. 10, s. 117-136.

Ostapiuk B., 2002, *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią*, „Logopedia", nr 31, s. 95-156.

Ostapiuk B., 2013a, *Dyslalia ankyloglosyjna. O krótkim wędzidełku języka, wadliwej wymowie i skuteczności terapii*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.

Ostapiuk B., 2013b, *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.

Pluta-Wojciechowska D., 2005, *„Lowely, jody i safy", czyli o tzw. substytucjach i deformacjach*, „Śląskie Wiadomości Logopedyczne", nr 8, s. 26-29.

Pluta-Wojciechowska D., 2006, *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania – Teoria – Praktyka*, Wydawnictwo ATH, Bielsko-Biała.

Pluta-Wojciechowska D., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób z rozszczepem wargi i podniebienia*, „Logopedia", nr 37, s. 175-206.

Pluta-Wojciechowska D., 2010, *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej. Dyslokacje*, Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom.

Pluta-Wojciechowska D., 2011, *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków.

Pluta-Wojciechowska D., 2012a, *Opis zaburzeń mowy jako pierwszy etap postępowania logopedycznego*, „Logopedia Silesiana", nr 1, s. 31-46.

Pluta-Wojciechowska D., 2012b, *Czy logopeda wywołuje głoski?*, „Logopedia", nr 41, s. 39-70.

Pluta-Wojciechowska D., 2013a, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom.

Pluta-Wojciechowska D., 2013b, *Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów. Motywacje i główne założenia*, „Logopedia", nr 42, s. 35-67.

Pluta-Wojciechowska D., 2014, *Wywoływanie głoski – w izolacji czy w sylabie?*, „Forum Logopedyczne", nr 22/2014, s. 51-60.

Pluta-Wojciechowska D., 2014/2015, *Prototypowe doświadczenia orofacjalne*, „Logopedia", nr 43/44, s. 43-62.

Pluta-Wojciechowska D., 2015, *Analityczno-fonetyczna ocena realizacji fonemów w logopedii*, [w:] *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*, red. M. Kurowska, E. Wolańska, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa.

Pluta-Wojciechowska D., 2016, *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia wybranych form zaburzeń*, Wydawnictwo Ergo-Sum, Bytom, w druku.

Pountney T.E., Mulcahy C.M., Clarke S.M., Green E.M., 2011, *Podejście Chailey do postępowania posturalnego. Wyjaśnienie teoretycznych aspektów postępowania posturalnego i ich praktycznego zastosowania poprzez terapię i sprzęt*, tłum. A. Abu-Zaitoun, red. nauk. M. Matyja, A. Gogola, wyd. 1, ReHouse – Gilewski, Boryczka, Makarevskaya, Warszawa.

Proffit W.R., Fields H.W., 2001, *Ortodoncja współczesna*, red. nauk. wyd. polskiego G. Śmiech-Słomkowska, Wydawnictwo Czelej, Lublin.

Sachajska E., 1981, *Uczymy poprawnej wymowy*, WSiP, Warszawa.

Sambor B., 2015a, *Zaburzone wzorce połykania i pozycji spoczynkowej języka a budowa artykulacyjna głoskowych realizacji fonemów u osób dorosłych*, „Logopedia", nr 43, s. 149-188.

Sambor B., 2015b, *Mówienie z tzw. szczękościskiem – fakty i mity*, [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń realizacji fonemów*, red. D. Pluta-Wojciechowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 157-174.

Serrurier A., Badin P., Barney A., Boë L.-J., Savariaux C., 2012, *Comparative articulatory modelling of the tongue in speech and feeding*, „Journal of Phonetics" (40), 6, s. 745-763.

Skorek E., 2009, *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny*, Wydawnictwo Impuls, Kraków.

Skorek E., 2010, *Reranie. Profilaktyka, diagnoza, terapia*, Wydawnictwo Impuls, Kraków.

Sołtys-Chmielowicz A., 2008, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Impuls, Kraków.

Sołtys-Chmielowicz A., 2005, *Zaburzenia artykulacji*, [w:] *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, E. Szeląg, G. Jastrzębowska, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 421-474.

Styczek I., 1981, *Logopedia*, PWN, Warszawa.

Trost J.E., 1981, *Articulatory additions to the classical description of the speech of persons with cleft palat*, „Cleft Palate Journal", nr 18, s. 193-203.

Uniwersalny słownik języka polskiego, 2004, red. S. Dubisz [wersja elektroniczna], PWN, Warszawa.

Wyatt R., Sell D., Russell J., Harding A., Harland K., Albery L., 1996, *Cleft palate speech dissected: a review of current knowledge and analysis*, „British Journal of Plastic Surgery", nr 49, s. 143-149.

Speech Therapy Procedure in Cognitive Analysis

Summary: This paper analyzes the relation between the assessment, diagnosis and therapy in the case of peripheral dyslalia. Three models of speech therapy are distinguished on the basis of the diagnosis. The following research questions are asked: Are three stages of the therapy of peripheral dyslalia (i.e. preparing the speech organs to learn the sound, elicit the sound, automate the sound) sufficient in the modern therapy models? Is it reasonable to maintain this method of the facilitation of phoneme production in the face of current research on dyslalia, studies involving bioengineering, and the achievements of modern medicine? By means of analyzing the three stages of the facilitation of phoneme production, the blind spots of this approach are indicated.

Keywords: dyslalia, assessment of phoneme production, therapy of the disorders of phoneme production, speech disorders

NATALIA SIUDZIŃSKA
(Uniwersytet Warszawski)

ELŻBIETA RADKOWSKA
(Instytut Matki i Dziecka, Warszawa)

TERAPIA LOGOPEDYCZNA DZIECI PO ZABIEGU FARYNGOPLASTYKI

STRESZCZENIE: Artykuł składa się z dwóch części. Celem pierwszej jest opis zaburzeń mowy dzieci z rozszczepem podniebienia, u których główną przyczyną zaburzeń jest niewydolność podniebienno-gardłowa, a także sposoby leczenia dzieci z tego typu nieprawidłowościami. Druga część zaś jest poświęcona terapii logopedycznej dzieci z niewydolnością podniebienno-gardłową, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów, u których został przeprowadzony zabieg faryngoplastyki przy użyciu płata pobranego z tylnej ściany jamy gardłowej. Postępowanie logopedyczne w przypadku tej grupy dzieci wymaga szczególnej ostrożności.

SŁOWA KLUCZOWE: rozszczep, nosowanie, niewydolność podniebienno-gardłowa, farygoplastyka

Niniejszy artykuł jest poświęcony terapii zaburzeń mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, u których w wyniku niewydolności podniebienno-gardłowej doszło do zaburzenia rezonansu nosowego oraz u których, w celu wyeliminowania owych zaburzeń, został przeprowadzony zabieg faryngoplastyki przy użyciu płata pobranego z tylnej ściany jamy gardłowej. Terapię logopedyczną w tego typu przypadkach powinno się prowadzić ze szczególną ostrożnością ze względu na nietypowe warunki anatomiczne oraz wielość czynników warunkujących sukces leczenia.

Rozszczep, zgodnie z definicją Janusza Bardacha, „jest wadą rozwojową, polegającą na częściowym lub całkowitym braku ciągłości anatomicznej tkanek w typowych miejscach występowania zaburzeń w rozwoju embriologicznym twarzy" (Bardach 1967: 62). Najczęściej rozszczepem są dotknięte: warga górna i wyrostek zębodołowy aż do kości przysiecznej (w klasyfikacji embriologicznej określane mianem *podniebienia pierwotnego*) oraz podniebienie twarde i miękkie (nazywane *podniebieniem wtórnym*). W obraz dziecka rozszczepowego są więc wpisane nieprawidłowości w budowie anatomicznej środkowej części twarzy

oraz wnętrza jamy ustnej. Warto dodać, że zniekształcenia anatomiczne występują nie tylko w obrębie wargi, wyrostka zębodołowego i podniebienia, ale także w obrębie nosa. Wymienione nieprawidłowości anatomiczne, różniące się rozległością i typem (rozszczep częściowy, całkowity, podśluzówkowy), mają wpływ na szereg funkcji biologicznych takich jak: oddychanie, przyjmowanie pokarmów, słyszenie i, pośrednio lub bezpośrednio, na rozwój komunikacji.

Mowę dziecka rozszczepowego najczęściej charakteryzują takie zaburzenia, jak:

- nieprawidłowe realizacje poszczególnych fonemów,
- nosowanie otwarte (rynolalia),
- nosowanie zamknięte (rynofonia).

Wymienione zaburzenia mogą współwystępować ze sobą w dowolnych kombinacjach[1]. Dziecko może nieprawidłowo realizować kilka lub nawet kilkanaście fonemów – np. może to być nieprawidłowa artykulacji tzw. głosek ciśnieniowych (spółgłosek zwartych, szczelinowych i zwarto-szczelinowych) aż po „mowę samogłoskową" (w granicach normy wymawiane są wówczas tylko samogłoski oraz spółgłoski nosowe, czasami także głoski [l] i [r]). Czasami nieprawidłowe realizacje fonemów mogą przybierać formę deformacji kompensacyjnych, realizowanych poza jamą ustną (pozasystemowe dźwięki – gardłowe, krtaniowe i nosowe, por. np. Pluta-Wojciechowska 2010: 72-77), które zazwyczaj są trudne do skorygowania. Zaburzeniom artykulacji może towarzyszyć nosowanie otwarte i/lub zamknięte. Najbardziej charakterystyczną i wyjątkowo trudną do wyeliminowania cechą mowy dzieci z rozszczepem podniebienia wtórnego (lub pierwotnego i wtórnego) jest właśnie nosowanie otwarte (por. Siudzińska 2016).

Przy nosowaniu otwartym poszczególne segmenty ustne są wymawiane z nadmiernym rezonansem nosowym, co powoduje nieprzyjemne w odbiorze zabarwienie głosu[2]. Stopień nasilenia ucieczki powietrza przez nos może być na tyle duży, że większość głosek ciśnieniowych jest pomijana lub zastępowana poszumem nosowym (przy powstawaniu którego powietrze rozkłada się najczęściej na dwie jamy: ustną i nosową). I choć przy tym prawidłowo jest realizowana warstwa suprasegmentalna wypowiedzi (prozodia lingwistyczna: intonacja, akcent, rytm,

[1] W logopedii zaburzenia mowy (zwłaszcza zaburzenia artykulacji) u dzieci z rozszczepem są określane takimi terminami jak: dysglosja (por. Styczek 1970: 88-102, Grabias 1994, 1996), dyslalia (por. Mierzejewska, Emiluta-Rozya 1997; Emiluta-Rozya 2008) lub dyslalia rozszczepowa (por. Pluta-Wojciechowska 2006, 2010, 2013). Więcej na temat zaburzeń mowy w rozszczepach: Hortis-Dzierzbicka, Dudkiewicz, Stecko 2005; Stecko, Hortis-Dzierzbicka 2005; Hortis-Dzierzbicka 1999; Pluta-Wojciechowska 2004a, 2004b, 2006, 2010, 2011.

[2] W fonologii i fonetyce udział jamy nosowej w procesie tworzenia głosek jest opisywany na równi z miejscem, sposobem i innymi cechami artykulacyjno-brzmieniowymi. Tak też można traktować zaburzenia rezonansu nosowego w opisie mowy rozszczepowej (por. Pluta-Wojciechowska 2006: 93-99).

a także prozodia emocjonalna), mowa takiej osoby jest niezrozumiała dla otoczenia. Warto jeszcze wspomnieć, że opisanym zaburzeniom mowy i głosu mogą towarzyszyć kompensacyjne ruchy mimiczne, niebędące w rzeczywistości zaburzeniami mowy, ale mające wpływ na procesy komunikacyjne.

Przyczyną nosowania otwartego jest niewydolność podniebienno-gardłowa (VPI), która prowadzi do niedomknięcia przejścia pomiędzy jamą ustną, a nosogardzielą i jamą nosową. VPI może mieć podłoże strukturalne, np. za krótkie podniebienie, czasem względna krótkość przy głębokim gardle górnym i środkowym, brak języczka, przetoka, inne nieprawidłowości w budowie podniebienia miękkiego. Takie warunki anatomiczne nie pozwalają na całkowite oddzielenie jamy ustnej od jamy nosowej. Może mieć też podłoże czynnościowe: obniżona ruchomość zwieracza podniebienno-gardłowego, zwłaszcza podniebienia miękkiego (np. unieruchomionego przez bliznę pooperacyjną) przy prawidłowej budowie powoduje, że do zwarcia nie dochodzi, choć jest ono możliwe, albo dochodzi do zwarcia, ale jest ono słabe i oddzielenie jamy nosowej od jamy ustnej trwa bardzo krótko. W związku z powyższym rozróżnia się dwa rodzaje nosowania otwartego:

1) nosowanie anatomiczne (inaczej strukturalne),
2) nosowanie nawykowe (inaczej funkcjonalne) (por. Styczek 1970: 100).

Rozpoznanie nosowania otwartego oraz wskazanie jego rodzaju, a także ocena stopnia nasilenia nosowania wcale nie jest takie łatwe. Metodą odsłuchową oraz za pomocą specjalnych prób (np. próba Gutzmanna, próba Czermaka, próba Seemana[3]) można na ogół stwierdzić występowanie nosowania, nie zawsze jednak da się stwierdzić w ten sposób, z którym typem nosowania mamy styczność. Zdarza się, że osoba ułożona na plecach realizuje głoski ustne lepiej (lub prawidłowo) niż gdy przebywa w pozycji pionowej, możemy wówczas zakładać, że jest to nosowanie funkcjonalne. Poza tym oznaką nosowania funkcjonalnego będzie raz lepsza, a raz gorsza realizacja tych samych segmentów spółgłoskowych, np. dziecko czasami wymawia spółgłoskę zwarto-wybuchową [p] lub [b] prawidłowo, bez rezonansu nosowego, czasami zaś z rezonansem. Najczęściej

[3] Próba Gutzmana polega na rytmicznym uciskaniu i zwalnianiu skrzydełek nosa przy naprzemiennym wymawianiu głosek [a] oraz [i]. Przy prawidłowej pracy zwieracza podniebienno-gardłowego dźwięk samogłosek pozostaje niezmieniony. W przypadku zaś dysfunkcji podniebienia i istnienia nosowania otwartego dźwięk samogłoski podczas uciśnięcia skrzydełek nosa jest ciemniejszy, a pod palcami są wyczuwalne drgania. Próba Czermaka, nazywana też próbą lusterkową, polega na przystawieniu badanemu nieogrzanego lusterka przed nozdrzami przednimi w trakcie realizacji samogłosek lub sylab złożonych ze spółgłosek wybuchowych i samogłosek, np. [pa]-[pa], [ta]-[ta], [ba]-[ba]. Jeżeli u badanej osoby będzie występowało nosowanie otwarte, doprowadzi to do zaparowania lusterka przez parę wodną zawartą w powietrzu wydobywającym się z nosa. Z kolei w ostatniej próbie, próbie Seemana wykorzystuje się fonendoskop. Jedną oliwkę stetoskopu wkłada się do nozdrza przedniego osoby badanej, a drugą oliwkę do własnego ucha. Słyszalny szum podczas fonacji samogłosek i spółgłosek jest dowodem na nosowanie otwarte (por. Bardach 1967: 99).

jednak badania mające na celu odróżnienie nosowania anatomicznego od funkcjonalnego, a więc ustalenia przyczyny VPI, powinien przeprowadzić foniatra za pomocą nasofiberoskopii (por. Hortis-Dzierzbicka, Dudkiewicz, Stecko 2005a). Badania te są konieczne, gdy nie mamy pewności, czy warunki anatomiczne pozwalają na oddzielenie jamy ustnej od jamy nosowej, oraz gdy terapia nie przynosi oczekiwanych efektów. Powinny być przeprowadzone jak najwcześniej, ponieważ od wyniku tych badań zależy sposób postępowania terapeutycznego.

Terapia logopedyczne zarówno w przypadku nosowania otwartego nawykowego, jak i anatomicznego powinna opierać się na usprawnianiu zwieracza podniebienno-gardłowego. W tym celu są wykonywane:

a) ćwiczenia podniebienia miękkiego (bez fonacji i z fonacją)[4],
b) masaż jamy ustnej wraz z wywoływaniem odruchu wymiotnego[5],
c) ćwiczenia izometryczne (określane mianem treningu siłowego lub ćwiczeń statycznych i oporowych) (por. Morkowska 1998),
d) elektrostymulacja.

Tego typu postępowanie jest skuteczne przy niewydolności czynnościowej, pod warunkiem, że terapia została podjęta wcześnie (np. duże znaczenie ma wykonywanie masażu już w pierwszym roku życia dziecka). Przy VPI strukturalnej wyżej przedstawione postępowanie terapeutyczne nie zniweluje nosowania, mimo to jest ono również zalecane. Ogranicza się jedynie wówczas ćwiczenia oddechowe, typu dmuchanie na piórko, świecę, gra na instrumentach dętych itp. Przy niewydolności strukturalnej będą one tylko utrwalały nieprawidłowe nawyki oddechowe. Nie wskazane jest również zatykanie nosa przy ćwiczeniach oddechowych bądź fonacyjnych. Zatkanie nosa można wykorzystać (zwłaszcza u starszego dziecka) w celu pokazania różnicy: strumień powietrza jest mocniejszy, gdy powietrze wydostaje się wyłącznie kanałem ustnym, i słabszy, gdy powietrze ulatuje nosem. W ten sposób możemy też dziecku zademonstrować różnice w artykulacji poszczególnych głosek lub sylab. Nie wolno jednak tego wprowadzać jako stałego elementu terapii. Ćwiczenia izometryczne[6] mają wyjątkowe znaczenie w przypadku dzieci z VPI o podłożu strukturalnym przygotowywanych do zabiegu faryngoplastyki. Ćwiczenia te mają na celu usprawnianie bocznych

[4] Zestawy takich ćwiczeń są dostępne w literaturze, zob. Wiśniewska 2005, Pluta-Wojciechowska 2006: 148-149.

[5] Masaż logopedyczny wraz z wywoływaniem odruchu wymiotnego jest podstawą terapii logopedycznej małego dziecka z rozszczepem podniebienia. Należy jednak zaznaczyć, że odruchu wymiotnego nie należy wywoływać w okresie przed zamknięciem szczeliny rozszczepu, ponieważ może on powodować rozsuwanie się rozszczepionych części podniebienia / poszerzanie się szczeliny rozszczepu.

[6] Ćwiczenia izometryczne polegają głównie na napinaniu mięśni szyi, gardła i krtani. Przykładowe ćwiczenie: „byczek" – dziecko naciska głową na dłonie umieszczone pod brodą, następnie siłuje się z dłonią ułożoną na uchu lewym a potem na prawym i na końcu – na potylicy.

ścian zwieracza podniebienno-gardłowego, których udział w oddzielaniu jamy ustnej od jamy nosowej po zabiegu będzie znaczący.

Jeżeli ćwiczenie usprawniające podniebienie (zob. punkty a, b i c) nie są skuteczne, albo gdy widzimy już na początku terapii, że ruchomość podniebienia jest znacznie obniżona, warto zastosować zabiegi elektrostymulacji wewnątrz jamy ustnej. Elektrostymulacja bezpośrednia polega na pobudzaniu mięśni do skurczu za pomocą prądu impulsowego. Przynosi dobre efekty przy niewydolności czynnościowej, ale jest zalecana w obu typach niewydolności, również w przypadku niewydolności strukturalnej, choć w tym wypadku nie możemy się spodziewać całkowitego oddzielenia jamy ustnej od jamy nosowej[7].

Jeżeli nawet po zabiegach elektrostymulacji nie nastąpiła poprawa, pozostaje leczenie chirurgiczne. Operacje faryngoplastyk wykonywane są przy leczeniu niewydolności podniebienno-gardłowej spowodowanej niedoborem tkanek i mają na celu wyeliminowanie lub zmniejszenie nosowania otwartego. Stosuje się dwa podstawowe rodzaje technik operacyjnych: faryngoplastyka zwieraczowa oraz faryngoplastyka przy użyciu płata pobranego z tylnej ściany gardła (faryngofiksacja).

Faryngloplastyka zwieraczowa polega na operacyjnym ścieśnieniu gardła górnego (ten sposób przewężenia kanału łączącego jamę ustną z jamą nosową można porównać do ściągania woreczka). Częściej jest stosowany u małych dzieci. Faryngofiksacja zaś – to technika operacyjna wykonywana w celu ułatwienia zbliżenia poszczególnych elementów zwieracza podniebienno-gardłowego przy fonacji. W trakcie zabiegu wytworzone zostaje sztuczne połączenie pomiędzy tylną ścianką gardła a podniebieniem miękkim. Zabieg ten jest stosowany zazwyczaj u dzieci z nosowaniem anatomicznym oraz rzadziej u dzieci z nosowaniem nawykowym (w momencie, gdy inne sposoby terapii nie były wystarczająco skuteczne).

O wyborze techniki operacyjnej decyduje chirurg wraz z innymi specjalistami po przeprowadzeniu oceny typu zwarcia podniebienno-gardłowego. Nie bez znaczenia jest opinia logopedy, który pracuje z dzieckiem przez określony czas i jest w stanie ocenić, czy u dziecka następuje poprawa, czy też nie, jak duża jest poprawa oraz jakie są rokowania. Lekarze rzadko mogą sobie pozwolić na dłuższą obserwację dziecka. A więc w kwalifikowaniu dzieci na zabieg faryngofiksacji decydujące jest:

1) czy rzeczywiście dziecko nie jest podatne na terapię logopedyczną i foniatryczną (różnego rodzaju ćwiczenia zwieracza oraz elektrostymulację) oraz
2) czy podniebienie jest wystarczająco elastyczne, ruchome.

[7] Elektrostymulacja może być stosowana w każdym wieku, ważna jest jednak współpraca dziecka z fizjoterapeutą. Zabiegi te przynoszą dobre efekty, ale muszą być wykonywane zgodnie z zaleceniami lekarza (najwyższą skuteczność osiąga się po serii 10 zabiegów wykonanych w ciągu dwóch tygodni), nadmiar może być szkodliwy.

Ruchomość podniebienia miękkiego i praca ścian bocznych zwieracza podniebienno-gardłowego warunkują przeprowadzenie zabiegu faryngofiksacji. Jeżeli podniebienie nie jest wystarczająco ruchome, istnieje ryzyko zerwania sztucznie utworzonego połączenia w okresie gojenia (np. przy kasłaniu lub przy ćwiczeniach logopedycznych, mających na celu usprawnienie podniebienia miękkiego). Ruchomość zaś mięśni ścian bocznych gardła po zabiegu ma zapewnić szczelność kanału łączącego jamę ustną z jamą nosową a tym samy poprawę mowy. Dlatego też ważne są ćwiczenia usprawniające podniebienie miękkie przy VPI o podłożu anatomicznym.

* * *

Terapię logopedyczną po operacji faryngolastyki powinno się prowadzić ze szczególną ostrożnością. Można wyodrębnić kilka etapów, różniących się intensywnością ćwiczeń mających na celu usprawnienie podniebienia miękkiego i uzyskanie prawidłowej wymowy głosek ustnych. Nie da się dokładnie wyznaczyć ram czasowych poszczególnych etapów. Nasza propozycja jest wariantem wypośrodkowanym.

I etap (1-2 mies. po zabiegu)

W pierwszych miesiącach po zabiegu należy ograniczyć terapię do delikatnych ćwiczeń oddechowych (nauka oddychania nosem), stopniowo przechodząc do ćwiczeń oddychania dynamicznego (wydłużanie fazy wydechowej).

Równolegle w zależności od potrzeb dziecka należy prowadzić ćwiczenia słuchowe ze szczególnym uwzględnieniem słuchu fonematycznego oraz różnego rodzaju ćwiczenia „programujące język" (typu: poszerzanie słownictwa, kształtowanie myślenia pojęciowego, rozbudowywanie struktur zdaniowych itd.). Usprawnianie narządów artykulacyjnych należy ograniczyć do niezbyt intensywnych ćwiczeń języka i warg.

U dzieci, u których występują współruchy mimiczne, warto zastosować masaż twarzy, ewentualnie zabiegi elektrostymulacji w obrębie twarzy.

II etap (2-3 mies. po zabiegu)

Na tym etapie, oprócz ćwiczeń wprowadzonych w pierwszym etapie, można zacząć wykonywać delikatne ćwiczenia, mające na celu zaktywizowanie podniebienia miękkiego (np.: chuchanie, dmuchanie oraz ziewanie).

III etap (4-6 mies. po zabiegu)

Wraz z upływem czasu można zacząć wprowadzać mocniejsze ćwiczenia podniebienia miękkiego, takie jak: kasłanie, chrząkanie, ale też zatrzymywanie powietrza w jamie ustnej („baloniki") i aspiracja powietrza lub płynów (np. wciąganie

powietrza przez słomkę w celu przysysania drobnych kawałków papieru, koralików oraz przenoszenie ich na inne miejsca). Do wydłużania fazy wydechowej można wykorzystać instrumenty dęte, „dmuchajkę" lub gwizdek (dmuchanie w otwór, np. trąbki czy gwizdka, pozwoli skontrolować, czy powietrze przepływa przez jamę nosową).

Na tym etapie można także zacząć stosować ćwiczenia z elementami fonacyjnymi: zaczynając od samogłosek i stopniowo przechodząc do sylab z głoskami ciśnieniowymi (pierwszymi sylabami mogą być np. [pa] i [ba]).

IV etap (powyżej 6 mies. od zabiegu)

Ostatni etap – to kontynuacja wszystkich wyżej wymienionych ćwiczeń, a także włączenie do terapii podniebienia miękkiego ćwiczeń izometrycznych, głównie skierowanych na usprawnianie mięśni bocznych ścian gardła, ponieważ ich praca warunkuje poprawę mowy po zabiegu faryngoplastyki. Poza tym warto wprowadzić masaż logopedyczny w obrębie jamy ustnej. Jeżeli nosowanie nadal się utrzymuje i/lub postępy terapii są niesatysfakcjonujące, należy skierować dziecko na na zabiegi elektrostymulacji, a w dalszej kolejności na badania foniatryczne.

Podsumowanie

Nosowanie otwarte u dzieci z rozszczepem podniebienia miękkiego (lub twardego i miękkiego), do którego dochodzi w wyniku włączenia jamy nosowej do przestrzeni rezonacyjnych w trakcie artykulacji, charakteryzuje się nieprzyjemnym w odbiorze zabarwieniem głosu. Nadmierny rezonans nosowy zaburza czystość wypowiedzi i utrudnia ich zrozumienie. Wyrazy, zwłaszcza takie, które mają bardziej skomplikowaną budowę, są wymawiane jako ciągi dźwięków nosowych (bardzo podobnych do siebie). Czasami w wypowiedzi dziecka z rozszczepem możliwe są do wyodrębnienia jedynie znazalizowane samogłoski i spółgłoski nosowe. Zdarzają się też przypadki, gdy nieprawidłowe funkcjonowanie podniebienia miękkiego (oraz bardzo często towarzysząca temu obniżona sprawność warg i języka, a także inne czynniki) może nawet prowadzić do niewykształcenia się mowy u dziecka.

Wymienione zaburzenia lub niedokształcenie mowy mogą powstawać na skutek:

- późnego leczenia chirurgicznego (np. późne zdiagnozowanie rozszczepu podśluzówkowego; opóźnienie leczenia z powodu zaniedbania otoczenia lub z powodu problemów zdrowotnych dziecka),
- nieprawidłowego leczenia,
- braku stymulacji we wczesnym okresie życia (zarówno w okresie przed zamknięciem szczeliny rozszczepu, jak i po).

Warto w tym miejscu zaznaczyć, iż nie ustalono dotychczas jasnego standardu postępowania logopedycznego w przypadku dzieci z rozszczepem, czego powodem jest między innymi mnogość zmiennych, o których była mowa w tekście (różnorodność warunków anatomicznych, czas i sposoby leczenia, stymulowanie rozwoju mowy lub jego brak) i do których należy zaliczyć współistnienie innych wad rozwojowych oraz czynniki środowiskowe. To powoduje, że plan terapii logopedycznej dziecka z rozszczepem jest kwestią indywidualną, a zaproponowane przez nas etapy terapii dziecka po faryngoplastyce są jedynie schematem, ułatwiającym przygotowanie indywidualnego planu terapii.

Większość logopedów nie ma świadomości, że decyzja co do sposobów i terminów leczenia chirurgicznego, zależy również od nich. Ostateczną decyzję podejmują oczywiście chirurdzy, należy jednak dążyć do tego, aby logopeda prowadzący terapię dziecka mógł się w tej kwestii wypowiedzieć. Informacje na temat postępów lub ich braku i ewentualnych przyczyn braku postępu, o których wie logopeda regularnie współpracujący z dzieckiem przez dłuższy okres, mogą być decydujące w procesie podejmowania decyzji na temat leczenia chirurgicznego.

Poza tym powinno się szerzyć wiedzę na temat wczesnej stymulacji dzieci z rozszczepem, aby wyeliminować ostatni z wymienionych czynników warunkujących skuteczność terapii. Należałoby zadbać o to, by w ramach profilaktyki logopedycznej wszystkie dzieci z rozszczepem zostały objęte wczesną stymulacją, która jeżeli nawet nie wyeliminuje w pełni zaburzeń rezonansu nosowego, na pewno ułatwi późniejszą terapię oraz pozwoli na wcześniejsze leczenie chirurgiczne. Wczesne działania chirurgiczne zaś oraz młody wiek pacjenta plasują go w grupie dzieci dobrze rokujących.

BIBLIOGRAFIA

Bardach J., 1967, *Rozszczepy wargi górnej i podniebienia*, Warszawa.

Emiluta-Rozya D., 2008, *Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluta-Rozya*, [w:] *Diagnoza i terapia w logopedii*, red. J. Porayski-Pomsta, Warszawa, s. 25-36.

Grabias S., 1994, *Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy*, „Audiofonologia", t. VI.

Grabias S., 1996, *Typologie zaburzeń mowy. Narastanie refleksji logopedycznej*, „Logopedia" 23, s. 79-90.

Hortis-Dzierzbicka M., 2004, *Nasofiberoskopia w ocenie zastosowania płata gardłowego w niewydolności podniebienno-gardłowej u pacjentów z rozszczepem podniebienia*, Warszawa.

Hortis-Dzierzbicka M., 2005, *Rozszczep wargi i podniebienia – problematyka mowy rozszczepowej*, [w:] *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*, red. M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko, Warszawa, s. 34-40.

Hortis-Dzierzbicka M., Dudkiewicz Z., Stecko E., 2005a, *Nosowanie otwarte – przyczyny, diagnostyka, sposoby eliminacji*, [w:] *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*, red. M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko, Warszawa, s. 96-99.

Hortis-Dzierzbicka M., Dudkiewicz Z., Stecko E., 2005b, *Pacjent z wadą rozszczepową twarzy w okresie adolescencji (dojrzewania)*, [w:] *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*, red. M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko, Warszawa, s. 124-127.

Hortis-Dzierzbicka M., Radkowska E., Gonet W., 2012, *Wizualne cechy mowy rozszczepowej*, „Logopedia" 41, s. 133-142.

Hortis-Dzierzbicka M., Stecko E., 2005a, *Standard postępowania foniatryczno-logopedycznego w wadzie rozszczepowej twarzy*, [w:] *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*, red. M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko, Warszawa, s. 10-15.

Hortis-Dzierzbicka M., Stecko E., 2005b, *Ocena strukturalna i czynnościowa aparatu mowy w wadzie rozszczepowej*, [w:] *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*, red. M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko, Warszawa, s. 41-44.

Jastrzębowska G., Kukuła M., 2003, *Zaburzenia mowy dzieci z rozszczepem podniebienia*, [w:] *Logopedia – pytania i odpowiedzi*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, t. II, s. 191-201.

Korniszewski L., 1994, *Dziecko z zespołem wad wrodzonych: diagnostyka dysmorfologiczna*, Warszawa.

Kriens O., 1989, *„LAHSHAL"*, [w:] *What is a cleft lip and palate? A multidisciplinary update; proceedings of an advanced workshop*, ed. O. Kriens. „Thieme Med. Publ.", s. 30-60.

Mierzejewska H., Emiluta-Rozya D., 1997, *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Audiofonologia", t. X, s. 37-48.

Morkowska E.M., 1998, *Izometryczne – ćwiczenia warg, języka i żuchwy, ćwiczenia logopedyczne nie tylko dla dzieci*, Warszawa.

Pluta-Wojciechowska D., 2004, *Prototypowe cechy tzw. „dziecka rozszczepowego" ze szczególnym uwzględnieniem dysfunkcji mowy*, [w:] *Niepełnosprawni wśród nas. O dostęp do edukacji i prawo rozwoju*, red. D. Czubala, J. Lach-Rosocha, Bielsko-Biała, s. 315-334.

Pluta-Wojciechowska D., 2006, *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania – teoria – praktyka*, Bielsko-Biała.

Pluta-Wojciechowska D., 2010, *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej. Dyslokacje*, Bytom.

Pluta-Wojciechowska D., 2011, *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Kraków.

Pluta-Wojciechowska D., 2012, *Diagnoza logopedyczna dziecka z rozszczepem wargi i podniebienia*, [w:] *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, red. E. Czaplewska, W. Milewski, Sopot, s. 325-366.

Pluta-Wojciechowska D., 2013, *Zaburzenia substancji segmentalnej czy wielowymiarowe zaburzenia rozwoju mowy dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, [w:] *Dzieci o specjalnych potrzebach komunikacyjnych. Diagnoza – edukacja – terapia*, red. B. Winczura, Kraków.

Radkowska E., 2016, *Wczesna opieka logopedyczna nad dzieckiem z rozszczepem wargi i podniebienia. Standard postępowania logopedycznego przyjęty w Instytucie Matki i dziecka w Warszawie*, „Logopedia Silesiana", t. 4 (w druku).

Rokitiańska M., 2010, *Dziecko z rozszczepem wargi, wyrostka zębodołowego i podniebienia*, Bydgoszcz.

Siudzińska N., 2016, *Zaburzenia rezonansu nosowego u dzieci z rozszczepem podniebienia miękkiego*, złożone do druku – tom pokonferencyjny (*Człowiek – istota mówiąca*, Kielce, 22-23 kwietnia 2015).

Stecko E., Hortis-Dzierzbicka M., 2005a, *Rozwój systemu fonetycznego u dzieci z wadą rozszczepową twarzoczaszki*, [w:] *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*, red. M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko, Warszawa, s. 45-50.

Stecko E., 2005b, *Znaczenie oceny i wczesnej stymulacji logopedycznej dziecka z rozszczepem wargi i/lub podniebienia*, [w:] *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*, red. M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko, Warszawa, s. 27-33.

Styczek I., 1970, *Zarys logopedii*, Warszawa.

Styczek I, 1983, *Logopedia*, Warszawa.

Wiśniewska B., 2005, *Usprawnianie mowy dzieci z rozszczepem podniebienia*, [w:] *Podstawy neurologopedii*, red. T. Gałkowski, E. Szeląg, G. Jastrzębowska, Opole, s. 517-533.

Zdunkiewicz-Jedynak D., Hortis-Dzierzbicka M., 2005, *Lingwistyczne podstawy oceny i dokumentacji zaburzeń mowy u dzieci z wadą rozszczepową twarzy*, [w:] *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*, red. M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko, Warszawa, s. 54-79.

Speech Therapy for Children after Pharyngoplasty Surgery

Summary: The article consists of two parts. The aim of the first part is a description of speech disorders of children with a cleft palate whose main cause is velopharyngeal insufficiency. This part also includes means of treating children with this kind of abnormality. The second part of the article is devoted to the speech therapy of children with velopharyngeal insufficiency, with a special focus on patients who have had pharyngoplasty performed with the use of a lobe which had been removed from the posterior wall of the nasopharynx. In the case of this group of children speech therapy requires a special caution.

Keywords: cleft, hypernasal speech, velopharyngeal insufficiency, pharyngoplasty

MARLENA KUROWSKA
(Uniwersytet Warszawski)

WYWOŁYWANIE WYPOWIEDZI U DZIECI Z ZABURZENIAMI ROZWOJU MOWY I JĘZYKA POCHODZENIA KOROWEGO

STRESZCZENIE: U dzieci z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami OUN niemożliwe jest naturalne i spontaniczne przyswajanie mowy i języka. W procesie diagnozowania logopedycznego można stwierdzić u tych dzieci nieprawidłowe ukształtowanie językowych mechanizmów mózgowych m.in. słuchu fonemowego i/lub kinestezji artykulacyjnej. W rezultacie obserwuje się u tych dzieci pewne trudności w rozumieniu mowy i o wiele głębsze w zakresie budowania wypowiedzi. Najczęściej w takich przypadkach formułowana jest diagnoza niedokształcenia mowy pochodzenia korowego[1]. Proces usprawniania dziecka z tym rozpoznaniem trwa wiele lat. W opracowaniu przedstawiam sposoby budowania sytuacji komunikacyjnych, które pozwalają na wzbogacanie słownika, opanowywanie i stabilizowanie prawidłowych form gramatycznych, tworzenie coraz bardziej komunikatywnych wypowiedzi.

SŁOWA KLUCZOWE: proces usprawniania, sytuacja komunikacyjna, wzbogacanie słownika, stabilizowanie form gramatycznych

Wprowadzenie

Podstawową cechą korowych zaburzeń w rozwoju mowy jest trudność w naturalnym i spontanicznym przyswajaniu języka rodzimego przez dzieci. Niekiedy pierwsze nieprawidłowości w rozwoju komunikacji werbalnej można zauważyć już w okresie wyrazu. U dzieci tych rejestruje się zaburzenia pomimo prawidłowego funkcjonowania słuchu fizycznego, dobrego rozwoju poznawczego i emocjonalno-społecznego. Ich przyczyną są uszkodzenia i/lub dysfunkcje OUN. W procesie kompleksowego diagnozowania logopedycznego tych dzieci, które przyjmuje najczęściej formę studium przypadku, odnajdujemy nieprawidłowe funkcjonowanie językowych mechanizmów mózgowych m.in. słuchu fonemowego i/lub kinestezji artykulacyjnej. W polskiej logopedii nazewnictwo tych zaburzeń nie jest jednolite. Stosowane są terminy: alalia, niedokształcenie mowy

[1] Jest to nazwa jednostki zaburzonego rozwoju mowy przyjęta z projektu *Zestawienia form zaburzeń mowy* H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozya [Mierzejewska, Emiluta-Rozya 1998].

o typie afazji, niedokształcenie mowy pochodzenia korowego, afazja rozwojowa, dziecięca. W orzecznictwie oświatowym funkcjonuje tylko jedna nazwa afazja[2].

Charakterystycznym objawem tego zaburzenia jest znacząca dysproporcja pomiędzy wiekiem życia dziecka a poziomem ukształtowanej kompetencji językowej. U wielu dzieci obserwujemy jednoczesne trudności w rozumieniu i budowaniu wypowiedzi.

Nieprawidłowości w zakresie rozumienia w jednych sytuacjach przejawiają się w zbyt ogólnym i szerokim znaczeniu nazw, w innych natomiast w zbyt konkretnym i zawężonym. Wypowiedzi dzieci często są niespójne i mało komunikatywne ze względu na ubogość i niepoprawność użytych środków leksykalno-gramatycznych. Przede wszystkim u dzieci tych rejestruje się niewielką liczbę prawidłowo ukształtowanych i utrwalonych brzmieniowo i realizacyjnie wzorców dźwięków. Jednocześnie, wraz z rozszerzającym się poziomem umiejętności werbalnych u dzieci, rośnie stopień zmienności, niestabilności zachowań, pojawiają się perseweracje i parafazje. Przy tym dziecko próbuje również kompensować własne trudności w komunikacji werbalnej za pomocą: gestu – wskazującego, ilustracyjnego, wymówień dźwiękonaśladowczych, mimiki, elementów prozodycznych mowy.

Ze względu na korowe uwarunkowanie zaburzenia i złożony jego obraz, terapia logopedyczna u tych dzieci trwa często wiele lat i prognoza poprawy jest trudna do określenia. Efekty usprawniania zależą bowiem od wielu czynników, m.in. od: indywidualnego rozwoju dziecka, głębokości uszkodzenia OUN i stopnia nasilenia objawów językowych, czasu zdiagnozowania dziecka i momentu rozpoczęcia terapii, systematyczności i intensywności podjętych działań, zaangażowania w nie najbliższego środowiska wychowawczego dziecka. Wszystkie jednak podejmowane przez logopedów w takich wypadkach działania, powinny wpisywać się w procedurę terapeutyczną, której celem jest budowanie kompetencji językowej, komunikacyjnej i kulturowej [Grabias 2001: 39]. Proces usprawniania ukierunkowany jest przede wszystkim na kształtowanie i utrwalanie struktur językowych, przy jednoczesnym uwzględnieniu stałej ich podatności na rozchwianie ze względu na mechanizm mózgowy zaburzenia. Konieczne jest jednak przy tym budowanie wiedzy o rzeczywistości otaczającej dziecko, wzbogacanie jego doświadczeń sensoryczno-motorycznych, poznawczych, emocjonalno-społecznych.

Wiele z tych elementów możemy kształtować w dialogu, rozmowie – zabawie prowadzonej przez osobę dorosłą – logopedę, rodzica – z dzieckiem. Jest to sytuacja komunikacyjna, która dostarcza wiedzy o otaczającym dziecko środowisku i o samym języku jako „narzędziu" wspólnego porozumienia.

[2] Rozstrzygnięcie to zostało przyjęte w rozporządzeniu MEN z 17 listopada 2010 roku.

W celu przedstawienia sposobu konstruowania takich sytuacji posłużę się przykładem czteroelementowej historyjki obrazkowej.

Historyjka obrazkowa Ptaszek. Autor ilustracji Marian Misiewicz[3]

1. Samodzielna wypowiedź dziecka

Poniżej przedstawiam wypowiedź zrealizowaną samodzielnie przez dziewczynkę (również po samodzielnym ułożeniu obrazków w odpowiedniej kolejności) – PD. w.ż. = 10,05 – w odpowiedzi na pytanie: *Co tutaj się dzieje?*
[(*co tutaj się dzieje?*[4]) **som**[5] **mamuśa**| **som ʒevo**| **som klava**|| **bez luʒi**|| **iest tu ʒecko**|| **mau̯e ʒecko ńe v'ie latać**|| **iʒe ʒefynka**| **ʒevo i baćiu̯a paka ʒecka**|| **i ʒevo i na tu kopelka mau̯a iuš**|| **no i iu vysoko ies na domu**]

Wypowiedź tworzona samodzielnie przez dziecko z jednej strony ukazuje już pewien poziom rozwoju języka, z drugiej zaś jego niedostatki. Dziewczynka nie buduje jeszcze opowiadania. Są to raczej opisy poszczególnych obrazków. Dziecko wymienia najważniejsze ich elementy. Treść obrazków jest zrozumiała jednak tylko w kontekście oglądanej historyjki. W zasadzie bez pomocy materiału ilustracyjnego, słuchacz nie może się domyśleć tematu historii, że jest on związany z pisklętami mieszkającymi w gnieździe na drzewie. Ze względu na ubogie, mało zróżnicowane i powtarzające się słownictwo o szerokim zakresie znaczenia, np. *mamusia*, *dziecko*, *drzewo*, *dom*, brakuje w wypowiedzi dziewczynki precyzyjnej informacji o treści zdarzeń i relacjach je łączących. Dzieje się tak dlatego, że dziecko nie zna właściwej nazwy lub też nie może jej w tym momencie zaktualizować i zrealizować: [**iest tu ʒecko mau̯e**|| **ʒecko ńe v'ie latać**]. Dziewczynka buduje przede wszystkim równoważniki oraz zdania proste składające się z podmiotu i orzeczenia. Szyk zdania jest często nieprawidłowy.

[3] Materiał ten wykorzystuję w badaniach diagnostycznych dzieci.

[4] W nawiasach zastosowano zapis ortograficzny wypowiedzi logopedy.

[5] Wypowiedzi dziecka przedstawione są w formie uproszczonego zapisu fonetycznego słowiańskiego.

Można jednak już zauważyć próby rozbudowywania zdań. Dziecko wprowadza do jego struktury przydawkę: **mau̯e ʒecko**, okolicznik miejsca: **na domu**. Ale związki syntaktyczne między wyrazami często są zakłócone lub też nie są w ogóle realizowane, np. brak zgody między formą podmiotu a formą orzeczenia, brak lub użycie nieprawidłowego przyimka w wyrażeniu przyimkowym. Zbudowany tekst jest chaotyczny i mało komunikatywny. Brakuje w nim przede wszystkim środków leksykalnych i gramatycznych sygnalizujących chronologię zdarzeń, relacje przyczynowo-skutkowe. Dynamika zdarzeń została wyrażona poprzez zestawienie krótkich prostych zdań lub pojedynczych wyrazów, których układ pozwala na domyślenie się przebiegu zdarzeń, ich zmiany: [**iʒe ʒefynka**| **ʒevo i baćiu̯a paka ʒecka**].

2. Wywoływanie wypowiedzi dziecka w rozmowie

W tej części prezentuję rozmowę przeprowadzoną wspólnie z dzieckiem na temat – przed chwilą – obejrzanej i samodzielnie opowiedzianej przez dziecko historii. Samodzielna wypowiedź dziecka i rozmowa z dzieckiem nastąpiły bezpośrednio po sobie.
[(*teraz opowiemy sobie razem, co tutaj się wydarzyło, kto mieszka w gnieździe?* **ptak'i**|| (*czy te ptaki są duże, czy małe?*) **mau̯e**|| **ńe v'ie**| **ńe v'ieiǫ latać**|| (*ach tak, te ptaszki nie umieją latać, a czy Ty wiesz, jak nazywają się takie ptaki, które mieszkają w gnieździe i nie umieją latać?*) **ńe**|| (*czy to są pisklęta?*) **ńe**|| (*tak, tak właśnie nazywamy małe ptaki pisklęta, to małe ptaszki*) (*a jak myślisz, kim jest ten duży ptak?*) **mamom**|| (*a czyja to jest mama?*) **pta-ʒećі**|| (*rozumiem, tych małych pta-...*) **ˢškuf**|| (*tych małych ptaszków*) (*i co się wydarzyło dalej?*) **iʒe ʒefyfynka**|| (*kogo zauważyła?*) **taka**|| (*a gdzie jest ten ptaszek?*) **fklav'ie**|| (*jest...?*) **ftlav'ie**|| (*no właśnie, a jak on tam się znalazł?*) **ońi oń on ńe v'ie latać**|| (*rzeczywiście, on nie umie latać, ale zobacz inne ptaszki są w gnieździe, a ten w trawie, tak jak powiedziałaś, dlaczego?*) **to iest p'ies zlob'iu̯**|| (*co zrobił?*) **pes zlob'iu̯**|| (*pies?*) **...tak**|| (*a nie myślisz, że ten ptaszek po prostu wypadł?*) **...tak**|| (*wypadł skąd?*) **z domu**|| (*ze swojego domu, a ten dom, to gniazdo, ten ptaszek wypadł skąd?*) **s'ńasto** (*z gniazda, zauważyła to?*) **taka**|| (*i co było dalej?*) **dalei ʒefynka zlob'iu̯a tak (G)**[6]|| (*jak?*) **(G)**|| (*acha, czyli wzięła go...*) **lence**|| (*tak i dalej?*) **dalei ʒefynka iuś ma taka i iuś x'ćeś ieˣo iść do domu**|| (*co robi z tym ptaszkiem? wzięła go na ręce – i teraz co robi?*) **i ma iuś iʒe do domu**|| (*ona niesie?*) **domu**|| (*można powiedzieć, że ona go wkłada, dziewczynka wkłada tego ptaszka dokąd?*) **domu dźeva**|| (*do?*) **tenso**|| (*pamiętasz, tam jest gniazdo, dokąd wkłada?*) **ʒazda**|| (*do gnia...*) **-zdo** (*do gniazda*)]

[6] Wykonanie przez dziecko gestu ilustrującego czynność wzięcia pisklęcia w ręce.

Już sam przebieg rozmowy ukazuje, że na tym poziomie rozwoju mowy dziecka, to przede wszystkim logopeda buduje kontekst sytuacyjny i językowy. Jest aktywny, a nawet dominuje w rozmowie. Osoba dorosła pełni w tym dialogu podwójną rolę. Jest to zasada doskonale sprawdzająca się w metodologii surdologopedycznej [van Uden 1970; Löwe 1990]. Logopeda odgrywa rolę osoby organizującej sytuację poznawczą i językową oraz rolę „dziecka" – realizującego adekwatną, oczekiwaną odpowiedź. W ten sposób dorosły, ze względu na jeszcze niedostatecznie ukształtowane u dziecka sprawności językowe, ukierunkowuje rozmowę i nadaje jej pewną uporządkowaną strukturę. Realizacja tego celu następuje poprzez zwrócenie uwagi dziecka na: najważniejsze fakty ukazywane w danej sytuacji, ciekawe zdarzenie, postać, interesujący przedmiot i jego charakterystyczne cechy. W ten sposób osoba dorosła – logopeda – uczy dziecko, jak obserwować, analizować daną sytuację i jakie ma ona znaczenie. Możliwe jest opisanie danego zdarzenia, wprowadzenie nazw, np.: przedmiotów, osób dotąd nieznanych dziecku i ich wyjaśnienie. Na zakończenie logopeda stawia dziecku konkretne pytanie, zawiesza głos, przez co próbuje zmotywować, sprowokować dziecko do realizacji wypowiedzenia. Konieczne przy tym jest danie dziecku czasu na sformułowanie odpowiedzi w możliwej dla niego formie. Im mniejsze są umiejętności językowe dziecka, tym częściej dorosły odgrywa w dialogu również jego rolę. Gdy dziecko jeszcze nie mówi lub używa tylko gestu, to logopeda formułuje odpowiedź na postawione przez siebie pytanie, dając dziecku wzór zachowania werbalnego. W sytuacji, gdy dziecko podejmuje już próby wypowiedzi językowych, lecz są one niepoprawne, to dorosły modyfikuje je, realizuje je w formie prawidłowej. Zatem dziecko zawsze w tej sytuacji słyszy prawidłowe wzorce brzmieniowe – nazwy – łączy je z przedmiotem, cechą, osobą, zdarzeniem – ich znaczeniem i w ten sposób tworzy właściwe skojarzenia. Dziecko najpierw zaczyna rozumieć znaczenie wyrazu, a następnie dopiero samo próbuje go używać. Aby utrwalić ten związek między brzmieniem, znaczeniem i realizacją konieczne jest powtarzanie się poszczególnych struktur językowych w określonych powtarzających się kontekstach sytuacyjnych. Ten początkowo „nierówny" udział w dialogu dorosłego i dziecka, zmienia się oczywiście na korzyść dziecka wraz ze wzrostem jego umiejętności językowych. Logopeda stopniowo ogranicza swoją dominację.

2.1. Kształtowanie prawidłowego rozumienia

W dialogu możliwe jest kształtowanie u dziecka właściwego rozumienia znaczenia wielu wyrazów. Cel ten można osiągnąć poprzez stawianie dziecku dodatkowych konkretnych pytań, które mobilizują dziecko do wspólnego z dorosłym obserwowania i analizowania danej sytuacji. Szczegółowe pytania pozwalają na odwołanie się do wcześniejszych doświadczeń dziecka lub też wprowadzenie zupełnie nowych: [(*ach tak, te ptaszki nie umieją latać, a czy ty wiesz, jak nazywają się*

takie ptaki, które mieszkają w gnieździe i nie umieją latać?) **ńe**|| (*czy to są pisklęta?*) **ńe**|| (*tak, tak właśnie nazywamy małe ptaki, pisklęta to małe ptaszki*)]. Możliwe staje się również naprowadzanie dziecka na prawidłowy tok myślenia: [(*no właśnie, a jak on tam się znalazł?*) **ońi oń on ńe v'ie latać** (*rzeczywiście, on nie umie latać, ale zobacz inne ptaszki są w gnieździe, a ten w trawie, dlaczego...?*) **to iest p'ies zlob'iu̯**|| (*co zrobił?*) **pes zlob'iu̯**|| (*pies?*) **tak**|| (*a nie myślisz, że ten ptaszek po prostu wypadł?*) **...tak**], czy też – jak w tym wypadku – korygownie błędnego wnioskowania. Przykład ten ilustruje potrzebę przełamywania niekiedy pewnych schematów, które – być może – dziecko stosuje przez analogię do wcześniej poznanych historii [(*a nie myślisz, że ten ptaszek po prostu wypadł?*) **...tak**]. Zadanie pytania o konkretny fragment ilustracji – element zdarzenia, a przede wszystkim ich porównanie poprzez zaakcentowanie w pytaniu zachodzących w obserwowanych czynnościach zmian, pomaga dziecku w łączeniu ze sobą faktów, wskazywaniu przyczyny i skutków działania. Kształtuje prawidłowy sposób myślenia i wiedzę o otaczającym dziecko świecie, wzbogaca i różnicuje jego doświadczenia.

2.2. Kształtowanie słownika biernego i czynnego

W sytuacji, gdy dziecko nie zna właściwych nazw, np. osób, zwierząt, przedmiotów, czynności, miejsca, to logopeda w dialogu może je wprowadzić. Podaje ich wzór brzmieniowy, artykulacyjny i ich znaczenie. Buduje kontekst ich użycia. W wielu wypowiedziach brak adekwatnych, dokładnych określeń wynika z trudności dziecka w ich aktualizacji. Dziecko nawet je już zna tzn. rozumie, samodzielnie ich jednak jeszcze nie używa, gdyż ich forma brzmieniowo-realizacyjna nie jest dostatecznie utrwalona. Dobrze to ilustruje wypowiedź dziewczynki, w której rozpoczyna realizację oczekiwanego wyrazu i w jej trakcie „wycofuje się" – powraca do formy prostszej, lepiej utrwalonej: [(*a jak myślisz, kim jest ten duży ptak?*) **mamom**|| (*a czyja to jest mama?*) **pta-ʒeći**]. Z kolei dla opisu nazw czynności przedstawionych na ostatnim obrazku, odpowiednimi czasownikami byłyby: *niesie*, *wkłada*. Dziewczynka nie potrafiła użyć ich samodzielnie i zrealizowała wypowiedź jako: [**i ma iuś iʒe do domu**]. Jednak adekwatność dokonanych przez nią uzupełnień w formie okolicznika, po podpowiedzeniu przez logopedę nazw czynności, dowodzą, że dziecko dobrze rozumie ich znaczenie: [(*ona niesie?*) **domu**|| (*wkłada tego ptaszka dokąd?*) **domu dźeva**]. W innej sytuacji, gdy dziewczynka nie potrafiła zaktualizować struktury *wzięła na ręce*, zastąpiła ją gestem złożonych dłoni: [(*i co było dalej?*) **dalei ʒefynka zlob'iu̯a tak (G)**|| (*jak?*) **(G)**]. Po wprowadzeniu jednak przez logopedę odpowiedniego czasownika dokonała prawidłowego pod względem znaczeniowym i częściowo gramatycznym uzupełnienia: [(*acha, czyli wzięła go...?*) **lence**]. Są to zatem sytuacje, w których słownik bierny, czyli słownictwo już przyswojone przez dziecko,

rozumiane przez nie, poprzez podpowiedź osoby dorosłej jest użyte w sposób czynny. Struktury niedostatecznie jeszcze ukształtowane poprzez stworzenie odpowiedniego kontekstu sytuacyjno-językowego, otrzymują formę werbalną, niekiedy jeszcze nie w pełni prawidłową, ale dla odbiorcy już zrozumiałą. Wówczas kolejne zadanie osoby dorosłej polega na podaniu prawidłowego wzoru brzmieniowo-realizacyjnego takiej struktury. Logopeda może więc zareagować podobnie jak w wypowiedziach: [(*acha, czyli wzięła go...?*) **lence**], tu już poprawnej pod względem znaczeniowym, ale nieprawidłowej jeszcze w pełni jako forma fonetyczno-fonologiczna [r→l] i gramatyczna ze względu na brak przyimka *na*: [(*co robi z tym ptaszkiem? wzięła go na ręce – i teraz co robi?*)], czy też w innej sytuacji: [**ńe v'ie**| **ńe v'ieioǫ latać**|| (*ach tak, te ptaszki nie umieją latać*)].

Skutecznym sposobem podpowiadania dziecku właściwej formy oczekiwanego wyrazu, jest równiezbudowanie sytuacji wyboru z dwóch – trzech zaproponowanych przez osobę dorosłą: [(*kto mieszka w gnieździe?*) **ptak'i**|| (*czy te ptaki są duże czy małe?*) **maụe**]. Wypowiedź dziecka powstaje na podstawie podanego przez osobę dorosłą wzoru, ale dziecko samodzielnie dokonuje tego wyboru i przez to jest aktywne, czyli nie musimy zachęcać, ani też zmuszać dziecka do automatycznego powtarzania wypowiedzi.

3. Wywoływanie form gramatycznych wyrazów

Wywoływanie prawidłowych form gramatycznych, ich korygowanie jest możliwe, gdy dziecko osiągnie już pewien poziom rozwoju języka. Najpierw zaczyna w sposób samodzielny posługiwać się strukturą wyrazu, choć jego forma brzmieniowo-realizacyjna często nie jest jeszcze w pełni prawidłowa i najczęściej przyjmuje postać mianownika liczby pojedynczej. Następnie dziecko powinno mieć już ukształtowane prawidłowe rozumienie niektórych nazw, np. osób, zwierząt, przedmiotów, występujących w formie odmienionej, najczęściej więc w dopełniaczu, bierniku, narzędniku, miejscowniku, celowniku liczby pojedynczej, rozumienie niektórych rzeczowników w mianowniku liczby mnogiej (także tych, w których dochodzi do alternacji). Celowe i wielokrotne używanie przez najbliższe otoczenie wychowawcze dziecka, pewnych form stwarza możliwość ich poznanie i zrozumienia, przygotowuje dziecko do ich stosowania. Jak się wydaje, powtarzanie się w pewnych konkretnych kontekstach form pytajników, czy też właściwego przyimka określającego konkretną lokalizację ułatwia dziecku aktualizowanie właściwych form gramatycznych wyrazów i ich utrwalanie. Są to szczegółowe pytania związane z konkretnymi przypadkami, pytajnikami określającymi kierunki wykonywanych czynności: *wkłada dokąd?*, *wypadł skąd?* Niekiedy skutecznym sposobem jest również podpowiedź – prawidłowego wzorca brzmieniowo-realizacyjnego wyrazu w formie M. lp. Staje się ona podstawą, od której poprzez stworzenie właściwego kontekstu gramatycznego, łatwiej utworzyć prawidłową formę:

[(*wypadł skąd?*) **z domu** (*ze swojego domu, a ten dom, to gniazdo, ten ptaszek wypadł skąd?*) **s'ńasto**] – tu już może dziecko zastosowało przyimek, choć jeszcze nie w pełni prawidłowy. W innym momencie: [(*pamiętasz, tam jest gniazdo, wkłada dokąd?*) **ʒazda**] – tu już prawidłowa realizacja D. lp., ale bez przyimka i z upodobnieniem grupy spółgłoskowej [gń- → ʒa]. Kolejnym sposobem jest zbudowanie bezpośredniego kontekstu składniowego (np. w ramach składni zgody), który sugeruje uzupełnienie formy danego rzeczownika, np. [(*tych małych pta-...*) **ˢškuf**].

Gdy umiejętności językowe dziecka są już większe, wystarczy niekiedy podpowiedź samego pytajnika, czy też jedynie pierwszej sylaby oczekiwanego wyrazu. Jeśli dziecko dokończy dany wyraz, to należy powtórzyć wzór brzmieniowo-realizacyjny całej poprawnej formy. Przy czym ważna jest właściwa intonacja i akcent: [(*a jak myślisz, kim jest ten duży ptak?*) **mamom**|| (*a czyja to jest mama?*) **pta-ʒeći**|| (*rozumiem, tych małych pta-...*) **ˢškuf** || (*tych małych ptaszków*)].

4. Wywoływanie prawidłowych form fonetyczno-fonologicznych wyrazów

Jednocześnie wraz z rozwojem kompetencji językowej u dzieci z zaburzeniami korowymi ujawniają się językowe mechanizmy tego zaburzenia w postaci zmiennych, niestabilnych realizacji dźwięków języka polskiego: [(*a gdzie jest ten ptaszek?*) **fklav'ie**|| (*jest...?*) **ftlav'ie**] – [ftr- → fkl → ftl]; [(*no właśnie, a jak on tam się znalazł?*) **oń oń on ńe v'ie latać** (*rzeczywiście, on nie umie latać*)]. W takich sytuacjach należy zastosować podpowiedź prawidłowej formy brzmieniowo-realizacyjnej, czy też można „zawiesić głos", co sugeruje dziecku potrzebę skorygowania własnej wypowiedzi. Oczywiście dla utrwalenia poprawnej struktury dźwiękowo-artykulacyjnej wyrazu konieczne jest powtarzanie jej w wielu kontekstach, także utrwalanie w formie pisanej – o ile to jest już możliwe dla dziecka. Należy przy tym pamiętać, że struktury te są podatne na rozchwianie.

Podsumowanie

W dialogu możliwe jest kształtowanie prawidłowych wzorców zachowań komunikacyjnych. Pierwszym z nich jest naprzemienne przyjmowanie przez każdego uczestnika rozmowy roli nadawcy i odbiorcy. W zabawie kontakt pomiędzy dzieckiem a logopedą jest naturalny. Osoba dorosła aranżuje tę rozmowę – zabawę i motywuje dziecko do uczestnictwa w niej. Dziecko nie jest jednak bierne i podporządkowane, a swoje wypowiedzi realizuje w sposób, który jest dla niego możliwy na danym etapie rozwoju. Nie należy ponaglać dziecka, ani go ciągle poprawiać, czy też zmuszać do automatycznego powtarzania prawidłowych form. Powtórzenia powinny mieć charakter spontaniczny. Dziecko nie odczuwa wówczas „zewnętrznej presji" tworzonej poprzez dążenie do poprawności językowej.

Osoba dorosła towarzyszy dziecku, przez co dziecko jest mobilizowane do słuchania, rozumienia, wypowiadania. Wypowiedź jest rezultatem interakcji zachodzących pomiędzy dzieckiem a osobą dorosłą [Panasiuk 2007]. Należy pamiętać przy tym, że są to aktywności stanowiące duży wysiłek dla dziecka, więc wywołują w dziecku uczucie zmęczenia. Nowe wyrazy wprowadzane, wywoływane w dialogu wymagają utrwalania w wielu innych ćwiczeniach, w których należy stosować również zapis graficzny nowych form i ich odczytywanie. Kolejne możliwe zadania to:

1. podpisywanie obrazków zdaniami (ich dobieranie do obrazków), w których będzie wyrażone następstwo zdarzeń, np.: najpierw, potem, na początku, na końcu,
2. uzupełnianie zdań z lukami, w które należy wpisać właściwy wyraz w odpowiedniej formie gramatycznej, wybrać go spośród innych (przed luką można zapisać w nawiasie pytajnik wywołujący oczekiwany przypadek gramatyczny),
3. wybór tytułu historii, przez co dziecko dokonuje pewnego uogólnienia.

Przedstawione przeze mnie propozycje mają charakter praktyczny. Mam nadzieję, że staną się inspiracją, szczególnie dla logopedów rozpoczynających swoją pracę, do poszukiwania skutecznych sposobów stymulowania rozwoju mowy i języka u dzieci z zaburzeniami uwarunkowanymi korowo. Poniższy materiał może stać się również pomocą dla rodziców, opiekunów kontynuujących ćwiczenia usprawniające z własnym dzieckiem w domu i utrwalających w ten sposób struktury kształtowane na zajęciach logopedycznych.

BIBLIOGRAFIA

Emiluta-Rozya D., 2002, *Projekt „Badania Mowy" Ireny Styczek jako pierwowzór Logopedycznego postępowania diagnostycznego*, „Szkoła Specjalna", nr 3, s. 142-154.

Emiluta-Rozya D., 2008, *Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozya*, [w:] *Diagnoza i terapia w logopedii*, red. J. Porayski-Pomsta, Elipsa, Warszawa, s. 25-36.

Emiluta-Rozya D., 2013, *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.

Grabias S., 2001, *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*, [w:] *Zaburzenia mowy*, red. S. Grabias, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 11-43.

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

Kurowska M., 2008, *Rozwijanie umiejętności rozumienia wypowiedzi i samodzielnego wypowiadania u dzieci niedokształceniem mowy pochodzenia korowego*, [w:] *Diagnoza i Terapia w Logopedii*, red. J. Porayski-Pomsta, Elipsa, Warszawa, s. 339-348.

Kurowska M., 2012, *Niedokształcenie mowy pochodzenia korowego w świetle materiału badawczego*, „Poradnik Językowy", z. 10, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 60-76.

Löwe A., 1990, *Wybór pism*, Warszawa – Szczecin
Löwe A., 1999, *Każde dziecko może nauczyć się słyszeć i mówić*, Media Rodzina, Poznań.
Łuczyński E.,2004, *Kategoria przypadka w ontogenezie języka polskiego czyli o wchodzeniu dziecka w rzeczywistość gramatyczną*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
Mierzejewska H., 1971, *Zaburzenia polskiego systemu fonetycznego w niektórych wypadkach afazji*, 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, s. 49-63.
Parol U.Z., 1989, *Dziecko z niedokształceniem mowy*, WSiP, Warszawa.
Paluch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L., 2003, *Afa-Skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków.
Przybysz-Piwko M., 2015, *Dobór prób badawczych – podstawa opisu i interpretacji stanu języka (kompetencji językowej) u osób z afazją*, [w:] *Metodologia badań logopedycznych. Z perspektywy teorii i praktyki*, red. S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray, Harmonia Universalis, Gdańsk, s. 198-212.
J. Panasiuk, 2007, *Interakcja a afazja*, [w:] *Język. Interakcja. Zaburzenia mowy. Metodologia badań*, red. T. Woźniak, A. Domagała, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 91-103.
Smoczyńska M., 1972, *Przyswajanie form deklinacji rzeczownikowej przez dzieci w wieku przedszkolnym*, „Psychologia Wychowawcza", nr 5, s. 515-527.
van Uden A., 1970, *A world of language for deaf children*, Rotterdam University Press, Rotterdam.

Speech Elicitation in Children with Developmental Disorders of Speech and Language Caused by Cerebral Cortex Defects

Summary: Natural and spontaneous acquisition of speech and language is impossible in the case of children with damage and/or malfunctions of CNS. Inappropriate development of language brain mechanisms can be observed in such children during the process of speech therapy diagnostics. These mechanisms are, among others, phonemic hearing and/or articulatory kinesthesia. As a result, one may observe certain difficulties in understanding speech, as well as much more profound difficulties in the scope of building utterances. In such cases the most commonly formulated diagnosis is the underdevelopment of speech of cortical origin. The process of improvement in children with this diagnosis takes many years. In this paper I have presented ways of creating communication situations which would allow to enlarge the vocabulary, learn and stabilize correct grammatical forms, build increasingly communicative utterances.

Keywords: process of improvement, communicative situation, enlarging the vocabulary, stabilising grammatical forms

MILENA MROZOWSKA
(Uniwersytet Warszawski)

TERAPIA OSÓB JĄKAJĄCYCH SIĘ DR. M.F. SCHWARTZA OPARTA NA TECHNICE PASYWNEGO PRZEPŁYWU POWIETRZA – THE PASSIVE AIRFLOW TECHNIQUE

STRESZCZENIE: W tym artykule autorka zaprezentowała podstawy teoretyczne oraz procedury postępowania stosowane w terapii jąkania opartej na technice The Passive Air Flow dr. Martina F. Schwartza. Schwartz dokonał przypadkowego odkrycia podczas badania ultrasonograficznego osoby jąkającej się z rozszczepem. Badając skurcze gardła u osób jąkających się doszedł do wniosku, że problem można rozwiązać wykorzystując pasywny przepływ powietrza uzyskiwany w czasie spokojnej ekshalacji. Jąkanie to zachowanie wyuczone. Uzasadnił, że jeżeli można zredukować napięcie fałdów głosowych przed mówieniem i utrzymać je otwarte, prowadziłoby to do redukcji jąkania, które jest reakcją wyuczoną na mimowolne zamykanie się fałdów głosowych. Terapia Martina F. Schwartza jest bardzo kompleksową metodą opartą głównie na szybkiej zmianie intencji z oddychania opartego na pasywnym przepływie powietrza (tzw. flutter) na artykulację spowolnionego pierwszego słowa oraz mentalną pauzą po artykulacji pierwszego słowa. Program zawiera, także wiele elementów psychologicznych wspierających pacjenta, mających na celu wzrost motywacji, a także elementy desensytyzacji tj. kontrakt, hartowanie, zastosowanie urządzenia MotivAider, ćwiczenia w sytuacjach codziennych, pozbywanie się oczekiwanego stresu, technikę w wannie. Terapia składa się z części intensywnej prowadzonej w poradni oraz treningu podstawowego, który zajmuje pacjentowi średnio rok. Pracę nad płynnością w mowie oraz w idealnym opanowaniu techniki ułatwiały liczne systemy wsparcia.

SŁOWA KLUCZOWE: terapia jąkania, pasywny przepływ powietrza, flutter, desensytyzacja, kontrakt, hartowanie, trening intensywny, terapia podstawowa, MotivAider, technika w wannie, systemy wsparcia

Wprowadzenie

Technika Pasywnego Przepływu Powietrza („The Passive Airflow Technique") Martina F. Schwartza wyróżnia się spośród innych metod i technik terapii jąkania w krajach anglojęzycznych [Mrozowska 2014] tym, że rzuca nowe spojrzenie na proces ekspiracji. Opiera się bowiem na odkrytym przez jej autora mechanizmie

aparatu mowy, który występuje na ułamek sekundy przed rozpoczęciem mówienia, a mianowicie na zaciskaniu fałdów głosowych pod wpływem stresu. Sukces terapeutyczny ocenia się, według autora, nie poprzez zmierzenie redukcji momentów zająknięcia i osiągnięcie płynności, ale przez to, co pacjent myśli o samym sobie. Jeśli pacjent myśli o sobie, że kiedyś był osobą jąkającą się, a teraz już nie jest, oznacza to, że terapia przebiegła pomyślnie. Zmienia to persektywę patrzenia na terapię jąkania. Skuteczność terapii Schwartza, podana na podstawie badań, waha się w granicach 83-92%[1] wśród pacjentów, którzy się jej poddali i w niej wytrwali [Schwartz 1976: 11].

1. Podstawy teoretyczne

1.1. Badania fałdów głosowych

Do rozpoczęcia badań nad jąkaniem nakłonił Schwartza przypadek, który wydarzył się w 1974 roku. Prowadził wtedy badania ultrasonograficzne osób z rozszczepem. Wśród nich trafiła się osoba jąkająca się, u której zauważył regularne skurcze gardła podczas jąkania. Przypominało mu to skurcze laryngologiczne, czyli nagłe i gwałtowne skurcze fałdów głosowych pojawiające się po operacji. Przez dłuższy czas szukał wytłumaczenia tego zjawiska i odpowiedź przyniosły mu badania z 1949 roku, w których niemieccy naukowcy badali miejsca w ciele sportowca, które napinają się pod wpływem stresu [Schwartz 1986: 12].

Okazało się, że niektóre mięśnie napinają się mocniej niż inne, a najbardziej aktywne pola mięśni to brzuch, ramiona, okolice pasa. W 1950 roku kontynuowano badania mięśni dłoni, dolnej części pleców oraz fałdów głosowych. Napięcie fałdów głosowych występowało u około 2% dorosłych. Wszystkie osoby jąkające się należą do grupy osób, których stres lokuje się w fałdach głosowych. Osoby te mają wrodzoną tendencję do tzw. laryngospazmów pod wpływem wysokiego napięcia w obrębie mięśni fałdów głosowych.

1.2. Jąkanie jako zachowanie wyuczone

Dzieci w wieku 2-6 lat, u których w mowie zaczyna pojawiać się niepłynność, a które znajdują się w obrębie grupy zagrożonej jąkaniem, również podlegają stresowi, który wywołuje laryngospazm. Po jego wystąpieniu pojawia się walka, która ma doprowadzić do artykulacji słowa – jąkanie. Kiedy słowo jest wypowiedziane jest to nagroda dla dziecka za wysiłek, paradoksalnie niepożądane zachowanie zostaje wyuczone. W aparacie mownym są małe zakończenia nerwowe wewnątrz fałdów głosowych, które wykrywają napięcie i wysyłają tę

[1] Liczba ta w kolejnych publikacjach: 94% [Schwartz 1986], 93,4% [Schwartz 1991].

informację do mózgu. Kiedy napięcie fałdów głosowych narasta do progu krytycznego, końcówki zakończeń nerwowych emitują szczególny wzorzec impulsów. Wzorzec wędruje do mózgu i uaktywnia odruch jąkania. W odpowiedzi na niektóre formy widocznego stresu (jeszcze nieokreślonego), jąkający zamyka swoje fałdy głosowe – odruch wrodzony. W odpowiedzi zamykanie fałdów głosowych uaktywnia jąkanie, jako odruch wyuczony. Istnieją, więc są dwa odruchy – jeden wrodzony, drugi wyuczony.

Pierwszy etap jąkania nazwany jest jąkaniem pierwotnym, ponieważ dziecko nie zdaje sobie sprawy ze swoich trudności. Kiedy zaczyna je dostrzegać, następuje etap jąkania wtórnego [Schwartz 1986].

Schwartz doszedł do wniosku, że jąkanie jest zachowaniem wyuczonym, kiedy w pomieszczeniu znajdującym się nad jego gabinetem pękła rura i zalała drzwi prowadzące do jego laboratorium. Drzwi zwiększyły swoją objętość pod wpływem wody, przez co nie można ich było otworzyć. Za pierwszym razem Schwartz pociągał za klamkę wiele razy, drzwi otworzył mocnym szarpnięciem. Za drugim razem wiedział już jak należy szarpnąć, żeby dostać się do laboratorium. Stąd pojawiła się metafora porównująca zatrzaśnięte drzwi do fałdów głosowych wyjaśniająca, że jąkanie jest zachowaniem wyuczonym: *John walczy, żeby wypowiedzieć swoje imię (pociągnięcie za klamkę, szarpanie). Po kilku chwilach, mówi je (otwiera drzwi), a sam akt mówienia (otwarcie drzwi) staje się nagrodą w związku z wysiłkiem (jąkanie), które uniemożliwia mu powiedzenie imienia* [Schwartz 1991: 6].

Kolejną nagrodą poza wypowiedzeniem słowa staje się redukcja lęku, zarówno zewnętrznego jak i wewnętrzego związanego z mówieniem. Unikanie słów jest również zachowaniem wyuczonym. Co więcej, żeby uniknąć słowo, jednostka musi wykształcić w sobie nawyk patrzenia naprzód, czyli skanowania słów.

Schwartz dzieli jąkanie na cztery grupy: jąkanie otwarte, unikanie słów, unikanie sytuacji, nawyk patrzenia naprzód [Schwartz 1991: 14].

DEF. JĄKANIA – jąkanie to nawykowy wzorzec mowny, rozwinięty we wczesnym dzieciństwie, który wywołany jest przez napięcie, internalizowany (wyuczony, przyswojony) i skierowany do mięśni krtani, ostatecznie powodujący spazmy krtani [Schwartz 1986].

Z badań wynika, że najbardziej zrelaksowany stan fałdów głosowych występuje w czasie cichego oddychania w czasie spoczynku.

Rycina 1 przedstawia wykres napięcia fałdów głosowych w funkcji czasu. Oś odciętych przedstawia czas mierzony w sekundach, gdzie punkt zero to moment rozpoczęcia mówienia, natomiast po jego lewej stronie są ułamki sekund występujące przed momentem rozpoczęcia mówienia. Oś rzędnych to rosnące napięcie fałdów głosowych. Pozioma prosta, to próg Pana X, poniżej którego jego mowa pozostaje płynna, powyżej natomiast pacjent się jąka.

Rycina 1 – wykres [wszystkie wykresy z: Szchwartz 1986]

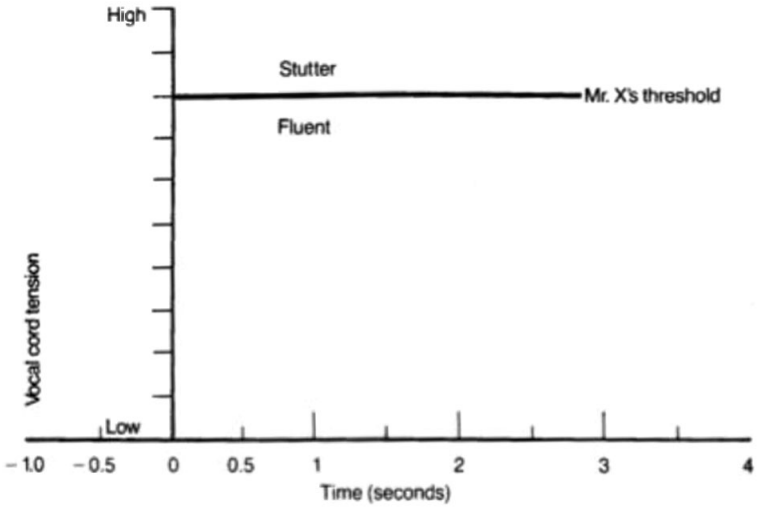


Figure 2 Vocal cord tension as a function of time

Badania wykazały, że przeciętna osoba zwykle rozpoczyna napinać fałdy między 1/3, a 1/2 sekundy przed rozpoczęciem mówienia. Napięcie na sekundę przed mową jest najbardziej krytyczne, ponieważ jest to czas, w trakcie którego jąkający skupia swoją uwagę na napięciu. Jeśli to napięcie przed mową zostanie zredukowane, będzie to doskonała szansa na utrzymanie całkowitego napięcia poniżej progu jąkania.

Rycina 2 – wykres

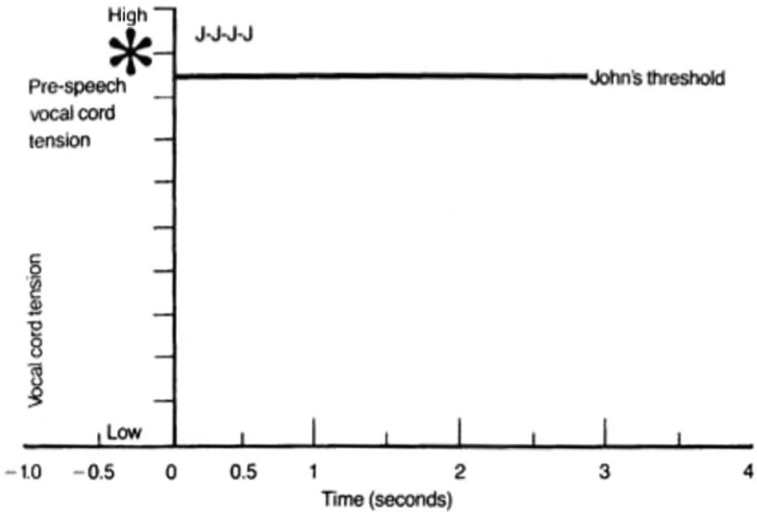


Figure 3 Vocal cord tension as a function of time

Gwiazdką oznaczone jest napięcie mowne Johna występujące przed rozpoczęciem mówienia. Jeżeli jest wysokie, pacjent zaczyna się jąkać w momencie rozpoczęcia mówienia.

Czasami pacjenci stosują startery, które pomagają im ruszyć z mową (np. mruczenie, rozpoczynanie wypowiedzi od słów, które nie wywołują lęku, itp.). Jednak, kiedy poziom stresu wzrasta, pacjent przekracza próg płynności, ponieważ napięcie fałdów głosowych wzrasta w miarę mówienia.

Rycina 3 – wykres

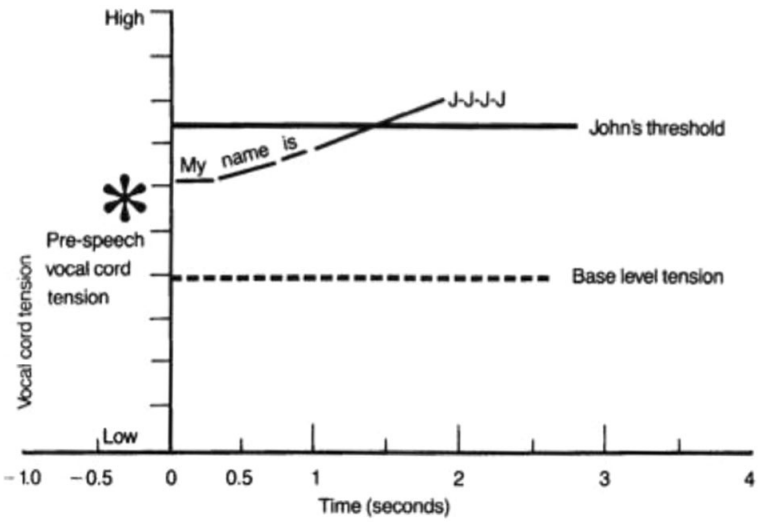


Figure 4 Vocal cord tension as a function of time

Sztuką jest zatem nauczenie się takiego sposobu ekshalacji tuż przed mówieniem, jak gdyby ktoś nie zamierzał mówić wcale, ale raczej zamierzał cicho wydychać powietrze. W ten sposób oszukuje się mózg, że pacjent bierze kolejny oddech, więc mózg nie jest w stanie zwiększyć napięcia w fałdach głosowych przed aktem mowy, ponieważ myśli, że osoba zwyczajnie oddycha[2]. Nie ma zatem napięcia mownego, a pacjent pozostaje poniżej progu płynności. Przerywana linia symbolizuje poziom bazowy stresu omówiony w kolejnym podrozdziale. Bardzo ważna staje się zatem zmiana intencji z oddychania na mówienie na wydechu, z wykorzystaniem pasywnego przepływu powietrza. Musi być ono pasywne, żeby oszukać mózg, że pacjent zamierza spokojnie oddychać, kiedy jego prawdziwą intencją jest mówienie. Obniża to napięcie fałdów głosowych do stanu, w którym pacjent zaczyna mówić na bazowym poziomie stresu, ale koniec zdania utrzymuje się poniżej progu jąkania, co obrazuje wykres 4.

[2] Objętość powietrza w płucach określają zakończenia nerwowe. Kiedy osoba wypuszcza większość powietrza z płuc przed rozpoczęciem mówienia, receptory wykrywają to, co interpretują jako nieuchronna zapaść płuc i wysyłają sygnał do mózgu o konieczności rozpoczęcia wdechu. Jedna para mięśni z tyłu krtani zaczyna skurcz, żeby zmusić fałdy głosowe do rozejścia i przygotowując je na napływ powietrza. Osoba nie może zająknąć się, kiedy para mięśni jest silnie napędzana przez mózg do otworzenia fałdów głosowych.

Rycina 4 – wykres

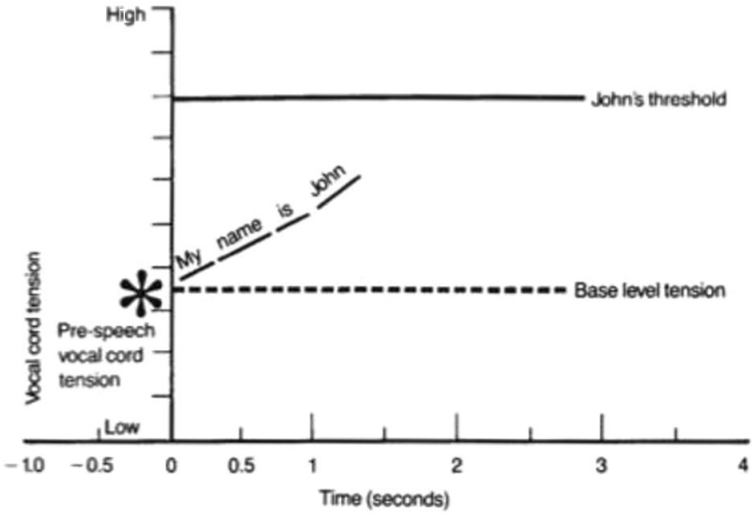


Figure 5 Vocal cord tension as a function of time

1.3. Stresory i strategie redukcji stresu

Osoby jąkające się, co widać na wykresie 3, używają różnych strategii, które mają na celu radzenie sobie ze skurczami fałdów głosowych na sekundę przed mówieniem. Na przykład niektórzy pacjenci stosują tzw. rodzaj łapania tchu, wsysając krótko powietrze przez usta na moment przed mówieniem. Kolejnymi strategiami jest mówienie na końcu oddechu lub mowa po pierwszym przełknięciu[3]. Strategie te działają jedynie w określonym czasie lub są niepraktyczne z powodu braku naturalności takiego zachowania.

Według Schwartza istnieje 8 wyzwalaczy psychologicznych powodujących zamykanie się fałdów głosowych [Schwartz 1991]:

1. Sytuacje stresowe, tj. używnie telefonu. Około 80% dorosłych jąkających się odczuwa lęk przed wykonaniem telefonu;
2. Słowo albo dźwięk, z którym osoba jąkająca się zawsze ma problem lub przewiduje, że będzie go mieć[4];
3. Stres wywołany przez ważną osobę, autorytet;
4. Stres przed niepewnością, jak się odpowiednio zachować[5];

[3] W czasie odruchu połykania fałdy głosowe zamykają się ściśle, żeby zapobiec płynom i pokarmowi stałemu dotarcia do płuc. Natychmiast po przełknięciu, jako część tego samego odruchu, fałdy otwierają się przygotowane na dalszy ciąg respiracji. Pacjenci nieświadomie odkryli, że jeśli zaczną mówić natychmiast po przełknięciu, w ich mowie nie będzie jąkania.

[4] Ta forma stresu jest wyuczona, jak prawe każda inna forma stresu, bardziej powszechny jest lęk przed słowem.

[5] Na przykład przy nowych sąsiadach, czy w nowej pracy. Stres pojawia się także, gdy nie wiadomo jak prawidłowo wymówić dane słowo. Osoba jąkająca się napotyka silny stres, kiedy uczy się języka obcego (niepewność związana z wymową, słownictwem, gramatyką). Wielu jąkających się twierdzi, że jąka się na prawie każdym słowie nowego języka.

5. Fizyczny stres tzn. kiedy osoba jest zmęczona albo chora;
6. Stres zewnętrzny, tzn. złe wiadomości tj. zwolnienie z pracy, kradzież;
7. Stres związany z prędkością mowy, zaczynający się już w dzieciństwie. Naturalna prędkość to 130 słów na minutę. Osoby jąkające się zamiast zaczynać mowę powoli i spokojnie atakują słowa;
8. Bazowy poziom stresu[6].

Drugim źródłem napięcia są według Schwartza wieloletnie podświadome konflikty, które pogarszają płynność mowy przez zmianę w sytuacji życiowej[7].

Dodatkowo występuje tzw. samostres, który występuje, kiedy osoba wyolbrzymia pojawienie się bloku oraz jego społecznych konsekwencji do niewyobrażalnych, nieadekwatnych rozmiarów, co przyczynia się do wzrostu poziomu bazowego stresu i zamyka drogę do płynnej odpowiedzi.

2. Terapia jąkania Martina F. Schwartza

W czasie warsztatów techika pasywnego przepływu powietrza jest ciągle przyrównywana do sportu. Sport ten Schwartz nazywa techniką idealną: pasywne wypuszczenie powietrza, po którym następuje spowolnione pierwsze słowo.

2.1. Technika pasywnego przepływu powietrza

2.1.1. Założenia

Schwartz uzasadnił, że jeśli można zredukować napięcia fałdów głosowych przed mówieniem i utrzymać je przed zamknięciem, prowadziłoby to do redukcji jąkania. Cała sztuka polega na nauczeniu się ekshalacji na moment przed rozpoczęciem mówienia tak, jakby osoba nie chciała mówić wcale, ale zwyczajnie

[6] Jest około szesnastu mięśni w i dookoła fałdów głosowych. Jeśli do jednego przyłożymy elektrodę można łatwo wyłapać napięcie narastające wewnątrz puszki krtaniowej. To napięcie występuje zawsze i jego znaczenie może się zmieniać. Mają na nie wpływ m.in. hormony mózgowe, które poprzez działanie reakcji chemicznych na konkretne centra mózgowe mają zdolność do dramatycznego zwiększania napięcia mięśniowego. Kiedy pacjentom się nagle pogarsza i nie mogą znaleźć oczywistego powodu, zwykle tłumaczy się to zwiększoną produkcją tych hormonów.

[7] Nowa praca z szefem, którego postępowanie jest paralelą do postępowania rodziców, wyzwala sekwencję zasadniczych emocjonalnych reakcji, które nierozpoznane, sieją spustoszenie w mowie. Albo małżonek, który decduje się na wprowadzenie ważnej życiowej zmiany, wywołuje wstrząs w dobrze zdefiniowanej strukturze związku powodując destabilizajcę, która wywołuje lęk i późniejsze negatywne efekty na mowę. Wszystko to dzieje się, pomimo faktu, że obie strony świadomie zdają sobie sprawę z konieczności i celowości wprowadzenia zmiany. Kiedy oba czynniki pojawiają się równocześnie i są dodatkowo połączone z jakimkolwiek innym z podanych wyżej, całkowite napięcie fałdów głosowych wzrasta do momentu, w którym pacjent jest właściwie niezdolny do mówienia.

cicho oddychała. W ten sposób można oszukać mózg, który uwierzyłby, że mówca zwyczajnie bierze kolejny wdech. Jeśli mózg dałoby sie wyprowadzić w pole, mogłoby to rozwiązać problem napięcia fałdów głosowych przed momentem mówienia. Ten wniosek spowodował, że Schwartz zaczął prosić osoby jąkające się do produkcji długiego, słyszalnego, zrelaksowanego westchnięcia. Pasywny przepływ powietrza utrzymał fałdy głosowe rozłączone i zrelaksowane w trakcie mowy i pozbawiał mózg sygnałów koniecznych do włączenia odruchu jąkania. Jednak ta nagła zmiana intencji na początku jest trudna do opanowania[8]. Pacjenci popełniali cztery główne błędy, powodujące nawrót jąkania, tj.: 1. wypychanie przepływu pod wpływem stresu[9]; 2. błąd podczas przejścia[10]; 3. błąd intencji[11]; 4. przytrzymanie przepływu[12]. W celu poradzenia sobie z powyższymi błędami Schwartz zastosował dwa elementy wspomagające opanowanie: pasywny przepływ powietrza, a mianowicie flutter, oraz spowalnianie pierwszego słowa.

[8] Pacjenci są zwykle zaabsorbowani nadchodzącym pierwszym dźwiękiem, ich usta są ułożone tak w pogotowiu na nadchodzący przewidywany dźwięk. Zatem przepływ jest niespontaniczy. Jednym z efektów takiego przewidywania jest napięcie fałdów głosowych, które zwykle prowadzi do jąkania. Terapeuta przypomina o nagłej zmianie intencji i o odpowiednim wydychaniu powietrza, aby na jego pasywnym przepływie budować wypowiedzi. Oczekiwanie na wypowiedź zaburza intencję pasywnego oddechu.

[9] Przejawia się to w siłowym wypchnięciu powietrza, co często prowadzi do zamknięcia fałdów głosowych i jąkania. Przypomina się pacjentom, że przepływ musi być całkowicie pasywny, i że wypchnięte powietrze prędzej czy później będzie zinterpretowane przez mózg jako głoska „h". Wtedy mózg „wywnioskuje", że każde zdanie zaczyna się na „h" – jąkanie powraca.

[10] Innym źródłem trudności jest brak zmiany gładkiego przepływu powietrza w pierwszy dźwięk pierwszego wyrazu. Przepływ zdaje się być krótki, z przerwą pomiędzy końcem przepływu i rozpoczęciem mowy. Wydaje się, że pacjent łapie oddech. Pauza dostarcza czasu potrzebnego na zamknięcie fałdów. Przepływ powietrza jest przepustką do płynności, zamienia ją bezpośrednio w słowo.

[11] Pacjenci są zwykle zaabsorbowani nadchodzącym pierwszym dźwiękiem, ich usta są ułożone tak, aby być w pogotowiu na nadchodzący przewidywany dźwięk. Zatem przepływ jest niespontaniczy. Jednym z efektów takiego przewidywania jest napięcie fałdów głosowych, które zwykle prowadzi do jąkania. Terapeuta przypomina pacjentom, że głównym celem przepływu powietrza jest to, aby „zwieść" mózg, by uważał, że ekshalacja prowadzi do zwyczajniego nabierania kolejnego oddechu. W momencie gdy zaczyna się formować pierwszy dźwięk pierwszego słowa, a wcześniej wystąpiła przerwa, mózg odbiera to jako artykulację i nie jest wprowadzony w celowy błąd intencji.

[12] Podczas wysiłku pacjenci, żeby odpowiednio rozegrać czasowo swoje przepływy, zwykle inhalują i wstrzymują powietrze przez zamykanie fałdów głosowych, wtedy przepływ powietrza zaczyna się w odpowiednim momencie przez uwolnienie fałdów. Jeśli próbują robić to pod wpływem stresu, przytrzymanie jest zamieniane zwykle na zamknięcie i wtedy pacjenci jąkają się. Pacjenci są instruowani, by nigdy nie wstrzymywać przepływu, ale utrzymywać powietrze w stałym ruchu, czyli gładko inhalować i, dalej, gładko jak to możlwie zamienić pasywny przepływ wydechu w gładką artykulację. W żadnym wypadku nie należy robić przerwy w przepływie tuż przed inhalacją.

2.1.2. Flutter

Flutter/Trzepotanie jest jednostajnym, bezdźwięcznym wydechem przez rozchylone delikatnie usta. W czasie tej części treningu pacjent ma za zadanie rozpoznać swój typ flutter, ponieważ każdy człowiek ma inny, z powodu zróżnicowania budowy w obrębie aparatu oddechowego. Po rozpoczęciu warsztatów i rozpoznaniu flutter Schwartz zaleca ćwiczenia indywidualne oraz w parach[13].

W początkowej fazie nauki flutter terapeuta zaleca spokojny oddech przez usta, który pojawia się, gdy pacjenci siedzą w ciszy nic nie robiąc. Terapeuta obserwuje usta, klatki piersiowe i brzuchy w poszukowaniu pasywnego przepływu powietrza. Kiedy się pojawi, wtedy wprowadza się pojedyncze sylaby i wiele sylab wypowiadanym na tym oddechu. Wprowadza się krótką, mentalną przerwę pomiędzy końcem wyartykułowanego dźwięku wypowiadanego na pasywnie wydychanym przepływie powietrza, a resztą zdania. Nie wolno natomiast robić przerw przed rozpoczęciem artykulacji, ponieważ niepotrzebna pauza dostarcza czasu potrzebnego na zamknięcie fałdów. Pasywny przepływ powietrza jest przepustką do płynności, dlatego zamienia się ją bezpośrednio w słowo.

Najprostsze i prawdopodobnie najbardziej efektywne urządzenie do otrzymywania informacji zwrotnej o Flutter to kawałek gumowej tuby hydraulicznej około stopy długości. Koniec rurki jest umieszczony przy ustach mówiącego, a drugi przy jego uchu. W ten sposób pacjent może słuchać swojego oddechu. Do nauki flutter można też używać dyktafonu.

Wiedza i świadomość Trzepotania pełni decydującą rolę w momentach, w których płynność jest uzyskiwana i prezentowana w chwilach bezstresowych. Kiedy pacjent ćwiczy będąc zrelaksowanym sam w domu, będzie prawdopodobnie mówił całkowicie płynnie. W biurze z kolei odczuwa presję, która wzmaga poziom stresu, co powoduje wzrost jąkania. Pacjent potrzebuje zatem zewnętrznej, objektywnej wskazówki, że poprawnie wykonuje ćwiczenia. Trzepotanie daje mu taką wskazówkę. Każdy z uczestników jest szkolony w metodach produkcji całkowitego pasywnego przepływu powietrza, który uwidocznia się poprzez wykrywanie flutter, które stanowi kluczową rolę w technice pasywnego przepływu powietrza, szczególnie potrzebnego w momentach o podwyższonym poziomie stresu. Kiedy Flutter jest opanowany przez pacjenta na poziomie sylab oraz jednosylabowych słów, przechodzi się do artykulacji krótkich fraz oraz krótkich zdań.

[13] Terapia w obecności drugiej osoby odnosi lepszy skutek, ponieważ jej obecność zwiększa poziom stresu w sposób kontrolowany przez zamianę sytuacji prywantej w publiczną, do czego włącza się element rywalizacji ożywiając spotkania.

2.1.3. Zwalnianie pierwszego słowa

Podczas pierwszych prób wprowadzania techniki żona Schwartza zwróciła uwagę na to, że pacjenci stosujący technikę mówią bardzo szybko. Wytłumaczeniem tego jest fakt, że pacjenci przyspieszali oddech, żeby jak najszybciej zacząć mówić. Mózg w czasie planowania mowy wyłapuje prędkość, z jaką chce się mówić, w taki sam sposób jak noga biegacza spina mięśnie na ułamek sekundy przed startem. Szybkie starty mowy wymagają większego napięcia fałdów głosowych, co przejawia się zaciśnięciem fałdów. Wymagany jest spowolniony początek pierwszej sylaby lub słowa rozpoczynającego zdanie.

Główna koncepcja techniki to pasywny przepływ powietrza ze spowolnioną pierwszą sylabą, co w sposób znaczny odejmuje napięcie fałdów głosowych przed rozpoczęciem mowy. Dlatego technika porównywana jest do sportu, w którym ćwiczymy małe mięśnie. Ważne jest odpowiednie wyrobienie odpowiedniego nawyku, aby technika działała w chwili podwyższonego stresu. Do wyrobienia nawyku potrzeba jest od 60.000 do 80.000 poprawnych powtórzeń, co zajmuje około 6-8 tygodni. Powtarzanie prowadzi do mistrzowskiego opanowania techniki i musi być automatyczne w sytuacjach stresowych. Systematyczności sprzyja ewaluacja próbek nagrywanych na kasetę oraz monitorowanie postępów.

2.1.4. Wprowadzanie wypowiedzi

W czasie wymawiania słów korzysta się z metronomu, którego tempo to 108 uderzeń na minutę. Z każdym uderzeniem wymawia się jedną sylabę danego słowa. Podczas wymawiania jednosylabowych słów wprowadza się zasadę: *1. Kiedy zdanie albo fraza zaczyna się jednosylabowym słowem, trzeba postawić przecinek, mentalną pauzę pomiędzy pierwszym słowem i resztą zdania*. Druga zasada odnosi się do sytuacji, w której fraza albo zdanie zaczyna się wielosylabowym słowem. Ta zasada brzmi: *Kiedy pierwsze słowo jest wielosylabowe, musimy powiedzieć każdą sylabę z równym spowolnieniem, tak jakby była wymawiana w rytm powolnego metronomu*.

2.1.5. Mid sentence technique

U osób, które mają tak głęboko zakorzenione jąkanie, że w połowie zdania może pojawić się niepłynność (zwykle na pojedynczym słowie, którego pacjent się obawia), w środku wypowiedzi powinno dojść do reaplikacji techniki (rycina 5).

Rycina 5

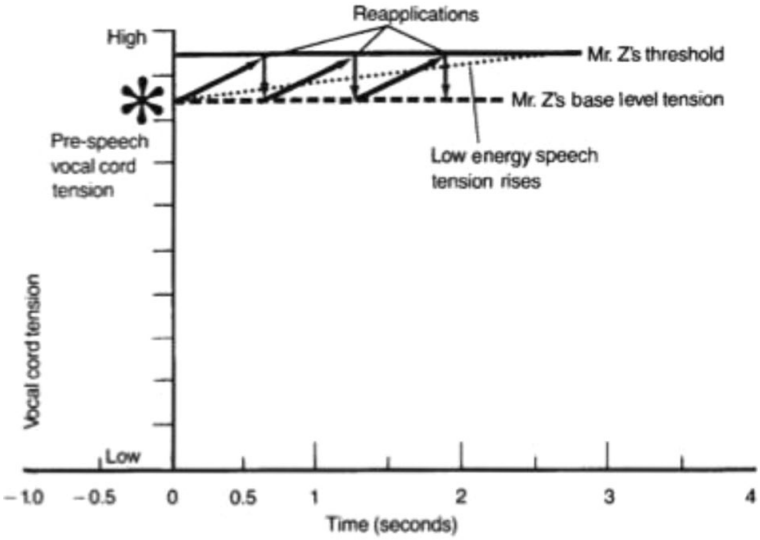


Figure 6 Vocal cord tension as a function of time

2.2. Ćwiczenia utrwalające technikę

2.2.1. Kontrakt

W celu utrwalenia techniki Schwartz wprowadził do swojej terapii jednominutowe psychologiczne ćwiczenie nazwane Kontraktem, żeby radzić sobie z rozproszeniem uwagi, w chwili posługiwania się techniką w sytuacji stresowej. Jeśli pacjent prezentuje zrozumienie techniki i umiejętność posługiwania się nią (tzn. rozumie i poprawnie wykonuje przepływ powietrza i spowolnionym pierwszym słowem), wymaga się od niego wypowiedzenia ciągu niepowiązanych zdań na głos przez minutę przed publicznością[14]. Zdania nie mogą być logicznie powiązane, ponieważ wypowiedź i kontekst mogą rozporszyć uwagę pacjenta od raczkującej jeszcze techniki. Każde zdanie musi być wypowiedziane perfekcyjne, i jeśli mówca się zająknie, płaci dolara. Schwartz pisze, że zwykle przy tej okazji mówi: *Teraz każde zdanie musi być idealne i, jeśli mówca się zająknie, zobowiązany jest zapłacić dolara za przywilej przerzucenia swojej walki na świat dookoła* [Schwartz 1991: 30].

Początkowo kontrakt ćwiczy się przez minutę dziennie. Później trwa on dłużej. Okazało się, że uwaga pacjentów w chwili wykonywania ćwiczenia jest niebywała. Najlżejsza tendencja odpłynięcia uwagi jest efektywnie wstrzymywana przez świadomość, że w momencie zająknięcia będą musieli zapłacić. Zwykle pieniądze zebrane w czasie Kontraktu oddawane są najmłodszemu uczestnikowi Warsztatów, aby kupił obiad terapeucie. Zwykle nie starczało nawet na deser.

[14] Najpierw przed terapeutą, potem przed kimś bliskim, przyjaciółmi, następnie przed publicznością.

Wymaga się od pacjentów ćwiczenia Kontraktu z kimś w domu przez wiele miesięcy w taki sposób, by pieniądze nie zostawały u partnera, żeby zwiększyć poziom uwagi na wykonywanym ćwiczeniu.

2.2.2. Hartowanie

Celem kolejnego, bardzo efektywnego ćwiczenia, nazwanego Hartowaniem, jest uodpornienie osoby jąkającej się na prędkość mówienia osób wokół niej, a także na przerywanie. Panuje ogólna tendencja, żeby mówić szybko i odpowiadać szybko. Jeśli osoba jąkająca się zechce odpowiadać szybko, nie zostaje jej czasu na zastosowanie techniki, w taki sposób, żeby część przepływu powietrza była pasywna i wypłynęła z ust wolno na pierwszym słowie. Hartowanie uczy osobę jąkającą się wykorzystywania tego czasu w każdej potrzebnej sytuacji.

Podobnie jak w Kontrakcie, Hartowanie wymaga obecności drugiej osoby. Osoba ta zadaje pytanie, na które pacjent odpowiada jednym, pełnym zdaniem, używając techniki pasywnego przepływu powietrza. W czasie połowy wypowiadanego zdania asystent przeszkadza zadając drugie pytanie. Pacjent musi zatrzymać się w połowie odpowiedzi, zastosować drugi raz przepływ i dokończyć zdanie oraz odpowiedź, która znów została przerwana. Ćwiczenie trwa minutę. Pacjent ma tendencje do przyspieszania, odrzucając technikę i odpowiadając na szybko zadane pytanie. Celem jest utrzymanie Passive Air Flow i kontynuowanie spowalniania pierwszego słowa niezależnie od szybkości zadanego pytania. Schwartz często mówi pacjentom na warsztatach, że w pewnym sensie chce, żeby każdy wykształcił w sobie specyficzną formę paranoi. Chce, żeby pacjenci wierzyli, że każdemu w tym świecie terapeuta płaci za przerywanie im i hartowanie ich. To ich strzeże i czyni wysoce odpornymi na werbalne wymagania prędkości świata wokół nich.

2.3. Przebieg terapii

2.3.1. Intensywna terapia

Pierwsza część terapii trwa 8 godzin dziennie przez pięć dni, w trakcie której terapeuta zapoznaje pacjentów z teorią i wstępnymi ćwiczenie airflow, a także tłumaczy zasadność stosowania techniki w każdej sytuacji stresowej, gdzie kluczem jest jej nabywanie oraz wykształcanie nawyku wzmacniającego.

2.3.2. Trening podstawowy

Po pierwszej fazie zwanej terapią intensywną przechodzi się do treningu podstawowego, który trwa 1 godzinę dziennie przez 1 rok. Wymagana godzina podzielona jest na cztery 15 minutowe sesje. Pacjent nagrywa po jednej minucie każdej sesji przez 28 dni, by wysłać te dane do ewaluacji. Terapeuta nagrywa swoje uwagi na przesłane taśmy. Długoterminowe badania dowodzą, że u 83% pacjentów objawy niepłynności zanikają po roku ćwiczeń.

Technika Air Flow porównywana jest do sportu. Trzeba wyrobić w pacjencie nawyk tak, by był wystarczająco silny, żeby z sukcesem przeciwdziałać tendencji zamykania się fałdów głosowych. Nawyk musi być automatyczny, wyglądać i brzmieć naturalnie. Zajmuje to zwykle 12-15 tygodni. W czasie treningu podstawowego wzmacnia się raczej jakość niż ilość. Ćwiczenie Podstaw to cztery pierwsze tygodnie Treningu Podstawowego. Pacjent musi w tym czasie zademonstrować całkowicie konsekwentne użycie Flutter. Ten etap terapii jest o tyle istotny, że buduje podstawy późniejszego postępu. Jeśli występuje choć najmniejsza niedokładność w stosowaniu techniki, jakikolwiek stres może prowadzić do jąkania. W celu zbudowania solidnych podwalin pod całkowicie płynną mowę, pacjent musi mieć perfekcyjną podstawę oddechową ze spowolnieniem pierwszych słów w krótkich, prostych zdaniach i krótkich przemówieniach złożonych z prostych zdań.

Kolejny etap stanowią tzw. Ćwiczenia Łączące, nazwane Bridging Exercises, które trwają kolejne cztery, pięć tygodni i są poświęcone używaniu techniki w ustrukturyzowanych, życiowych sytuacjach. Ich celem jest zbudowanie mostu pomiędzy ćwiczeniami podstawy, a mową w świecie rzeczywistym. Ćwiczenia wykonuje się z godną zaufania osobą, np. z przyjacielem, członkiem rodziny albo współpracownikiem. Na tym poziomie programu pacjenta instruuje się, jak używać MotivAider[15].

Rycina 6 – urządzenie MotivAider

Jest to elektronicze urządzenie ze stoperem, które wygląda jak pager i może być przyczepione do paska albo wrzucone do kieszeni. MotivAider można zaprogramować, żeby włączał się w każdym przedziale czasowym od raz na minutę do raz na dzień. Kiedy jest włączony wibruje pół sekundy przypominając pacjentowi o używaniu techniki. W programie Schwartza MotivAider jest ustawiany raz na każde trzy minuty i używany przez trzy godziny dziennie przez trzy tygodnie. Kiedy zacznie wibrować pacjent jest uczony pomyśleć: „Następne zdanie wypowiem z doskonałą techniką". Po okresie trzech tygodni użytkowania pacjent ma

[15] MotivAider został wynaleziony przez dr Steve'a Levinsona, psychologa klinicznego z Minnesoty, żeby przypominał o wykonaniu danego zadania w określonych porach. Jest wykorzystywany na szeroką skalę w terapiach psychologicznych.

tydzień wolnego i potem wraca do ćwiczeń. Schwartz uważa, że kilkakrotne trzytygodniowe cykle z użyciem MotiveAider wystarczą, żeby wprowadzić stały nawyk techniki Air Flow. Obecnie dostępna jest także aplikacja na komórkę do pobrania w internecie.

W trakcie etapu używania MotivAider wprowadza się Ćwiczenia Nickel i Dime, które pacjent powinien wykonywać pięć lub dziesięć minut w ciągu dnia, na przykład w samochodzie. Pacjent wypowiada ciągi niepowiązanych zdań. Policzono, że jeśli pacjent jedzie średnio godzinę dziennie do pracy, może wypowiedzieć średnio pięć tysięcy zdań ćwiczeniowych na raz.

W części pierwszej „Out Loud" („Głośno") pacjent używa idealnej techniki (Passive Air Flow, a po nim spowolnione pierwsze słowo), żeby wymawiać serie zdań na głos. W części drugiej „Silent" („Cicho") pacjent ćwiczy to samo w ciszy. Air Flow nadal występuje pasywnie, pierwsze słowo pacjent nadal wypowiada wolno, ale artykulacji towarzyszy wibracja fałdów. „Ciche" ćwiczenie Nickel i Dime jest używane w miejscach publicznych, gdzie słyszalny ciąg niepowiązanych zdań byłby nie na miejscu, albo rozpraszałaby innych. Trzecia forma ćwiczeń Nickel i Dime nazywa się „Cicho i ukradkiem". Pacjent powtarza tę samą wersję ćwiczeń Nickel i Dime z części „Cicho", ale dodatkowo, przykrywa usta ręką, patrzy w sufit i udaje, że jest zamyślony. Dzięki takiemu zachowaniu, ćwiczenie może być wykonywane właściwie w każdej sytuacji. Oczywiście, ponieważ mowa jest cicha nikt nie wie o jąkaniu, ale to nie ma znaczenia, pacjent bowiem coraz lepiej sobie radzi w tej sytuacji ćwicząc, dlatego jeśli ktoś podejdzie do niego i zapyta o coś, odpowiedź będzie wypowiadana w taki sam sposób, tyle że głośno. W fazie „Łączącej" Treningu Podstawowego pacjent zaczyna ujawniać znaki automatycznego używania techniki[16]. Trzecią, i ostatnią częścią Treningu Podstawowego, jest przełożenie techniki na każdą sytuację rzeczywistości pozagabinetowej. Nazywa się Ćwiczenia w Świecie Realnym (Real World Exercises). Zaleca się nową serię ćwiczeń, które podane są w określonej hierarchii, mające stopniową moc rozproszania pacjenta, tzn. w kategorii odciągania jego uwagi od używania techniki.

W trakcie tego poziomu terapii zaleca się ćwiczenie polegające na opowiadaniu dowcipów. Opowiadanie dowcipów jest trudne dla osób jąkających się, szczególnie z chwilą zbliżającej się puenty. Puenta niesie całą informację dowcipu. Później jest organizowanie debat. Pacjent obiera stronę w danym temacie mającym dla niego osobiste znaczenie i debatuje przedstawiając argumenty popierające jedną ze stron. Pacjent posiada na tym poziomie terapii automatyczny i silny nawyk.

[16] Pacjenci twierdzą, że po godzinie mówienia włączają technikę właściwie bez używania świadomości. Dzięki temu pacjent doświadcza wiekszej częstotliwości sukcesów. Zaczyna wierzyć, że technika naprawdę utrzymuje płynność w mowie i ma to określone praktyczne działanie. W pacjencie wzrasta wtedy motywacja.

2.3.3. Desensytyzacja

2.3.3.1. Tworzenie hierarchii

Kolejnym krokiem jest wyeliminowanie nawyku skanowania to znaczy przewidywania dźwięków, słów i sytuacji mownych, których pacjent się lęka. Schwartz twierdzi, że jeśli pacjent przestaje ćwiczyć, nie jąka się, ale nadal patrzy naprzód skanując, zwiększa to ryzyko ewentualnego załamania. Każdy ślad oczekiwanego stresu musi zostać wyeliminowany, żeby zagwarantować stały rezultat terapii.

Po przebyciu okresu Treningu Podstawowego, trwającego 12-15 tygodni, nawyk jest zautomatyzowany i silny. Jednak nadal komfortowe używanie metody nie jest takie proste, ponieważ zostaje zakłócone skrajnym stresem związanym z lękiem przed konkretnym dźwiękiem, słowem i sytuacją. Kluczem, żeby wyzbyć się nawyku skanowania jest stała, celowa i zaplanowana strategia, która czasem zajmuje miesiące, żeby w pełni wyzbyć się tego nawyku. Systematyczna desensytyzacja, rozwinięta przez psychologów, w celu pomocy pacjentom w radzeniu sobie z sytuacjami lęku, zawiera tworzenie hierarchii przykładów sytuacji stresowych (od niskiej do wysokiej), a następnie powolne negocjowanie z pacjentem wykonywania każdego stopnia, tak aby stopniowo budować jego pewność siebie. Powód jest oczywisty: nie można zastępować w nieskończoność, np. wypowiadanego swojego imienia innym lub często pierwszej rzeczy powiedzianej w czasie rozmowy, gdzie poziom stresu jest największy czymś innym.

Rozwiązaniem problemu skanowania dźwięków lub słów wywołujących lęk, według Schwartza, jest ćwiczenie danego słowa tysiąc razy, np. imienia. Wykorzystując technikę i spokojne tempo, ćwiczy się dane słowo lub dźwięk średnio pół godziny dziennie przez cztery dni uzyskując wymaganą liczbę powtórzeń. Pacjent jak najczęściej mówi też dane słowo lub dźwięk najbliższej mu osobie, np. małżonkowi, rodzicowi albo najlepszemu przyjacielowi. Jeśli pacjent panicznie boi się telefonować, ma za zadanie zadzwonić w 800 miejsc najlepiej wypowiadając swoje imię, jeśli je wcześniej wyćwiczył[17] itp.

Przewidywanie stresu wlecze się za pacjentem tygodniami, miesiącami zanim zaniknie. Teoretyczne wytłumaczenie tego ataku podświadomości jest następujące: podświadomość gra krytyczną rolę w tworzeniu obrazu tożsamości danej osoby,

[17] Kiedy zgłosi się operator wymaga się, żeby używając doskonałej techniki pacjent powiedział swoje imię i się rozłączył. Może się to wydawać niegrzeczne, ale jest to chwilowa niestosowność w obliczu życia człowieka. Następny krok to rozpoczęcie rozmowy wymienieniem swojego imienia. Schwartz rozwinął szereg strategii, np. pacjent udaje dziadka mającego zaburzenie słuchu, który nie może zrozumieć mowy przez telefon. W tym celu pacjent mówi: „Powtórzę, to jest John Smith, nadal nie mogę rozpoznać własnego wnuka". Pacjenci dzwonili do hoteli, żeby dowiedzieć się, czy osoba o danym nazwisku się zarejestrowała, wzywali siebie przez megafon na lotnisku, dzwonili do informacji, żeby podano im ich własne numery. Jeden z pacjentów wymyślił fikcyną nazwę firmy, której był właścicielem i opisywał wstaniałą inwestycję, o której słyszał. Oczywiście te strategie działały jedynie na osoby nieznane.

w jej tworzeniu oraz wprowadzaniu i utrzymaniu zmiany. Podświadomość osoby jąkającej się, widzi siebie jako jąkałę. Przez lata jednostka wmawiała sobie, że nie może powiedzieć niektórych dźwięków, słów, albo poradzić sobie w określonych sytuacjach i jej podświadomość w to głęboko wierzy. Podświadomość nie przywiązuje wagi do oceny jąkania, ale zwyczajnie mówi, że tak jest. Wartość oceny pojawia się w świadomym umyśle. Kiedy osoba nagle przestaje się jąkać, jej podświadomość jest zdezorientowana. Płynność nie jest normalnym stanem rzeczy, ponieważ zaburza samowizję podświadomości, która staje się „zaniepokojona", że dobre jej zdaniem funkcjonowanie jednostki zostaje zachwiane, i jedynym jej trybem działania w odpowiedzi na takie rozdwojenie obrazu jest „alarm" będący zwiększeniem poziomu lęku danej osoby. Udowodniono psychologicznie, że nowo nauczone zachowania, włączając w to technikę Passive Air Flow, zanikają pod wpływem stresu. Podniesiony poziom lęku jest próbą części podświadomości, żeby przywrócić koncept osoby jako jąkającej się przez zmuszenie jednostki, żeby porzuciła nowo nabytą umiejętność płynności. Problem pojawia się u osób, które osiągnęły całkowitą płynność szybko. Aby tego uniknąć stosuje się kolejne techniki, tj. edukację i demonstrację, a także technikę w wannie.

2.3.3.2. Edukacja i demonstracja

Schwartz rozdawał osobom jąkającym się skrypty wyjaśniające jąkanie i obrazujące technikę, aby przetransformować wysoki poziom stresu w niski. Osoby jąkające się powinny dawać sobie radę z jąkaniem otwarcie w sytuacjach trudnych, ponieważ inaczej ciągle będą represjonowani przez własne dzieciństwo i niemożliwe będzie dla nich obejście problemu w ich własnej głowie. Dostawali oni zatem guziczek z informacją, że się jąkają, który mieli nosić przypięty do ubrania. Odciążał ich psychicznie otwarcie informując innych o ich problemie. Często stawał się początkiem rozmowy między pacjentem a np. kolegami z pracy, co stanowiło okazję dla osoby jąkającej się do otwartej rozmowy na temat natury jąkania.

Rycina 7

2.3.3.3. Technika w wannie

Do wykonania ćwiczenia potrzebne są: wanna wypełniona ciepłą wodą, świeca w świeczniku i lustro. Zapaloną świecę umieszcza się w świeczniku, który

stawia się na krawędzi wanny, lustro tuż obok. Pacjent gasi światło i wraca do wody, zanurząc całkowicie tors w wodzie, oddycha spokojnie przez nos, ma oczy otwarte i patrzy się na punkt na ścianie dokładnie na wprost. Za każdym razem, kiedy wydycha spokojnie powietrze nosem, myśli jedno słowo. Za każdym razem, kiedy jego myśli dryfują, kieruje delikatnie umysł z powrotem na to jedno słowo. Jako, że umysł jest niezdyscyplinowany, często trzeba wracać do tej jednej myśli. Jednak trzeba wytrwać w tym przez co najmniej pięć minut.

Pierwszy poziom tej techniki działa w następujący sposób. Najpierw ciepła woda mechanicznie relaksuje mięśnie ciała pacjenta. Potem stłumione światło świecy zapobiega spinaniu się mięśni oczu. Po trzecie patrzenie się w punkt zapobiega ruchowi skanującemu gałek ocznych, ponieważ ruchy te stymulują napięcie mięśniowe. Po czwarte myślenie jednego słowa w kółko, powoduje, że słowo staje się bez znaczenia. Zahamowuje u pacjenta myślenie o rzeczach, które robił wczoraj i będzie musiał zrobić jutro, ponieważ takie myśli stymulują napięcie. W czasie tych pięciu minut, pacjent stara się wyzbyć wszelkiego napięcia mięśniowego, żeby stworzyć wewnątrzmaciczne poczucie bezpieczeństwa, najbezpieczniejsze miejsce jakie zna człowiek – ciepłe, w wodzie, ciemne, pełne wsparcia, bezmyślne, zrelaksowane.

Teraz następuje drugi poziom, w której pacjent siada w wannie, bierze lustro i umieszcza je tak, żeby widział swoje oczy. Używając techniki Air Flow zaczyna wolno powtarzać słowo „zrelaksowany" używając miękkiego głosu. Robi to przez około trzy minuty, co zwykle umożliwia powtórzenie słowa około pięćdziesiąt razy. Te pierwsze dwie fazy są wprowadzane, żeby zredukować napięcie mięśniowe do poziomu, gdzie możemy mieć dostęp do podświadomości.

Trzeci i najważniejszy poziom tego ćwiczenia polega na tym, że pacjent robi sobie dosłownie „pranie mózgu", stara się zmienić dotychczasowy obraz swojej osoby w swojej podświadomości. Pacjent czyta specjalnie przygotowane serie pozytywnych zdań nazwanych afirmacjami, które są przygotowane indywidualnie dla każdego pacjenta. Czyta je zwykle trzy razy używając techniki Air Flow. Jedna z tych afirmcji jest przygotowana, żeby zapewnić podświadomość o motywacji do ćwiczeń. Według Schwartza naiwne jest poleganie wyłącznie na pragnieniu ukształtowania świadomości, kiedy podświadomość jest wolna i dostępna. Każdy pacjent jest wyposażony w pohipnotyczne wskazówki słowne do mówienia w ciszy przed wkraczaniem w stresującą sytuację mowną. W sytuacjach stresowych pacjent ma jedno słowo, które powtarza cicho zanim zacznie mówić. Każde nowo nabyte zachowanie jest tracone w sytuacji stresowej. Podświadomość wzmaga lęk, żeby odzyskać znany obraz siebie jako osoby jąkającej się, żeby pacjent pozbył się nowo nauczonych zachowań, jest to napad podświadomości.

Innym powodem załamania jest zwyczajne zaprzestanie ćwiczeń, ponieważ pacjentowi się wydaje, że już swoje osiągnął, kiedy mówi płynnie. W większości

przypadków w sytuacji stresowej następuje załamanie, powrót objawów i spadek motywacji.

2.3.3.4. Dieta

Obecnie trwają badania nad wpływem diety na niepłnność. Uzupełnianie witaminy B1 (thiamin) i C, a także calcium i magnez zmniejszają napięcie mięśniowe oraz zmniejszają niepłynność. Z raportu Schwartza wynika, że witamina B1 przyjmowana dziennie w odpowiednich ilościach zmniejsza niepłynność u prawie jednej trzeciej młodych mężczyzn jąkających się. Podwyższenie dawki suplementów należy koniecznie kontrolować i konsultować się z lekarzem, jako że substancje te mogą wywoływać reakcje alergiczne oraz wchodzić w reakcje z innymi substancjami. Ponadto ich dawkę należy dopasować do jednostki oraz takich czynników jak struktura kości, waga, typ i budowa ciała itp. Warto wspomnieć, że niektóre substancje wypłukują z organizmu, np. potrzebny magnez, np. kawa, także należy przeciwdziałać spożywaniu takich produktów, czy płynów, które działają w ten sposób.

2.3.4. Systemy wsparcia

2.3.4.1. Terapeuci

Ciągłe wsparcie terapeutów jest nieocenione. Pacjenci biorą udział w aktywnym kursie z doświadczonym terapeutą od 9 do 12 miesięcy, po tym jak skończą trening podstawowy. Terapeuta monitorował postępy pacjenta co tydzień dzięki nagraniom i prowadził go przez trudne sytuacje mowne. Osoba jąkająca się musi być cierpliwa. Schwartz zauważa, że jeśli pacjent przestaje ćwiczyć technikę Air Flow, gdy się już nie jąka, nadal skanuje swoją mowę i oczekuje na porażkę. Wsparcie terapeuty daje pacjentom dodatkowy bodziec, którego potrzebują, żeby trzymać się metody.

2.3.4.2. Kursy przypominające

Kursy przypominające funkcjonują jako sposób odkurzenia techniki i odnowienia motywacji. Wielu jąkających się uważa, że są one nieocenione. Kursy te prowadzono przez terapeutów okresowo w Stanach Zjednoczonych. Umożliwiały pacjentom głębsze przedyskutowanie nasuwających się pytań i wyrafinowanych strategii radzenia sobie w trudnych sytuacjach i bardzo stresujących sytuacjach mownych.

2.3.4.3. System monitorowania

Monitorem jest osoba bliska i zaufana, tj. małżonek, rodzic albo przyjaciel, który jest istotnie losem osoby jąkającej się. Ważne jest, żeby zdobyć monitora, a najlepiej dwóch, którzy pilnie będą przyglądać się postępom pacjenta i pomagać w ćwiczeniach, a także wspierać w trudnych chwilach.

2.3.4.4. Narodowa Gorąca Linia

Narodowa Gorąca Linia działała dla osób jąkających się do 2010 roku pod numerem: 1-800-221-2483. Jako kolejny składnik sieci wsparcia, numer założony dla pacjentów posługujących się techniką Air Flow miał służyć w celach konsultacyjnych. Infolinię prowadzili przeszkoleni profesjonaliści i była dostępna dla każdego, kto się jąka, a także dla rodziny i przyjaciół.

2.3.4.5. Kluby

Bezcenne jest dzielenie się swoimi problemami z innymi, którzy są w podobnej sytuacji. Kluby dla użytkowników Air Flow powstały w największych miastach USA. To zwykle spotkania odbywające się dwa razy na miesiąc w lokalnych szpitalach, kościołach albo bibliotekach i działające jako grupy wsparcia. Prowadzenie spotkań odbywa się w systemie rotacyjnym wśród członków grupy. Każde kolejne spotkanie prowadzi kolejna osoba, co ułatwia odświeżanie techniki. Od bycia osobą jąkającą się do otrzymania aplauzu za referat muszą zajść wszelkie zmiany w widzeniu siebie. Wielu członków z klubów dołącza do organizacji przemawiania publicznego nazwanej Toastmasters. Mają tam możliwość szkolenia się w przemawianiu publicznym i wygłaszaniu przemówienia przed publicznością co tydzień.

2.3.4.6. Bankiety

Bankiety są najbardziej satysfakcjonującą okazją do wystąpienia przed publicznością dla każdego byłego jąkającego się, któremu udało się zatriumfować nad swoim problemem i są świetną okazją do podzielenia się swoim dokonaniem z innymi.

Podsumowanie

Terapia Martina F. Schwartza jest bardzo kompleksową metodą opartą głównie na szybkiej zmianie intencji z oddychania opartego na pasywnym przepływie powietrza na artykulację ze spowolnionym pierwszym słowem oraz mentalną pauzą po artykulacji pierwszego słowa. Program zawiera, także wiele elementów psychologicznych wspierających pacjenta, mających na celu wzrost motywacji, a także elementy desensytyzacji. Terapia składa się z terapii intensywnej oraz treningu podstawowego, który zajmuje pacjentowi średnio rok. Pracę nad płynnością w mowie oraz w idealnym opanowaniu techniki ułatwiały liczne systemy wsparcia. National Center of Stuttering przestał funkcjonować z chwilą odejścia dr. Martina F. Schwartza na emeryturę, podobnie jak wygasła Gorąca Linia wspierająca pacjentów.

BIBLIOGRAFIA

Byrne R., 1989, *Pomówmy o zacinaniu*, Warszawa.
Kostecka W., 2004, *Zintegrowany program terapii osób jąkających się*, Lublin.
Mrozowska M., 2014, *Wybrane metody leczenia jąkania w krajach angielskojęzycznych*. Praca wykonana pod kierunkiem dr. Krzysztofa Szamburskiego, Instytut Polonistyki Stosowanej, Warszawa.
Schwartz M.F., 1991, *Stutter no more*, http://www.stutter-no-more.com/Stutter_No_More.pdf.
Schwartz M.F., 1976, *Stuttering solved*, McGraw-Hill.
Schwartz M.F., Carter G.L.C., 1986, *You can stop stuttering*, Harper & Row, New York.
Schwartz M.F., 2015, *The Thiamin Protocol A Solution for a Third of the World's People who Stutter*, New York City.
Schwartz M. F., 1974, *The core of the stuttering block*, „JSHD", 39(2), s. 169-177.

http://stuttersense.blogspot.com/2013/01/important-new-academic-article-on.html
http://www.youtube.com/watch?v=ZEwYs9wlmx4
http://www.youtube.com/watch?v=EJimTW9x9UA
http://www.stuttering.com/director.html

The Stuttering Therapy Based on the Passive Air Flow Technique by M.F. Schwartz

Summary: In this article the author presented the theoretical basis and the procedures used in a stuttering therapy which uses the Passive Air Flow Technique by Martin F. Schwartz. Schwartz made an unexpected and accidental discovery during the application of the Sonagraph transducer to the side of the neck while studying a stuttering person's throat--movement patterns in cleft-palate. Observing the throat laryngospasms of the person with stuttering he concluded that the problem can be solved using the passive air flow produced during a calm exhalation. Stuttering is a learned behaviour. He claimed that reducing the laryngospasms before the act of speaking, and opening the vocal cords are would lead to the reduction in stuttering, which is a learned behavior, in addition to the closure of the vocal cords. Martin F. Schwartz therapy is a complex method based on a quick alternation of intent to respirate using the Passive Air Flow Technique (flutter) and to articulate, which follows, slowing down the first word with a mental pause after saying the first word. Therapy program includes various psychological elements supporting the patient, whose aim is to increase the motivation, and desensitization Elements, e.g., Contract, Toughening, using MotivAider, exercises in real life, overcoming anticipatory stress, the Bathtub Technique. Program consists of intensive therapy in the clinic and the basic training which lasts about a year. Many support systems helped the patients in achieveing speech fluency and mastering the technique.

Keywords: stuttering therapy, the Passive Air Flow Technique, Flutter, desensitization, Contract, Toughening, MotiveAider, the Bathtub Technique, Support Systems

II. NARZĘDZIA DIAGNOSTYCZNE

DOROTA LIPIEC
(Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie
Pracownia Logopedii)

KARTA BADANIA LOGOPEDYCZNEGO OSÓB PO LARYNGEKTOMII CAŁKOWITEJ

STRESZCZENIE: Diagnozowanie trudności w komunikowaniu się pacjentów po laryngektomii całkowitej powinno przebiegać według określonej kolejności działań. Przebieg badania logopedycznego będzie zależny od sposobu komunikacji pacjenta. Celem niniejszego artykułu jest zaproponowanie narzędzia badawczego: Karty badania logopedycznego osób po laryngektomii całkowitej. Narzędzie to powstało z myślą o potrzebie usystematyzowania postępowania diagnostycznego w przypadku wyżej wymienionych pacjentów oraz o ułatwieniu logopedom przeprowadzania badania.

SŁOWA KLUCZOWE: badanie logopedyczne, diagnoza logopedyczna, karta badania logopedycznego, komunikacja językowa po laryngektomii całkowitej, laryngektomia całkowita

Karta badania logopedycznego osób po laryngektomii całkowitej jest narzędziem przeznaczonym do diagnozowania logopedycznego pacjentów bez krtani. Została ona opracowana w celu ujednolicenia postępowania diagnostycznego oraz ułatwienia logopedom przeprowadzania badania. Karta składa się z kilku części i jest dosyć obszerna. W zależności jednak od sposobu o komunikacji danego pacjenta, logopeda będzie przeprowadzał tylko wybrane próby badawcze.

Karta zawiera:

- Dane osobowe pacjenta
- Cześć I – przeznaczoną do badania wszystkich pacjentów, niezależnie od sposobu komunikacji
- Część II – jakościową ocenę pseudoszeptu, przeznaczoną tylko do badania osób porozumiewających się pseudoszeptem ustno-gardłowym
- Część III – jakościową ocenę głosu i mówienia przełykowego, przeznaczoną wyłącznie do badania osób, które już posługują się mową przełykową i chciałyby ją udoskonalić
- Część IV – jakościową ocenę głosu i mówienia przetokowego, której dokonuje się u pacjentów mających wytworzoną chirurgicznie przetokę przełykowo-tchawiczą, wszczepioną protezę i mówiących już przetokowo

- Część V – przeznaczoną wyłącznie do oceny porozumiewania się za pomocą elektronicznej zewnętrznej protezy krtaniowej
- Część VI – ocenę zrozumiałości danego sposobu porozumiewania się
- Część VII – klasyfikację głosu i mówienia przełykowego lub przetokowego
- Część VIII – diagnozę logopedyczną
- Część IX – przeznaczoną na określenie rokowań dla pacjenta
- Część X – program terapii logopedycznej

Po zebraniu danych osobowych pacjenta logopeda przystępuje do pierwszej części badania. Niezbędne jest tu nawiązanie kontaktu z pacjentem, przeprowadzenie wstępnej rozmowy i na jej podstawie ustalenie aktualnego sposobu porozumiewania się pacjenta. Od tego będzie zależał dalszy przebieg badania. Następnie logopeda zobowiązany jest do zapoznania się z dokumentacją medyczną pacjenta, którą najczęściej stanowi karta wypisu ze szpitala. Powinna tam być umieszczona adnotacja lekarza dotycząca zalecenia terapii logopedycznej. Niezwykle ważną częścią procesu diagnostycznego jest przeprowadzenie wywiadu, bez którego logopeda nie powinien przeprowadzać dalszego badania, a także prowadzić terapii. Ze względu na istotę tej części badania i jej znaczenie dla procesu diagnozowania oraz programowania terapii opis przeprowadzania wywiadu, a także Karta wywiadu logopedycznego z osobami po laryngektomii całkowitej, zostały opublikowane oddzielnie[1]. W dalszej kolejności logopeda powinien ze wszystkimi pacjentami po laryngektomii przeprowadzić badanie budowy i sprawności aparatu artykulacyjnego, ocenę stanu słuchu oraz sposobu oddychania w spoczynku i w trakcie mówienia, a także ogólną ocenę postawy ciała. Wyniki wszystkich tych badań będą miały znaczenie dla planowania terapii logopedycznej.

Po wykonaniu wszystkich prób części I i ustaleniu sposobu porozumiewania się pacjenta logopeda decyduje, którą część badania następnie powinien wykonać. Z pacjentami mówiącymi wyłącznie pseudoszeptem należy przejść do części II. Trzeba tu dokonać jakościowej oceny pseudoszeptu w celu jego ewentualnego udoskonalenia, aby pacjent mógł go jak najefektywniej wykorzystywać do komunikacji, zanim opanuje mówienie przełykowe lub przetokowe (w zależności od rodzaju przeprowadzonego zabiegu chirurgicznego – laryngektomii całkowitej lub laryngektomii z wytworzeniem przetoki przełykowo-tchawiczej).

Z pacjentami, którzy opanowali już podstawy mowy przełykowej, należy przejść do części III i jakościowo ocenić głos i mówienie przełykowe. Proponuję, aby tego dokonać na podstawie parametrów takich jak: gotowość do rozpoczęcia

[1] Lipiec D., 2015, *Wartość diagnostyczna wywiadu w badaniu logopedycznym osób po laryngektomii całkowitej*, [w:] Kurowska M., Wolańska E. (red.), *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*. Towarzystwo Kultury Języka Sekcja Logopedyczna, seria „Z Prac Towarzystwa Kultury Języka", t. XII, Dom Wydawniczy ELIPSA, Warszawa.

mówienia, koordynacja mówienia z oddychaniem, występowanie i natężenie szmerów oddechowych z tracheostomy podczas mówienia, sposób tworzenia głosu, charakter głosu, maksymalna liczba sylab wypowiadanych na jednym zaczerpnięciu powietrza do zastępczego zbiornika, płynność wymowy, intonacja, akcent, czas fonacji na jednym zaczerpnięciu powietrza do zastępczego zbiornika (mierzony w sekundach), a także dodatkowe zjawiska zaobserwowane w toku mówienia[2]. Wyniki parametrycznej oceny głosu i mówienia przełykowego będą podstawą do zaplanowania działań terapeutycznych.

Z pacjentami, u których została chirurgicznie wytworzona przetoka przełykowo-tchawicza i wszczepiona proteza silikonowa, a którzy opanowali już podstawy głosu przetokowego, logopeda wykonuje część IV badania. W Polsce nie opracowano jeszcze wyznaczników jakościowej oceny głosu i mówienia przetokowego, zatem w trakcie diagnozowania logopedycznego należy dokonać szczegółowego opisu przeprowadzonej oceny i na nim bazować w celu sformułowania diagnozy i zaplanowania terapii. Proponuję, aby robić to analogicznie do parametrycznej oceny głosu i mówienia przełykowego, pamiętając jednak o innym mechanizmie wytwarzania głosu zastępczego.

W przypadku pacjentów posługujących się zewnętrznymi elektronicznymi protezami krtaniowymi logopeda powinien przeprowadzić część V badania. Pozwoli to na ewentualne opracowanie wskazówek dotyczących efektywnego porozumiewania się przy użyciu protezy. Niezależnie od tego pacjent powinien być jednak zachęcany do nauki głosu i mówienia przełykowego lub przetokowego (w zależności od przeprowadzonego zabiegu chirurgicznego).

Jeżeli po rozmowie wstępnej i przeprowadzeniu części I badania logopeda stwierdzi, że pacjent posługuje się mową gardłową, może przejść od razu do części VI. Według A. Pruszewicza mowa gardłowa (w porównaniu z mową przełykową) ma charakter skrzeczący, głos jest wyższy od przełykowego i nieprzyjemny dla słuchającego[3]. Należy zatem pracować nad uzyskaniem przez pacjenta odpowiednio głosu i mówienia przełykowego lub przetokowego.

Część VI karty przeznaczona jest do oceny zrozumiałości danego sposobu porozumiewania się pacjenta. Uzyskanie jak najlepszej zrozumiałości mowy jest nadrzędnym i ostatecznym celem terapii logopedycznej osób po laryngektomii całkowitej. Aby dany sposób mówienia był społecznie użyteczny, czyli przydatny

[2] Szczegółowy opis wraz z definicjami badanych parametrów i propozycjami ich oceny znajduje się w artykule: Lipiec D., 2012, *Kryteria oceny jakości głosu i mowy przełykowej u osób po laryngektomii całkowitej*, [w:] Kokot K. (red.), *Wieloaspektowość diagnozy i terapii logopedycznej*, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław. Parametry do oceny jakości głosu i mowy przełykowej – opracowanie własne na podstawie parametrów opisanych przez A. Pruszewicza (Pruszewicz A., 1975, *W sprawie klasyfikacji jakości głosu i mowy zastępczej u laryngektomowanych*, „Otolaryngologia Polska", nr 29, s. 487).

[3] Pruszewicz A. (red.), 1992, *Foniatria kliniczna*, PZWL, Warszawa.

do komunikacji, powinno ono być jak najlepiej zrozumiałe dla otoczenia[4]. Podstawą określenia stopnia zrozumiałości mowy może być obliczenie procentu zrozumiałych wyrazów testu jednosylabowego[5]. Najlepszą zrozumiałość osiągnie pacjent posługujący się głosem przetokowym lub przełykowym, dlatego też, przy pomocy logopedy, powinien on dążyć do opanowania któregoś z tych dwóch sposobów komunikacji. Wymaga to oczywiście dużego wysiłku włożonego w proces rehabilitacji, który zresztą uwarunkowany jest wieloma czynnikami, często niezależnymi od samego pacjenta.

Ocena stopnia zrozumiałości mowy powinna ściśle wiązać się z jej klasyfikacją. Ponieważ w trakcie terapii logopedycznej pacjent będzie dążył do opanowania głosu i mówienia przetokowego lub przełykowego jako najbardziej przydatnych do komunikacji, proponuję w części VII dokonać klasyfikacji jedynie tych dwóch sposobów porozumiewania się (część ta dotyczy zatem wyłącznie pacjentów, którzy już opanowali w jakimś stopniu mowę przełykową bądź przetokową). Proponuję – za A. Pruszewiczem – zachować trójstopniowy podział na głos i mówienie bardzo dobre, dobre lub dostateczne[6]. Podstawą zakwalifikowania do danej kategorii będzie parametryczna ocena głosu i mówienia oraz ocena zrozumiałości mowy. Ocen tych można dokonywać także w trakcie trwania rehabilitacji w celu zbadania postępów terapii. Należy pamiętać, że klasyfikacja A. Pruszewicza odnosi się jedynie do głosu i mowy przełykowej, a zatem klasyfikując mowę przetokową trzeba dokonać niezbędnych modyfikacji.

Część VIII karty dotyczy wszystkich pacjentów i jest miejscem na sformułowanie diagnozy logopedycznej. Każdą diagnozę proponuję zacząć od najważniejszej informacji: brak fonacji krtaniowej (stan po laryngektomii całkowitej), a następnie opisać aktualny sposób porozumiewania się pacjenta (np. porozumiewanie się pseudoszeptem ustno-gardłowym / porozumiewanie się przy użyciu elektronicznej protezy krtaniowej / głos i mowa gardłowa / przełykowa / przetokowa). W przypadku głosu i mówienia przełykowego oraz przetokowego należy dodać stopień ich opanowania (bardzo dobry, dobry, dostateczny), a w przypadku głosu przetokowego także rodzaj wszczepionej protezy (np. Provox 2).

[4] Lipiec D., 2008, *Wpływ wybranych parametrów mowy przełykowej na jej zrozumiałość*, niepublikowana rozprawa doktorska, APS.

[5] Szczegółowe informacje nt. oceny zrozumiałości mowy przełykowej znajdują się w artykule: Lipiec D., 2009, *Zrozumiałość mowy przełykowej – doniesienia z badań własnych*, [w:] Gruba J., Szamburski K. (red.), 2009, *„Logopeda 1(7)/2009"*, Czasopismo Internetowe, Warszawa.

[6] Pruszewicz A., 1975, *W sprawie klasyfikacji jakości głosu i mowy zastępczej u laryngektomowanych*, „Otolaryngologia Polska", nr 29, s. 487. Zestawienie klasyfikacji A. Pruszewicza z modyfikacjami proponowanymi przez autorkę znajduje się w artykule: Lipiec D., 2012, *Kryteria oceny jakości głosu i mowy przełykowej u osób po laryngektomii całkowitej*, [w:] Kokot K. (red.), *Wieloaspektowość diagnozy i terapii logopedycznej*, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław.

Część IX karty przeznaczona jest na określenie rokowań, zaś część X, ostatnia, na program usprawniania logopedycznego.

autor: dr Dorota Lipiec

KARTA BADANIA LOGOPEDYCZNEGO
OSOBY PO LARYNGEKTOMII CAŁKOWITEJ

Badający (imię i nazwisko): .....
Miejsce badania: .....
Data badania: .....

Imię i nazwisko pacjenta: .....
Data urodzenia / wiek pacjenta: ..... / .....
Adres zamieszkania: .....
.....
Telefon kontaktowy (do pacjenta lub kogoś z rodziny): .....

CZĘŚĆ I

1. Aktualny sposób komunikacji pacjenta (na podstawie rozmowy wstępnej)*:
   a) – pismo
      – mimika
      – gest
   b) pseudoszept ustno-gardłowy
   c) głos i mówienie gardłowe
   d) głos i mówienie przełykowe
   e) głos i mówienie przetokowe
   f) elektroniczna proteza krtaniowa
   g) wycofanie się z bezpośredniej komunikacji z logopedą – rozmowa z osobą towarzyszącą pacjentowi

2. Dane z dokumentacji medycznej (lub kserokopia karty wypisu ze szpitala dołączona do karty badania logopedycznego)

3. Wywiad

4. Ocena budowy narządów aparatu artykulacyjnego:
   a) nos
   b) wargi
   c) język
   d) podniebienie twarde
   e) podniebienie miękkie
   f) zęby/zgryz (ewentualna proteza zębowa górna/dolna)
   g) żuchwa

* niepotrzebne skreślić

5. Ocena sprawności narządów aparatu artykulacyjnego:
   a) wargi
   b) język
   c) podniebienie miękkie
   d) żuchwa

6. Stan słuchu (na podstawie aktualnych badań audiologicznych lub badania orientacyjnego)

7. Sposób oddychania w spoczynku (szczytowy / piersiowy / brzuszno-przeponowy / przeponowo-żebrowy / mieszany – jaki?)

8. Sposób oddychania w trakcie mówienia pseudoszeptem / gardłowo / przełykowo / przetokowo (szczytowy / piersiowy / brzuszno-przeponowy / przeponowo-żebrowy / mieszany – jaki?)

9. Ogólna ocena postawy ciała – w pozycji stojącej (postawa prawidłowa / widoczne zdeformowanie kręgosłupa / klatki piersiowej / miednicy / kończyn;
   np. widoczne skrzywienie kręgosłupa, plecy przygarbione, widoczne przykurcze mięśni szyi, kończyn, uniesione ramiona, asymetria ramion, pochylenie głowy na jedną stronę lub wyraźne wysunięcie do przodu itp.)

CZĘŚĆ II

Jakościowa ocena pseudoszeptu*

1. Wyrazistość pseudoszeptu
   a) wyraźny
   b) niewyraźny

2. Obecność i natężenie szmerów oddechowych z tracheostomy w czasie mówienia pseudoszeptem
   a) brak szmerów
   b) szmery sporadyczne
   c) szmery częste
   d) szmery stałe

   A) szmery o małym natężeniu
   B) szmery o dużym natężeniu

3. Ruchy narządów aparatu artykulacyjnego w czasie tworzenia pseudoszeptu
   a) wyraźne, ułatwiające wzrokowy i słuchowy odbiór pseudoszeptu
   b) niewyraźne, nieułatwiające wzrokowego i słuchowego odbioru pseudoszeptu

4. Umiejętność kierowania powietrza „do przodu", na zęby i usta w czasie tworzenia pseudoszeptu
   a) zachowana
   b) niezachowana

* tylko dla osób porozumiewających się pseudoszeptem

CZĘŚĆ III

Jakościowa ocena głosu i mówienia przełykowego*

1. Gotowość do rozpoczęcia mówienia
   a) stała
   b) brak stałej gotowości do mówienia

2. Koordynacja mówienia z oddychaniem
   a) zachowana
   b) niepełna
   c) brak koordynacji mówienia z oddychaniem

3. Występowanie i natężenie szmerów oddechowych z tracheostomy podczas mówienia
   a) brak szmerów
   b) szmery sporadyczne
   c) szmery częste
   d) szmery stałe

   A) szmery o małym natężeniu
   B) szmery o dużym natężeniu

4. Sposób tworzenia głosu
   a) swobodny
   b) z niewielkim wysiłkiem
   c) z dużym wysiłkiem

5. Charakter głosu
   a) czysty
   b) ochrypły
   c) skrzeczący

6. Maksymalna liczba sylab wypowiadanych na jednym zaczerpnięciu powietrza do zastępczego zbiornika

7. Płynność wymowy
   a) wymowa płynna
   b) wymowa niepłynna
      – skandowanie
      – powtarzanie sylab
      – powtarzanie wyrazów
      – pauzy zbędne międzywyrazowe
      – pauzy zbędne wewnątrzwyrazowe

8. Intonacja
   a) prawidłowa
   b) nieprawidłowa
      – zmiana rodzaju intonacji
      – brak intonacji

* tylko dla osób posługujących się głosem przełykowym

9. Akcent wyrazowy
   a) prawidłowy
   b) nieprawidłowy
      – na niewłaściwą sylabę
      – brak akcentu

10. Czas fonacji (na jednym zaczerpnięciu powietrza do zastępczego zbiornika)

11. Dodatkowe zjawiska zaobserwowane w toku mówienia
    a) brak
    b) zanik głosu i mówienie pseudoszeptem
       – sporadycznie
       – często
       – bardzo często
    c) przyruchy (jakie?)
       – sporadyczne
       – częste
       – stale towarzyszące mówieniu
    d) dźwięki nieartykułowane
       – zwarcia (sporadyczne/częste/stale towarzyszące mówieniu)
       – kaszlnięcia (sporadyczne/częste/stale towarzyszące mówieniu)
       – mlaski (sporadyczne/częste/stale towarzyszące mówieniu)
       – bulgotanie z przełyku (sporadyczne/częste/stale towarzyszące mówieniu)
       – detonacje z przełyku (sporadyczne/częste/stale towarzyszące mówieniu)
       – odbicia powietrza z przełyku (sporadyczne/częste/stale towarzyszące mówieniu)
    e) inne

CZĘŚĆ IV

Jakościowa ocena głosu i mówienia przetokowego*

1. Gotowość do rozpoczęcia mówienia
   a) stała
   b) brak stałej gotowości do mówienia

2. Koordynacja mówienia z oddychaniem: wdech, zakrycie palcem otworu tracheotomijnego, wydech – wytworzenie głosu i rozpoczęcie mówienia
   a) zachowana
   b) niepełna (opis)
   c) brak koordynacji mówienia z oddychaniem (opis)

3. Występowanie i natężenie szmerów oddechowych z tracheostomy podczas mówienia (spowodowane brakiem koordynacji mówienia z oddychaniem/spowodowane nieprawidłowym zakryciem otworu tracheotomijnego)
   a) brak szmerów
   b) szmery sporadyczne
   c) szmery częste
   d) szmery stałe

   A) szmery o małym natężeniu
   B) szmery o dużym natężeniu

* tylko dla osób posługujących się głosem przetokowym

4. Sposób tworzenia głosu
   a) swobodny
   b) z niewielkim wysiłkiem
   c) z dużym wysiłkiem

5. Charakter głosu
   a) czysty
   b) ochrypły
   c) skrzeczący

6. Maksymalna liczba sylab wypowiadanych na jednym wydechu (po zakryciu otworu tracheotomijnego)

7. Płynność wymowy
   a) wymowa płynna
   b) wymowa niepłynna
      – skandowanie
      – powtarzanie sylab
      – powtarzanie wyrazów
      – pauzy zbędne międzywyrazowe
      – pauzy zbędne wewnątrzwyrazowe

8. Intonacja
   a) prawidłowa
   b) nieprawidłowa
      – zmiana rodzaju intonacji
      – brak intonacji

9. Akcent wyrazowy
   a) prawidłowy
   b) nieprawidłowy
      – na niewłaściwą sylabę
      – brak akcentu

10. Czas fonacji (na jednym wydechu po zakryciu otworu tracheotomijnego)

11. Ewentualne dodatkowe zjawiska zaobserwowane w toku mówienia (przyruchy / zanik głosu i mówienie pseudoszeptem / dźwięki nieartykułowane / inne)

CZĘŚĆ V

Ocena porozumiewania się przy użyciu elektronicznej protezy krtaniowej*

1. Miejsce przykładania membrany protezy
   a) optymalne dla pacjenta
   b) niewłaściwe

* jeżeli pacjent posługuje się tym sposobem komunikacji

2. Koordynacja ruchów palców uruchamiających protezę z ruchami artykulatorów
   a) prawidłowa
   b) nieprawidłowa

3. Ruchy narządów aparatu artykulacyjnego w czasie mówienia z elektroniczną protezą krtaniową
   c) wyraźne, ułatwiające wzrokowy i słuchowy odbiór komunikatu
   d) niewyraźne, nieułatwiające wzrokowego i słuchowego odbioru komunikatu

CZĘŚĆ VI

Ocena zrozumiałości pseudoszeptu / mówienia gardłowego / przełykowego / przetokowego / przy użyciu elektronicznej protezy krtaniowej

1. Bardzo dobra
2. Dobra
3. Słaba
4. Bardzo słaba

CZĘŚĆ VII

Klasyfikacja głosu i mówienia przełykowego / przetokowego

1. Głos i mówienie bardzo dobre
2. Głos i mówienie dobre
3. Głos i mówienie dostateczne

CZĘŚĆ VIII

Diagnoza logopedyczna

.....
.....
.....

CZĘŚĆ IX

Rokowania

.....
.....
.....

CZĘŚĆ X

Program usprawniania logopedycznego

.....
podpis badającego

BIBLIOGRAFIA

Lipiec D., 2012, *Kryteria oceny jakości głosu i mowy przełykowej u osób po laryngektomii całkowitej*, [w:] Kokot K. (red.), *Wieloaspektowość diagnozy i terapii logopedycznej*, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław.

Lipiec D., 2015, *Wartość diagnostyczna wywiadu w badaniu logopedycznym osób po laryngektomii całkowitej*, [w:] Kurowska M., Wolańska E. (red.), *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*. Towarzystwo Kultury Języka Sekcja Logopedyczna, seria „Z Prac Towarzystwa Kultury Języka", t. XII, Dom Wydawniczy ELIPSA, Warszawa.

Lipiec D., 2008, *Wpływ wybranych parametrów mowy przełykowej na jej zrozumiałość*, niepublikowana rozprawa doktorska, APS.

Lipiec D., 2009, *Zrozumiałość mowy przełykowej – doniesienia z badań własnych*, [w:] Gruba J., Szamburski K. (red.), *„LOGOPEDA 1(7)/2009"*, Czasopismo Internetowe, Warszawa.

Pruszewicz A. (red.), 1992, *Foniatria kliniczna*, PZWL, Warszawa.

Pruszewicz A., 1975, *W sprawie klasyfikacji jakości głosu i mowy zastępczej u laryngektomowanych*, „Otolarynologia Polska", nr 29, s. 487.

Speech Disorders Assessment Card for Patients after the Total Laryngectomy

Summary: The diagnosing of communication difficulties in patients after the total laryngectomy should be performed according to the specific order of activities. The speech therapy diagnosis dependent on the way the patient communicates. The purpose of this article is to propose an examination tool: the speech disorders assessment card for patients after the total laryngectomy. This tool was established as a result of the need to systematise the diagnostic procedure in the case of the above referred patients and to facilitate the examination of patients by speech therapists.

Keywords: Speech therapy examination, speech therapy diagnosis, speech disorders assessment card for patients after the total laryngectomy, linguistic communication after the total laryngectomy, total laryngectomy

MONIKA KAŹMIERCZAK
(Uniwersytet Łódzki)

OCENA PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI GŁOSU ZA POMOCĄ VOICE HANDICAP INDEX (VHI) NA TLE INNYCH METOD DIAGNOSTYCZNYCH (CZ. 1. – STOSOWANYCH W FONIATRII)

STRESZCZENIE: Część 1. artykułu dotyczy charakterystyki kwestionariusza VHI, w tym jego budowy oraz zastosowania w nowoczesnej diagnozie i terapii zaburzeń głosu. Kwestionariusz omówiono w odniesieniu do innych metod diagnostycznych stosowanych w foniatrii. W podsumowaniu wymieniono niedostatki badania ankietowego, ale przede wszystkim wskazano jego zalety, dzięki którym może być wykorzystywane w diagnozie i terapii zaburzeń głosu.

SŁOWA KLUCZOWE: diagnoza i terapia zaburzeń głosu, Wskaźnik Niepełnosprawności Głosowej (VHI), skala Dyskomfortu Traktu Głosowego (VTD), skala GRBAS

Wprowadzenie

Na proces porozumiewania się z otoczeniem za pomocą mowy niezwykle istotny wpływ ma głos, postrzegany jako fenomen psychoakustyczny, którego tworzenie zależy od wielu czynników wewnętrznych (współdziałania: podgłośniowego zbiornika powietrza oddechowego, mechanizmu drgającego i przestrzeni rezonacyjnych [Pruszewicz 1992: 37]) oraz zewnętrznych (choćby: warunki pracy, przygotowanie do pracy pedagogicznej, stosunki międzyludzkie [Obrębowski 2002: 161-162]. Możliwości głosotwórcze i jakość głosu nie budzą większego zainteresowania dopóty, dopóki nie pojawiają się objawy zaburzeń głosu, nasilające się dolegliwości czy dyskomfort związany z koniecznością porozumiewania się słownego na co dzień, w życiu towarzyskim bądź zawodowym. W myśl Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) niepełnosprawność rozumieć należy jako ograniczenie lub brak możliwości realizacji codziennych życiowych czynności, co w przypadku krtani oznacza: upośledzenie jej funkcji, zmniejszenie natężenia głosu oraz niedostosowywanie wysokości i modulacji głosu adekwatnie do wypowiadanych treści [Ratajczak 2005: 461]. W przypadku zaobserwowanych trudności wnikliwszej analizie są poddawane zasady higieny głosu, identyfikowane czynniki niekorzystnie wpływające na jego stan,

następuje też refleksja nad samopoczuciem nadawcy i jego reakcjami na komentarze czy zachowania odbiorców względem tworzonego głosu. Dyskomfort związany z fonacją ma bowiem wpływ na całokształt życia człowieka, zarówno na kondycję psychiczną, jak też sposób komunikowania się z otoczeniem czy relacje społeczne.

Wytyczne WHO oraz specjalistów w zakresie badania i rehabilitacji głosu pozwoliły wskazać wiele zasad higieny głosu, jak również metod przynoszących zadowalające efekty w terapii pacjentów, u których stwierdzono dysfonie, czyli wielopostaciowe zaburzenia głosu, dotyczące jego wszystkich składowych akustycznych, tj.: częstotliwości, natężenia, czasu trwania fonacji oraz barwy [Woźnicka 2012: 168]. Wśród najczęściej stosowanych zaleceń terapeutycznych znajdują się m.in. [Śliwińska-Kowalska, E. Niebudek-Bogusz 2009: 35-54; Kubiak 2006: 115-122]: ćwiczenia technik emisji głosu (np.: relaksacja, ćwiczenia oddechowe, fonacyjne, artykulacyjne, koordynacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej), fizjoterapia (tu gł.: laseroterapia, wolnozmienne pole magnetyczne niskiej częstotliwości, impulsowe pole magnetyczne wielkiej częstotliwości, elektrostymulacja, jonoforeza, prądy diadynamiczne), mikrochirurgia, farmakoterapia, psychoterapia, również zabiegi stosowane w uzdrowiskach (np. aerozoloterapia, balneoterapia, hydroterapia, kinezyterapia, klimatoterapia, inhalacje naturalne, subterenoterapia). Spośród wskazanych technik i metod rehabilitacji głosu specjalista wybiera i dostosowuje do potrzeb chorego te najbardziej efektywne. Aby w terapii pacjenta z zaburzeniami głosu i mowy zastosować odpowiednią procedurę, metodę oraz narzędzie, niezbędna jest rzetelna diagnoza obejmująca całość danych dotyczących: objawów, patogenezy i patomechanizmów [Jastrzębowska 2003: 367-368] związanych z występującymi zaburzeniami oraz ich wpływu na „jakość życia" (*Quality of Life* – QoL) człowieka, dla którego ustala się plan i program późniejszej rehabilitacji.

Diagnoza pacjentów z zaburzeniami głosu stanowi przedmiot zainteresowania dwóch powiązanych ze sobą dziedzin – zajmują się nią głównie lekarze specjaliści: foniatrzy bądź laryngolodzy, ale także logopedzi, terapeuci głosu i mowy. W niniejszej części główny przedmiot analizy – kwestionariusz określający Wskaźnik Niepełnosprawności Głosowej (*Voice Handicap Index* – VHI), zostanie omówiony na tle i w odniesieniu do innych narzędzi wykorzystywanych w foniatrii. Ma to na celu wskazanie jego zalet i niedostatków, ale również określenie przydatności w diagnozach pacjentów z zaburzeniami głosu wykonywanych przez logopedów, terapeutów głosu i mowy, czyli osób budujących plan oraz program terapii, prowadzących rehabilitację głosu. Ci dostrzegają niedobory wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych, jak również potrzebę konstruowania coraz doskonalszych pomocy, przydatnych w diagnozie i rehabilitacji głosu.

Narzędzia do diagnozy pacjentów z zaburzeniami głosu stosowane w foniatrii

Jak podkreśla Antoni Pruszewicz [Pruszewicz 1992: 110], diagnozę foniatryczną otwiera wywiad, w którego trakcie lekarz uzyskuje niezbędne informacje na temat przebytych chorób, codziennego funkcjonowania pacjenta oraz jego samopoczucia. Dane z wywiadu należy uzupełnić wynikami badań – rutynowych, ewentualnie uzupełniających, obiektywnych, ale też subiektywnych. W 2000 roku Komitet Foniatrii Europejskiego Towarzystwa Laryngologicznego wskazał kilka narzędzi do diagnozy zaburzeń głosu, były to: ocena percepcyjna głosu, wideolaryngostroboskopia (*laryngovideostroboscopy* – LVSS), analiza akustyczna głosu, ocena aerodynamiczna, ocena subiektywna głosu [Niebudek-Bogusz 2008: 197[1]]. Obecnie dużą popularnością wśród lekarzy cieszą się badania dające obiektywne wyniki. Poza laryngoskopią (pośrednią – z lustrem krtaniowym, lupową bądź bezpośrednią), fiberoskopią, mikrolaryngoskopią, stroboskopią, wideostroboskopią, diagnostyką obrazową (RTG, MR, TK, USG) czy elektromiografią mięśni wewnętrznych krtani, stosuje się pomiar obiektywnego parametru aerodynamicznego – maksymalnego czasu fonacji (MCF), a także analizę akustyczną, szczególnie z wykorzystaniem systemów komputerowych, takich jak: program wieloparametrowej analizy głosu MDVP (*Multi Dimensional Voice Program*), Dr. Speech, Ling-Wave czy zyskującą coraz więcej zwolenników analizę fonetyczno-akustyczną przy użyciu programu IRIS dla Foniatrii. Narzędzia wykorzystywane w badaniach przedmiotowych służyć mają określeniu etiologii schorzenia, nasilenia i rozległości zmian w narządzie głosu, pomocne okazują się również w diagnozie jakości głosu, ustalaniu rokowań, a w toku rehabilitacji – pozwalają monitorować zmiany.

Podstawą foniatrycznej diagnozy głosu jest więc ocena morfologii krtani oraz charakterystyki percepcyjno-akustycznej głosu i mowy, stąd badania przedmiotowe obejmują wiele elementów, w tym m.in.: ocenę błony śluzowej krtani, chrząstek nalewkowatych, ruchomości w stawach pierścienno-nalewkowych, zakres ruchomości oddechowej i fonacyjnej fałdów głosowych, szerokości szpary głośni, charakter i amplitudę drgań fonacyjnych fałdów głosowych, stopień zwarcia fonacyjnego [Amernik 2007: 55-65]. Ocenę budowy i mechanizmów funkcjonowania krtani przeprowadza specjalista, który podejmuje również próbę wykazania korelacji pomiędzy dolegliwościami zgłaszanymi przez chorych a zmianami

[1] Według Niebudek-Bogusz [2011b: 131] kompleksowa ocena narządu głosu u osób obciążających go zawodowo powinna zawierać: 1. wywiad, 2. samoocenę głosu np. przy pomocy kwestionariusza VHI, 3. ocenę percepcyjną głosu, np. z zastosowaniem skali GRBAS, 4. ocenę sposobu tworzenia głosu z oceną postawy ciała, 5. rutynowe badanie laryngologiczne, 6. laryngowideostroboskopię lupową – ocenę struktury krtani i funkcji fałdów głosowych, 7. ocenę podstawowych parametrów głosu: czasu fonacji, zakresu głosu, wysokości, natężenia głosu, próbę obciążeniową głosu, analizę akustyczną głosu.

morfologiczno-funkcjonalnymi w krtani. Można do tego stosować klasyczną metodę opartą na subiektywnej ocenie odsłuchowej głosu, jednak coraz większą popularność w światowej diagnostyce zyskują metody samooceny głosu, które są szybkie, prowadzone w oparciu o kwestionariusze (ankiety) i nie wymagają specjalistycznego sprzętu. Badanie takie może przeprowadzić zarówno przygotowany do tego doświadczony lekarz foniatra bądź laryngolog, ale też logopeda, terapeuta głosu i mowy albo nawet sam pacjent przy pomocy odpowiednich narzędzi. Do najbardziej rozpowszechnionych metod subiektywnej oceny zaburzeń głosu w polskiej foniatrii zalicza się: ocenę percepcyjną głosu dokonywaną w skali GRBAS, skalę Dyskomfortu Traktu Głosowego VTD (*Vocal Tract Discomfort*) oraz samoocenę głosu według kwestionariusza VHI (*Voice Handicap Index*).

Skale subiektywne okazują się przydatne w diagnozie, bowiem uzupełniają i dopełniają ją dzięki identyfikowaniu zgłaszanych przez pacjenta zaburzeń głosu (zmiany barwy, wysokości, natężenia), dolegliwości bólowych gardła i krtani podczas mówienia czy kaszlu, wszelkiego rodzaju parestezji gardłowo-krtaniowych związanych z mówieniem, połykaniem czy oddychaniem (np. duszność spoczynkowa, duszność wysiłkowa, uczucie pieczenia w gardle i przełyku, napięcia, suchości, drapania i związanego z tym nawykowego chrząkania, obecności ciała obcego w gardle – „uczucie kluski"). Badania podmiotowe ułatwiają też ocenę efektów terapii, w tym stopnia poprawy samopoczucia i jakości życia pacjenta w trakcie oraz po rehabilitacji głosu.

Informacje pozyskane na podstawie samoocen głosu mogą stanowić podstawę rozmowy z pacjentem w trakcie wywiadu, który powinien być skrupulatny, rzetelny, pozwalający lekarzowi szerzej spojrzeć na zmiany, jakie w codziennym funkcjonowaniu wywoływane są przez zaburzenia głosu. Jak podkreśla Antoni Pruszewicz w metodyce badania narządu głosu [Pruszewicz 1992: 110], wywiad powinien wzbudzać zaufanie i poczucie bezpieczeństwa, nie tylko przynosić informacje o chorobie. Stosowanie narzędzi do samooceny głosu wynika z podmiotowego podejścia do diagnozy, pacjentowi może dać poczucie aktywnego współuczestniczenia w badaniu, wpływu na wynik, jak też plan i program późniejszej terapii. Obserwacje oraz wnioski samego pacjenta nie są w takim przypadku marginalizowane, dzięki czemu może zmienić się motywacja do ćwiczeń i stosowania zaleceń w praktyce. W związku z powyższym w diagnozie pacjentów z zaburzeniami głosu lekarze na całym świecie coraz częściej wykorzystują narzędzia do badań subiektywnych, konfrontując ich wyniki z danymi z badań obiektywnych, uzupełniając wywiad foniatryczny bądź monitorując postępy rehabilitacji. Chory, który dostrzega różnice pomiędzy głosem eufonicznym i dystonicznym powinien, wykorzystując mechanizm sprzężenia zwrotnego, obserwować i oceniać efekty własnej rehabilitacji głosowej [Gębska 2011: 80]. Wysłuchane i stwierdzone przez pacjenta nawet niewielkie symptomy poprawy

głosu mogą utwierdzić w przekonaniu o fachowości terapeuty i realizowaniu właściwego programu rehabilitacji, jak również silniej zmotywować do dalszych ćwiczeń.

Kwestionariusz VHI a inne subiektywne skale do badania zaburzeń głosu

Za jeden z najbardziej wymiernych sposobów oceny percepcyjnej głosu uznawana jest skala GRBAS, zaproponowana w 1981 r. przez profesora Uniwersytetu Columbia Michio Hirano, zalecana do oceny głosu przez Komitet Foniatrii Europejskiego Towarzystwa Laryngologicznego. Jest to skala starsza niż VHI, opiera się na 5 parametrach, od których angielskich nazw został utworzony akronim: G (*grade of hoarsness*) – stopień chrypki; R (*roughness*) – szorstkość głosu, będąca efektem nieregularności drgań fałdów głosowych; B (*breathiness*) – głos chuchający wynikający z wydobywania się powietrza podczas fonacji przez niezamkniętą głośnię; A (*asthenic*) – głos słaby asteniczny; S (*strained*) – głos napięty, hiperfunkcjonalny. Przy każdym z parametrów odnotowuje się jeden z czterech stopni nasilenia: 0 – głos normalny, fizjologiczny; 1 – lekkie zmiany; 2 – mierne zmiany; 3 – zmiany ciężkie, bardzo nasilone. Polscy badacze niekiedy modyfikują ocenę parametrów GRBAS i określają je w skali binarnej, odnotowując występowanie bądź brak danej cechy [por. Amernik 2007: 57; Wiskirska-Woźnica 2002: 27]. W skali GRBAS głos eufoniczny opisywany jest jako G0R1B1A1S1 [Ratajczak 2005: 463].

O ile oceny w skali GRBAS dokonuje doświadczony specjalista, pacjent może określić dolegliwości ze strony narządu głosu za pomocą skali Dyskomfortu Traktu Głosowego[2] VTD (*Vocal Tract Discomfort*) – zaproponowanej przez Lesley Mathieson w 1993 r. i powszechnie stosowanej do oceny klinicznej zaburzeń głosu w Wielkiej Brytanii, na użytek polski opracowanej przez zespół pracowników Kliniki Audiologii i Foniatrii Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi [Niebudek-Bogusz 2010: 204-209]. Skala VTD dotyczy 8 itemów, określających symptomy ze strony traktu głosowego: pieczenie, napięcie, suchość, ból, drapanie, tkliwość, podrażnienie, uczucie kluski w gardle, oceniane w dwóch podskalach: częstotliwości występowania (w przedziale od 0 do 6 pkt., przy czym 0 znaczy nigdy, 1-3 czasami, 4-5 często, 6 zawsze) i nasilenia objawów (0 oznacza brak nasilenia, 1-3 małe nasilenie, 4-5 średnie, 6 duże). Całkowity wynik mieści się w przedziale 0-48 pkt. dla każdej podskali.

[2] Trakt głosowy tworzą narządy, które: 1. zabezpieczają strumień powietrza wydechowego, koniecznego do fonacji (płuca, oskrzela, tchawica); 2. generują ton podstawowy (krtań – głośnia); 3. nadają głosowi barwę i odpowiednie brzmienie (rezonatory górne: nos, zatoki przynosowe, jama ustna, gardło, część nadgłośniowa krtani) [Niebudek-Bogusz 2011a: 123].

W odróżnieniu od pięcioelementowej skali GRBAS czy ośmioelementowej VTD, odniesienie się do każdego z 30 punktów kwestionariusza VHI zajmuje nieco więcej czasu i wymaga głębszej analizy codziennego funkcjonowania pacjenta. Pierwszy dziesięciopunktowy kwestionariusz oceniający wpływ czynnościowych zaburzeń głosu na życie chorych opracowany został w 1994 r. W 1997 pracownicy Henry Ford Hospital and Health Sciences Center w Detroit rozszerzyli to badanie o samoocenę stanu emocjonalnego i fizycznego chorych z zaburzeniami głosu, przedstawiając tym samym swój Wskaźnik Niepełnosprawności Głosowej (*Voice Handicap Index*). Na użytek polskiej foniatrii zmodyfikował go zespół Antoniego Pruszewicza w 2004 r. [Pruszewicz 2004: 547-549].

Podobnie jak VTD, kwestionariusz VHI jest ankietą [Pilch 1995: 86-87], czyli gromadzi informacje na podstawie konkretnych pytań zamkniętych, zaopatrzonych w zestaw proponowanych możliwych odpowiedzi (nigdy – 0 pkt., prawie nigdy – 1 pkt., czasami – 2 pkt., prawie zawsze – 3 pkt., zawsze – 4 pkt.). Kafeteria pozwala uzyskać dane w trzech obszarach problemowych: stanu funkcjonalnego (pytania 1-10), emocjonalnego (pytania 11-20) oraz fizycznego (pytania 21-30) respondenta i wyznacza stopień zaburzeń głosu, czyli Wskaźnik Niepełnosprawności Głosowej w zakresie 0-120 pkt. [Niebudek-Bogusz 2007a: 395].

Wyniki autobadania biopsychosocjalnych aspektów zaburzeń głosu ujęto w trzech grupach: wartość między 0 a 30 pkt. określa niewielkie zaburzenia głosu, im wyższy wynik w tym przedziale, tym większą uwagę trzeba zwrócić m.in. na higienę głosu. Punkty od 31 do 60 wskazują na średnią niesprawność głosu, w związku z czym istotna jest świadomość dotycząca uwarunkowań prawidłowej emisji, dobrych nawyków głosowych, przestrzegania higieny narządu głosu. Wysoki pułap punktów w tej grupie powinien zmotywować do skontaktowania się ze specjalistą – foniatrą albo laryngologiem. Przedział między 61 a 120 punktów wskazuje na poważną niesprawność głosu. Autorzy badania piszą zatem o koniecznej i pilnej konsultacji foniatrycznej bądź laryngologicznej oraz rehabilitacji, szczególnie w przypadku osób zawodowo pracujących głosem.

Wyróżnione w skali GRBAS elementy (chrypka, szorstkość, nastawienie chuchające, głos asteniczny, hyperfunkcjonalny) nie występują wprost w kwestionariuszu VHI, choć w trzeciej i częściowo pierwszej części badania znajdują się stwierdzenia mogące wskazywać na takie właśnie kłopoty z głosem, bez trudu wysłuchiwane i odnotowywane przez doświadczonego foniatrę czy terapeutę w percepcyjnej pięcioelementowej ocenie głosu.

W części dotyczącej społecznego funkcjonowania badanego stwierdzenia kwestionariusza VHI odnoszą się do jakości komunikacji werbalnej i biorą pod uwagę: donośność głosu, wyrazistość mówienia w sytuacjach prywatnych oraz oficjalnych, satysfakcję z prowadzonych konwersacji, wpływ głosu na aktywność

i atrakcyjność zawodową. Do itemu A w skali GRBAS nawiązują w zasadzie wszystkie punkty sugerujące, że badany jest niezrozumiały przez odbiorców ze względu na nieprawidłowy sposób tworzenia głosu oraz niedostateczną wyrazistość wypowiedzi. W sposób bezpośredni głos asteniczny charakteryzują punkty 1. („Ludzie mają kłopoty ze zrozumieniem mnie w pomieszczeniu, w którym panuje hałas") i 7. („Mój głos jest słaby, z trudem słyszany przez innych"). Zasadnicza różnica w stosunku do skali GRBAS polega na tym, że pacjent nie charakteryzuje swojego głosu jako „słabego", ale w toku sterowanego badania o ograniczonej liczbie przesłanek (sytuacji) może wyciągnąć wnioski dotyczące siły własnego głosu, co następnie zostaje potwierdzone w skali punktowej kwestionariusza VHI.

Stwierdzenia dotyczące fizycznych dolegliwości związanych z chorobą narządu głosu, czyli ostatnich dziesięć pytań, ułatwiają identyfikowanie objawów, które dotyczą sprawności i umiejętności w zakresie: podparcia oddechowego, czystości fonacji, wysokości głosu i jego natężenia, wysiłku wkładanego w mówienie. Wymienione w tej części sytuacje wskazują na subiektywne (np.: chrypka, męczliwość głosu, uczucie suchości w gardle i krtani, dysfonie, uczucie kluski w gardle, bóle gardła, wrażenie zawadzania przy połykaniu, drapania w gardle, przewlekły suchy kaszel lub napady kaszlu, pochrząkiwanie, okresowy bezgłos) bądź obiektywne (np.: hiperkineza mięsni szyi podczas fonacji, niedostateczne i wadliwe uczynnianie rezonatorów nasady, zawężenie skali głosu, zmiany w zakresie częstotliwości oraz barwy głosu, trudności w generowaniu dźwięków o wysokich częstotliwościach, skrócenie czasu fonacji, nieprawidłowe nastawienie głosowe, niewłaściwy tor oddychania, wąska artykulacja, nosowanie) symptomy chorób oraz objawy zaburzeń głosu – w większości diagnozowane przez specjalistę dzięki skali GRBAS albo odnotowywane w skali VTD.

Kwestionariusz VHI fizyczne dolegliwości określa na podstawie zwykłych codziennych sytuacji, w których ankietowany posługuje się głosem. Inaczej niż w skalach GRBAS czy VTD – uwaga zostaje skupiona nie tylko na rodzaju zaburzeń, choć podane są męczliwość (pkt. 25, 30), suchość (pkt. 27) czy skrzeczenie (pkt. 27), ale postrzeganiu ich przez ankietowanego. Co więcej, prosty język i przystępne określenia dotyczące głosu, typu: zmienny (pkt. 29), pogarsza się (pkt. 26), jest tworzony z wysiłkiem (pkt. 28) są powszechnie używane przez niespecjalistów i dzięki temu bardziej zrozumiałe, niż fachowe terminy, typu: głos chuchający, asteniczny, hyperfunkcjonalny, które występują w skali GRBAS stosowanej głównie w foniatrii i przez specjalistów. Kwestionariusz VHI jest zatem przeznaczony dla każdej osoby potrafiącej świadomie analizować swoje zachowanie, jak również jego wpływ na jakość komunikacji werbalnej, socjalizację czy psychikę badającego.

Podsumowanie

Ponieważ praca z ankietą VHI zajmuje względnie niewiele wiele czasu, można ją wypełnić w dowolnym miejscu i okolicznościach. Do opisów sytuacji z codziennego życia stosowany jest język prosty, zrozumiały nawet podczas dokonywania samooceny po raz pierwszy. Brak doświadczenia diagnostycznego nie wpływa na wynik. Ponieważ jest to ocena subiektywna, wątpliwość budzi wykorzystywanie jej wyników w badaniach porównawczych, choć foniatrzy, którzy wystandaryzowali badanie, dopuszczają taką możliwość, jak również formułowanie uniwersalnych wniosków – bez względu na narodowość czy język ojczysty badanych grup[3].

W samoocenie głosu za pomocą kwestionariusza VHI brak jest pytań o higienę głosu i nałogi, a ponieważ badacze dostrzegają zależność między świadomością na temat higieny głosu osób eufonicznych i dystonicznych, można to potraktować jak dostrzegalny niedostatek. Ankieta nie określa wprost charakteru zaburzeń głosu, czyli nie podaje badającemu się szybkich odpowiedzi. Subiektywne odczucia pacjenta muszą być zweryfikowane przez specjalistę w toku badań obiektywnych lub percepcyjnych. Komentarze do poszczególnych pułapów punktowych dają jednak wstępny obraz kondycji głosu i podpowiedź dotyczącą dalszego postępowania, a wyższy wynik z samobadania stanowi dość silną motywację do konsultacji z lekarzem i podjęcia działań terapeutycznych.

Założone przez autorów kwestionariusza VHI holistyczne podejście do chorego wskazuje konieczność całościowej diagnozy i programu leczenia. Jak podaje Czesława Tarnowska, dzięki metodzie holistycznej następuje integracja człowieka na różnych poziomach: ciała, umysłu i ducha ze wszystkimi aspektami jego życia. W takim przypadku chory aktywnie uczestniczy w procesie przywracania prawidłowej emisji głosu [Gębska 2011: 83]. Zwiększona świadomość badanego pozwala zindywidualizować program terapii, ukazuje też prewencyjny sens ćwiczeń oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych. Uzmysławia, że jakość komunikacji werbalnej wpływa na życie i szeroko rozumiane zdrowie człowieka, które z kolei pozwala w pełni cieszyć się z kontaktów rodzinnych, towarzyskich oraz zawodowych. Dlatego, jak podkreślają foniatrzy, w nowoczesnym leczeniu jest istotne stosowanie adekwatnych i efektywnych metod terapeutycznych, jak też poprawa jakości życia chorego (QoL) [Ratajczak 2005: 461].

Kwestionariusz VHI, podobnie jak inne badania ankietowe, skłania do autorefleksji i wnikliwej analizy własnego głosu, jak również krytycznego spojrzenia na codzienne funkcjonowanie człowieka, w tym nawyki wpływające na aktualny

[3] Podczas Europejskiej Konferencji Głosu w Groningen (2007 r.) dowodzono, że wyniki skali VHI uzyskane w różnych krajach można ze sobą porównywać, a na ich podstawie formułować uniwersalne wnioski [Niebudek-Bogusz 2007b: 7-8].

stan głosu. Badanie kwestionariuszowe VHI, wskazując na potrzebę profilaktyki i edukacji, sugeruje potrzebę dokonania modyfikacji dotychczasowego nieprawidłowego modelu życia, jak też zmian w procesie fonacji, w tym: wyeliminowania nadużyć głosowych czy błędów będących efektem niewłaściwego używania głosu [Gębska 2011: 81]. Samoświadomość ma znaczący wpływ na motywację badanego do zapobiegania problemom z głosem lub ich niwelowania, zachęca do doskonalenia umiejętności głosotwórczych oraz uatrakcyjnienia głosu. Innymi słowy, samobadanie ma uzmysłowić skuteczność profilaktyki lub nakłonić do rehabilitacji. Jej głównym zadaniem powinna być próba przywrócenia głosu do takiego stanu, który spełni zawodowe, socjalne i emocjonalne potrzeby chorego przy uwzględnianiu jego realnych możliwości [Obrębowski 2000: 105-107].

BIBLIOGRAFIA

Amernik K., 2007, *Morfologia głośni i charakterystyka percepcyjno-akustyczna głosu i mowy u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis", nr 53.

Gębska M., Wojciechowska A., Żyżniewska-Banaszak E., 2011, *Zasady i metody rehabilitacji chorych z zawodowymi zaburzeniami głosu*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis", nr 57.

Jastrzębowska G., 2003, *Zaburzenia komunikacji językowej (wyjaśnienie podstawowych pojęć)*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Opole, t. 1.

Kubiak S., 2006, *Profilaktyka w chorobach narządu głosu nauczycieli w warunkach uzdrowiskowych*, [w:] Kubiak Sz., Wiskirska-Woźnica B., Demenko G., *Zarys higieny narządu głosu*, Włocławek.

Niebudek-Bogusz E., 2011a, *Patofizjologia chorób narządu głosu o podłożu zawodowym*, [w:] Śliwińska Kowalska M. (red.), *Zasady orzekania o predyspozycjach zawodowych do pracy w narażeniu na hałas lub nadmierny wysiłek głosowy oraz diagnostyka i profilaktyka chorób narządu słuchu i narządu głosu*, Warszawa.

Niebudek-Bogusz E., 2011b, *Metody badania narządu głosu*, [w:] tamże.

Niebudek-Bogusz E. i in., 2010, *Ocena przydatności skali traktu głosowego (VTD) w diagnostyce dysfonii czynnościowej*, „Otorynolaryngologia", t. 9, nr 4.

Niebudek-Bogusz E. i in., 2008, *Samoocena głosu za pomocą wskaźnika niepełnosprawności głosowej VHI u pacjentów z porażeniem fałdów głosowych*, „Otorynolaryngologia", t. 7, nr 4.

Niebudek-Bogusz E. i in., 2007a, *Ocena zaburzeń głosu u nauczycieli za pomocą wskaźnika niepełnosprawności głosowej (Voice Handicap Index – VHI)*, „Medycyna Pracy", t. 58, nr 5.

Niebudek-Bogusz E. i in., 2007b, *Zastosowanie Wskaźnika Niepełnosprawności Głosowej (Voice Handicap Index – VHI) w ocenie efektywności terapii głosu u nauczycieli*, „Medycyna Pracy", t. 58, nr 6.

Obrębowski A., 2002, *Postępowanie foniatryczne w zawodowo uwarunkowanych zaburzeniach głosu*, „Otorynolaryngologia", t. 1, nr 3.
Obrębowski A. i in., 2002, *Rehabilitacja foniatryczna głosu – ogólne zasady*, „Przewodnik Lekarza", t. 9, nr 45.
Pilch T., 1995, *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa.
Pruszewicz A. i in., 2004, *W sprawie kompleksowej oceny głosu – własna modyfikacja testu samooceny niesprawności głosu (Voice Handicap Index)*, „Otolaryngologia Polska", t. 58, nr 3.
Pruszewicz A. (red.), 1992, *Foniatria kliniczna*, Warszawa.
Ratajczak J. i in., 2005, *Wpływ zaburzeń głosu na jakość życia rodzinnego, zawodowego i społecznego chorych*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska" LUBLIN – POLONIA, nr 60, supl. 16.
Śliwińska-Kowalska M., Niebudek-Bogusz E. (red.), 2009, *Rehabilitacja zawodowych zaburzeń głosu. Poradnik dla nauczycieli*, Łódź.
Wiskirska-Woźnica B., 2002, *Metodyka badań. Ocena percepcyjna głosu*, [w:] *Kompleksowa ocena głosu w schorzeniach organicznych i czynnościowych krtani*, Poznań.
Woźnicka E. i in., 2012, *Nowa metoda manualnej terapii krtani w rehabilitacji zaburzeń czynnościowych głosu*, „Otorynolaryngologia", t. 11, nr 4.

Evaluation of Patients with Voice Disorders Assessed by Voice Handicap Index (VHI) Compared to other Methods of Diagnostics (part 1 – Used in Phoniatrics)

Summary: The first part of the article refers to the characteristics of the VHI questionnaire, including its construction and implementation in modern diagnosis and therapy of voice disorders. The questionnaire is presented in relation to other diagnostic methods used in phoniatrics. The summary lists the shortcomings of the survey but primarily shows its advantages so that it can be used in the diagnosis and treatment of voice disorders.

Keywords: diagnosis and therapy of voice disorders, Voice Handicap Index (VHI), Scale of Vocal Tract Discomfort (VTD), GRBAS Scale

MONIKA KAŹMIERCZAK
(Uniwersytet Łódzki)

OCENA PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI GŁOSU ZA POMOCĄ VOICE HANDICAP INDEX (VHI) NA TLE INNYCH METOD DIAGNOSTYCZNYCH (CZ. 2. – STOSOWANYCH PRZEZ TERAPEUTÓW GŁOSU I MOWY)

STRESZCZENIE: Część 2. artykułu dotyczy charakterystyki kwestionariusza VHI, w tym jego budowy oraz zastosowania w nowoczesnej diagnozie i terapii zaburzeń głosu, ze szczególnym uwzględnieniem modelu biopsychospołecznego. Kwestionariusz omówiono w odniesieniu do innych metod diagnostycznych stosowanych przez logopedów, terapeutów głosu i mowy. W podsumowaniu wskazano możliwość jego zastosowania również poza kręgami lekarskimi.

SŁOWA KLUCZOWE: diagnoza i terapia zaburzeń głosu, samoocena głosu, model biopsychospołeczny

Wprowadzenie

Kwestionariusz VHI w foniatrii jest jednym z narzędzi diagnozy, czyli „[r]ozpoznawania stanu rzeczy i jego tendencji rozwojowych na podstawie objawów oraz na podstawie znajomości ogólnych prawidłowości" [Janas-Kaszczyk, Tarkowski 1991: 61]. Forma ankiety i zawarte w niej pytania oddają główną ideę przyjętej przez WHO (*World Health Organization*) definicji „zdrowia", zgodnie z którą jest to całkowity fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, nie zaś tylko brak ułomności albo choroby [Niebudek-Bogusz 2007: 394]. W myśl tej definicji zaburzenia i choroby głosu, wszelkie stany „napięcia, skurczu, dyskomfortu czy wręcz bólu należy zidentyfikować i skorygować" [Kostecka 2014: 22], poddać określonemu postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznemu, które polega na wykryciu nieprawidłowości, jak również nauczeniu właściwego sposobu tworzenia głosu, co wymaga cierpliwości, samodyscypliny oraz kontrolowania przez pacjenta funkcjonowania wszystkich angażowanych narządów. Praca nad głosem powinna w efekcie podnosić „jakość życia" (*Quality of Life*) chorego.

Takie holistyczne podejście do problemu zaburzeń głosu uwypukla złożoność człowieka jako jednostki biopsychospołecznej, która wchodzi w interakcje ze światem zewnętrznym, interioryzując te bodźce jako przeżycia budujące indywidualną i społeczną tożsamość. Holistyczne podejście w logopedii zakłada koncentrowanie się nie na doborze właściwych procedur diagnostycznych i opisaniu zaburzenia (etiologii, objawów, patomechanizmu), ale na diagnozie pacjenta z zaburzeniem. Podmiotowość sprzyja też dążeniu do zapewnienia całkowitego dobrostanu człowieka, jego rodziny, najbliższego otoczenia – czyli prowadzi do odzyskiwania zdrowia w obszarach wskazanych przez WHO. Dlatego też celem ćwiczeń w terapii pacjentów z zaburzeniami głosu jest uzyskanie głosu eufonicznego[1] lub najbardziej do niego zbliżonego, czyli przywrócenie takiego stanu narządu głosu, który umożliwia realizowanie potrzeb socjalnych, emocjonalnych i zawodowych pacjenta, związanych z procesem werbalnego komunikowania się.

Narzędzia do diagnozy pacjentów z zaburzeniami głosu stosowane przez logopedów, terapeutów głosu i mowy

W pierwszej części tekstu omówione zostały narzędzia do subiektywnej oceny zaburzeń głosu najczęściej wykorzystywane w foniatrii: skala GRBAS do percepcyjnej oceny głosu, ankieta oddająca skalę Dyskomfortu Traktu Głosowego VTD (*Vocal Tract Discomfort*) oraz kwestionariusz określający Wskaźnik Niepełnosprawności Głosowej (*Voice Handicap Index* – VHI), stanowiący główny przedmiot rozważań. Jako narzędzia do subiektywnej oceny zaburzeń głosu, niewymagające specjalistycznego sprzętu, mogą być stosowane również przez logopedów, terapeutów głosu i mowy, jak również samych pacjentów bądź klientów, którzy podejmują pracę nad prawidłową emisją.

W drugiej części prezentowane są propozycje pozamedycznych narzędzi – odniesienie ich do kwestionariusza VHI pozwoli wskazać, czy ankieta może stanowić istotny element procesu diagnozy, który wiąże się z terapią pacjenta z zaburzeniami głosu bądź osoby pragnącej doskonalić emisję. W diagnozie głosu i jego zaburzeń specjaliści mogą korzystać z: arkusza samooceny *Poobserwuj swój głos* Mirosława Kisiela, *Karty badania logopedycznego* autorstwa Marty Wysockiej, Anny Skoczylas, Agaty Szkiełkowskiej i Marzeny Mularczyk, *Karty badania głosu z materiałem lingwistycznym* (oraz nieco uproszonej jej wersji

[1] Głos eufoniczny: dźwięczny, czysty, pozbawiony komponentu szmerowego, tworzony z miękkim nastawieniem głosowym, z wysokością odpowiednią do płci i wieku, z natężeniem odpowiednim do sytuacji i z tzw. giętkością polegającą na płynnych zmianach wysokości i głośności w czasie wypowiadanych fraz [Obrębowski, Pruszewicz 1996: 55].

– *Karty przesiewowego badania głosu*) Ewy Kowalewskiej i Anny Walencik-Topiłko bądź *Arkusza Diagnozy Emisji Głosu* (ADE) Anny Guzy. Wszystkie mogą służyć zarówno do wstępnej diagnozy, jak też określania postępów w trakcie terapii zaburzeń głosu. Część narzędzi pozostaje jeszcze w fazie testowej.

Kwestionariusz VHI a inne narzędzia do badania zaburzeń głosu

W oparciu o arkusz samooceny *Poobserwuj swój głos* [Kisiel 2012: 247-250] specjalista w zakresie wychowania muzycznego Mirosław Kisiel proponuje samobadanie dwóch głównych obszarów: świadomości własnego głosu, w tym jego zaburzeń, oraz znajomości zasad higieny głosu i stosowania ich na co dzień. Arkusz jest więc przeznaczony dla osób pragnących świadomie używać swojego głosu i doskonalić go. Nacisk jest położony na świadomość głosotwórczą, celowe – zarówno korzystne, jak i negatywne – wpływanie na swój głos, jak również określenie ideału bądź wzorca głosowego definiowanego przez respondenta. W narzędziu badany nie tylko wybiera właściwą odpowiedź w kafeterii pięciu tabel, ale udziela również krótkich wyjaśnień w związku z ośmioma pytaniami otwartymi, dotyczącymi przede wszystkim charakterystyki własnego głosu (m.in. tempa, głośności, barwy, zmienności, ale także modulacji) – wiele zagadnień pokrywa się zatem z problemami ujętymi w kwestionariuszu VHI (także VTD), zmiana dotyczy formy uzyskiwania informacji od respondenta: pytania wymagające podania krótkich odpowiedzi przeplatane są z tabelami zawierającymi kafeterie możliwych wskazań.

W arkuszu samooceny *Poobserwuj swój głos*, proponowanym przez Kisiela, profil głosu badany ma określić w odniesieniu aż do 24 określeń ułożonych alfabetycznie: aksamitny, bulgoczący, chrapliwy, dojrzały, donośny, drżący, gardłowy, głęboki, jasny, martwy, melodyjny, nerwowy, nieśmiały, nosowy, piskliwy, płaski, przytłumiony, przyjazny, seksowny, skamlący, stanowczy, wymuszony, zduszony, zmęczony [Kisiel 2012: 247-250]. W tym bogatym zestawie wątpliwość budzą określenia typu: martwy czy skamlący – zamiast ułatwić autodiagnozę, ich niezrozumienie może doprowadzić do błędnych wyników i – co za tym idzie – nieprecyzyjnej diagnozy. Konieczność odniesienia się do licznych określeń wydaje się zadaniem nie tyle trudnym, co zniechęcającym ze względu na czas konieczny do przemyślenia i wypełnienia wszystkich tabel. W odróżnieniu od arkusza *Poobserwuj swój głos*, w badaniu VHI zamieszczono jedynie trzy bezpośrednie określenia dotyczące charakteru głosu: słaby (pkt. 7), skrzeczący i suchy (pkt. 27). W itemach wskazywane są natomiast okoliczności, w których można zaobserwować zaburzenia głosu, jak również przeżycia i refleksje pacjenta związane z tymi konsytuacjami.

Niespotykaną w innych narzędziach jest część A kwestionariusza Mirosława Kisiela, dotycząca sposobu odsłuchiwania własnego głosu – do tego nie nawiązuje również kwestionariusz VHI. Nagrania czy echo mogą okazać się materiałem zaskakującym odbiorcę, który pod ich wpływem może zacząć celowo modyfikować swój głos. Równie istotna okazuje się konfrontacja własnego głosu z głosem innych osób – podziwianych bądź nielubianych ze względu na profil głosu (pkt. H). Zestawienie ma pomóc w dookreśleniu cech swojego głosu, ale również głosu idealnego, do którego badany pragnie dążyć (pkt. F). Trudno dokonać autocharakterystyki głosu, do którego badany jest przyzwyczajony przez całe życie i odbiera go inaczej niż słuchacze, stąd propozycja odsłuchu wydaje się pomysłem godnym uwagi, choć kwestią otwartą pozostaje jakość ewentualnych nagrań.

Popularne w kręgach lekarskich subiektywne badania głosu w skalach GRBAS, VTD i VHI są już wystandaryzowane. Również arkusz samooceny *Poobserwuj swój głos* został sprawdzony na grupie ok. 170 nauczycieli. Jeszcze niedawno wykorzystywanie przez logopedów standaryzowanych narzędzi badawczych, niezbędnych dla przeprowadzenia diagnozy unormowanej (*normalized diagnostic*) było nieznaczne, dużo częściej stosowało się diagnozę nieformalną (*informel diagnostic*) [Niemierko 2009: 30]. Ta sytuacja zmienia się, choć i współcześnie bierność diagnostyczna badających, obawa i niepewność spowodowane są nie tylko brakiem odpowiednich narzędzi, a nierzadko prowadzą do zaburzenia logiki postępowania logopedycznego (np. ćwiczenia zamiast diagnozowania), nadmiernej ostrożności czy wręcz unikania odpowiedzialności za trafność diagnozy, do braku wiary i przekonania we własne umiejętności diagnostyczne – niedoskonalone, nierzadko pozostające na niskim poziomie ze względu na niechęć do wprowadzania zmian [Tarkowski 2005: 21].

Jedną z niepokojących praktyk jest przyjmowanie cudzej diagnozy bez konfrontowania jej z własnymi obserwacjami i badaniami – których wykonanie zalecają m.in. autorki *Standardu postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń głosu* [Wysocka 2008: 244]. Co oczywiste, na użytek późniejszej terapii logopeda dokonuje analizy treści dokumentacji medycznej, głównie wyników badań foniatrycznych bądź laryngologicznych. Jednak technika analizy dokumentacyjnej, służąca do „obiektywnego, systematycznego i ilościowego opisu jawnej treści przekazów informacyjnych" [Pilch 1998: 90], powinna służyć konfrontacji wniosków lekarza specjalisty, opartych na interpretacji wyników badań obiektywnych i subiektywnych, z własnymi obserwacjami. Do badań foniatrycznych niejednokrotnie wykorzystuje się specjalistyczny sprzęt, logopeda otrzymuje więc odpowiedzi (częściowe lub ostateczne) na pytania o patomechanizmy czy etiologię zaburzeń głosu. W celu zbudowania najkorzystniejszego planu i programu terapii niezbędne jest przeprowadzenie własnych badań przy użyciu odpowiednich narzędzi.

Jednym z dostępnych dla logopedów i im dedykowanych jest *Karta badania logopedycznego* autorstwa Marty Wysockiej, Anny Skoczylas, Agaty Szkiełkowskiej i Marzeny Mularczyk – efekt współpracy środowiska foniatrów i logopedów. Dokument został zorientowany na weryfikację kondycji fizycznej (postawa ciała), jak również związanych z nią umiejętności oraz sprawności w zakresie wentylacji (oddychanie) oraz tworzenia głosu i dźwięków mowy (koordynacja oddechowo-fonacyjno-artykulacyjna, motoryka artykulacyjna, czynność rezonatorów nasady, natężenie głosu, wysokość głosu, tempo mowy) [Wysocka 2008: 244]. Jego forma jest przejrzysta, a zaznaczenie właściwych podpunktów w dziewięciu częściach testu wyboru („Postawa", „Oddychanie", „Koordynacja oddechowo-fonacyjno-artykulacyjna", „Motoryka artykulacyjna", „Ocena funkcji rezonacyjnych", „Natężenie głosu", „Wysokość głosu", „Intonacja", „Tempo mowy") nie zajmuje logopedzie zbyt wiele czasu.

Na konieczność wypełnienia karty przez specjalistę przeprowadzającego badanie wskazuje kilkukrotnie powtarzane określenie „prawidłowe", wymuszające znajomość norm w zakresie badanych czynności i postaw. Tych nie musi znać osoba zaznaczająca odpowiedzi w kwestionariuszu VHI, który także autorki *Karty badania logopedycznego* uznały za narzędzie dostarczające istotnych informacji podczas badania podmiotowego. Uzyskane w ten sposób dane uzupełniają wywiad z pacjentem na temat jego historii zaburzeń głosu, nasilania się objawów, prowadzonej terapii oraz występowania innych powiązanych schorzeń. Ponieważ trzy z czterech autorek pracują w warszawskim Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu, nie dziwi zaproponowanie kwestionariusza VHI znanego wśród lekarzy i uznanego za narzędzie pomocne w uzyskaniu danych istotnych dla ustalenia terapii. Połączenie subiektywnej opinii pacjenta z wnioskami z obserwacji specjalisty pozwala uzyskać pełniejszy obraz stanu głosu badanego.

Dla logopedów przeznaczona jest również *Karta badania głosu z materiałem lingwistycznym* (oraz nieco uproszona jej wersja – *Karta przesiewowego badania głosu*) autorstwa Ewy Kowalewskiej i Anny Walencik-Topiłko [2015: 273-283]. Składa się z kilku elementów: wywiadu, analizy cech głosu, oceny budowy i funkcjonowania narządów mowy, wad i błędów wymowy pacjenta.

Składający się z sześciu punktów „Wywiad" otwierają dane medyczne dotyczące przebiegu dotychczasowego leczenia foniatrycznego lub laryngologicznego, diagnozy lekarskiej, przyjmowanych leków oraz wskazówek specjalisty. Jest to warunek konieczny do rozplanowania terapii, zatem musi pojawić się na którymś etapie diagnozy – zaznaczały to również autorki *Karty badania logopedycznego* [Wysocka 2008: 243-244]. Badania mogą być wykonane przed skontaktowaniem się z logopedą, kiedy ze względu na zaburzenia głosu pacjent kierowany jest przez lekarza pierwszego kontaktu do foniatry lub laryngologa.

W takim przypadku logopeda jest najczęściej jednym z ostatnich, jeśli nie ostatnim ogniwem przed podjęciem rehabilitacji. Kiedy wizyta u logopedy rozpoczyna etap diagnozy, wyznacza on i wskazuje konieczne konsultacje lekarskie, też psychologiczne i inne. Wówczas wywiad pomaga w ustaleniu strategii postępowania diagnostycznego, później dopiero terapeutycznego.

W odróżnieniu od *Karty badania głosu* Kowalewskiej i Walencik-Topiłko sam kwestionariusz VHI nie zawiera punktu dotyczącego specjalistycznego leczenia. Jako samobadanie uwzględnia jedynie opinię i spostrzeżenia pacjenta dotyczące własnej osoby. Odpowiedzi mają wskazać, czy pacjent odczuwa dyskomfort związany ze swoim głosem i w konsekwencji potrzebę konsultacji z lekarzem. Kwestionariusz VHI ma zatem uzmysłowić taką potrzebę bądź konieczność. Ponieważ respondent wypełnia ankietę zgodnie z własnymi przeświadczeniami, odnosi wrażenie, że sam się niejako zdiagnozował i określił dalsze postępowanie.

Dostrzegane przez badającego się symptomy mogą albo wpływać na jakość jego życia, albo nie wywoływać dyskomfortu bądź większego zaniepokojenia, co potwierdzają badania porównawcze prowadzone przez foniatrów wśród grup zawodowo posługujących się głosem i u osób, których zawód nie wymaga nadmiernego wysiłku głosowego [por. Ratajczak 2007: 862]. Tym samym do zaleceń specjalistów pacjent może podchodzić sceptycznie, jeśli sam nie odczuwa potrzeby terapii, bądź z zaangażowaniem, kiedy taką konieczność potwierdzi samobadaniem. Dużą szansę na wzmocnienie wewnętrznej motywacji dają skale VTD i VHI, w których pacjent odnotowuje obserwowane u siebie fizyczne dolegliwości i ich wpływ na codzienne funkcjonowanie. Okazuje się, że samoświadomość oraz autorefleksja stanowią silną motywację do podjęcia kolejnych kroków diagnostycznych i terapeutycznych, niekiedy przynoszą lepszy skutek niż autorytarne zalecenia specjalisty, zaś indywidualne odpowiedzi respondenta mogą okazać się cenną wskazówką przy planowaniu działań terapeutycznych – uwagę na to zwracają też autorki *Karty badania logopedycznego*, proponując włączyć samobadanie VHI do postępowania diagnostycznego.

Wpisany do karty Kowalewskiej i Walencik-Topiłko „Wywiad", będący sterowaną rozmową badającego z respondentem, ma przebiegać w oparciu o autorski kwestionariusz, zawierający pytania o różnym stopniu ogólności i problematyce oscylującej wokół: historii choroby, wcześniejszych czy towarzyszących schorzeń, przebytych operacji, uwarunkowań środowiskowych, czynników zawodowych, występowania innych dolegliwości związanych z głosem, oddychaniem, przełykaniem itp. Wywiad dotyczy zatem warunków życia i pracy, jak również subiektywnej oceny własnego stanu zdrowia pacjenta. Uzyskiwane *ad hoc* informacje to interpretacja specjalisty i pacjenta, nie zaś dane obiektywne – podobnie jak w badaniu VHI.

W „Wywiadzie" Kowalewskiej i Walencik-Topiłko dwa punkty dotyczą wykonywanego przez pacjenta zawodu i środowiska pracy. Podpunkty słusznie kierują uwagę na zwiększone ryzyko zaburzeń głosu u osób dorosłych zawodowo obciążających głos, długo mówiących do grupy (m.in. nauczycieli, dziennikarzy, aktorów, śpiewaków, telemarketerów, akwizytorów, konsultantów w biurach obsługi klienta itp.), więc informacja o wykonywanym zawodzie może wskazywać na przyczyny zaburzeń głosu. Autorki nie wymieniają wprost czynników zewnętrznych prowadzących do zaburzeń głosu (np. staż, charakter i warunki pracy, edukacja głosowa, relacje interpersonalne w miejscu pracy) [Grębska 2011: 78-84], słusznie zakładając, że szczegółowe pytania można sformułować w zależności od wykonywanej przez pacjenta profesji oraz informacji pozyskanych w wywiadzie.

Kwestionariusz VHI odnosi się do posługiwania głosem w środowisku zawodowym (każdym) i wpływu zaburzeń głosu na karierę, stąd stwierdzenia: 10. „Moje problemy głosowe powodują, że mniej zarabiam" i 18. „Z powodu kłopotów z głosem czuję się mniej kompetentny zawodowo", bezpośrednio nawiązujące do działalności zarobkowej. Po części ankieta pozwala też odpowiedzieć sobie na pytanie, czy wybór zawodu był związany z dyskomfortem w trakcie mówienia, na przykład: w hałasie (pkt. 1.: „Ludzie mają kłopoty ze zrozumieniem mnie w pomieszczeniu, w którym panuje hałas"), na forum (pkt. 4. „Unikam zabierania głosu w miejscach publicznych"), podczas długiego obciążania głosu (pkt. 26. „Mój głos pogarsza się wieczorem", pkt. 30. „Mój głos słabnie w trakcie mówienia"). Świadomy wybór kierunku studiów, specjalizacji, a później zawodu wiąże się przecież z kompleksową autoanalizą, rozpoznaniem własnych możliwości i predyspozycji, ale też ograniczeń.

W pracy oraz w życiu towarzyskim istotny jest wpływ stanów emocjonalnych na jakość głosu – co odnotowują jedynie w punkcie 6. „Wywiadu" Kowalewska i Walencik-Topiłko. Autorzy kwestionariusza VHI znacznie rozbudowali część dotyczącą wzajemnego wpływu emocji na tworzenie i jakość głosu, jak również sposobu posługiwania się głosem na emocje człowieka. Dla podkreślenia znaczenia stanów emocjonalnych w dziesięciu itemach analizowane są odczucia respondenta wobec własnego głosu, uczucia, stany i wyobrażenia o postrzeganiu głosu przez odbiorców. Stwierdzenia skłaniają do refleksji nad przyczynami oraz konsekwencjami dotyczącymi braku akceptacji własnego głosu, mają pomóc w określeniu relacji interpersonalnych w pracy oraz z najbliższymi. Druga część kwestionariusza jest elementem, który w sposób najbardziej wyraźny wyróżnia kwestionariusz VHI wśród innych narzędzi diagnostycznych – określa pewne wrodzone predyspozycje, umiejętność reagowania w różnych sytuacjach, równie dużą uwagę zwraca na czynnościowe przyczyny zaburzeń głosu, jak też psychologiczne uwarunkowania nieprawidłowej emisji

oraz techniki mówienia czy problemy z komunikacją werbalną w środowisku, mające za przyczyny stany emocjonalne badanego. Druga część ankiety jest zatem równie istotna, jak określenie stanów funkcjonalnego i fizycznego. Takie holistyczne podejście w diagnozie zaburzeń głosu, przypisujące stanowi emocjonalnemu pacjenta równorzędną rolę, jak dotąd nie zyskało w Polsce zbyt dużej popularności [Niebudek-Bogusz 2009: 152], choć trenerzy głosu potwierdzają, że kondycja psychofizyczna: codzienne funkcjonowanie, samopoczucie, ale również higiena życia – znajdują odzwierciedlenie w głosie. Problemy wywołane przez brak zrozumienia (pkt. 12), wykluczenie (pkt. 9), irytację innych (pkt. 11) opisywane są w ankiecie VHI jako: wewnętrzne napięcie (pkt. 20), zakłopotanie (pkt. 17), wstyd (pkt. 19), zdenerwowanie (pkt. 13), złość (pkt. 16) oraz izolowanie się (pkt. 14), co kwalifikuje pacjenta do konsultacji psychologicznej.

Biorąc pod uwagę stan emocjonalny pacjenta, pytanie o nałogi, które stawiają w *Karcie badania głosu* Kowalewska i Walencik-Topiłko jest zasadne, choć może też dotyczyć czynnościowych zaburzeń głosu. Nadużywanie napojów wysuszających (kawy, herbaty, alkoholu, ziół: rumianku, mięty, szałwii i in.) bądź rozpulchniających (m.in. napoje gazowane) śluzówkę, spożywanie nadmiernej ilości nabiału, cukrów, wieprzowego mięsa, które ją zagęszczają, ale również palenie tytoniu – mogą niekorzystnie wpływać na głos, szczególnie jeśli dojdzie do multiplikacji [Doroszyńska-Tomczyk 2007: 644], a zjawisko mnożenia ryzyka w takich przypadkach występuje niezwykle często. Pytań o nałogi nie ma w samym kwestionariuszu VHI, podobnie jak o inne elementy składające się na higienę używania głosu, gdyż refleksji podlega aktualny stan pacjenta, będący odzwierciedleniem dotychczasowego stylu życia. Natomiast w komentarzach do wyników, od najniższego pułapu pojawiają się zalecenia, by podjąć działania w zakresie higieny głosu, gdyż każdy dodatkowy punkt z ankiety wskazuje na kolejne nieprawidłowości.

Ewa Kowalewska i Anna Walencik-Topiłko generalnie zamknęły „Wywiad" w obrębie przyczyn zaburzeń głosu, stąd pytania o diagnozę lekarską i dotychczasowe leczenie, wykonywany zawód, przyjmowane leki oraz odzwierciedlenie stanów emocjonalnych w głosie. Aktywność pacjenta sprowadza się tu do zrelacjonowania zaobserwowanych i stwierdzonych przez specjalistę nieprawidłowości. Te konfrontowane są z badaniem wykonanym przez logopedę. Innymi słowy, w wywiadzie aktywność badawczą wykazuje głównie logopeda, na którego interpretację danych, diagnozę i zalecenia całkowicie zdaje się pacjent.

W kolejnej części, zatytułowanej „Głos", podobnie jak w *Karcie badania logopedycznego*, główne działania diagnostyczne również należą do logopedy. Badanie dotyczy kolejno: rodzaju zaburzeń głosu (chrypki, zaniku dźwięczności, zwiększonej męczliwości), charakteru, barwy, plastyczności (zmienności donośności i wysokości) oraz rejestru głosu. Są to zatem elementy często występujące

w omawianych narzędziach diagnostycznych, zaś epitety są powtórzone za narzędziami wykorzystywanymi w foniatrii czy określeniami używanymi na co dzień przez nieprofesjonalistów. Weryfikacja działania układów oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego odbywa się na podstawie: subiektywnej oceny percepcyjnej w oparciu o czytany przez pacjenta fragmentu tekstu, rozmowy oraz obserwacje, czyli wnioski z celowego spostrzegania m.in. oddychania, motoryki artykulacyjnej, czynności rezonatorów nasady, które wyszczególniono też w *Karcie badania logopedycznego*.

Pozostający w fazie eksperymentów *Arkusz Diagnozy Emisji Głosu* (ADE) Anny Guzy [2012: 120-136] składa się z dziewięciu części poprzedzonych „Wywiadem": „Samoocena", „Postawa", „Artykulacja", „Rezonans", „Oddychanie", „Fonacja", „Motoryka aparatu artykulacyjnego", „Prozodia", „Głosowe przedstawienie tekstu". Autorka podaje, że narzędzie jest inspirowane dostępnymi skalami i kartami do badania zaburzeń głosu dla logopedów, dlatego w swej budowie przypomina *Kartę badania logopedycznego* autorstwa Marty Wysockiej, Anny Skoczylas, Agaty Szkiełkowskiej i Marzeny Mularczyk, a zawiera również elementy zaproponowane w *Karcie badania głosu z materiałem lingwistycznym* Ewy Kowalewskiej i Anny Walencik-Topiłko. Jak podaje Anna Guzy, *Arkusz Diagnozy* jest przeznaczony głównie dla dorosłych, szczególnie tych zainteresowanych profesjonalnym korzystaniem z głosu. Po modyfikacjach może być stosowany również dla dzieci i młodzieży.

Wysokie wyniki w pierwszej części: „Samoocena", która dotyczy takich aspektów, jak: „Męczliwość podczas mówienia", „Kłopoty z oddychaniem", „Trudności głosowe", „Ból podczas mówienia (napięcie krtani lub nieprawidłowy oddech)" mierzone są w skali 0-4 pkt., gdzie: 0 – problem czy zaburzenie nie występuje, 1 – niewielki stopień zaburzenia, 2 – umiarkowany stopień zaburzenia, 3 – silny stopień zaburzenia, 4 – bardzo silny stopień zaburzenia [Guzy 2012: 124]. Kiedy stopień nasilenia problemu jest znaczny, autorka proponuje szukać przyczyn w toku analizy kolejnych grup itemów, jak również skonfrontować wyniki z dokładniejszym testem samooceny VHI – podobnie jak autorki *Karty badania logopedycznego*.

Anna Guzy główny nacisk kładzie na przedmiotową ocenę zaburzeń głosu przez specjalistę, czego dowodzi konstrukcja ADE, w ograniczonym stopniu proponująca samoocenę. W „Wywiadzie" powtórzone zostały zagadnienia z innych narzędzi, odnoszące się do etiologii, patomechanizmu i leczenia zaburzeń głosu. Z pięciu punktów „Samooceny" podobne w treści 1. („Ocena swojego głosu") i 4. („Trudności głosowe") stanowią wskazówkę dotyczącą stopnia nasilenia zaburzeń głosu, zaś 2. („Męczliwość podczas mówienia"), 3. („Kłopoty z oddychaniem") i 5. („Ból podczas mówienia") obserwowanych symptomów ze strony traktu głosowego, są jednak świadomie ograniczone w stosunku do skali VHI,

a znacznie nawet w porównaniu z ośmioelementową VTD. Wykonanie kolejnych dokładniejszych testów może więc dopełnić informacje na temat pacjenta z zaburzeniami głosu.

Podsumowanie

Zgodnie z zaleceniami Europejskiego Towarzystwa Laryngologicznego (*European Laryngological Socjety*) samoocena stanowi jedno z podstawowych badań dotyczących zaburzeń głosu, na co w przypisie wprost wskazuje autorka *Arkusza Diagnozy Emisji Głosu* [Guzy 2012: 124 przyp. 8]. Z zaprezentowanych w 1. i 2. części obserwacji wynika, że kwestionariusz VHI przeznaczony jest głównie dla osób dorosłych, zawodowo pracujących głosem bądź nie obciążających go na co dzień, które odczuwają dyskomfort podczas mówienia. Po modyfikacji może okazać się pomocny również w dookreśleniu drogi zawodowej nie tylko ze względu na zdiagnozowanie sprawności głosotwórczej, ale również na analizę odczuć podczas wystąpień publicznych, kontaktów towarzyskich czy zawodowych – dlatego można go stosować również w procesie kształcenia przyszłych nauczycieli i terapeutów w ramach zajęć specjalizacyjnych: do autodiagnozy studenta/słuchacza czy opracowywania planu ćwiczeń konkretnej grupy podczas zajęć z emisji głosu – przedmiotu obowiązkowego na kierunkach przygotowujących do zawodu nauczyciela, trenera głosu albo rehabilitanta głosu i mowy.

W odróżnieniu od innych narzędzi, kwestionariusz VHI nie daje konkretnych informacji na temat barwy, rejestru czy wysokości głosu. Pozwala jednak – podobnie jak inne narzędzia diagnostyczne – zastanowić się nad plastycznością, zmiennością różnych jego elementów. Przez brak precyzji nieco kłopotliwy w ocenie jest punkt 24. kwestionariusza VHI: „Staram się tak zmieniać głos, aby brzmiał w moim odczuciu lepiej". Nie wskazuje on, czy motywacją działań są niekontrolowane zaburzenia głosu, czy świadome korzystanie z rozpoznanych możliwości własnego głosu. Odczytanie polecenia niezgodnie z intencją i błędne zaznaczenie odpowiedzi może zniekształcić ostateczny wynik badania. Generalnie jednak, twierdzenia nie sprawiają respondentom większych kłopotów.

Kwestionariusz VHI, polecany przez autorów narzędzi związanych ze środowiskami foniatrycznymi i laryngologicznymi, może stanowić istotny element wieloaspektowej diagnozy i terapii zaburzeń głosu. Choć w ograniczonym stopniu wspiera diagnostykę etiologiczną schorzenia, może przyczynić się do bardziej precyzyjnego określenia wpływu zaburzeń głosu na jakość życia pacjenta, na jego stan emocjonalny, fizyczny oraz funkcjonowanie w społeczności. Jak podkreślają specjaliści, kwestionariusz VHI z powodzeniem można też wykorzystywać do monitorowania postępów terapii.

Zakładana przez autorów kwestionariusza VHI holistyczna autoanaliza diagnostyczna przeplata się z procesem wieloaspektowej, całościowej terapii pacjenta z zaburzeniami głosu – konstruowanej dla niego, ze względu jego potrzeby i zachowane możliwości, czyli zindywidualizowanej. Model biomedyczny, o wąskiej perspektywie, nie uwzględnia osiągnięć psychologii czy socjologii, dlatego też człowiek nie jest postrzegany całościowo [Juś 2014: 243]. Popularyzowany od lat 70. model medycyny „humanistycznej" autorzy przeciwstawiają medycynie „naukowej" (G. L. Engel) bądź też sugerują ich koegzystowanie, a nawet skorelowanie (Y. Alonso) [za: Juś 2014: 251, 258] – w celu wyjścia naprzeciw potrzebom i oczekiwaniom chorych. Model biopsychospołeczny, czyli holistyczny zapewnia spersonalizowane, podmiotowe podejście do pacjenta z zaburzeniami głosu zarówno w kręgach lekarzy, jak też logopedów, trenerów głosu i mowy.

BIBLIOGRAFIA

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

Doroszyńska-Tomczyk M., 2007, *Analiza wpływu palenia papierosów na występowanie wybranych chorób głowy i szyi*, „Przegląd Lekarski", t. 64, nr 10.

Gębska M., Wojciechowska A., Żyżniewska-Banaszak E., 2011, *Zasady i metody rehabilitacji chorych z zawodowymi zaburzeniami głosu*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis", nr 57.

Guzy A., 2012, *Jak określać problemy emisji głosu? Propozycja wykorzystania Arkusza Diagnozy Emisji Głosu (ADE)*, „Forum Logopedyczne", nr 20.

Janas-Kaszczyk J., Tarkowski Z., 1991, *O metodologii logopedii. Wprowadzenie do badań nad teorią i metodą logopedii*, Lublin.

Juś M., 2014, *Spór o redukcjonizm w medycynie. Studium filozoficzne i metodologiczne*, Warszawa – Toruń.

Kisiel M., 2012, *Emisja i higiena głosu w pracy dydaktyczno-wychowawczej nauczyciela*, Dąbrowa Górnicza.

Kostecka W., 2014, *Logopedyczne podstawy prawidłowego mówienia dla nauczycieli*, [w:] Myszka A. (red.), *Głos – język – komunikacja*, Rzeszów.

Kowalewska E., Walencik-Topiłko A., 2015, *Metodyka diagnozy i terapii głosu*, [w:] Milewski S., Kaczorowska-Bray K. (red. nauk.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, Gdańsk.

Niebudek-Bogusz E., 2009, *Postępowanie w dysfoniach zawodowych w krajach Unii Europejskiej i na świecie*, „Medycyna Pracy", t. 60, nr 2.

Niebudek-Bogusz E. i in., 2007, *Ocena zaburzeń głosu u nauczycieli za pomocą wskaźnika niepełnosprawności głosowej (Voice Handicap Index – VHI)*, „Medycyna Pracy", t. 58, nr 5.

Niemierko B., 2009, *Diagnostyka edukacyjna. Podręcznik akademicki*, Warszawa.

Obrębowski A., Pruszewicz A., 1996, *Zasady profilaktyki zawodowych zaburzeń głosu i kwalifikacji do zawodów głosowych*, „Nowiny Lekarskie", t. 65, nr 1.
Pilch T., 1998, *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa.
Ratajczak J., Rapiejko P., Jurkiewicz D., 2007, *Wpływ wykonywanego zawodu na samoocenę zaburzeń głosu*, „Otolaryngologia Polska", t. 61, nr 5.
Tarkowski S., 2005, *Zarys koncepcji neurologopedii*, [w:] tenże (red.), *Neurologopedia*, Lublin.
Wysocka M. i in., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń głosu*, „Logopedia", nr 37.

Evaluation of Patients with Voice Disorders Assessed by Voice Handicap Index (VHI) Compared to other Methods of Diagnostics (part 2 – Used by Voice and Speech Therapists)

Summary: The second part of the article refers to the characteristics of the VHI questionnaire, including its construction and implementation in modern diagnosis and therapy of voice disorders, especially taking into account bio-psycho-social model. The questionnaire is shown in relation to other diagnostic methods used by voice and speech therapists. The summary indicated the possibility of its use beyond medical practice.

Keywords: diagnosis and treatment of voice disorders, self-evaluation of voice, bio--psycho-social model

KAROLINA POŻOGA
(Zakład Logopedii i Emisji Głosu
Instytut Polonistyki Stosowanej
Uniwersytet Warszawski)

ZASTOSOWANIE *TESTU FAST* W DIAGNOSTYCE I MONITOROWANIU PRZEBIEGU AFAZJI W OSTREJ FAZIE UDARU MÓZGU (NA PODSTAWIE BADAŃ WŁASNYCH)

STRESZCZENIE: W artykule podjęta została tematyka wybranych zagadnień związanych z problematyką diagnozowania i monitorowania przebiegu afazji w ostrej fazie udaru mózgu. Przedstawione zostały częściowe wyniki i wnioski z większych badań prowadzonych przez autorkę na ten temat. Zaprezentowano strategię wyboru narzędzia diagnostycznego, przebieg i wyniki diagnozy logopedycznej przeprowadzonej za pomocą *Testu FAST* u 20 pacjentów w ostrej fazie udaru mózgu. Badania wykonane zostały w trakcie hospitalizacji pacjentów na Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym. Wyniki badań wskazują na niestabilność objawów afazji w ostrej fazie udaru mózgu. Autorka sygnalizuje możliwość występowania różnych czynników, które mogą mieć wpływ na obserwowaną zmienność objawów i które w sposób istotny mogą determinować obraz afazji w przebiegu ostrej fazy udaru mózgu. Wnioski z badań wskazują na konieczność uwzględnienia złożonego problemu, a także szeregu czynników w procesie diagnozy i terapii neurologopedycznej afazji w ostrej fazie udaru mózgu. Obraz trudności językowych o podłożu neurologicznym u pacjentów jest zmienny, a co za tym idzie jego ocena powinna podlegać weryfikacji logopedycznej, co z kolei pociąga za sobą konieczność modyfikacji procedur postępowania terapeutycznego.

SŁOWA KLUCZOWE: udar mózgu, afazja, diagnoza neurologopedyczna, przebieg afazji w ostrej fazie udaru mózgu

Wprowadzenie

We współczesnej medycynie coraz większe zastosowanie w zakresie profilaktyki, diagnozowania oraz prognozowania udaru mózgu mają skale klinimetryczne, czyli kliniczne skale punktowe, które pozwalają obiektywniej ocenić stan kliniczny pacjenta oraz ułatwiają prognozowanie ryzyka zgonu lub inwalidztwa w przyszłości. Możliwość szybkiego określenia stanu chorego w przypadku udaru

mózgu ma duże znaczenie praktyczne, a także wspomaga podejmowanie wyboru strategii terapeutycznych.

Celem niniejszego artykułu jest ocena przydatności *Testu FAST* w diagnozowaniu i monitorowaniu przebiegu afazji u pacjentów w ostrej fazie udaru mózgu na podstawie obserwacji klinicznych i badań własnych. Celem pracy jest również próba wskazania zalet i ograniczeń tego narzędzia badawczego w jego zastosowaniu u pacjentów w ostrej fazie udaru mózgu.

Udar mózgu

Za punkt wyjścia należy przyjąć definicję udaru mózgu, ponieważ świadomość społeczna na temat tego zespołu objawów jest wciąż niewystarczająca, co ma nadal potwierdzenie choćby w czasie, jaki zwykle upływa od wystąpienia objawów udaru a trafieniem chorego do szpitala. Niestety, nie jest to bez znaczenia w perspektywie możliwości leczenia udaru mózgu.

Udarem mózgu, według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (1976), określa się zespół objawów klinicznych, cechujących się nagłym wystąpieniem ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, utrzymujących się, o ile wcześniej nie spowodują zgonu, dłużej niż 24 godziny i niemających innej przyczyny niż naczyniowa [Świerkocka-Miastkowska, Kozera, Gąsecki, 2006: 8].

Słowo *udar* często jeszcze kojarzy się z udarem słonecznym w wyniku przegrzania organizmu. Powszechnie niewiele wiadomo o rzeczywistym udarze mózgu, choć jest to stan nagłego zagrożenia życia lub zagrożenia trwałym kalectwem, które stanowi trzecią pod względem częstotliwości (po chorobach układu krążenia i nowotworowych) przyczynę śmierci w krajach wysoko rozwiniętych, a także najczęstszą przyczynę niesprawności u ludzi powyżej 40 roku życia i drugą co do częstości przyczynę zespołów otępiennych. Badania epidemiologiczne pokazują, że w Polsce 70 000-100 000 osób rocznie doznaje udaru mózgu, dochodzi do niego średnio co 8 minut. Rocznie na świecie z powodu udaru mózgu umiera 4,6 mln ludzi. Ryzyko udaru wzrasta wraz z wiekiem, w populacji 18-44 lat zapadalność wynosi 0,8%, natomiast powyżej 65 roku życia nawet do 8,1% [Fiszer, Michałowska (red.), 2010: 55].

Zachorowalność w Polsce jest na poziomie europejskim, jednak śmiertelność w Europie Zachodniej kształtuje się od 18% do 25%, a w Polsce wynosi około 40%. Niekorzystny jest również współczynnik niepełnosprawności chorych, którzy przeżyli udar mózgu. W krajach wysoko rozwiniętych około 50% chorych pozostaje niepełnosprawnymi, w Polsce współczynnik ten wynosi aż 70%. Z raportu Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu wynika, iż dzięki wdrażaniu profilaktyki i leczenia chorób układu krążenia oraz poprawie

opieki nad pacjentami z udarem odnotowuje się od lat siedemdziesiątych XX w. w wielu krajach świata systematyczny spadek umieralności i niesprawności związanej z tym zachorowaniem[1].

Wśród przyczyn udaru wymienia się: zmiany miażdżycowe w naczyniach zewnątrzczaszkowych (tętnice szyjne i kręgowe), zatory sercowopochodne, zmiany miażdżycowe naczyń wewnątrzczaszkowych (tętnice mózgu: przednia, środkowa, tylna, podstawna i ich rozgałęzienia), zmiany zatokowate, inne (np. zapalenie naczyń, trombocytoza) [Świerkocka-Miastkowska, Kozera, Gąsecki, 2006: 10-11]. Wyróżnia się: udary niedokrwienne, które stanowią 80%-85%, krwotoczne – 15% (w tym samoistny krwotok podpajęczynówkowy – 5%) wszystkich udarów, oraz rzadziej występujące udary żylne.

W Polsce chorzy z rozpoznanym udarem mózgu przyjmowani są na pododdziały udarowe. W zależności od rodzaju udaru hospitalizacja trwa od kilku dni (udary niedokrwienne) do kilku tygodni (udary krwotoczne). Taki program hospitalizacji wynika z opracowanego przez zespół ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu modelu struktury pododdziału udarowego. Podobne modele obowiązują w krajach zachodnioeuropejskich, skandynawskich i w USA [Troszczyńska-Nakonieczna i in., 2008: 329].

Najczęstsze ogniskowe objawy udaru, czyli zaburzenia funkcji neurologicznych związanych lokalizacyjnie z określonymi obszarami mózgu to:

- niedowład połowiczy,
- połowicze zaburzenia czucia,
- zaburzenia mowy,
- asymetria twarzy – opadnięty kącik ust, wyciekanie śliny po jednej stronie,
- ubytki w polu widzenia, podwójne widzenie,
- zaburzenia połykania,
- zawroty głowy,
- zaburzenia równowagi.

Istotnymi konsekwencjami udaru prócz niesprawności są: depresja (występuje u około 30%) oraz otępienie naczyniopochodne (rozwija się w ciągu roku od zachorowania u około 12%-25%) [Fiszer, Michałowska (red.), 2010: 56]. U 21%-38% pacjentów udar wywołuje zaburzenia mowy w postaci afazji [Ryglewicz, Milewska, 2004: 66].

[1] Raport Zespołu Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu, „Postępowanie w ostrym udarze niedokrwiennym mózgu", źródło: http://www.mp.pl/artykuly/1278.

Afazja w ostrej fazie udaru mózgu

Powstało wiele definicji i prób klasyfikacji afazji (z grec. *a-fazis* 'niemota'), opracowanych przez specjalistów z różnych dziedzin. Według definicji polskiego neuropsychologa M. Maruszewskiego [1966: 98], afazja to: „spowodowane organicznym uszkodzeniem pewnych struktur mózgowych częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy u człowieka, który już uprzednio opanował te czynności".

Jeśli weźmiemy pod uwagę, że patomechanizm afazji u konkretnego pacjenta jest wypadkową różnych czynników, to przywołane przez M. Pąchalską [2005: 759] stwierdzenie M. Taylor-Sarno: „Different aphasias for different people!" ma głęboki sens. Jedyną stałą w afazji jest zmienność objawów u danego pacjenta w różnych okresach. M. Pąchalska zauważa też, że afazja ma inny przebieg i symptomatologię w zależności od stopnia jej nasilenia: łagodna, umiarkowana lub głęboka Głębokość afazji u danego pacjenta jest również zmienna, dlatego jej ocena wymaga częstej weryfikacji [Pąchalska, 2005: 759].

W ocenie afazji duże znaczenie ma uwzględnienie czynnika czasu, czyli momentu, w którym wystąpiły objawy, a czasem, w którym pacjent poddawany jest ocenie. Istnieje bowiem w symptomatyce ostrego i chronicznego stadium afazji istotna jakościowa różnica uwarunkowana patofizjologicznie. Cechą charakterystyczną okresu ostrego jest zmienność symptomatyki. Z powodu występowania w ostrej fazie udaru dużej dynamiki objawów pełne badanie neurologopedyczne, ukierunkowane na dokładne wskazanie deficytów mowy i ich jednorazową ocenę jest bardzo trudne, a często wręcz niemożliwe.

W praktyce klinicznej obserwuje się, że czasem objawy afazji ustępują samoistnie w ciągu kilku godzin, nieraz po kilku dniach, a czasem trwają kilka tygodni lub nawet kilka miesięcy. Swoistą cechą zaburzeń mowy we wczesnym okresie zachorowania i zdrowienia jest niestabilność objawów.

Z powodu silnej fluktuacji symptomatyki nie jest możliwe dokładne stwierdzenie rodzaju i rozległości afazji, dlatego też w ostrym okresie udaru zasadna wydaje się jedynie ocena możliwości komunikacyjnych pacjentów i opisywanie dynamiki zmian [Biniek, 1993; Bley i in., 1992, za: Troszczyńska-Nakonieczna i in., 2008: 333]. Dlatego wiele spośród dostępnych narzędzi diagnostycznych, choćby ze względu na ich rozbudowaną postać, nie może zostać wykorzystana w ostrej fazie udaru.

W ostrym stadium udaru istotnym utrudnieniem diagnostycznym jest również możliwość występowania zaburzeń podstawowych funkcji, takich jak: uwaga, napęd, stan świadomości, które w istotnym stopniu wpływają na sposób zachowania pacjenta [Troszczyńska-Nakonieczna i in., 2005: 102]. Ocena afazji w ostrej fazie udaru mózgu wiąże się więc z licznymi utrudnieniami.

Materiał i metody

W niniejszej pracy przedstawiam wyniki badań przeprowadzonych na 20-osobowej grupie pacjentów, u których po raz pierwszy wystąpił niedokrwienny udar mózgu. Z badań wykluczono osoby z udarem krwotocznym, a także takie, u których udar niedokrwienny wystąpił po raz drugi czy też kolejny. Badani reprezentowali przedział wiekowy od 58 do 89 lat. Wszyscy z lateralizacją prawostronną. Badani byli hospitalizowani na Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym. Czas od zachorowania do momentu przeprowadzenia pierwszego badania *Testem FAST* nie przekraczał 48 godzin, wykonanie drugiego badania odbywało się w 9 dobie od zachorowania.

Narzędzie diagnostyczne: *Test FAST* (*Frenchay Aphasia Screening Test*, Enderbery i współpr., 1987); polskojęzyczna wersja testu została opracowana przez M. Bitnioka (1998). Jest to prosty w swojej konstrukcji, rzetelny test, służący do potwierdzenia lub wykluczenia obecności cech afazji. Jak zaznacza autor polskiej wersji, Michał Bitniok, test nie określa rodzaju afazji, ale ją identyfikuje.

Wnioski z badań przeprowadzonych na podstawie niewystandaryzowanej wersji testu dla populacji niemieckiej pozwalają stwierdzić, że na podstawie tego testu można uchwycić zaburzenia afatyczne łatwo, szybko i pewnie [Pollow, 1993, za: Troszczyńska-Nakonieczna i in., 2005: 107]. Uwagi te dotyczą również prób stosowania tego testu w Holandii na większej populacji pacjentów [Troszczyńska-Nakonieczna i in., 2005: 107].

W Teście FAST można wyróżnić cztery obszary badawcze:

I. **Rozumienie mowy** – pierwsza część zadania polega na tym, że pacjent otrzymuje rysunek sytuacyjny „Scenka nad rzeką", jego zadaniem jest wskazanie wymienianych przez badającego elementów wg następującego polecenia: „Proszę spojrzeć na rysunek. Proszę uważnie słuchać, co powiem, i wskazać na rysunku to, o co proszę":

1. Wskaż łódkę.
2. Wskaż najwyższe drzewo.
3. Wskaż mężczyznę.
4. Wskaż lewą nogę mężczyzny, a potem kajak.
5. Zanim wskażesz kaczkę obok mostu, pokaż środkowe wzgórze.

W drugiej części badania pacjent otrzymuje rysunek, który przedstawia figury geometryczne. Polecenie jest takie samo, jak w odniesieniu do rysunku sytuacyjnego. Tym razem podawane są następujące instrukcje:

1. Wskaż kwadrat.
2. Wskaż stożek.
3. Wskaż prostokąt i kwadrat.

4. Wskaż kwadrat, stożek i półkole.
5. Wskaż figurę, która wygląda jak piramida, i taką, która wygląda jak cząstka pomarańczy.

Liczba możliwych do uzyskania punktów: 0-10.

II. **Mowa ekspresyjna:** Pacjent otrzymuje rysunek sytuacyjny „Scenka nad rzeką". Polecenie brzmi: „Proszę opowiedzieć o tym rysunku jak najwięcej". Jeśli badającemu wydaje się, że chory nie rozumie, mówi: „Nazwij to, co widzisz na rysunku".
Liczba możliwych do uzyskania punktów: 0-5.
W drugiej części badania pacjent proszony jest o wymienienie jak najwięcej nazw zwierząt w ciągu 1 minuty.
Liczba możliwych do uzyskania punktów: 0-5.

III. **Czytanie:** Pacjent otrzymuje rysunek „Scenka nad rzeką" i kolejno 5 wydrukowanych na oddzielnych kartach zdań do przeczytania. Pacjent jest proszony o ciche przeczytanie kolejno, pojedynczo poszczególnych zdań i wykonanie zawartego w każdym zdaniu polecenia.
Liczba możliwych do uzyskania punktów: 0-5.

IV. **Pisanie:** Pacjent otrzymuje rysunek „Scenka nad rzeką", papier i ołówek. Instrukcja brzmi: „Proszę napisać jak najwięcej o tym, co dzieje się na obrazku". Jeśli badającemu wydaje się, że chory nie rozumie polecenia, prowadzący badania mówi: „Proszę napisać cokolwiek o tym, co widzi Pani/Pan na obrazku".
Liczba możliwych do uzyskania punktów: 0-5.

Łączna, maksymalna liczba punktów do zdobycia w poszczególnych próbach wynosi 30. Wykonanie testu zajmuje średnio od kilku do kilkunastu minut. Występowanie afazji wskazuje liczba punktów poniżej następujących wartości krytycznych: 27 pkt. dla pacjentów do 60 lat; poniżej 25 pkt. dla pacjentów powyżej 61 lat. Liczba punktów zdobytych w poszczególnych obszarach testu wskazuje na głębokość afazji oraz sugeruje najbardziej zaburzone obszary.

Wyniki testu interpretowane były każdorazowo w świetle danych klinicznych, z uwzględnieniem czynników zakłócających, mogących tworzyć fałszywy obraz zaburzeń afatycznych. Należą do nich: hemianopsia, analfabetyzm, upośledzenie umysłowe, negatywny stosunek pacjenta do badania [Bitniok, 2007: 175].

Ze względu na wspomniane utrudnienia w diagnostyce pacjentów w ostrej fazie udaru mózgu bardzo ważna jest prostota i przejrzystość testu, co warunkuje jego prawidłowe stosowanie. Równie ważna jest właściwa interpretacja i ocena wykonania testu.

Tematykę oceny przydatności wybranych skal i testów do oceny afazji u pacjentów we wczesnym okresie udaru mózgu podejmują M. Puchowska-Florek,

B. Książkiewicz i M. Nowaczewska [2005: 39-47]. Badania autorek przeprowadzone zostały na 30-osobowej grupie pacjentów z pierwszym w życiu udarem mózgu (27 osób z niedokrwiennym, 4 z krwotocznym), z wykorzystaniem następujących testów i skali: *Skala oceny dynamiki afazji* (SODA), *Zestaw prób do badania wyższych procesów poznawczych* W. Łuckiego, *Token Test*, *Test FAS*, *Test FAST*. Wykazały one, że do wstępnej oceny afazji w ostrym okresie udaru ze względu na krótki czas badania, łatwość użycia oraz wartość diagnostyczną najbardziej przydatną metodą jest *Skala oceny dynamiki afazji* oraz *Test FAST* [Puchowska-Florek, Książkiewicz, Nowaczewska, 2005: 47]. W najkrótszym czasie, w ciągu kilku minut, można przeprowadzić badanie mowy za pomocą *SODA* i *Testu FAS*. Niewiele dłużej – w ciągu kilkunastu minut – trwa wykonanie badania *Token Testem* i *Testem FAST*. Wyniki wspomnianych badań pokazały, że u 80% chorych nie udało się wykonać pełnego badania na podstawie *Zestawu prób do badania wyższych procesów poznawczych* z powodu długości badania (trwającego około 3-4 godzin). *Zestaw prób do badania wyższych procesów poznawczych* nie nadaje się więc do szybkiej oceny mowy. Należy jednak zauważyć, że jest to narzędzie do precyzyjnej diagnozy, którego użycie w ostrej fazie udaru mózgu jest często niemożliwe. W tej fazie udaru może on być stosowany jedynie wybiórczo w celu uzupełnienia badań przesiewowych, umożliwia bowiem ocenę: mowy dialogowej, rozumienia, mowy opowieściowej, nazywania, czytania, pisania, kalkulii, praksji, gnozji i pamięci. Jeżeli stan chorego na to pozwala, wskazane jest poszerzenie badań przesiewowych o inne wybrane próby lub badania całościowe. Do takich celów służyć również może m.in. narzędzie diagnostyczne M. Bitnioka *Afazja – ocena, diagnoza, terapia* (1992), opracowane na podstawie prac J. Szumskiej. Zgodnie z zasadami metodyki ogólnej, mowę powinno badać się w czterech aspektach: fonetycznym, leksykalnym, gramatycznym, ekspresyjnym [Jastrzębowska, 1999, za: Bitniok, 2007: 117-118].

Podsumowując, testy tzw. krótkie czy szybkie, jak *SODA*, *Test FAS* czy *Test FAST*, nie są narzędziami precyzyjnymi, które umożliwiają całościową, pełną ocenę mowy. Niemniej, w ostrej fazie udaru mózgu, z powodu wielu ograniczeń spowodowanych stanem zdrowia pacjentów i sytuacji, w jakiej się znajdują, nie jest wskazany wybór długotrwałych, męczących testów, a ich całościowe wykonanie często nie jest w tych okolicznościach możliwe.

Trudno jednoznacznie wskazać wybór testu bądź skali, które byłyby idealne. Krótkie, szybkie testy badają powierzchownie, natomiast długie, wielozadaniowe zestawy diagnostyczne są czasochłonne i obciążające dla pacjentów w ostrej fazie udaru mózgu. Wydaje się, że optymalnym rozwiązaniem jest wybór testu bądź prób podyktowany indywidualną oceną ogólnego stanu zdrowia pacjenta oraz sytuacji, w jakiej się znajduje, a także czasu, jaki upłynął od zachorowania.

Wyniki badań

Porównanie pomiarów przeprowadzonych badań wykonano *Testem t-Studenta dla par wiązanych*, gdy rozkład różnic był normalny, i *Testem Wilcoxona dla par wiązanych*, gdy rozkład różnic nie był normalny.

Normalność rozkładu różnic sprawdzono *Testem Shapiro-Wilka*.

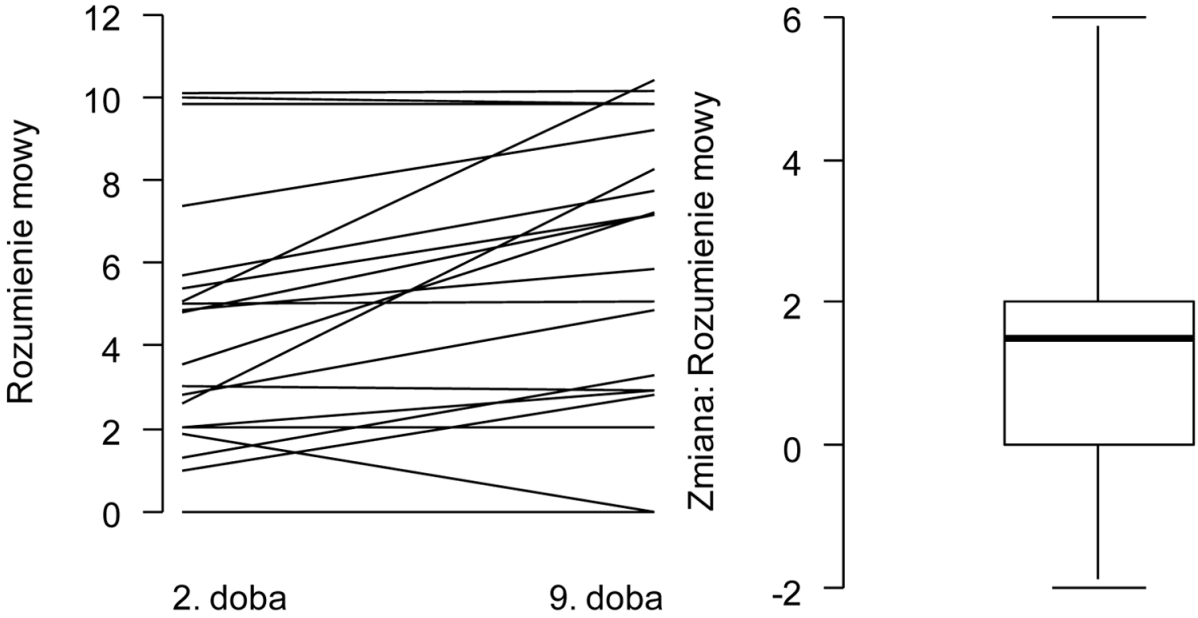
W obliczeniach przyjęto poziom istotności 0,05.

1. Rozumienie mowy

Zmiany pomiarów nie miały rozkładu normalnego (p z *Testu Shapiro-Wilka* poniżej 0,05), a więc analizę przeprowadzono za pomocą *Testu Wilcoxona dla par wiązanych* (powtarzanych pomiarów). Drugi pomiar był istotnie statystycznie wyższy niż pierwszy ($p < 0,05$; mediana wyższa w drugim pomiarze).

Pomiar	Rozumienie mowy								p*
	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	1. kwartyl	3. kwartyl	
2. doba	20	4,4	3,02	4	0	10	2	5,25	p=0,006
9. doba	20	5,85	3,36	6,5	0	10	3	9	

* *Test Wilcoxona dla par wiązanych*



Wykres po lewej przedstawia zmiany u pojedynczych pacjentów (każda linia to odpowiednik jednego pacjenta) w zakresie dwukrotnego wykonania danej próby.

Widać na nim, że więcej jest wzrostów niż spadków, co oznacza, że większość pacjentów uzyskała lepszy wynik punktowy w drugiej próbie.

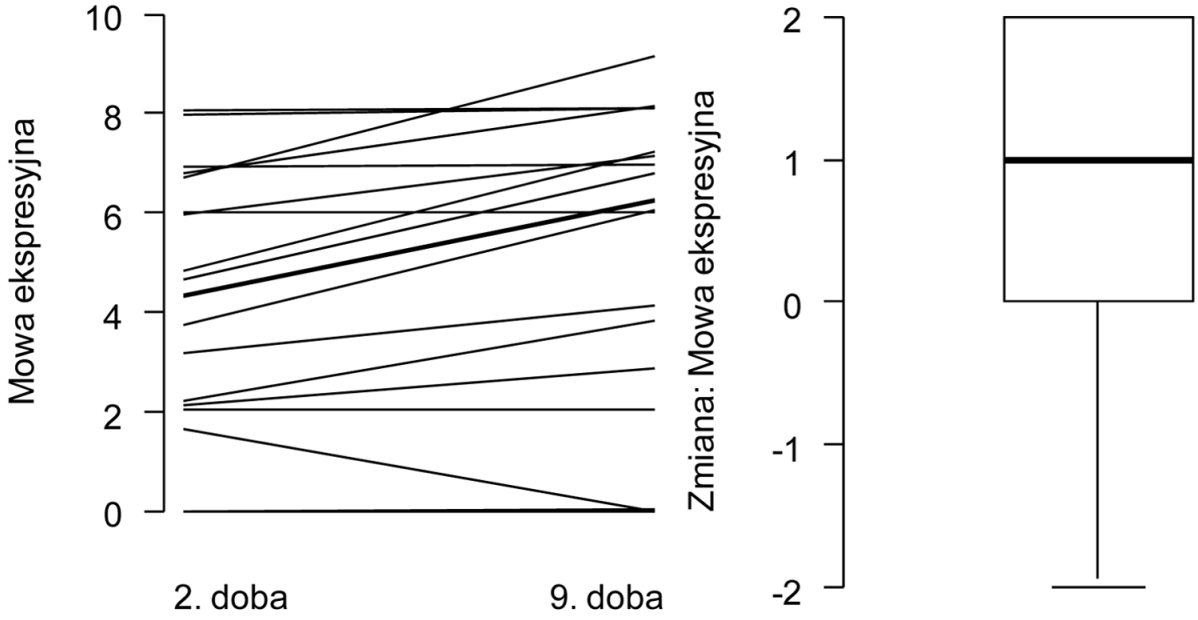
Na wykresie po prawej przedstawiono charakterystykę zmian wartości pomiaru: medianę (gruba pozioma linia), kwartyle (prostokąt) i zakres („wąsy"). Widać, że zmiany są raczej dodatnie (wzrosty), niż ujemne (spadki).

2. Mowa ekspresyjna

Zmiany pomiarów w tej próbie również nie miały rozkładu normalnego (p z *Testu Shapiro-Wilka* poniżej 0,05), a więc analizę przeprowadzono za pomocą *Testu Wilcoxona dla par wiązanych* (powtarzanych pomiarów). Drugi pomiar był istotnie statystycznie wyższy niż pierwszy ($p < 0,05$; mediana wyższa w drugim pomiarze).

Pomiar	Mowa ekspresyjna								p*
	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	1. kwartyl	3. kwartyl	
2. doba	20	4,1	2,65	4	0	8	2	6,25	p=0,015
9. doba	20	4,9	3,06	6	0	9	2,75	9,00	

* *Test Wilcoxona dla par wiązanych*



Wykres po lewej przedstawia zmiany u pojedynczych pacjentów w zakresie dwukrotnego wykonania danej próby. Widać na nim, że więcej jest wzrostów niż spadków, co oznacza, że większość pacjentów uzyskała lepszy wynik punktowy

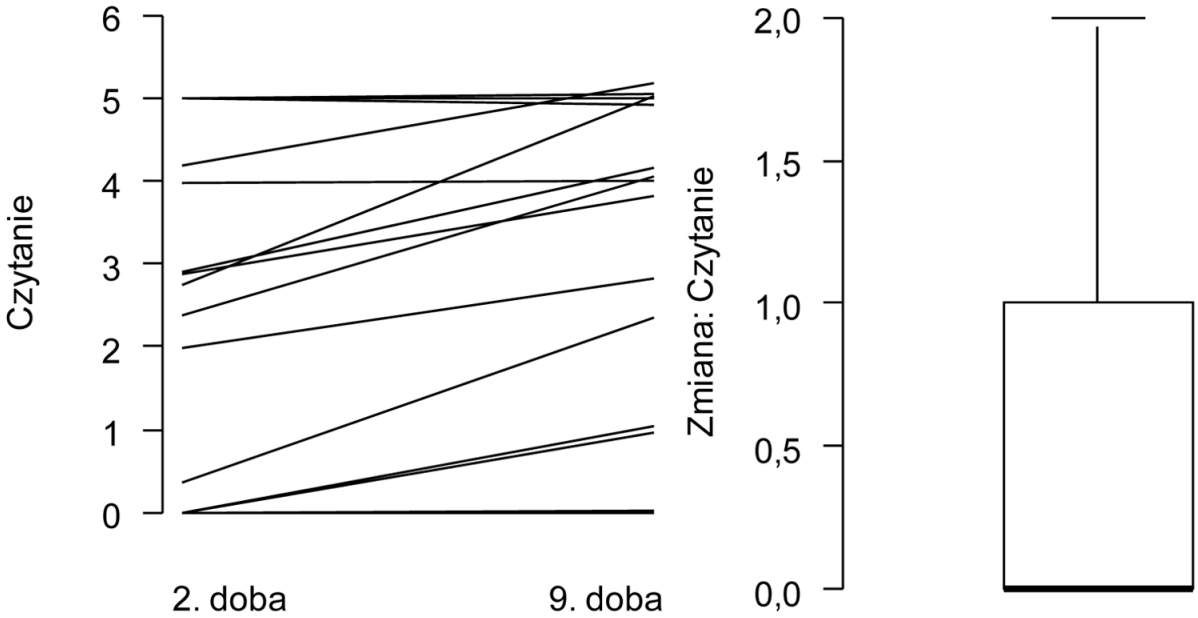
w drugiej próbie. Na wykresie po prawej przedstawiono charakterystykę zmian wartości pomiaru: medianę (gruba pozioma linia), kwartyle (prostokąt) i zakres („wąsy"). Widać, że zmiany są raczej dodatnie (wzrosty), niż ujemne (spadki).

3. Czytanie

Zmiany pomiarów nie miały rozkładu normalnego (p z *Testu Shapiro-Wilka* poniżej 0,05), a więc analizę przeprowadzono za pomocą *Testu Wilcoxona dla par wiązanych* (powtarzanych pomiarów). Drugi pomiar był istotnie statystycznie wyższy niż pierwszy ($p < 0,05$; mediana wyższa w drugim pomiarze).

Pomiar	Czytanie								p*
	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	1. kwartyl	3. kwartyl	
2. doba	20	1,8	2,02	1	0	5	0	3,25	p=0,007
9. doba	20	2,4	2,16	2,5	0	5	0	4,25	

* *Test Wilcoxona dla par wiązanych*



Wykres po lewej przedstawia zmiany u pojedynczych pacjentów (każda linia to odpowiednik jednego pacjenta) – widać na nim, że więcej jest wzrostów niż spadków, co oznacza, że większość pacjentów uzyskała lepszy wynik punktowy w drugiej próbie. Na wykresie po prawej przedstawiono charakterystykę zmian wartości pomiaru: medianę (gruba pozioma linia), kwartyle (prostokąt) i zakres („wąsy"). Widać, że zmiany są raczej dodatnie (wzrosty) niż ujemne (spadki).

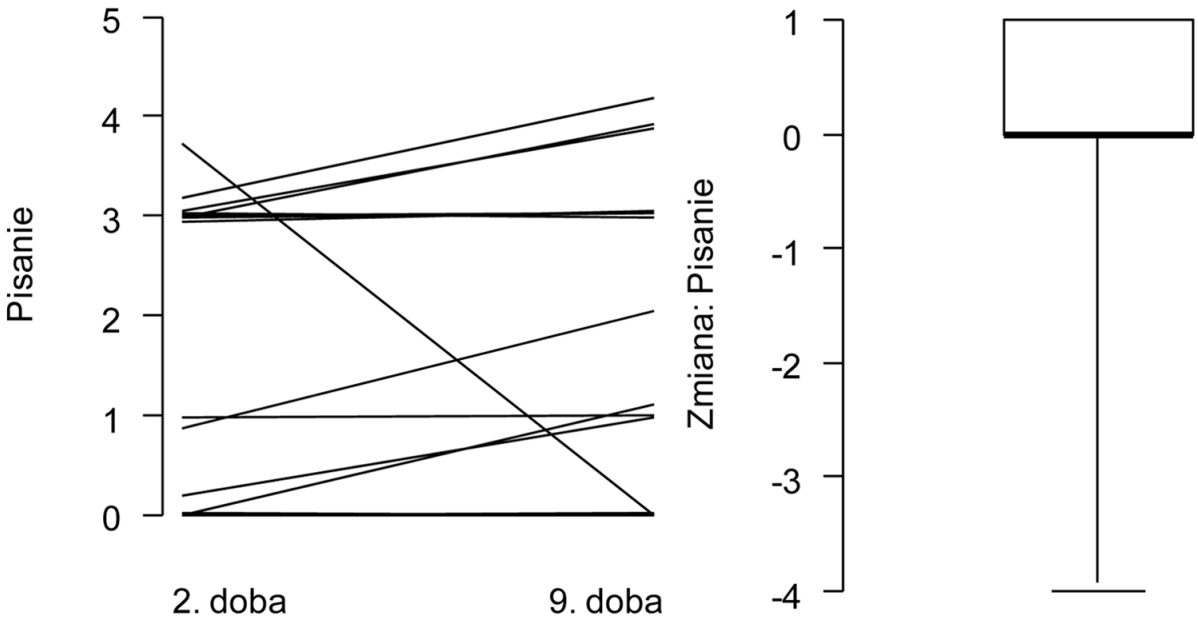
4. Pisanie

Zmiany pomiarów nie miały rozkładu normalnego (p z *Testu Shapiro-Wilka* poniżej 0,05), a więc analizę przeprowadzono za pomocą *Testu Wilcoxona dla par wiązanych* (powtarzanych pomiarów).

Pomiary nie różniły się istotnie statystycznie (p > 0,05).

Pomiar	Pisanie								p*
	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	1. kwartyl	3. kwartyl	
2. doba	20	1,35	1,53	0,5	0	4	0	3	p=0,24
9. doba	20	1,45	1,61	1	0	4	0	3	

* *Test Wilcoxona dla par wiązanych*



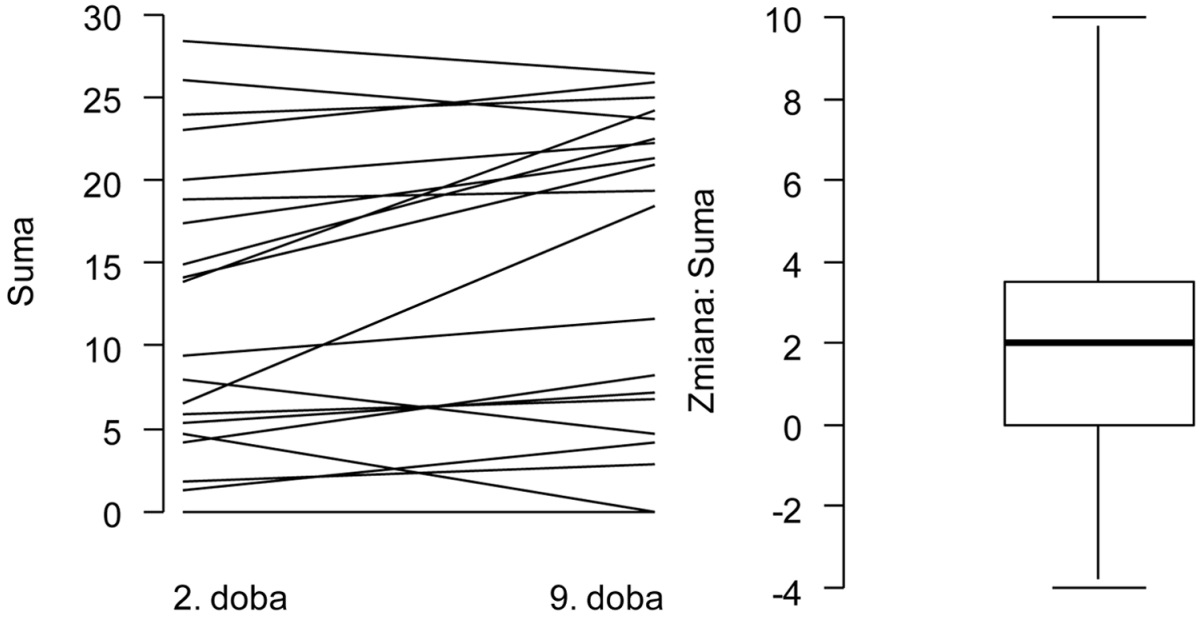
Wykres po lewej przedstawia zmiany u pojedynczych pacjentów – widać na nim, że więcej jest wzrostów niż spadków, co oznacza, że większość pacjentów uzyskała lepszy wynik punktowy w drugiej próbie. Na wykresie po prawej przedstawiono charakterystykę zmian wartości pomiaru: medianę (gruba pozioma linia), kwartyle (prostokąt) i zakres („wąsy"). Widać, że zmiany są raczej dodatnie (wzrosty) niż ujemne (spadki).

5. Suma

Zmiany pomiarów miały rozkład normalny (p z *Testu Shapiro-Wilka* powyżej 0,05), a więc analizę przeprowadzono za pomocą *Testu t-Studenta dla par wiązanych* (powtarzanych pomiarów). Drugi pomiar był istotnie statystycznie wyższy niż pierwszy ($p < 0,05$; średnia wyższa w drugim pomiarze).

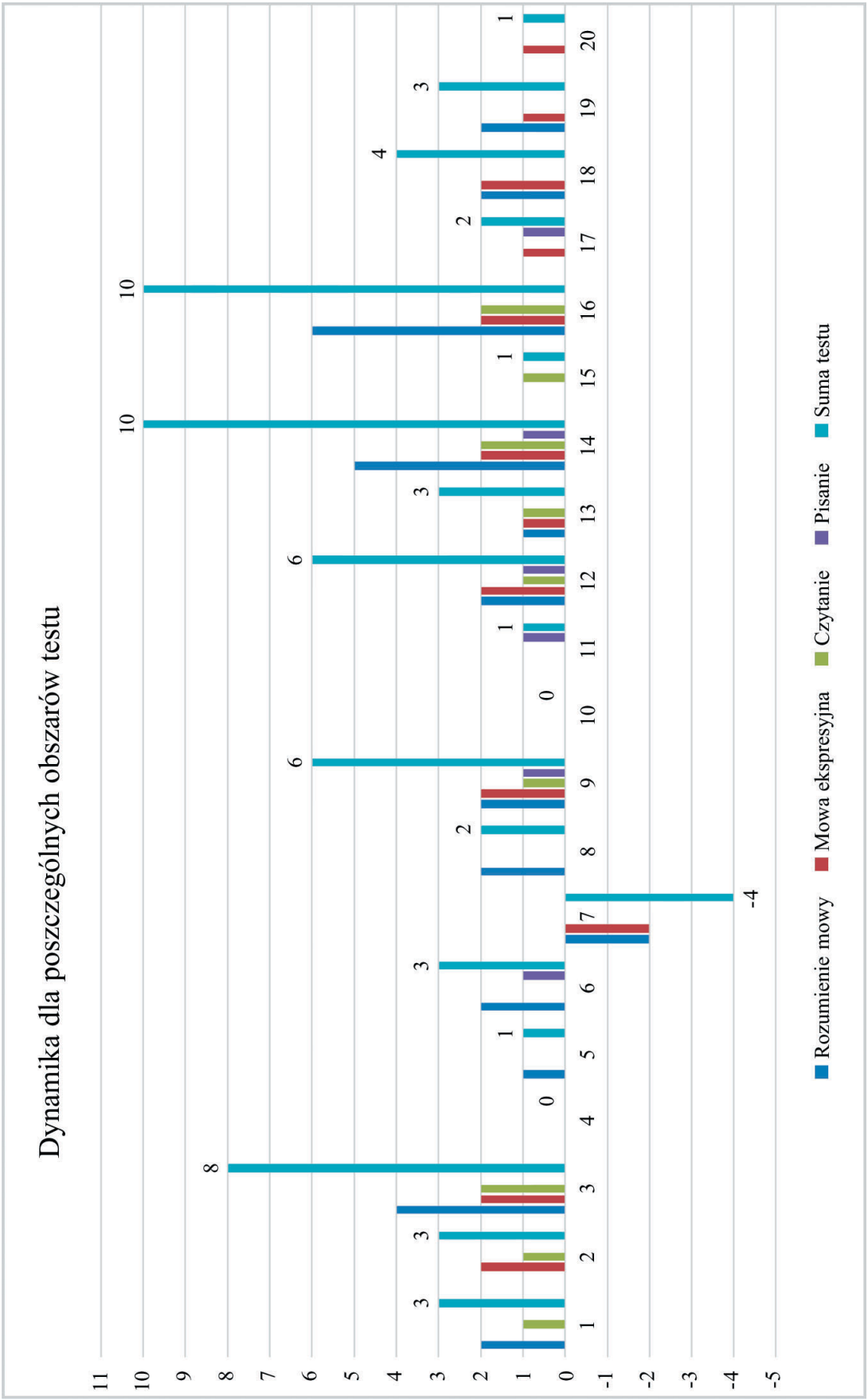
Pomiar	Suma								p*
	N	Średnia	SD	Mediana	Min	Max	1. kwartyl	3. kwartyl	
2. doba	20	12,35	8,87	11	0	28	5	19,25	p=0,021
9. doba	20	14,6	9,41	18	0	26	6,25	22,25	

* *Test t-Studenta dla par wiązanych*



Na podstawie porównania wyników badań pierwszego i drugiego wykonania testu wyraźnie widać zachodzącą zmienność obrazu afazji u badanych chorych.

Wykres na s. 151 pokazuje, że objawy afazji w ostrej fazie udaru mózgu mają charakter dynamiczny. Zmieniają się wyniki w poszczególnych obszarach testu. W większości przypadków występuje progres – w różnym stopniu i w różnych obszarach. W dwóch przypadkach wystąpił regres, a w dwóch przypadkach stan mowy badanych pacjentów był stabilny.


Dynamika dla poszczególnych obszarów testu
Rozumienie mowy
Mowa ekspresyjna
Czytanie
Pisanie
Suma testu

Czynniki mogące modyfikować obraz afazji

Zaburzenia mowy po uszkodzeniach mózgu – w początkowym okresie refleksji naukowej – były ujmowane statycznie. Wynikało to, po pierwsze, z przyjętych wówczas teorii działania mózgu, według których zaburzenia neurologiczne były pojmowane jako zjawiska statyczne, co miało związek z traktowaniem mózgu osób dorosłych jako niepodlegającego zmianom. Po drugie, wynikało to z charakteru prowadzonych badań, które miały charakter do pewnego czasu głównie teoretyczny, tzn. ich wyniki nie były weryfikowane w praktyce klinicznej, tj. w terapii logopedycznej.

Tymczasem należy wziąć pod uwagę, iż zachorowania o podłożu neurologicznym lub wymagające interwencji neurochirurgicznej powodują zniszczenia struktur mózgowych, ale mogą też mocno zakłócać działanie innych struktur bezpośrednio nieobjętych uszkodzeniem. I. Pawłow (1952) sformułował prawa neurodynamiczne, rządzące czynnościami w przypadku zaistnienia czynnika patologicznego w mózgu, które tłumaczą mechanizm zaburzeń neurologicznych. Uszkodzenie pewnego obszaru powoduje jednoczesne zakłócenie czynności okolic sąsiadujących lub połączonych siecią włókien nerwowych. Objawem neurologicznym takiego stanu mogą być: obrzęk mózgu, zaburzenia krwioobiegu, zmiany pobudliwości nerwowej, a także zaburzenia mowy [Panasiuk, 2013: 155].

Wśród czynników, które mają wpływ na postać zaburzeń neurologicznych i dynamikę zmian, należy wskazać: przebieg ostrego okresu po zachorowaniu, szybkość ustępowania obrzęku mózgu, rozległość i lokalizację uszkodzenia, proces rozmiękania struktur mózgowych, dalsze krwotoki, wytwarzanie się krążenia obocznego [Panasiuk, 2013: 155]. Istotny wpływ ma również zastosowane leczenie farmakologiczne. Jak podaje Panasiuk: „negatywnie na możliwości językowe chorych z afazją wpływa działanie np. luminalu, podczas, gdy np. nootropil znacząco poprawia funkcje poznawcze mózgu, takie jak pamięć czy zdolność uczenia się" [Panasiuk, 2014: 48].

Według W. Tłokińskiego[2] istnieje kilka źródeł uwarunkowań modyfikujących obraz afazji i mających wpływ na ich finalny obraz:

- biologiczne – związane z organicznym uszkodzeniem mózgu (także jego zaburzeniami czynnościowymi); należy przez to rozumieć czynniki powodujące strukturalne zmiany w tkance mózgowej oraz czynniki wywołujące zmiany o charakterze dynamicznym;
- psycholingwistyczne – wynikające z szeroko pojmowanego obszaru różnic indywidualnych pomiędzy pacjentami, takich jak: udział czynników biologicznych (genetycznych) i środowiskowych, indywidualne doświadczenie

[2] Zmiany te charakteryzuje również A. Kertesz [1991, za: Pąchalska, 2011: 102].

językowe, kompetencja społeczno-komunikacyjna, płeć, etap rozwoju ontogenetycznego, osobowość (lęk komunikacyjny);
– socjolingwistyczne – lokalizujące chorego człowieka w określonej sytuacji psychospołecznej, jaką jest komunikacja międzyludzka; dotyczą sytuacji komunikacyjnej i uwzględniają aspekty czasowe, przestrzenne i przedmiotowe komunikacji [Tłokiński, 1993, za: Pąchalska, 2011: 102].

Czynniki modyfikujące obraz afazji wg M. Pąchalskiej [2011: 102-116]:
1. Umiejscowienie ogniska chorobowego w mózgu;
2. Rozległość ogniska chorobowego w mózgu;
3. Zaburzenia ruchowe;
4. Zaburzenia spostrzegania;
5. Zaburzenia orientacji;
6. Napady padaczkowe;
7. Otępienie umysłowe.

Współczesne opracowania na temat afazji wskazują na ogromną rolę czynników o charakterze dynamicznym w formowaniu obrazu zaburzeń mowy u chorych neurologicznie. Obserwacje kliniczne dostarczają wielu dowodów na temat słuszności powyższego stwierdzenia. Jak podaje J. Panasiuk [2013: 152], w badaniach klinicznych stwierdza się, że objawy patologiczne występujące u chorych po uszkodzeniach mózgu odznaczają się znaczną zmiennością w czasie. W ocenie klinicznej, w której dokonuje się opisu rodzaju symptomów afazji, istotne znaczenie mają: lokalizacja uszkodzenia mózgu, rozległość i głębokość uszkodzenia, charakter i struktura zaburzeń, liczba uszkodzonych struktur mózgowych, czyli czy uszkodzenie dotyczy jednej okolicy, czy kilku różnie zlokalizowanych obszarów [Łuria, 1967, za: Panasiuk, 2013: 152].

Już w doniesieniach z początku XX w. wskazywano, że zaburzenia mowy po ogniskowych uszkodzeniach mózgu z czasem ulegają złagodzeniu. Badania prowadzone przez takich badaczy, jak Łuria (1967), Penfield i Roberts (1959), potwierdzały te obserwacje. Wykazywali oni, że w okresie bezpośrednio po zachorowaniu, poza trwałymi skutkami wynikającymi z uszkodzenia mózgu, może występować tzw. afazja paradoksalna, polegająca na całkowitym zablokowaniu czynności językowych, która w wyniku stymulowania aktywności językowej oraz leczenia klinicznego ulega całkowitej remisji [Panasiuk, 2013: 154-155].

W perspektywie oceny klinicznej pacjenta po uszkodzeniu mózgu istotny jest również czynnik czasu, czyli moment od zachorowania, w którym dokonuje się oceny zespołu objawów. W analizie i ocenie zaburzeń językowych u chorych po uszkodzeniach mózgu, należy również brać pod uwagę charakterystykę społeczną pacjenta – jego płeć, wiek, wykształcenie czy środowisko, w jakim przebywa [Panasiuk, 2013: 153].

„Dynamika zaburzeń afatycznych, wynikająca między innymi z przebiegu choroby, możliwości kompensacyjnych mózgu, mechanizmów przystosowawczych pacjentów z afazją, działań rehabilitacyjnych oraz stanu klinicznego pacjenta i jego samopoczucia, nasuwa konieczność spojrzenia na afazję w aspekcie diachronicznym i przeprowadzania diagnozy logopedycznej wielokrotnie (wstępnej, kontrolnych i końcowej), co może pociągać za sobą konieczność weryfikacji wcześniejszych stanowisk prognostycznych i strategii terapeutycznych" [Panasiuk, 2012: 263-264].

Z uwagi na scharakteryzowaną powyżej zmienną postać zaburzeń neurologicznych i ich objawów diagnostyka afazji, zwłaszcza we wczesnym okresie zachorowania i zdrowienia, jest zdeterminowana przez wiele czynników dodatkowych, takich jak choćby występowanie objawów neurodynamicznych: zaburzenia świadomości, problemy emocjonalne, obniżony nastrój, spadek napędu, wzmożona męczliwość, wzmożona senność, apatia, pobudzenie psychoruchowe. Są to zmienne, które utrudniają lub czasem wręcz uniemożliwiają postawienie diagnozy logopedycznej. Jak wskazuje J. Panasiuk, interwencje logopedyczne w związku z tym w tym okresie powinny polegać na ocenie sprawności rozumienia i mówienia, a także pobudzaniu pacjenta do podejmowania interakcji werbalnych.

Istotnym źródłem danych o dynamicznym przebiegu afazji jest praktyka logopedyczna. Logopeda pracujący z pacjentem ma możliwość obserwacji chorego i weryfikacji oceny pod kątem spojrzenia na to, które z objawów odznaczają się względną trwałością i są najpoważniejszym skutkiem uszkodzenia mózgu, a które podlegają zmianom i są wtórną konsekwencją uszkodzenia określonej okolicy [Panasiuk, 2013: 153]. J. Panasiuk podkreśla, że trafne rozpoznanie pierwotnych i wtórnych objawów zaburzeń mowy u poszczególnych pacjentów jest warunkiem ustalenia skutecznego programu terapii logopedycznej.

Jak zauważa J. Panasiuk [2012: 48], stan sprawności językowych chorego należy interpretować w kontekście zmiennych klinicznych, medycznych, społecznych, środowiskowych, a wszystkie te czynniki ujmować dynamicznie w perspektywie mechanizmów neuroplastyczności.

Podsumowanie

Test FAST pozwala na monitorowanie dynamiki zachodzących zmian w obrazie afatycznych zaburzeń mowy, występujących u chorych w ostrej fazie udaru mózgu. Zastosowanie *Testu FAST* i możliwość wykazania ilościowych zmian pozwala na uchwycenie przebiegu afazji i stanowi czytelne udokumentowanie tego procesu. Na podstawie powyższych badań można wnioskować o zachodzącej dynamice w odniesieniu do poszczególnych badanych funkcji, co z kolei

umożliwia odnotowanie istotnych spostrzeżeń w ramach prowadzonej dokumentacji pacjentów. Takie oddziaływania diagnostyczne, świadomie i celowo podejmowane, a także właściwie zorganizowane w krótkim czasie pobytu na oddziałach leczenia udaru mózgu wspomagają wybór strategii oddziaływań terapeutycznych i zwiększają szansę chorego na odzyskanie utraconych funkcji. Stanowią podstawę pierwszych interwencji logopedycznych i stymulacji pacjenta do podejmowania współpracy zadaniowej.

Wykonywanie czasochłonnych badań całościowych jest często niemożliwe, wykonane w kilku podejściach nie pokazują pełnego obrazu chorego w danym momencie, a biorąc pod uwagę zmienność objawów, nie są w stanie dać badającemu pełnego obrazu objawów chorego i oddać dynamiki zmian, ograniczają bądź uniemożliwiają tym samym wybór właściwych strategii oddziaływań terapeutycznych.

Test FAST ze względu na swoją prostotę i powtarzalność pozwala na poznanie możliwości komunikacyjnych chorego, wstępne ustalenie programu terapii, wybór strategii terapii w fazie ostrej udaru, a także umożliwia obserwację dynamiki zmian. Jeśli stan pacjenta pozwala na dokonanie dodatkowych prób uzupełniających diagnozę, można ich dokonać korzystając z badań całościowych lub wybranych prób, np. *Zeszytów Łuckiego*, *Testu Szumskiej*, *Bostońskiego testu do oceny afazji* (BDAE) czy *Bostońskiego testu nazywania*.

Afazja w ostrej fazie udaru ewoluuje – nie tylko od głębszej postaci do lżejszej, lecz również od jednego rodzaju do drugiego – obraz neurologiczny zatem trudności językowych u pacjentów jest zmienny, a co za tym idzie jego ocena logopedyczna powinna podlegać weryfikacji, a tym samym modyfikacji podlegać procedury postępowania terapeutycznego.

Przedstawione badania pokazują, że nie można poprzestać na jednorazowej ocenie pacjenta w ostrej fazie udaru mózgu, ponieważ występująca dynamika objawów weryfikuje i często zmienia diagnozę wyjściową. Błędem jest formułowanie opinii po jednorazowym badaniu. W fazie ostrej udaru mózgu nie można zbadać pacjenta tylko jeden raz i odpowiedzialnie opisać zaburzenia jego mowy oraz stopień ich nasilenia.

LITERATURA CYTOWANA

Bitniok M., 2007, *Dysfunkcje mózgu a komunikacja językowa*, Bielsko Biała.

Fiszer U., Michałowska M. (red.), 2010, *Podstawy neurologii*, Poznań.

Maruszewski M., 1966, Afazja. Zagadnienia teorii i terapii, Warszawa.

Panasiuk J., 2012, *Diagnoza logopedyczna w przebiegu chorób neurologicznych u osób dorosłych*, [w:] Czaplewska E., Milewski S. (red.), *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*, Sopot.

Panasiuk J., 2013, *Afazja a interakcja. TEKST – metaTEKST, konTEKST*, Lublin.
Panasiuk J., 2014, *Terapia zaburzeń mowy u chorych neurologicznie a mechanizmy neuroplastyczności*, „Nowa Logopedia", Kraków, t. 5.
Pąchalska M., 2005, *Neuropsychologiczna diagnostyka afazji*, [w:] Gałkowski T., Szeląg E., Jastrzębowska G. (red.), *Podstawy neurologopedii*, Opole.
Pąchalska M., 2011, *Afazjologia*, Warszawa.
Puchowska-Florek M., Książkiewicz B., Nowaczewska M., 2005, *Ocena przydatności wybranych skal i testów do oceny afazji u pacjentów w ostrym okresie udaru mózgu*, „Udar Mózgu", t. 7, nr 2.
Ryglewicz D., Milewska D., 2010, *Epidemiologia udaru mózgu*, [w:] Mazur R., Książkiewicz B., Nyka W. M. (red.), *Udar mózgu w praktyce lekarskiej*, Gdańsk.
Świerkowska-Miastkowska M., Kozera G., Gąsecki D., 2006, *Pierwsze objawy udaru mózgu*, [w:] Siebert J., Nyka W. (red.), *Udar mózgu. Postępowanie diagnostyczne i terapia w ostrym okresie udaru*, Gdańsk.
Troszczyńska-Nakonieczna W. i in., 2008, *Kompleksowa rehabilitacja we wczesnej fazie udaru mózgu na oddziałach udarowych – Stoke Unit – na przykładzie afazji*, [w:] Porayski-Pomsta J. (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii*, Warszawa.

Implementation of *FAST Test* in Diagnostics and Monitoring of the Process of Aphasia in the Acute Phase of Stroke (based on the author's own research)

Summary: The article focuses on selected problems connected with the issue of diagnosing and monitoring the course of aphasia in the acute phase of stroke. The work contains partial results and conclusions from a broader research on this subject conducted by the author. The article presents a strategy of choosing diagnostic tools, as well as the course and outcomes of speech therapy conducted with the use of the *FAST Test* on 20 patients in the acute phase of stroke. The research have been carried out during hospitalization at a Stroke Unit. Conclusions point to the instability of symptoms of aphasia in the acute phase of stroke. The author points to the possibility of appearance of multiple factors, that may have an influence on the observed changeability of symptoms, and which, in an crucial way, may determine the form of the aphasia in the acute phase of stroke. Conclusions drawn from the research point to the necessity of taking into consideration a more complex problem and a wide range of factors in the process of diagnosis and neurological speech therapy of aphasia in the acute stage of stroke. The language difficulties among neurological patients are highly changeable, therefore they should be subject to speech therapy evaluation, which in consequence leads to the necessity of modifying the therapeutic procedures.

Keywords: stroke, aphasia, neurologopedic diagnosis, course of aphasia in acute stage of stroke

III. PROFILAKTYKA LOGOPEDYCZNA I WSPOMAGANIE ROZWOJU FUNKCJI MOWY

ALINA GROMADKA
(Uniwersytet Warszawski)

IDEA WCZESNEJ PROFILAKTYKI I TERAPII LOGOPEDYCZNEJ A WSKAŹNIKI ZABURZEŃ ZE SPEKTRUM AUTYZMU

STRESZCZENIE: Artykuł przedstawia możliwości diagnozowania dzieci w okresie niemowlęcym i wczesnodziecięcym ryzyka ASD (*Autism Spectrum Disorder*) oraz wczesnej profilaktyki logopedycznej jako niezbędnego elementu przy tworzeniu programu terapeutycznego. Idea wczesnej profilaktyki logopedycznej dzieci z grupy ryzyka ASD opiera sie na prognozowaniu funkcjonowania społecznego dziecka. Poziom umiejętności komunikacyjnych dziecka wyznacza kierunek terapii logopedycznej. Należy w szczególny sposób analizować objawy, które mogą być wspólne dla wielu zaburzeń i ocenić, czy świadczą one o patologii, czy nie. Indywidualny program terapii logopedycznej dla dzieci z grupy ryzyka wystąpienia ASD nie może być oparty na tradycyjnym oddziaływaniu logopedycznym. Taka forma terapii jest nieskuteczna. Podstawą terapii powinna być funkcjonalność mowy oparta na kluczowych umiejętnościach dziecka.

SŁOWA KLUCZOWE: ontogeneza rozwoju mowy i języka, wczesna profilaktyka logopedyczna, stymulacja językowa, wczesna interwencja, wczesne objawy ASD, wskaźniki ASD

Wprowadzenie

Idea wczesnej profilaktyki logopedycznej dzieci z grupy ryzyka wystąpienia ASD (ang. *Autism Spectrum Disorder*) opiera się na prognozowaniu funkcjonowania społecznego dziecka. Stąd też poziom umiejętności komunikacyjnej dziecka wyznacza odpowiedni kierunek terapii logopedycznej. Należy w szczególny sposób zanalizować objawy, które mogą być wspólne dla wielu zaburzeń i określić, czy świadczą one o patologii, czy jeszcze nie.

Prawidłowa diagnostyka i terapia logopedyczna powinna opierać się na znajomości procesów związanych z ontogenezą języka. Umożliwienie dziecku jak najwcześniejszej interwencji terapeutycznej pozwoli zminimalizować stopień jego ewentualnej niepełnosprawności. Jak wynika z danych prezentowanych przez Fundację Synapsis, w 2015 roku w Polsce miało się urodzić ok. 400 000 dzieci, z czego ok. 15 000 miało się znaleźć w grupie ryzyka, a ok. 1500 z nich uzyska

diagnozę autyzmu[1]. Jeżeli nadal specjaliści będą bagatelizować osiowe objawy ASD (związane z komunikacją werbalną i niewerbalną), to szansa na samodzielne życie dziecka będzie coraz mniejsza.

Indywidualny program tearpii logopedycznej dla dzieci z grupy ryzyka wystąpienia ASD nie może opierać się na tradycyjnym oddziaływaniu logopedycznym. Taka forma terapii jest bowiem nieskuteczna. Podstawą prawidłowej terapii powinna być funkcjonalność mowy oparta na kluczowych umiejętnościach dziecka.

Podstawowym elementem pracy terapeutycznej jest włączenie w nią rodziców. Rodzina jest fundamentalnym modelem w naturalnej i społecznej komunikacji dziecka. Wyniki przeprowadzonych dotychczas badań własnych wkazują, że głównym problemem rodziców i przeszkodą w pracy z dzieckiem z grupy ryzyka wystąpienia ASD, jest brak odpowiedniego instruktażu i znajomości tematu wśród specjalistów. Świadomość społeczna i ustawiczne podnoszenie kwalifikacji przez specjalistów warunkują zmianę perspektywy myślenia o konieczności jak najwcześniejszych badań przesiewowych.

Narzędziem wykorzystywanym w badaniu przesiewowym małych dzieci (od 16 do 30 miesiąca życia) w odniesieniu do ASD może być M-CHAT-R/F (ang. *The Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up*) [Robins, Fein, Barton 2009]. W ramach programu wczesnego wykrywania autyzm prowadzonego przez Fundację Synapsis na grunt Polski wprowadzony został kwestionariusz M-CHAT-R. Maksymalizacja czułości tego narzędzia pozwala wskazać jak największą liczbę przypadków ASD, co prowadzi do wysokiego współczynnika fałszywych wyników dodatnich.

Zatem diagnoza ASD nie potwierdzi się u wszystkich dzieci z grupy ryzyka, stąd opracowany został arkusz kontynuacji oceny M-CHAT-R/F. Należy mieć na uwadze fakt, że duża grupa dzieci, która znalazła się w grupie ryzyka na podstawie M-CHAT-R, nie będzie miała diagnozy ASD. Jednak narzędzie to pozwala wyodrębnić grupę wysokiego ryzyka innych zaburzeń rozwojowych wraz z zaburzeniami ze spektrum autyzmu.

Wczesne wskaźniki ASD

Wczesne wskaźniki alarmowe obejmują: brak wskazywania, gaworzenia oraz gestów do 12 miesiąca życia; brak wypowiadania słów do 16 miesiąca życia, brak wypowiadania zdań do 24 miesiąca życia (wg Amerykańskiej Akademii Neurologii).

[1] Brak danych, czy prognoza ta w pełni się sprawdziła.

Badania potwierdzające wczesne objawy autyzmu [Sigman, Dijamco, Gratier, Rozaga 2004; Volkmar, Chawarska, Klin 2005; Pisula 2012] obejmują:
- brak reakcji na własne imię,
- ograniczony kontakt wzrokowy,
- ograniczona mimika twarzy i sporadyczny uśmiech w sytuacjach społecznych,
- małe zdolności naśladowcze,
- uboga wokalizacja,
- kłopoty z tworzeniem wspólnego pola uwagi i okazywaniem przywiązania,
- brak emocjonalnej więzi z innymi osobami,
- wybiórcze zainteresowanie bodźcami społecznymi.

Brak reakcji dziecka na własne imię to według wielu badaczy szczególny sygnał autyzmu [m.in. Baranek 1999; Werner, Dawson, Osterling, Dinno 2000; Pisula 2012; Minczakiewicz, Błeszyński 2012].

Zaburzenia wczesnych etapów kształtowania się mowy dotyczą komunikacji intencjonalnej i umiejętności posługiwania się symbolami – gestami, słowami oraz – w zabawie – przedmiotami symbolizującymi zupełnie inne obiekty, co warunkuje dalszy rozwój językowy [Noens, van Berckelaer-Onnes 2004; Pisula 2012]. Wczesna profilaktyka logopedyczna i stymulacja językowa dzieci z grupy ryzyka wystąpienia ASD powinna zostać skorelowana z programem terapeutycznym wczesnej interwencji. Przez wczesną stymulację językową należy rozumieć terapię neurologopedyczną małego dziecka, które nie wykazuje postępu w rozwoju mowy werbalnej i niewerbalnej. Zaburzenia komunikowania mają już miejsce w procesie prewerbalnego etapu rozwoju mowy i obejmują wokalizowanie i wskazywanie [Pisula 2012].

Mowa jest decydujący narzędziem, dzięki któremu dziecko bezpośrednio uczestniczy w społeczeństwie. Zadaniem wczesnej profilaktyki logopedycznej i stymulacji językowej jest efektywna terapia dzieci, które znajdują się w obszarze ryzyka nierozwinięcia się mowy w okresie przedwerbalnym. Nakłada to na terapeutów mowy konieczność odpowiedniego przygotowania się merytorycznego i wysokiego poziomu wiarygodności [Rogers i wsp. 2006].

Okres przedwerbalny małego dziecka w normie rozwojowej charakteryzuje się komunikacją za pomocą gestów i innych reakcji niewerbalnych [Acredolo, Goodwyn 1990; Lasota 2010]. W prawidłowym rozwoju językowym dziecka ta zamierzona komunikacja niewerbalna wyprzedza rozwój mowy i staje się dla niej podstawą. Zatem w procesie terapeutycznym stymulacji językowej dziecka z grupy ryzyka ASD, konieczne jest uwzględnienie wzajemnych relacji procesów nabywania mowy [Bogacz 2012].

Badania nad rozwojem językowym dzieci z autyzmem wyraźnie podkreślają brak lub rzadkie wykorzystanie niewerbalnych sposobów porozumiewania się, takich jak kontakt wzrokowy i konwencjonalne gesty [Stone i in. 1997;

Wetherby, Prizant, Hutchinson 1998; za: Pisula 2010]. Badacze podnoszą również wagę tworzenia wspólnego pola uwagi i jego wpływu na przebieg rozwoju językowego dzieci z autyzmem [Murray, Creaghead, Manning-Courtney, Shear, Bean i in. 2008; za: Pisula 2012]. Kluczowe zatem w rozwoju dziecka staje się tworzenie wspólnego pola uwagi pojawiającego się ok. 9-15 miesiąca życia [Jagielska 2012]. Stanowi to kamień milowy w rozwoju naśladowania i komunikowania się. Dziecko w normie rozwojowej ok. 8 miesiąca życia zaczyna kierować wzrok w tę samą stronę, w którą patrzy opiekun. Około 10-12 miesiąca życia patrzy tam, gdzie rodzic wskazuje palcem, następnie patrzy na reakcję rodzica i, oczekując komentarza, wyraża swoje emocje, np. wykorzystując mimikę [Jagielska 2012; Lasota 2010].

Idea wczesnej profilaktyki i stymulacji językowej dziecka z grupy ryzyka wystąpienia autyzmu opiera się na jak najszybszym wychwyceniu pierwszych wskaźników werbalnych i niewerbalnych tego zaburzenia. Wczesna interwencja w zaburzonym obszarze komunikacyjnym (werbalnym i niewerbalnym) pozwoli szybciej skompensować podstawowe deficyty z tego zakresu, wykorzystując dużą plastyczność mózgu w tym okresie życia. Czynnikiem, który niewątpliwie przyczynia się do podniesienia efektywności terapii jest wiek dziecka. Badania prowadzone w tym zakresie informują o pojedynczych wskaźnikach, m.in. dla autyzmu, które można zarejestrować około 12-15 miesiąca życia; pierwsze wskaźniki występują już między 3 a 6 miesiącem życia [Ozonoff 2010; za: Markiewicz 2012].

Ograniczona ekspresja i interakcja komunikacyjna oraz – w głównej mierze – brak kierowania wzroku na usta opiekuna, poczas próby nawiązania z dzieckiem kontaktu werbalnego, to najczęściej wymieniane znaczące predykatory dla autyzmu [Young i in. 2009; Markiewicz 2013]. Znaczne ograniczenie możliwości językowych w autyzmie jest powszechnie rozumiane jako zaburzenia rozwoju, wyrastające z kilku możliwych mechanizmów, m.in. wcześniejszego osłabionego mechanizmu komunikacji w okresie przedjęzykowym [Rogers i in. 2006]. Potwierdza to długa seria badań, zaczynając od pracy Wetherby i Prutting'a [1984] oraz Sigman, Mundy, Ungerer, Sherman [1986], wspierana przez dużą liczbę badaczy i teoretyków [Carpenter, Tomasello 2000; Stone, Ousley, Yoder, Hogan, Hepburn 1997; Wetherby, Prizant, Schuler 2000; za: Rogers i in. 2006].

Wczesna interwencja

Ważnym i zasadnym podejściem w terapii mowy małego dziecka z grupy ryzyka ASD jest rozwojowe podejście do terapii języka [Rogers i in. 2006] właściwie opisane przez Prizanta i jego współpracowników [Prizant, Wetherby, Rydell 2000; za: Rogers i in. 2006]. Podejściem, które realizuje to założenie,

jest ESDM (ang. *Early Start Denver Model*). ESDM jest metodą wczesnej interwencji terapeutycznej przeznaczoną dla dzieci z ASD w wieku od 12 do 60 miesiąca życia. Terapia mowy w ESDM opiera się na założeniach wywodzących się z nauki o rozwoju językowym a nie z analizy zachowania [Rogers, Dawson 2015]. Jak piszą Rogers i Dawson [2015], w: *ESDM przyjmuje się, że komunikacja za pomocą mowy rozwija się na podstawie niewerbalnych zachowań społeczno-komunikacyjnych, a także w wyniku rozwoju słuchu fonematycznego* [Bruner 1975; Bates, Dick 2002; Fergus, Menn, Stoel-Gammon 1992; Tomasello 1992].

Istotnym elementem w terapii mowy dziecka z grupy ryzyka ASD jest praca rodziców z dzieckiem na terenie domu. Ich aktywny udział w procesie terapeutycznym podnosi jego skuteczność. Triada dziecko – rodzice – terapeuta to nowoczesny wzór optymalnej terapii. Należy zatem podkreślić, że dopiero zintegrowana i całościowa terapia zasadniczo wpływa na efekty pracy z dzieckiem [Pietras, Witusik 2010]. Proces terapeutyczny wymaga więc aktywnego uczestnictwa całej rodziny – całego systemu rodzinnego. Terapię autyzmu w takim ujęciu należy rozumieć systemowo [Minshawi 2008]. Autyzm pośrednio dotyka całą rodzinę i jej wzajemne relacje i problemy oddziałują na dziecko z autyzmem [Bobkowicz-Lewartowska 2000]. Wagę systemowego podejścia podkreśla także Frankl [1998] i takie spojrzenie na realizowanie procesu terapeutycznego ukazuje egzystencję całej rodziny [Cieszyńska, Korendo 2007].

Stymulacja językowa i terapia logopedyczna małego dziecka (do 2 roku życia) z grupy wystąpienia autyzmu bez wątpienia koreluje z komunikatami werbalnymi w zabawie. Z końcem 1 roku życia niepokojącym sygnałem w rozwoju małego dziecka jest brak zabaw związanych z naśladowaniem (np. zabawa w *a kuku* czy robienie *pa-pa*), później brak zabaw na niby – związanych z udawaniem i użyciem przedmiotów w symboliczny sposób [Jagielska 2012]. Według Bates, Bretherton, Snyder, Shore, Volterr [1980] wyraźny postęp w rozwoju językowym dziecka związany jest z zabawą symboliczną.

Zaburzenie rozwoju mowy u małego dziecka wpływa na formę i charakter jego zabawy. Z reguły jest ona chaotyczna, nieukierunkowana, opierająca się na bodźcach głównie wizualnych [Bogacz 2012]. Jak pisze A. Lasota [2012], to dzięki zabawom naśladującym czynności dorosłych małe dzieci stają się, dzięki rozwijaniu umiejętności społecznych, bardziej kompetentne w procesie komunikowania się z innymi. Współczesne badania potwierdzają u dzieci z autyzmem korealcję zdolności naśladowczych i wczesnych umiejętności językowych [Charman i in. 2000, 2003). Przeprowadzenie diagnozy umiejętności naśladowania, według J. Cieszyńskiej [2011], określa typowe autystyczne objawy.

Stymulacja językowa

Stymulacja językowa dzieci z grupy ryzyka autyzmu powinna zatem opierać się na zabawach naśladowczych, których brak u dzieci z autyzmem. Zdolność do na śladowania wyrazów twarzy, potem gestów i ruchów jest niezbędna w interakcji z innymi osobami [Kielar-Turska, Białecka-Pikul 2000; Lasota 2012]. J. Cieszyńska [2011] przedstawia propozycję badania poziomu zabawy, naśladownictwa, rozumienia i użycia języka wraz z konkretnymi sugestiami dotyczącymi obserwacji dziecka podczas badania [Cieszyńska 2011].

Stymulacja językowa dzieci z grupy ryzyka wystąpienia autyzmu powinna opierać się na optymalnym dla danego dziecka modelu, uwzględniając jego możliwości rozwojowe.

Wczesna stymulacja językowa dzieci z grupy ryzyka autyzmu powinna mieć jasną strukturę, uporządkowane podejście, zaplanowane i regularne sesje terapeutyczne. Ta swoista w terapii struktura stymulacji językowej pozwoli zobaczyć dziecku z autyzmem rzeczy w konkretnym porządku, zanim nauczy się ich znaczeń [Schenk, Hellingman, Berckelaer-Onnes, Stegehuis 1990]. Celem terapii logopedycznej dziecka z autyzmem *jest zatrzymanie lub złagodzenie procesu patologizacji, niedopuszczenie do uruchomienia ciągu negatywnych sprzężeń zwrotnych oraz stworzenie możliwych dróg rozwoju* [Kościelska 2000; za: Talarowska i wsp. 2010].

Zasadniczą kwestią w terapii stymulacji językowej małych dzieci z grupy ryzyka autyzmu jest odnoszenie się do prymarnych umiejętności. Planowanie terapii bezwzględnie musi opierać się na wieku umysłowym dziecka, a nie na jego wieku biologicznym [Cieszyńska, Korendo 2007].

Rola zabawy, o której była już mowa w tym artykule, powinna być fundamentem, na którym opiera się program wczesnej stymulacji językowej u małych dzieci z grupy ryzyka ASD. Zabawa bowiem jest podstawową formą aktywności małych dzieci [Piszczek 2013]. Ważną kwestią podniesioną przez M. Piszczek są najczęściej popełniane błędy w terapii wczesnego wspomagania nie tylko językowego. Autorka zwraca uwagę na konieczność określenia przez diagnostę strefy najbliższego rozwoju dziecka, na podstawie której wyznacza się potencjał rozwojowy dziecka i pozwala na selekcję odpowiednich metod stymulacji.

Tak rozumiana terapia stymulacji językowej małych dzieci z grupy ryzyka autyzmu powinna być ukierunkowana na funkcjonalny aspekt mowy i interakcję społeczną. Zgodnie z teorią interakcji społecznych jej zwolennicy [np. Bruner 1985; Gleason, Hay, Cain 1989; Farrar 1990; Snow 1981], jak wykazują w swej pracy Berko Glason i Bernstein Ratner [2005], traktują język jako przejaw zachowań komunikacyjnych, które rozwijają się poprzez interakcję z innymi osobami.

Podejście interakcyjno-społeczne na plan pierwszy wysuwa interakcję, która jest warunkiem *sine qua non* nabywania języka przez dziecko i kładzie nacisk na funkcjonalne cechy języka. Czynnikiem różnicującym, jak podaje K. Markiewicz [2012], szczególnie we wczesnej diagnozie, *może być ogólna gotowość dziecka do nawiązania i/lub podtrzymywania interakcji z innymi osobami, szczególnie z najbliższymi* [Lord i in. 2005; Merin i in. 2007; Ozonoff 2010; Weismer i in. 2010; za: Markiewicz 2012]. Autorka wiąże ten czynnik jako dyferentny między rozwojem językowym dla spektrum autystycznego i semantyczno-pragmatycznego.

Należy zatem przyjąć, że niezwykle istotnym i niezbędnym czynnikiem warunkującym prawidłowy rozwój mowy i zabawy dziecka jest jego świadoma stymulacja przez otoczenie, interakcja społeczna wzmacnia bowiem stymulację językową małego dziecka. Ważnym i zasadniczym podejściem w terapii jest uświadomienie rodziców, że właśnie dzięki zabawie dziecko uczy się intuicyjnie rozumieć [Bauer 2006] i proces ten może przebiegać bez umiejętności językowych. Ale jak pisze Bauer, aby język miał szansę się rozwinąć, to właśnie intuicyjne rozumienie jest podstawą jego rozwoju [za: Cieszyńska, Korendo 2007].

BIBLIOGRAFIA

Acredolo L., Goodwyn S., 1990, *The significance of symbolic gesturing for understanding language development*, „Annals of Child Development", 7, s. 1-42, London: Jessica Kingsley Publishers.

Baranek G.T., 1999, *Autism during infancy: a retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9-12 months of age*, „Journal of Autism and Developmental Disorders", 29, s. 213-224.

Berko Gleason J., Bernstein Ratner N., 2005, *Przyswajanie języka*, [w:] Berko Gleason J., Bernstein Ratner N. (red.), *Psycholingwistyka*, GWP, Gdańsk, s. 375-438.

Berko Gleason J., Hay D., Cain L., 1989, *The social and affective determinants of language development*, [w:] Rice M., Schiefelbusch R. (red.), *The teachability of language*, Baltimore: Paul Brookes, s. 171-186.

Błachnio K., 2005, *Zarys interdyscyplinarnych podstaw nowoczesnej interwencji logopedycznej na obszarach pedagogiki specjalnej*, [w:] Młynarska M., Smereka T. (red.), *Logopedia. Teoria i praktyka*, Agencja Wydawnicza a linea, Wrocław, s. 524-530.

Błachnio K., 2011, *Wprowadzenie do zagadnień logopedii wieku rozwojowego*, Wydawnictwo „KMB-Druk", Gniezno.

Bobkowicz-Lewartowska L., 2000, *Autyzm dziecięcy zagadnienia diagnozy i terapii*, Impuls, Kraków.

Bruner J., 1985, *Child's talk: Learning to use language*, New York: Norton.

Carpenter M., Tomasello M., 2000, *Joint attention, cultural learning, and language acquisition: Implications for children with autism*, [w:] Wetherby A.M., Prizant B.M. (red.), *Autism spectrum disorders: A trasactional developmental perspective*, Baltimore: Brookes, s. 31-54.

Cieszyńska J., 2011, *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych. Metoda krakowska*, Wyd. Omega Stage Systems, Kraków.

Cieszyńska J., 2000, *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków.

Cieszyńska J., Korendo M., 2007, *Wczesna interwencja terapeutyczna*, Wydawnictwo Edukacyjne, Kraków.

Farrar M.J., 1990, *Discourse and the acquisition of grammatical morphemes*, „Journal of Child Language", 17, s. 607-624.

Frankl V.E., 1998, *Homo Patiens. Logoterapia i jej kliniczne zastosowanie. Pluralizm nauk a jedność człowieka. Człowiek wolny*, PAX, Warszawa.

Ingersoll B., Wainer, A., 2013, *Initial efficacy of Project ImPACT: A parent-mediated social communication intervention for young children with ASD*, „Journal of Autism and Developmental Disorder", 4, s. 243-295.

Jagielska G., 2012, *Objawy autyzmu dziecięcego*, [w:] Komender J., Jagielska G., Bryńska A., *Autyzm i zespół Aspergera*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 33-50.

Kościelska M., 2000, *Psychologia kliniczna dziecka*, [w:] Strelau J. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, GWP, Gdańsk, t. 3, s. 623-648.

Lasota A., 2010, *Świat gestów i symboli w komunikacji dziecięcej*, Impuls, Kraków.

Lasota A., 2012, *Jak małe dziecko poznaje rzeczywistość?*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.

Lord C., Wagner A. i in., 2005, *Challenges in Evaluating Psychosocial Interventions for Autiscic Spectrum Disorders*, „Journal of Autism and Developmental Disorders", 35(6), s. 695-711.

Markiewicz K., 2012, *Autystyczne spektrum zaburzeń a dysfunkcje semantyczno-pragmatyczne*, [w:] Winczura B. (red.), *Dzieci z zaburzeniami łączonymi*, Impuls, Kraków, s. 119-139.

M-CHAT-R/F (*The Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up*), Robins D., Fein D., Barton M., 2009.

Merin N., Young G.S., Ozonoff S., Rogers S., 2007, *Visual Fixation Patterns during Reciprocal Social Interaction Distinguish a Subgroup of 6 – Month-Old Infants At-Risk for Autism from Comparison Infants*, „Journal of Autism and Developmental Disorders", 37(1), s. 108-121.

Minczakiewicz E.M., 1994, *Z badań nad rozwojem mowy dzieci autystycznych*, [w:] Dykcik W. red., *Autyzm, kontrowersje i wyzwania*, Eruditus, Poznań, s. 91-106.

Minczakiewicz E.M., Błeszyński J.J., 2012, *Niepełnosprawność intelektualna jako zaburzenie współwystępujące*, [w:] Błeszyński J.J., Kaczorowska-Bray K. (red.), *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z niepełnosprawnością intelektualną*, Harmonia Universalis, Gdańsk, s. 32-39.

Minshawi N.F., 2008, *Behavioral assessment and treatment of self-injurious behavior in autism*, „Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America", 17, s. 875-886.

Murray D.S., Creaghead N.A., Manning-Courtney P., Shear P.K., Bean J., Prendeville J.A., 2008, *The relationship between joint attention and language in children with autism spectrum disorders*, „Focus on Autism and Other Develpomental Disabilities", 23, s. 5-14.

Noens I., van Berckelaer-Onne I., 2004, *Making sense in a fragmentary world: communication in people with autism and learning disability*, „Autism", 8, s. 197-218.

Ozonoff S., 2010, *Proceeding with Caution – the Importance of Negative Findings in the Science of Psychopathology*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry", 51(9), s. 965-966.

Pietras T., Witusik A., 2010, *Autyzm – pozycja nozologiczna, charakterystyka kliniczna i diagnoza*, [w:] Pietras T., Witusik A., Gałecki P. (red.), *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław, s. 13-29.

Pisula E., 2010, *Małe dziecko z autyzmem*, GWP, Sopot.

Pisula E., 2004, *Pomoc rodzicom autystycznych dzieci*, [w:] Gałkowski T., Kossewska J. (red.), *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków, s. 202-208.

Pisula E., 2012, *Od badań mózgu do praktyki psychologicznej. Autyzm*, GWP, Sopot.

Piszczek M., 2013, *Autyści jak odbierają i rozumieją świat. Kilka uwag o wychowaniu i terapii*, Kompendium, Warszawa.

Rogers S.J., Ozonoff S., 2006, *Behavioral, educational, and developmental tratmemnts for autism*, [w:] Moldin S.O., Rubenstein J.L.R. (red.), *Understanding autism: from basic neuroscience to treatment Boca Raton FL*, New York: Taylor & Francis Group, s. 443-473.

Rogers S.J., Dawson G., 2015, *Early Start Denver Model dla małych dzieci z autyzmem*, Fundacja „Rozwiązać Autyzm", Warszawa.

Rybakowski i wsp., 2014, *Zaburzenia ze spektrum autyzmu – epidemiologia, objawy, współzachorowalność i rozpoznawanie*, „Psychiatria Polska", 48(4), s. 653-665.

Schenk A., Hellingman C., Berckelaer-Onnes I., Stegehuis R., 2008, *Strategia postępowania z dziećmi z autyzmem*, Krajowe Towarzystwo Autyzmu, Kraków.

Sigman M., Dijamco A., Gratier M., Rozaga A., 2004, *Early detection of core deficits in autism*, „Ment. Retard. Dev. Disabil. Rev.", 10, s. 221-223.

Snow C.E., 1981, *Social interaction and language acquisition*, [w:] Dale P., Ingram D. (red.), *Child language: An international*, Baltimore: University Park Press, s. 195-214.

Stone W.L., Ousley O., Yoder P., Hogan K., Hepburn S., 1997, *Noverbal communication in 2- and 3-year-old children with autism*, „Journal of Autism and Developmental Disorders", 27, s. 677-696.

Talarowska M., Gałecki P., Florkowski A., Zboralski K., 2010, *Badania psychologiczne w autyzmie*, [w:] Pietras T., Witusik A., Gałecki A. (red.), *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław, s. 119-141.

Tomasselo M., 2002, *Kulturowe źródła ludzkiego poznania*, PIW, Warszawa.

Volkmar F., Chawarska K., Klin A., 2005, *Autism in infancy and early childhood*, „Annu. Rev. Psychol.", 56, s. 315-336.

Weismer E.S. i in., 2010, *Lexical and Grammatical Skills in Toddlers on the Autism Spectrum Compared to Late Talking Toddlers*, „Journal of Autism and Developmental Disorders", 41(8), s. 1065-1075.

Werner E., Dawson G., Osterling J., Dinno N., 2000, *Brief report: recognition of autism spectrum disorder before one year of age: a retrospective study based on home video-tapes*, „Journal of Autism and Developmental Disorders", 30, s. 157-162.

Wetherby A.M., Prizant B.M., Hutchinson T., 1998, *Communicative, social-affective, and symbolic profiles of young children with autism and pervasive developmental disorder*, „American Journal of Speech-Language Pathology", 7, s. 79-91.

Wetherby A.M., Prutting C.A., 1984, *Profiles of communicative and cognitive – social abilities in autistic children*, „Journal of Speech and Hearing Research", 27, s. 364--377.

Witusik A., 2010, *Autyzm wprowadzenie do metod terapeutycznych, doktryna terapii*, [w:] Pietras T., Witusik A., Gałecki A. (red.), *Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław, s. ...

Young G.S., Merin, N., Rogers S.J., Ozonoff S., 2009, *Gaze Behavior and Affect at 6 Months: Predicting Clinical Outcomes and Language Development in Typically Developing Infants and Infants at Risk for Autism*, „Developmental Science", 12(5), s. 798-814.

Zaleski T., 1992, *Opóźniony rozwój mowy u dzieci*, PZWL, Warszawa.

The Idea of Speech-Language Pathology Prevention and Therapy, and the Indicators of Disorders on the Autism Spectrum

Summary: The article presents possible ways of diagnosis of ASD (Autism Spectrum Disorder) in infants and children in early childhood and early speech-language pathology prevention as an indispensable element in a therapeutic program. The idea of the early speech-language pathology prevention in the cases of children who are in the ASD risk group is based on predictions of how a child will function in society. The child's level of communication skills determines the direction of speech-language pathology therapy. It is necessary to focus on the symptoms that are common for many types of disorders and assess if they imply a pathology or not. Individual program of speech-language pathology therapy for children who are in the ASD risk group cannot be based on the traditional procedures of speech-language pathology therapy. This form of therapy would not be effective. The basis for the therapy should be the functionality of speech resulting from essential skills of a child.

Keywords: ontogenesis of speech and language development, early speech-language pathology prevention, language stimulation, early intervention, early ASD symptoms, ASD indicators

IWONA SOŁTYS
(Uniwersytet Warszawski)

WPŁYW TYPU KARMIENIA NA ROZWÓJ WZORCÓW ARTYKULACYJNYCH. PRZECIWDZIAŁANIE ZABURZENIOM W WYPADKU KARMIENIA SZTUCZNEGO – ZADANIA LOGOPEDY

STRESZCZENIE: Artykuł poświęcony jest problemom z zakresu profilaktyki logopedycznej. Opisuje wpływ sposobu karmienia na rozwój motoryki artykulacyjnej u dzieci. Wskazuje plusy karmienia naturalnego na rozwój mowy i emocji, ale też kładzie nacisk na rolę działań logopedycznych wśród noworodków z tzw. grupy ryzyka karmionych butelką. Odwołując się do wyników najnowszych badań z pogranicza medycyny, psychologii i logopedii, próbuje odpowiedzieć na pytanie, w jakim kierunku powinna zmierzać dziś profilaktyka logopedyczna i jak popularyzacja wiedzy z jej zakresu może wpłynąć na kształtowanie postaw przyszłych rodziców.

SŁOWA KLUCZOWE: profilaktyka logopedyczna, karmienie naturalne, karmienie butelką, odruchy noworodkowe, rozwój mowy

Wprowadzenie

Profilaktyka logopedyczna jest jedną z najbardziej dynamicznie rozwijających się gałęzi logopedii. Zaobserwować można wzrost zainteresowania badawczego metodami związanymi ze wspomaganiem wczesnego rozwoju dziecka z nakierowaniem na stymulację obszaru ustno-twarzowego i rehabilitację funkcji motorycznych.

W artykule chciałabym zająć się jednym z problemów wchodzących w zakres profilaktyki logopedycznej, a mianowicie wpływie sposobu karmienia na rozwój mowy, szczególnie w aspekcie artykulacji. Moim celem jest ukazanie korzyści wynikających z karmienia naturalnego, ale też opisanie, co powinien zrobić rodzic we współpracy z logopedą, gdy karmienie piersią z różnych powodów nie może być podjęte lub kontynuowane.

Uwarunkowania biologiczne

Za początki rozwoju odruchów przełykania, szukania i ssania uznaje się okres prenatalny (10-12 tydzień życia płodowego. Okres przygotowania do podjęcia ssania piersi rozpoczyna się już między 18 a 24 tygodniem. Polega na próbie poruszania językiem do przodu i do tyłu. W tym czasie język wypełnia całą jamę ustną, więc bardziej zaawansowane formy aktywności są ograniczone. Odruch szukania pojawia się między 24 a 28 tygodniem życia płodowego. W reakcji na bodziec dotykowy dziecko odwraca głowę i otwiera usta. Dzięki temu mechanizmowi tuż po urodzeniu wyzwalany jest odruch ssania. Noworodek ściąga wargi i bierze do ust dotykający go przedmiot (pierś, butelkę, palec, fragment skóry matki). Za ostatnie stadium odruchu ssania uważa się reakcję na dotyk górnej części ust, który pobudza ruchy ssące (Goddard Blythe 2011). Ten wczesny okres życia płodowego uznaje się za najważniejszy dla kształtowania się odruchów z głównych punktów twarzy. Jednakże trzeba dodać, że ich kształtowanie trwa do końca ciąży, na co dowodem może być to, że przypadkach dzieci urodzonych przed 7 miesiącem życia płodowego reakcje odruchowe są słabe lub nie pojawiają się. Obecność odruchów twarzowych oraz ich jakość oceniana tuż po urodzeniu stanowi podstawę planowanych stymulacji (Stecko 2002).

Z wielu przeprowadzonych badań wynika, iż u źródeł wczesnych trudności z karmieniem noworodków leżeć może brak kontaktu ze skórą matki (*skin to skin*) tuż po narodzeniu (Chiu, Anderson 2009).

Udowodnione zostało, iż kontakt ze skórą matki jest naturalną potrzebą noworodka związaną ze stricte biologicznym, bardzo silnym odruchem szukania i ssania. Kluczowa staje się pierwsza godzina od urodzenia, w której trakcie to zachowanie staje się bardziej celowe i dojrzałe. Usta noworodka są w gotowości – szeroko otwarte i przygotowane na chwycenie brodawki. W tym samym czasie język znajduje się na dnie jamy ustnej i jest przygotowany do ssania. Proces uczenia się przez dziecko może trwać nawet powyżej 15 minut, kiedy to noworodek zazwyczaj masuje pierś chwytając ją dłońmi, co pobudza wzrost poziomu oksytocyny, wyzwalającej wypływ pokarmu u matki. Dziecko prawidłowo przystawione ma wywiniętą dolną wargę, górną odchyloną, jego czubek nosa i broda dotykają piersi (Łodykowska 2013).

Odent (1997) zauważył, że jeśli u dzieci umieszczonych w inkubatorze wysiłki związane z poszukiwaniem piersi w pierwszych godzinach życia nie zostaną nagrodzone i zaspokojone, czynność szukania wygasa. Jeśli więc w okresie krytycznym nie zostanie podjęte ssanie, dziecko najprawdopodobniej będzie miało kłopoty z przyjmowaniem pokarmów (stąd trudności tego rodzaju u dzieci urodzonych przedwcześnie lub w złej kondycji). Francuski badacz twierdzi, iż początki relacji z matką zakłócone przez działanie czynników patogennych mogą

trwale wpływać na stan zdrowia dziecka. Wśród chorób psychosomatycznych, które mają podłoże zaburzeń u samego początku okresu noworodkowego, wymienia m.in. chorobę wrzodową, wrzodziejące zapalenie jelita grubego i niedoczynność tarczycy.

Opisane przeze mnie wcześniej odruchy z obszaru twarzy nie są jedynymi ułatwiającymi noworodkowi proces ssania i pobierania pokarmu. Inne odruchy noworodkowe również mają ogromne znaczenie w karmieniu piersią. Niektóre z nich pozwalają dziecku przysunąć się do piersi, inne zaś pomagają chwycić ją i ssać mleko. Odruch kroczenia jest wykorzystywany do tego, by dziecko mogło poruszać się w kierunku piersi. Uruchomienie odruchów jest przede wszystkim związane ze stycznością ciała matki z przednią częścią podbródka, torsem, biodrami i stopami dziecka. Colson (Colson, Hawdon 2008) dowodzi, iż noworodki najlepiej ssą, gdy leżą na brzuchu. Pomaga im wtedy grawitacja.

Zdrowy noworodek reaguje na głos, zapach i twarz matki. Od pierwszych chwil rozpoznaje jej zapach, nawiązuje kontakt wzrokowy i odwraca się w kierunku, z którego dochodzi jej głos. Odnajduje pierś, wykorzystując m.in. zmysł węchu (Brazelton 2003). W razie oddalenia od matki pojawia się u dziecka specyficzny rodzaj krzyku (*separation distress call*), który jest reakcją na rozdzielenie z matką. Ten protest wyrażony gwałtownym i głośnym płaczem ma ją przywołać (Christensson, Cabrera, Christensson, Uvnäs-Moberg, Winberg 1995). Dziecko reaguje na pierś uspokojeniem, ssanie zaspokaja zarówno jego głód jak i potrzeby emocjonalne. Produkowana oksytocyna wycisza je, a inne wydzielane w tym czasie substancje wpływają na powstawanie silnej więzi. Wypracowanie tego typu bliskości przy karmieniu butelką nie jest niemożliwe, lecz wymaga wiele świadomego wysiłku oraz czasu (Mohrbaher, Kendall-Tackett 2012).

Karmienie piersią a rozwój mowy i emocji

Warto zaznaczyć, iż różnice w technice ssania piersi a picia z butelki prowadzą do różnic w dźwiękach wydawanych podczas jedzenia przez noworodki (*nursing songs*). Zrelaksowany noworodek wydaje ciche, gardłowe dźwięki, podobne do mruczenia. W zupełnie inny sposób działa na dziecko butelka – nie mająca zapachu matki, nie przypominająca w żadnym swym elemencie skóry (Newton 1971). Doświadczenia ścisłego kontaktu z matką mogą być pierwszymi prowadzącymi do harmonijnego rozwoju mowy. Dziecko ssąc pierś, pilnie obserwuje ruchy aparatu artykulacyjnego matki, kojarzy jej mowę z czymś kojącym, przyjemnym. Rozpoznawanie emocji matki oraz przyglądanie się jej gdy mówi, szepcze, gwiżdże lub śpiewa, są najlepszym treningiem logopedycznym dla niemowlęcia.

Dlatego w całym tym procesie dużą rolę odgrywa spokojna, rozluźniona postawa karmiącej matki, jej cichy głos, skupienie na dziecku i jego potrzebach. *Nursing songs* to pierwsze samodzielnie wydawane dźwięki zadowolenia, poprzedzające gaworzenie i głużenie, dlatego tak ważne jest, by nie zakłócać procesu ssania piersi pośpiechem, rozkojarzeniem i zdenerwowaniem. Stres hamuje zarówno proces laktacji, jak i działa niekorzystnie na niemowlę. Karmienie jest czasem wyjątkowej bliskości, wyciszenia i skupienia.

W społeczeństwach pierwotnych, w których dzieci pozostają w ścisłym kontakcie z matką poprzez noszenie w chuście, zaobserwować można szereg zjawisk związanych z sytuacją emocjonalną dziecka i matki. Są oni wzajemnie nastawieni na poszukiwanie kontaktu i odczytywanie swoich potrzeb. Dziecko noszone w chuście mniej płacze, a w wieku kilku miesięcy może wręcz samo decydować o tym, kiedy chce być karmione. Jest spokojniejsze, gdyż dąży do stworzenia sobie strefy komfortu. Stąd też moda na chusty, która przenika powoli na grunt europejski i amerykański, i stanowi filar filozofii rodzicielstwa bliskości (*attachment parenting*)[1].

Prawidłowe wzorce artykulacyjne – zadania logopedy

U dzieci karmionych naturalnie w trakcie ssania zaangażowanych jest kilkadziesiąt mięśni, dzieci karmione sztucznie nie doznają tego typu stymulacji. Ssanie smoczka odbywa się w bliższej odległości do przedniej części jamy ustnej. Występuje więc ucisk przedniego odcinka podniebienia. Może mieć to wpływ na dalszy jego rozwój (uformowanie wysoko wysklepionego podniebienia) (Goddard-Blythe 2011). Z kolei występujące podczas karmienia piersią intensywne ruchy warg, języka, podniebienia, żuchwy, szczęki i policzków przyczyniają się do rozwoju sprawności motorycznej dziecka. Praca szczęki w trakcie ssania dostarcza też czynników stymulujących wzrost stawu skroniowo-żuchwowego. Prowadzi to do harmonijnego dojrzewania obszaru twarzoczaszki.

Dzieci karmione piersią wkładają większy wysiłek w zdobycie mleka. Rytmiczny ucisk wykonywany przez noworodka sprzyja wzmocnieniu siły szczęki, a i drobnych mięśni uczestniczących później w artykulacji głosek. Używanie butelki oraz smoczków uspokajaczy stwarza zupełnie odmienne nawyki, które mogą mieć niekorzystny wpływ na motorykę artykulacyjną noworodka (Pires, Giugliani, da Silva 2012).

[1] Termin z dziedziny psychologii, którego autorem był amerykański pediatra William Sears. Rodzicielstwo bliskości nawiązuje do teorii przywiązania i zakłada, że silna więź emocjonalna dziecka z rodzicami rzutuje na jego przyszłość. Za nadrzędną uważa się więc rolę dotyku, bliskości fizycznej, karmienia naturalnego, wspólnego spania (cosleeping) i noszenia na ręku bądź w chuście (http://www.attachmentparenting.org/).

Dzieci karmione sztucznie oraz te karmione mlekiem matki podawanym w butelce należą do tzw. grupy ryzyka. Powinny być otoczone opieką pediatryczną oraz logopedyczną nie tylko ze względu na odmiennie właściwości odżywcze mleka modyfikowanego, lecz także dlatego, że mogą u nich pojawić się problemy związane z żuciem i gryzieniem, a co za tym idzie – obniżoną sprawnością artykulatorów. Karmienie butelką może spowodować inną pracę języka i w niektórych przypadkach wywołać jego trwałe ustawienie w nieprawidłowej pozycji spoczynkowej (język jest wtedy ułożony płasko, przy dolnym łuku zębowym). Jeśli zabraknie wczesnej pracy terapeutycznej, mięśnie przedsionka jamy ustnej w późniejszym okresie rozwoju mowy mogą stać się słabo kontrolowane, a dziecko może uszczelniać wargi w zbyt małym stopniu. W tym czasie ważne jest, by zaobserwować i obiektywnie ocenić mechanizm ssania dziecka, nie dopuścić do wygaszenia odruchów i nauczyć rodzica jak trzymać dziecko (co ma wpływ nie tylko na ssanie i mowę, ale też kształtowanie mięśni kręgosłupa).

Podczas dokarmiania często występują reakcje kompensacyjne np. cofanie języka, przestawianie go na boki, zbyt wąskie uchylanie warg. Taki stan rzeczy utrwalany miesiącami, a niekiedy latami (przedłużanie karmienia butelką do kilku lat nie jest przypadkiem odosobnionym) prowadzi do sytuacji, w której dziecko niełatwo przyjmuje proponowane przez rodzica czy terapeutę zmiany. Nie interesuje go poznawanie nowego smaku czy faktury jedzenia, jeżeli wymaga ono pogryzienia oraz przeżuwania. Rodzina wpada więc w pułapkę podawania pokarmów papkowatych – miksowanych zup lub gotowych dań w słoiczkach. Zaburzony zostaje mechanizm żucie – gryzienie – połykanie. Aparat mowny dziecka nie jest przygotowany do żucia, gdyż pamięć mięśniowa utrwaliła sobie niepoprawne wzorce i potrzeba wielu skoncentrowanych działań, by to zmienić.

Wywiad logopedyczny powinien więc, zaraz po pytaniach z okresu prenatalnego, być skoncentrowany na uzyskaniu jak największej liczby informacji na temat karmienia dziecka. Musimy mieć na względzie to, że dziecko zostało zbadane przez szereg specjalistów, a naszą rolą jest zebranie jak najobszerniejszych danych oraz złożenie ich w całość. Zadanie logopedy polega na holistycznym podejściu do badanego pacjenta. Ważne jest, by uzyskać te informacje, które dotyczą częstotliwości dokarmiania butelką czy stosowania nakładek laktacyjnych.

Wszystko to, zaburzając naturalny kontakt matki z dzieckiem wpływa również na jego aparat artykulacyjny. Zarówno personel medyczny, jak i położne pracujące z kobietami w szkołach rodzenia mają za zadanie promować karmienie piersią jako zwiększające szanse na prawidłowy rozwój mowy oraz harmonijny rozwój emocjonalno-społeczny. Jaka więc może być rola logopedy? Czy i kiedy logopeda powinien mówić o karmieniu piersią?

Według mnie, należałoby położyć większy nacisk na pokazanie młodym rodzicom u kogo mogą szukać profesjonalnej pomocy przy problemach z żywieniem dziecka. To logopeda powinien doradzać przy wybieraniu typu butelki czy smoczka tak, by zminimalizować zagrożenia płynące z ich używania. Korzystanie z butelek o szerokiej podstawie nie zaburzających mechanizmu ssania pozwala matkom np. na aktywne uczestniczenie w życiu zawodowym i kontynuację karmienia piersią. Specjalne dozowniki umożliwiają dziecku miarowe i spokojne oddychanie, podtrzymany zostaje odruch ssania. Nie wszyscy rodzice są w stanie całkowicie zrezygnować ze smoczków uspokajających, powinni więc dowiedzieć się, czym kierować się przy ich zakupie (symetryczny kształt, dynamiczna konstrukcja umożliwiająca przełykanie śliny oraz swobodne oddychanie). Typ smoczków dynamicznych służących do uspokajania a tworzonych przy współpracy z neurologopedami i ortodontami, uważa się za najmniej zagrażający rozwijającemu się zgryzowi. Warto też wspomnieć o możliwości dokarmiania za pomocą aparatu do uzupełniającego systemu żywienia (SNS) i wytłumaczyć zasady, na jakich działa.

Nie bez znaczenia jest również nauka prawidłowego ułożenia karmionego dziecka tak, by zapobiec łukowatemu wygięciu pleców czy osłabianiu mięśni warg.

Dostrzegam kilka możliwych kierunków działań profilaktyki logopedycznej. Jest to dziedzina rozwijająca się bardzo szybko, gdyż we współczesnej medycynie opieką i terapią obejmuje się coraz młodszych pacjentów. Szereg specjalistów już od pierwszych faz życia płodowego obserwuje rozwój dziecka oraz stara się przeciwdziałać nieprawidłowościom. Zadaniem logopedy jest zebranie obszernego wywiadu okołoporodowego oraz połączenie informacji od wszystkich lekarzy i terapeutów zajmujących się dzieckiem. To ważne, by nie skupiać się jedynie na rozwoju mowy i przeanalizować współistniejące trudności, które mogą rzutować na funkcjonowanie pacjenta.

Kluczowym czynnikiem staje się współpraca pediatry z logopedą. Rola lekarzy miałaby więc polegać na dostrzeganiu nieprawidłowości (już od okresu noworodkowego) i informowaniu rodziców o potrzebie odbycia konsultacji logopedycznej. Tylko działając wspólnie, mamy szansę na uzupełnianie spostrzeżeń o pacjencie i jego trudnościach.

Kolejnym ważnym działaniem logopedy jest przeprowadzenie instruktażu dotyczącego karmienia dziecka i ewentualne skorygowanie popełnianych przez opiekunów błędów. Instruktaż taki warto poszerzyć o wiadomości z zakresu żucia, połykania i gryzienia.

Inną ścieżką jest też rozpowszechnianie wiedzy poprzez np. współtworzenie programów edukacyjnych dla przyszłych rodziców. W trakcie tego typu spotkań rodzic mógłby dowiedzieć się więcej na temat karmienia i rozwoju mowy. W niektórych placówkach edukacyjnych oraz przychodniach czy szpitalach

realizowane są już takie działania. Powinniśmy zadbać o to, by pozytywne inicjatywy edukacyjno-terapeutyczne dotyczyły jak największej liczby polskich województw i by nie omijały mniejszych miejscowości. Profilaktyka logopedyczna XXI wieku miałaby tym samym szansę zajmować się kształtowaniem postaw przyszłych rodziców, a nie jedynie terapią powstałych już zaburzeń.

BIBLIOGRAFIA

Brazelton B., 2003, *Emocjonalny i fizyczny rozwój twojego dziecka przez pierwsze lata życia: punkty zwrotne*, Amber, Warszawa, s. 30-40.

Chiu S.H., Anderson G.C., 2009, *Effect of Early Skin-to-Skin Contact on Mother-Preterm Infant Interaction Through 18 Months. Randomized Controlled Trial*, „International Journal of Nursing Studies", September 46(9), s. 1168-1180.

Christensson K., Cabrera T., Christensson E., Uvnäs-Moberg K., Winberg J., 1995, *Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact*, „Acta Pediatrica", 84, s. 468-473.

Colson S., Meek J.H., Hawdon J.M., 2008, *Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding*, „Early Human Development", 84(7), s. 441-449.

Goddard Blythe S., 2011, *Jak osiągnąć sukcesy w nauce? Uwaga, równowaga i koordynacja*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Łodykowska E., Bieńkowska S., 2013, *Poradnik laktacyjny*, wyd. Szpitala Specjalistycznego im. Świętej Rodziny, Warszawa.

Masgutowa S., Regner A., 2009, *Rozwój mowy dziecka w świetle integracji sensomotorycznej*, Wydawnictwo Continuo, Wrocław.

Mohrbacher N., Kendall-Tackett K., 2012, *Karmienie piersią. Siedem naturalnych prawd*, Zysk i S-ka, Poznań.

Murkoff H., Maze S., 2013, *Pierwszy rok życia dziecka*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań.

Newton N., 1971, *The uniqueness of human milk. Psychological differences between breast and bottle feeding*, „The American Journal of Clinical Nutrition", 24(8), s. 993-1004.

Odent M., *Odrodzone narodziny*, 1997, Niezależna Oficyna Wydawnicza, Warszawa.

Pires S., Giugliani E.R.J., da Silva F.C., 2012, *Influence of the duration of breast-feeding on quality of muscle function during mastication inpreschoolers: a cohort study*, „BMC Public Health", 12, s. 934.

Stecko E., 2002, *Zaburzenia mowy dzieci – wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.

World Health Organization (WHO), 2013, *Long-term effects of breastfeeding: a systematic review*, Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO), 2009, *Infant and young children feeding. Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*, Geneva: World Health Organization.

http://ajcn.nutrition.org/content/24/8/993.full.pdf
http://www.biologicalnurturing.com/pages/downloadarticles.html
http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/934
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2818078/
http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1651-2227.1995.tb13676.x?r3_referer=wol

Influence of the Type of Breastfeeding on the Development of Articulation Patterns. Prevention of Disorders in the Case of the Artificial Breastfeeding – Tasks for Speech-Language Therapist

Summary: The article focuses on the problems in the field of prevention speech therapy. It was shown that each type of feeding (breastfeeding and bottle feeding) strongly affects orofacial growth and development. The paper describes associations between the use of bottles, pacifier and other sucking behaviors and speech disorders in children. Additionally, the role of the speech therapist in the neutralization of the influence of incorrect feeding habits among the new-born children is presented.

Keywords: speech-language pathology prevention, breast feeding, bottle feeding, reflexes of an infant, development of speech

MARCELINA PRZEŹDZIĘK
(Uniwersytet Warszawski)

WSPOMAGANIE KARMIENIA U DZIECKA Z MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM. PODSTAWOWE ZAGADNIENIA

STRESZCZENIE: W artykule autorka przedstawiła i omówiła podstawowe zagadnienia związane z przebiegiem procesu karmienia u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym. Wskazane zostały podstawowe czynniki utrudniające prawidłowy przebieg tego procesu, a także omówione zostały techniki wspomagające go. Celem artykułu jest zwrócenie uwagi czytelników na niejednokrotnie pomijane aspekty procesu karmienia i ich rolę w odniesieniu do terapii dzieci z mpd.

SŁOWA KLUCZOWE: mózgowe porażenie dziecięce, zaburzenia karmienia, zaburzenia połykania, terapia zaburzeń karmienia

Wprowadzenie

Mózgowe porażenie dziecięce (mpd) to grupa stałych (trwałych) zaburzeń ruchu i postawy, powodująca ograniczenia aktywności, związana z niepostępującymi nieprawidłowościami w rozwijającym się mózgu płodu lub niemowlęcia. Zaburzeniom motorycznym występującym w mpd często towarzyszą zaburzenia w pracy zmysłów, percepcji, zaburzenia zachowania, komunikacji, umysłowe, padaczka i wtórnie powstające deformacje układu szkieletowego [Bax, Goldstein, Rosenbaum i współautorzy 2005: 2]. U dużej grupy dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym obserwuje się zaburzenia karmienia, które mogą być przyczyną niedożywienia, odwodnienia i nawracających infekcji górnych i dolnych dróg oddechowych. W przypadku dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym możemy trudności z przyjmowaniem pokarmów rozpatrywać w dwóch aspektach: zaburzeń karmienia i zaburzeń połykania (dysfagii). Charakter owych zaburzeń i częstotliwość ich występowania są ściśle związane ze stopniem niepełnosprawności, ograniczeniami w zakresie motoryki dużej i małej, a także z dodatkowo współwystępującymi deficytami (zaburzeniami mowy, niepełnosprawnością intelektualną) [Arvedson, 2013: 2].

Pod pojęciem zaburzeń karmienia w niniejszym artykule rozpatrywać będziemy sytuacje, w których pobór pokarmu jest utrudniony, nieprawidłowy czy nawet

niemożliwy. Omówione zostaną czynniki zaburzające proces karmienia, a także objawy dysfagii. Zaproponowane zostaną strategie postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, tak by jak najlepiej proces karmienia wspomagać.

Czynniki zaburzające proces karmienia dzieci z mpd

Z definicji karmienie to przyjmowanie lub podawanie pokarmu. W odniesieniu do dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym należy zaznaczyć, że odpowiedzialność za przebieg procesu karmienia przede wszystkim spada na rodziców/opiekunów dziecka. Coraz większa wiedza neurofizjologiczna pokazuje nam, w jaki sposób możemy wpływać pozytywnie na rozwój dziecka z deficytem neurologicznym i jak poprawiać jego funkcjonowanie w trakcie codziennych czynności takich jak: czynności pielęgnacyjne (kąpiel, przewijanie, ubieranie) czy karmienie. Ważnym zatem jest, by dziecko objęte było specjalistyczną opieką rehabilitanta i neurologopedy, aby wspomagać jego rozwój. Pierwsze trudności z karmieniem obserwowane często są już w pierwszych miesiącach życia. Rodzice zgłaszają lekarzowi, że dziecko nie może efektywnie przystawić się do piersi, nie ma odruchu ssania, nie najada się, czas karmienia jest długi. Dziecko płacze, pręży się, zasypia przy jedzeniu. W przypadku, gdy u dziecka stwierdza się obciążenia w wywiadzie ciążowo-porodowym należy szczególnie owym problemom się przyjrzeć. Mogą one być objawami zaburzeń karmienia.

Patrząc całościowo na pacjentów z mpd, podstawowymi czynnikami utrudniającymi karmienie są zatem:

1. występujące zaburzeniami ruchu i postawy, nieprawidłowe napięcie mięśniowe
2. nieprawidłowe wzorce w zakresie funkcji fizjologicznych: oddychanie, ssanie, połykanie, gryzienie, żucie
3. zaburzenia połykania
4. zaburzenia sensoryczne – nadwrażliwość oralna
5. nieprawidłowości w budowie anatomicznej jamy ustnej

Zaburzenia ruchu i postawy

Nieprawidłowe napięcie mięśniowe wpływa znacząco na czas pojawiania się poszczególnych etapów rozwoju ruchowego u dzieci. Ze względu na deficyt neurologiczny dzieci z mpd często później lub w ogóle nie nabywają takich umiejętności jak samodzielnie siadanie, wstawanie, chodzenie. Szczególnie dotyczy to dzieci z najcięższą postacią mpd czyli tetraplegią. Dzieci te są zależne od pomocy dorosłego w zakresie wszystkich czynności dnia codziennego. Zaburzenia ruchu i postawy dotyczą występowania nieprawidłowych wzorców ruchowych:

zmieniony wzorzec chodu, nieprawidłowe wzorce ruchowe w obrębie kończyn górnych, niepełna kontrola głowy i tułowia. Dzieci często mają trudność z utrzymaniem prawidłowej pozycji głowy. Wymagają specjalistycznego sprzętu rehabilitacyjnego zabezpieczającego prawidłową pozycję siedzącą: wózek inwalidzki, specjalne siedziska i krzesełka rehabilitacyjne. Karmienie dziecka z mpd może przysparzać karmiącemu sporo obaw i trudności. Zaczynając od tego, że karmienie trwa za długo, kończąc na stresie, który towarzyszy i dziecku i karmiącemu opiekunowi. Obraz dziecka z mpd jest zależny od zdiagnozowanej postaci i stopnia niepełnosprawności. Każde z nich prezentować będzie inne wzorce postawy i ruchu, jak również stopień samodzielności w zakresie jedzenia. Najbardziej samodzielnie zdają się być dzieci z hemiplegią, najmniej z tetraplegią.

Nieprawidłowe wzorce w zakresie funkcji fizjologicznych i zaburzenia połykania

Dzieci z mpd mogą prezentować również nieprawidłowe wzorce w zakresie funkcji fizjologicznych. W związku z uszkodzeniem ośrodkowego i/lub obwodowego układu nerwowego od pierwszych miesięcy życia zaburzenia karmienia u naszych pacjentów mogą manifestować się poprzez wydłużenie czasu karmienia, zbyt małe przybieranie na wadze, opóźnione nabywanie kolejnych umiejętności w rozwoju karmienia/jedzenia, a także poprzez nawracające infekcje górnych i dolnych dróg oddechowych. U dzieci z mpd często diagnozuje się dysfagię neurogenną[1]. Problemem diagnozowania dysfagii zajmują się: radiolodzy, gastrolodzy, laryngolodzy, neurolodzy. Pierwsze jednak objawy obserwowane są przez terapeutów, w tym logopedów, pracujących z dziećmi. Nie bez znaczenia są tez oczywiście obserwacje rodziców i opiekunów dziecka. Nieprawidłowości mogą pojawić się w każdej z faz połykania: ustnej, gardłowej, przełykowej. Niepokojące objawy zostały wymienione w tabeli 1. Kontrola głowy i tułowia, a także stabilna pozycja siedząca są nam niezbędne do prawidłowego poboru pokarmy, a także jego obróbki.

W tym kontekście najczęściej obserwowanymi trudnościami u dzieci z mpd w zakresie fazy ustnej są:

1. ograniczone/niepełne domknięcie warg na łyżeczce czy kubku
2. ograniczona ruchomość języka, brak jego pionizacji, ruchów lateralnych
3. wzmożone napięcie mięśniowe w obrębie warg, języka i policzków
4. wygórowany odruch kąsania, występujący odruch wypychania
5. nadwrażliwość dotykowa w obrębie twarzy i wnętrza jamy ustnej
6. nadmierne ślinienie się
7. odroczony, pojawiający się z opóźnieniem odruch połykania

[1] Powstałą w wyniku uszkodzenia układu nerwowego [Litwin 2009: 3, s. 6].

Tabela 1.

Objawy mogące świadczyć o dysfagii neurogennej u dzieci z mpd
1. ograniczone/niepełne domknięcie warg na łyżeczce czy kubku, wypływanie pokarmu z ust 2. zaleganie pokarmu na języku (po połknięciu na języku znajdują się resztki pokarmu) 3. przetrzymywanie pokarmu w jamie ustnej, długi czas formowania kęsa pokarmowego 4. opóźnione pojawienie się odruchu połykania 5. połykanie małymi porcjami 6. krztuszenie się podczas jedzenia 7. kaszel, odchrząkiwanie po posiłku 8. połykanie z dużym wysiłkiem, napięciem mięśni szyi 9. przedostawanie się pokarmu do jamy nosowej z powodu niedostatecznego zamknięcia podniebienno-gardłowego 10. zaleganie resztek w zachyłkach gruszkowatych wskutek osłabienia ruchów krtani i pojawienie się chrypki po posiłku 11. aspiracja pokarmu do dróg oddechowych, która może być przyczyną zachłystowego zapalenia płuc 12. częste zapalenia płuc i/lub oskrzeli (nawracające infekcje górnych i/lub dolnych dróg oddechowych) 13. strach przed jedzeniem 14. utrata wagi 15. kaszel o nieznanej etiologii 16. gorączka o nieznanej etiologii

Opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu

Diagnoza różnicowa zaburzeń karmienia i zaburzenia połykania może przysparzać logopedzie sporo trudności. Niektóre bowiem objawy występują w obu zaburzeniach. Logopeda powinien posiadać wszechstronną wiedzę z zakresu neurofizjologii procesu karmienia, a także wiedzę dotyczącą prawidłowych, jak i patologicznych wzorców ruchu i postawy u dzieci. W procesie diagnostyczno-terapeutycznych zaburzeń karmienia dzieci z mpd zaleca się by uczestniczył zespół terapeutyczny złożony z: lekarza (neurologa, gastrologa, laryngologa), fizjoterapeuty, dietetyka i logopedy. Aby dokonać trafnej i pełnej diagnozy dysfagii niejednokrotnie niezbędne są badania: wywiad ukierunkowany na objaw dysfagii, badanie przedmiotowe z uwzględnieniem palpacji i rynofarygolaryngoskopii, badania specjalistyczne, konsultacje (laryngologiczna, gastroenterologiczna i neurologiczna). Do głównych specjalistycznych badań diagnostycznych zalicza się: rentgenografię i wideofluoroskopię, endoskopię przewodu pokarmowego,

ultrasonografię, manometrię, elektromiografię, scyntygrafię czy 24-godzinne monitorowanie pH. Niektóre przyczyny dysfagii neurogennej leczone są chirurgicznie lub farmakologicznie [Olszewski, Zielińska-Bliźniewska, Pietkiewicz 2011: 4]. Zadaniem logopedy jest przeprowadzenie dokładnej obserwacji sposobu karmienia dziecka i procesu obróbki kęsa pokarmowego.

Zaburzenia sensoryczne – nadwrażliwość oralna

Dzieci z mpd często prezentują zaburzenia sensoryczne, które mogą proces karmienia utrudniać. Chodzi tu o sytuacje, w których obserwujemy nadwrażliwość na dotyk w obrębie głowy, twarzy i jamy ustnej – tzw. nadwrażliwość oralną. Dotyk i wszelkie działania w tych obszarach mogą powodować niechęć dziecka do jedzenia. Dziecko może odwracać głowę od łyżeczki, odchylać ją, mocno zamykać usta, wypluwać jedzenie. Może również awersyjnie reagować na niektóre faktury pokarmów (grudki, większe kawałki, mieszane faktury – np. zupa z makaronem), smaki czy zapach. Dziecko podczas jedzenia prezentuje wówczas zachowania trudne: płacze, krzyczy, wygina się, próbuje odtrącić miskę z zupą czy łyżeczkę. Niewątpliwie każdy z takich objawów należy dokładnie przeanalizować. Przyczyn takiego zachowania podczas jedzenia może być kilka. Zaburzenia sensoryczne mogą być bowiem konsekwencją deficytów motorycznych w zakresie umiejętności radzenia sobie z obróbką kęsa pokarmowego. Dziecko, które nie może prawidłowo i dostatecznie rozdrobnić kęsa pokarmowego, by później go połknąć, może również odmawiać jedzenia. Każdy z nas nie lubi sytuacji bardzo trudnych, z którymi sobie nie radzi, i co ważniejsze nie zna sposobu by sobie z nimi poradzić. Nasi mali pacjenci ze względu na trudności motoryczne w obrębie pracy warg, języka, policzków czy podniebienia miękkiego niejednokrotnie nie potrafią kęsa pokarmowego prawidłowo odgryźć i żuć. Na nas terapeutach spoczywa zatem konieczność odnalezienia przyczyny trudności dziecka i sposobu poradzenia sobie z nimi.

Bodźce dotykowe odbieramy przez skórę, która jest najobszerniejszym narządem naszego ciała. System dotykowy jest podstawowym i pierwotnym zmysłem, ponieważ cewa nerwowa, która przekształca się w mózg i rdzeń kręgowy rozwija się z ektodermy (skóra). System ten pozwala identyfikować i różnicować wrażenia czuciowe. Ostrzega nas i informuje o nieoczekiwanych i niebezpiecznych bodźcach dotykowych. Ma wpływ na uwagę i pobudzenie. System dotykowy jest bardzo ważny z punktu widzenia rozwoju ruchowego, planowania motorycznego (zdolność potrzebna przy wykonywaniu nowych zadań ruchowych np. uczenie się zapinania guzików, wiązania sznurówek, pisanie), rozwoju schematu ciała [Wiśniewska 2014: 6]. Dzieci z mpd ze względu na

zaburzenia w rozwoju psychoruchowym i deficyt neurologiczny często nie mogą doświadczać świata tak jak ich zdrowi rówieśnicy. Wiele rozwojowych zabaw sensoryczno-motorycznych jest poza ich zasięgiem np. jedzenie rączkami, ubrudzenie się piaskiem, naturalne w rozwoju przewracanie się, potykanie, upadanie, granie w piłkę, bieganie po trawie i inne. Brak takich doświadczeń sensorycznych płynących z otaczającego świata wpływa na ich rozwój ruchowy i poznawczy. Nadwrażliwość oralna sprzyja powstawaniu nieprawidłowych odruchów, zwiększa częstotliwość pojawiania się odruchu wymiotnego, uniemożliwia prawidłową higienę jamy ustnej, ogranicza w znaczącym stopniu repertuar żywieniowy dziecka, co z kolei prowadzi do pogłębiania się nadwrażliwości oralnej [Wiśniewska 2014: 6].

Do objawów nadwrażliwości oralnej możemy zaliczyć:

1. protest dziecka podczas mycia twarzy, wycierania ust po posiłku
2. unikanie pokarmów o określonej konsystencji, fakturze, ale też smaku, zapachu, temperaturze
3. pojawianie się podczas spożywania posiłków odruchu wymiotnego
4. protest podczas mycia zębów
5. odmawianie spożywania pokarmów, zachowania trudne podczas karmienia
6. nadmierne ślinienie się

Deficyty sensoryczne w przypadku dzieci z mpd mogą również przybrać formę podwrażliwości inaczej obniżonej wrażliwości na bodźce sensoryczne w obrębie jamy ustnej. Wtedy też karmienie staje się sytuacją niebezpieczną i konieczne staje się zastosowanie alternatywnych form żywienia. Ważnym jest również sprawdzenie czy odruch kaszlu i wymiotny występują u pacjenta. Zdarza się, że ze względu na znaczne uszkodzenie struktur układu nerwowego i porażenie jąder nerwów czaszkowych odruchy te mogą być zniesione. Jest to przeciwwskazaniem do karmienia drogą ustną.

Nieprawidłowości w budowie anatomicznej jamy ustnej

Zaburzenia napięcia mięśniowego, a także nieprawidłowe wzorce ruchu i postawy wpływają na jakość wzorców oddechowych pacjentów z mpd od momentu narodzin. Nasi pacjenci mają trudność z działaniem przeciwko sile grawitacji podczas wykonywania podstawowych czynności z zakresu dużej i małej motoryki, a także w zakresie prawidłowego domknięcia żuchwy. Często domknięcie żuchwy jest niemożliwe już od okresu niemowlęctwa, buzia jest otwarta, tor oddychania nieprawidłowy. Konsekwencje tego typu oddychania są oczywiste. Mogą doprowadzić do wysklepienia się podniebienia gotyckiego, niedorozwoju żuchwy, deformacji stawu żuchwowo-skroniowego, nieprawidłowej

pozycji spoczynkowej języka czy braku jego pionizacji i ruchów lateralnych. Takie nieprawidłowości w budowie anatomicznej aparatu artykulacyjnego mogą mieć znaczący wpływ na przebieg procesu karmienia. Utrudnione może być pobieranie pokarmu z łyżeczki, odgryzanie, żucie i połykanie. Ważnym jest zatem by u dzieci od początku obserwować kierunek rozwoju i wzrastania aparatu artykulacyjnego. W wyniku przyjmowania niektórych leków np. przeciwpadaczkowych może również dojść do przerostu wałów dziąsłowych czy zmian próchniczych. W przypadku obserwowanych nieprawidłowości warto skonsultować się ze stomatologiem lub ortodontą.

Strategie interwencji logopedycznej

Dobór metody terapii neurologopedycznej pacjenta z mpd z zaburzeniami karmienia i/lub zaburzeniami połykania zależny jest od diagnozy medycznej i logopedycznej. Jeżeli wyniki badań przeprowadzonych przez zespół lekarzy pozwala na karmienie drogą ustną można rozpocząć terapię. W ciągu wielu lat badań i obserwacji stworzono wiele strategii terapeutycznych, by wspomagać proces karmienia dzieci z mpd. Są to metody terapii logopedycznej mającej na celu poprawę wzorów ssania, żucia, oddychania, połykania. Zaliczamy do nich:

- odpowiednie pozycjonowanie pacjenta do karmienia
- stosowanie technik wspomagających karmienie
- terapia sensoryczno-motoryczna
- stosowanie specjalnych narzędzi i akcesoriów do karmienia
- zmiany w diecie
- leczenie farmakologiczne
- leczenie operacyjne

Zadaniem logopedy/neurologopedy jest edukacja rodziców i opiekunów pacjenta w kwestiach dotyczących bezpieczeństwa spożywania posiłków przez ich dziecko. Konieczne jest dobranie prawidłowej pozycji do karmienia i nauka sposobu podaży pokarmu. Zaleca się dobranie odpowiedniego siedziska dla dziecka, a także nauka odpowiednich technik wspomagających karmienie. Cel zastosowania tych strategii jest poprawa liniowości, normalizacja napięcia mięśniowego w obrębie tułowia i kończyn, nauka utrzymywania prawidłowej pozycji tułowia potrzebnej do prawidłowego utrzymania głowy i obręczy barkowej w liniowości podczas jedzenia. Działania te pozytywnie wpłyną na poprawę wzorca poboru pokarmu z łyżeczki i połykania. Dzięki temu jedzenie stanie się bezpieczniejsze i efektywniejsze.

Terapia sensoryczno-motoryczna są to działania terapeutyczne, których celem głównym jest poprawa umiejętności jedzenia we wszystkich aspektach

– od prawidłowego wzorca pobierania pokarmu z łyżeczki, poprzez żucie, połykanie, aż do nauki samodzielnego jedzenia. Do celów szczegółowych zaliczamy normalizację napięcia mięśniowego w obrębie mięśni aparatu artykulacyjnego, aktywizację pacjenta, poprawę umiejętności planowania motorycznego w zakresie umiejętności jedzenia. Obejmuje ona ćwiczenia oddechowe, fonacyjne, artykulacyjne, bierne i czynne, również wykorzystaniem odpowiednich akcesoriów (np. tubki żuchwowe, fleciki, słomki). W zakres terapii sensoryczno-motorycznej wchodzi również masaż logopedyczny, stymulacja odruchu ssania i połykania, a także ćwiczenia z zakresu terapii miofunkcjonalnej. Terapia sensoryczno-motoryczna powinna przebiegać etapami, zgodnie z indywidualnym planem terapii. Ćwiczenia należy dokładnie zaplanować w oparciu o diagnozę pacjenta.

Kolejną kwestią ważną w odniesieniu do technik wspomagających karmienie u dzieci z mpd jest dobór odpowiednich akcesoriów do karmienia. Wiedza logopedy/neurologopedy powinna obejmować wiedzę z zakresu umiejętności doboru butelek, smoczków, łyżeczek, kubków. W zależności od trudności małego pacjenta i jego stanu możemy poprzez odpowiedni dobór akcesoriów do karmienia wpływać na sposób poboru pokarmu przez dziecko. Najczęściej popełnianymi błędami w doborze odpowiedniego smoczka do butelki są:

– zbyt długi smoczek
– zbyt duże otwory w smoczku,
– zbyt miękki
– zbyt twardy [Winnicka 2012: 5]

Zaburzenia napięcia mięśniowego, jakie występują u dzieci z mpd wpływają na jakość karmienia w pierwszych miesiącach życia. Odpowiedni dobór butelki może pomóc dzieciom w lepszej ich organizacji podczas jedzenia. Zbyt twardy smoczek w przypadku dzieci z podwyższonym napięciem mięśniowym może owo napięcie wzmagać. Zbyt miękki smoczek w przypadku obniżonego napięcia mięśniowego powodować tak małą organizację niemowlęcia podczas karmienia, że stanie się ono nieefektywne. Zaleca się również, by w zależności od wzorców ruchowych dziecka dobierać odpowiednio pozycję do karmienia.

W przypadku starszych dzieci, które we współpracy z zespołem terapeutycznym – rehabilitant, terapeuta ręki, terapeuta zajęciowy jest uczone samodzielnego jedzenia, należy odpowiednio dobrać akcesoria do karmienia: łyżeczkę i kubek.

Pozostałe sposoby strategii terapeutycznych proponowanych jako techniki wspomagające karmienia dzieci z mpd nie leżą w kompetencji logopedów. Zmiany w diecie powinny być konsultowane z dietetykiem, a o leczeniu farmakologicznym i chirurgicznym decyduje lekarz.

Podsumowanie

Terapia zaburzeń karmienia dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym jest bardzo ciekawym, ale jednocześnie też złożonym problemem. Wymaga ona od terapeuty ogromnej wiedzy, nie tylko logopedycznej. Po pierwsze konieczna jest dokładna diagnoza medyczna dziecka i wyniki specjalistycznych badań. Od tego zależeć bowiem będzie odpowiedź na pytanie, czy karmienie doustne jest w ogólne możliwe i bezpiecznie. Jeśli odpowiedź na to pytanie brzmi tak, na logopedzie/neurologopedzie spoczywa odpowiedzialność za odpowiedni dobór strategii terapeutycznych. Należy rozpocząć od dokonania dokładnej diagnozy neurologopedycznej naszego pacjenta. Niezbędne jest wskazanie w niej przyczyny zaburzeń karmienia. Terapię proponuje rozpocząć od doboru prawidłowej pozycji do karmienia, siedziska, akcesoriów. Po drugie konieczna jest współpraca zespołowa i edukacja rodziców w tym zakresie. Pamiętajmy, że dziecko w gabinecie neurologopedy spędza tylko kawałek swojego dnia, jest karmione poza nim. Rodzice muszą zostać przeszkoleni przez terapeutę w zakresie podstawowych strategii i technik wspomagających karmienie. Po trzecie wskazane jest zaplanowanie terapii w oparciu o patomechanizm, próbując zlikwidować przyczynę zaburzeń karmienia. Niniejszy artykuł nie w pełni omówił wszystkie kwestie dotyczące wspomagania karmienia dzieci z mpd. Mam jednak nadzieję, że będzie pierwszym wskazującym na konieczność specjalistycznego podejścia do tego problemu. Pozwoli również wieloaspektowo podejść do kwestii karmienia dzieci z mpd i przyczyni się do podjęcia szerokiej dyskusji w tym zakresie.

BIBLIOGRAFIA

Arvedson J.C., 2013, *Feeding children with cerebral palsy and swallowing difficulties*, „European Journal of Clinical Nutrition", 67, s. 9-12.

Bax M., Goldstein M., Rosenbaum P., Leviton A., Paneth N., Dan B., Jacobsson B., Damiano D. & Executive Committee for the Definition of Cerebral Palsy, 2005, *Proposed definition and classification of cerebral palsy, April 2005*, „Developmental Medicine & Child Neurology", 47(8), s. 571-576.

Litwin M., *Logopedyczna terapia zaburzeń połykania w chorobach neurologicznych*, 2009, „Logopeda", 1(7), s. 126-138.

Olszewski J., Zielińska-Bliźniewska H., Pietkiewicz P., *Zaburzenia połykania jako interdyscyplinarny problem diagnostyczny i leczniczy*, 2011, „Polski Przegląd Otolaryngologiczny", tom I, suplement 1.

Winnicka E., 2012, *Wybór smoka do karmienia butelką – sztuka czy nauka?*, „Standardy Medyczne/Pediatria", t. 9, s. 820-829.

Wiśniewska M., *Nadwrażliwość jamy ustnej u dzieci z zaburzeniami rozwoju*, [online], http://www.pstis.pl/pl/html/?str=podstrona_biuletyn-artykuly&id=4a2c132b_e (dostęp: 30.01.2016).

Breastfeeding Support of a Child with Infantile Cerebral Palsy. Basic Issues

Summary: In the article the author presents and analyzes basic issues connected with the process of breastfeeding of children with infantile cerebral palsy. The author indicates primary factors which impede this process and analyzes techniques that support its correct course. The aim of this article is to attract attention of the readers to, often overlooked aspects of the process of breastfeeding and their role in the therapy of children with ICP.

Keywords: Infantile cerebral palsy, feeding disorders, swallowing disorders, therapy of feeding disorders

JOANNA ZAWADKA
(Uniwersytet Warszawski)

ROLA ODZIAŁYWAŃ LOGOPEDYCZNYCH W PROFILAKTYCE, DIAGNOZIE I TERAPII ZABURZEŃ CZYTANIA I PISANIA

STRESZCZENIE: W artykule przedstawiono zakres oddziaływań logopedycznych w kontekście postępowania profilaktycznego, diagnostycznego i terapeutycznego zaburzeń czytania i pisania ze szczególnym uwzględnieniem dysleksji rozwojowej. W ostatnich latach coraz wyraźniej podkreślana jest rola logopedy jako specjalisty, który współpracuje z psychologami i pedagogami. Jednym z czynników, które wpłynęły na zmianę wzajemnych relacji, było przyjęcie przez wielu teoretyków oraz praktyków teorii fonologicznej [Snowling 1998] jako koncepcji tłumaczącej naturę deficytu leżącego u podstaw trudności w czytaniu i pisaniu. Także badania dotyczące deficytów językowych pozwoliły na rozpoznanie obszarów trudności w komunikacji językowej zarówno w mowie, jak i piśmie. W konsekwencji w narzędziach diagnostycznych – pojawiały się próby dotyczące świadomości językowej (w szczególności fonologicznej), a w programach terapii – odpowiednie ćwiczenia również z tego zakresu. Można zatem powiedzieć, że obecny kształt refleksji naukowej na temat dysleksji skłania do odnajdywania wspólnego obszaru oddziaływań prowadzonych przez logopedą i specjalistów prowadzących diagnozę oraz terapię specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu.

SŁOWA KLUCZOWE: czytanie, pisanie, mowa, dysleksja rozwojowa, oddziaływania logopedyczne, diagnoza dysleksji, terapia dysleksji, ryzyko dysleksji

Wprowadzenie

W swojej pracy logopeda spotyka się z osobami o bardzo zróżnicowanych potrzebach – dotyczących diagnozy rodzaju zaburzenia, jaki i późniejszej jego terapii. Współpracując z innymi specjalistami, logopeda utrwala w sobie nawyk patrzenia na problemy w perspektywie interdyscyplinarnego zespołu. Z jednej strony pozwala mu to dojrzeć wiele możliwych kontekstów, w których oddziaływania logopedyczne byłyby pożądane, z drugiej zaś strony – towarzyszy temu pewne ograniczenie związane z podziałem ról i zadań do realizacji.

Odnośnie diagnozy oraz terapii umiejętności czytania i pisania trudno jest przekroczyć granice wyznaczone przez zwyczajowy podział kompetencji między specjalistami. W rozumieniu wielu osób logopedia zajmuje się głównie komunikacją

językową w mowie, podczas gdy komunikacja w piśmie pozostaje w gestii psychologii i pedagogiki. Przekonanie takie towarzyszy nawet zgłaszającym się na studia logopedyczne osobom, które dopiero na zajęciach przekonują się, jak dalece błędne jest twierdzenie, że jedyne, co logopeda może zaoferować, to diagnoza poziomu rozwoju mowy. Problem jest oczywiście o wiele szerszy, bo związany z popularyzowaniem wiedzy na temat pracy logopedy, ze sposobem przedstawienia podstaw teoretycznych samej logopedii jako nauki interdyscyplinarnej, rozumieniem potrzeb i zasad (czy nawet swego rodzaju tradycji) funkcjonowania środowiska specjalistów zajmujących się diagnozą i terapią różnych zaburzeń czy wreszcie z dostrzeżeniem przemian współczesnego świata, które wpływają na rozwój poszczególnych nauk. Wątpliwości mogą być również związane z istnieniem odmiennych poglądów na temat dysleksji rozwojowej – różnice dotyczące definiowania, koncepcji diagnozy i terapii [Krasowicz-Kupis 2009: 21-68].

Logopeda, mając kontakt z dziećmi w różnym wieku, zarówno takimi, które jeszcze nie podjęły nauki czytania i pisania, jak i takimi, które już ją rozpoczęło w ramach obowiązku szkolnego, może:

- rozpoznać objawy ryzyka dysleksji,
- diagnozować poziom rozwoju mowy dziecka z ryzykiem dysleksji lub dysleksją,
- prowadzić terapię mowy dziecka z ryzykiem dysleksji lub dysleksją,
- konsultować proces terapeutyczny dziecka z ryzykiem dysleksji lub dysleksją, udzielając potrzebnych informacji oraz pomocy w zakresie swoich uprawnień i kompetencji,
- podjąć, w zakresie swoich uprawnień i kompetencji, działania wspomagające pracę innych specjalistów prowadzących terapię dziecka z ryzykiem dysleksji lub dysleksją [por. Jędrzejowska, Jurek 2003: 525, 526, 536, 567-568; Reilly 1997: 59-61, 67-68].

Oddziaływania logopedyczne, o których chciałabym mówić, to nie tylko działania specjalistyczne realizowane przez samego logopedę w ramach prowadzonej przez niego diagnozy i terapii, ale także profilaktyka logopedyczna, w którą włączają się opiekunowie dziecka, nauczyciele, inni specjaliści. W kontekście rozwoju komunikacji za pomocą pisma oddziaływania logopedyczne mogą pełnić różnorakie funkcje:

- budują fundamenty dla kształtowania się umiejętności czytania i pisania przez stymulowanie rozwoju mowy dziecka, jego kompetencji językowej i komunikacyjnej;
- służą profilaktyce zaburzeń czytania i pisani, oferując odpowiednie wsparcie dziecka na drodze do osiągnięcia gotowości do czytania i pisania;
- stanowią wkład w diagnozę oraz terapię zaburzeń czytania i pisania, szczególnie gdy zaburzone są sprawności językowe.

Oznacza to, że działania logopedyczne są podejmowane ze względu na:
- występujące nieprawidłowości rozwoju językowego przed rozpoczęciem nauki czytania i pisania,
- wykryte ryzyko wystąpienia specyficznych trudności w nauce czytania i pisania w postaci dysleksji rozwojowej,
- występujące (pierwsze) trudności w nauce czytania i pisania.

Oddziaływania logopedyczne realizowane są w wielu miejscach: w domu, w szkole, w przedszkolu, w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Grupa, do której te działania są skierowane, to nie tylko dzieci polskojęzyczne w Polsce, lecz także rosnąca liczba dzieci polskojęzycznych zagranicą oraz dzieci obcojęzycznych w Polsce. Istnieje zatem potrzeba spojrzenia nie tyle na udział logopedy w diagnozie oraz terapii zaburzeń czytania i pisania, ale właśnie pokazanie szerszego kontekstu oddziaływań logopedycznych dla profilaktyki, diagnozy i terapii zaburzeń wspomnianych umiejętności.

1. Oddziaływania logopedyczne w zakresie profilaktyki zaburzeń czytania i pisania (dysleksji rozwojowej)

Specyficzne zaburzenia czytania i pisania są konsekwencją parcjalnych lub fragmentarycznych opóźnień w rozwoju psychoruchowym dziecka. Wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia nieprawidłowości rozwojowych związane jest z obciążeniem genetycznym – rodzinnym występowaniem: dysleksji, opóźnień rozwoju mowy, leworęczności lub oburęczności. Czynnikiem zwiększającym ryzyko dysleksji są również powikłania związane z przebiegiem ciąży i porodu: wcześniactwo, niedotlenienie, zamartwica, niska waga urodzeniowa, zły stan fizyczny dziecka oceniany w skali Apgar itd. [por. Bogdanowicz 2008, 2011: 61-62, 2011: 63-64; Cieszyńska 2010: 44-45]. Ponieważ niemal wszystkie wymienione czynniki patogenne stanowią zagrożenie względem prawidłowego rozwoju mowy, oznacza to, że wczesna interwencja logopedyczna stanowi jedną z pierwszych form oddziaływań w zakresie profilaktyki dysleksji.

Jak pisze M. Bogdanowicz [2011: 63-64], ryzyko dysleksji może być identyfikowane przez rodziców, logopedów oraz nauczycieli na podstawie charakterystycznych symptomów, które – zależenie od wieku dziecka – można zaobserwować w zakresie: motoryki małej, motoryki dużej, rozwoju funkcji wzrokowych, koordynacji wzrokowo-ruchowej, funkcji słuchowo-językowych, orientacji w schemacie ciała i przestrzeni, orientacji w czasie, lateralizacji, w czytaniu i pisaniu. Prócz rozpoznania zagrożenia dysleksją poprzez odniesienie do ogólnej listy niepokojących objawów część osób posługuje się w tym celu Testem do badania zagrożenia dysleksją SWM lub kwestionariuszami Skali Ryzyka Dysleksji (wersje SRD-6 i SRD). Pierwsze z narzędzi to przesiewowy test do badania

zagrożenia dysleksją dzieci od 3. do 7. roku życia z normami autorstwa J. Cieszyńskiej oraz M. Korendo. Test składa się z zadań do wykonania przez dziecko sprawdzających jego dominację stronną, funkcje słuchowe, funkcje wzrokowe, artykulację i komunikację, pamięć sekwencyjną i grafopercepcję. Jak podają autorki – testem tym może posługiwać się logopeda (a także psycholog, pedagog, terapeuta wczesnej interwencji, nauczyciel przedszkolny.

Drugim z narzędzi jest Skali Ryzyka Dysleksji stworzona w dwóch wersjach:

- skali autorstwa M. Bogdanowicz, D. Kalki przeznaczonej do badania dzieci na początku klasy I (SRD-6);
- skali autorstwa M. Bogdanowicz przeznaczonej do badania dzieci pod koniec pierwszego i drugiego roku nauki, czyli w klasach I i II szkoły podstawowej (SRD).

Kwestionariusze zbudowane są ze stwierdzeń pozwalających na orientacyjną ocenę ryzyka wystąpienia specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu u dziecka. Choć z kwestionariusza może korzystać logopeda (a także nauczyciel, rodzice), odpowiedzi powinna udzielać osoba najlepiej znająca dziecko. Wyniki otrzymane w kwestionariuszach przelicza się według odpowiednich norm. Wynik SRD zaleca się uzupełnić osobną oceną umiejętności czytania mierzoną próbą „Dom Marka" – w aspekcie tempa, poprawności dekodowania i rozumienia tekstu.

Należy zaznaczyć, że uwzględniona w kwestionariuszach lista objawów dotycząca funkcji słuchowo-językowych oraz próby językowe przeznaczone dla dziecka w teście SWM pozwalają jedynie na bardzo orientacyjną ocenę rozwoju mowy. Z jednej strony duży poziom ogólności daje możliwość szybkiego sprawdzenia wielu obszarów w badaniu przesiewowym, zwłaszcza gdy z narzędzia korzysta rodzic czy nauczyciel, z drugiej strony – zebranie dokładniejszych informacji wiąże się z potrzebą przeprowadzenia pogłębionego wywiadu i konsultacji z logopedą [por. Krasowicz-Kupis 2009: 294].

Objawy nieprawidłowości w rozwoju psychoruchowym dotyczące funkcji słuchowo-językowych są wskazaniem do konsultacji nie tylko z logopedą, ale także innymi specjalistami – audiologiem, foniatrą i laryngologiem. W poradniku dla rodziców M. Bogdanowicz [2011: 29-33] zwraca uwagę na zalecenia logopedyczne w kształtowaniu prawidłowego rozwoju mowy, takie jak: odpowiedni sposób połykania czy zapobieganie oddychaniu przez usta. Autorka doradza obserwację dziecka pod kątem występowania niepokojących objawów dotyczących m.in. sposobu artykulacji głosek, liczby oraz rodzaju wypowiadanych słów. Także inne aspekty rozwoju dziecka, obejmujące chociażby motorykę małą i dużą, można rozpatrywać ze względu na ich wpływ na rozwój mowy.

Oddziaływania logopedyczne stanowią również element Metody Dobrego Startu – programu zajęć opracowanych przez M. Bogdanowicz wspomagających rozwój psychomotoryczny dzieci w wieku przedszkolnym. W kontekście

prowadzonych w niniejszym artykule rozważań wątpliwości może wzbudzić podział ćwiczeń na językowe i logopedyczne. Do ćwiczeń logopedycznych zaliczono bowiem ćwiczenia artykulacyjne i oddechowe [Bogdanowicz 2014: 70]. Ćwiczenia artykulacyjne obejmują ćwiczenia narządów mowy: ruchy języka, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia fonacyjne [Bogdanowicz 2014: 77]. Z kolei ćwiczenia językowe rozumiane są jako zadania kształtce funkcje słuchowo-językowe [Bogdanowicz 2014: 74-75] proponowane dzieciom w formie zagadek językowych rozwijających kompetencję fonologiczną. Kompetencje syntaktyczna i semantyczna rozwijane są podczas rozmowy na temat piosenki, odpowiadania na pytania dotyczące jej treści.

W przeciwieństwie do przedstawionego podziału w zakres oddziaływań logopedycznych należy zaliczyć zarówno ćwiczenia językowe – które właściwiej byłoby nazwać ćwiczeniami kształtującymi świadomość fonologiczną – jaki i ćwiczenia artykulacyjne, oddechowe, fonacyjne (pierwotnie określane jako „logopedyczne"). Oddziaływania logopedyczne nie sprowadzają się jedynie do pracy nad poprawnością wymowy, ale odnoszą się do wszystkich działań skierowanych na rozwijanie i usprawnianie komunikacji językowej.

2. Oddziaływania logopedyczne w zakresie diagnozy zaburzeń czytania i pisania (dysleksji rozwojowej)

Jak wspomniano wcześniej, logopeda może rozpoznawać zagrożenie wystąpienia specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu, posługując się Skalą Ryzyka Dysleksji i testem SWM oraz odpowiednimi specjalistycznymi narzędziami do oceny rozwoju mowy dziecka. W kontekście diagnozy dysleksji rozwojowej prowadzonej przez psychologa i pedagoga, rola logopedy ograniczona jest do uzupełnienia przedstawionej przez nich oceny. Elementem wielu testów (np. w Diagnozie dysleksji u uczniów klasy III szkoły podstawowej, Baterii metod diagnozy przyczyn niepowodzeń szkolnych u uczniów gimnazjów) są próby pozwalające m.in. na określenie poziomu świadomości fonologicznej w aspekcie słuchu fonemowego; pamięci fonologicznej, analizy i syntezy głoskowej, dlatego też wywiad logopedyczny i niezależna ocena dokonywana osobnymi narzędziami nie powinna odnosić się jedynie do badania podsystemu fonologicznego, ale obejmować także inne podsystemy oraz wymiar kompetencji językowej i komunikacyjnej. Warto pamiętać, że u wielu osób z dysleksją rozpoznaje się osłabienie świadomości morfologiczno-składniowej, problemy z tworzeniem spójnych treściowo wypowiedzi, zubożenie warstwy semantycznej przekazu [Krasowicz-Kupis 1997; Borkowska 1998]. Także ze względu na wielokrotnie podkreślane częste współwystępowanie opóźnionego rozwoju mowy [por. Krasowicz-Kupis 1997, 2009; Cieszyńska 2001, 2013] z trudnościami

w czytaniu oraz pisaniu, konsultacja z logopedą wydaje się być nieodzownym elementem w diagnozie dysleksji.

Prócz rozpoznania rodzaju nieprawidłowości występujących w mowie dziecka istotne jest również określenie, w jakim stopniu mają one negatywny wpływ na rozwój umiejętności czytania i pisania. Informacja o występowaniu nieprawidłowej artykulacji u dzieci z dysleksją, często pozostawiana jest bez stosownego komentarza. Jak podają badacze, problemy dyslaliczne mają różnorakie konsekwencje dla charakteru trudności w czytaniu i pisaniu [Krasowicz-Kupis 1997: 69-81; Cieszyńska, Orłowska-Popek, Korendo 2010: 44-45; Kurowska 2011]. Powody nieprawidłowej artykulacji mogą być nie tylko różnorodne, ale też złożone, dlatego trafne ich rozpoznanie i określenie zasadniczej przyczyny pozostaje domeną logopedy. Jako specjalista potrafi on odróżnić przypadki niezakończonego rozwoju artykulacji od jej zaburzenia, uwzględnić wpływ wzorców wymowy obecnych w otoczeniu dziecka, w tym wymowy dialektalnej lub środowiskowej, wskazać dokładny rodzaj, charakter zmian oraz ich patomechanizm – egzo- lub endogenny, a także dostrzec szerszy kontekst pojawienia się niewłaściwej artykulacji jako jednego z objawów bardziej złożonego problemu. Jak podaje Krasowicz-Kupis [1997: 78], prawdopodobieństwo wystąpienia dysleksji rozwojowej jest niewielkie, jeśli przyczyną są nawykowe nieprawidłowości artykulacje lub niewielkie trudności ruchowe (autorka użyła określenia „zbyt sztywny język"). Gdy podłożem wad wymowy są zaburzenia słuchu fonemowego lub zaburzenia analizatora kinestetyczno-ruchowego, przejawiające się problemem położenia narządów artykulacyjnych oraz kontrolą drobnych ruchów warg, prawdopodobieństwo wystąpienia dysleksji rozwojowej staje się bardzo wysokie.

Przedstawiony podział, choć przybliża zasadę, wedle której można wstępnie ocenić zagrożenie pojawienia się trudności w posługiwaniu się pismem, wymaga pewnych dopowiedzeń. Wśród przyczyn nieprawidłowej wymowy znajdują się również takie, które wynikają z wady budowy lub funkcjonowania narządu słuchu. Ponieważ stwierdzenie ubytków słuchu nie zawsze okazuje się zadaniem tak prostym, jak mogłoby się wydawać, tym bardziej osoby prowadzące diagnozę przyczyn trudności w nauce czytania i pisania powinny skorzystać w tej kwestii z pomocy specjalistów – logopedy, surdologopedy, audiologa. Wśród kryteriów diagnostycznych zamieszczonych m.in. w klasyfikacji ICD-10 (wyd. z 1993 r.) [Krasowicz-Kupis 2009: 253]. czytamy, że trudności w przetwarzaniu pisma wynikające bezpośrednio z zaburzeń narządów zmysłów – w tym słuchu – uniemożliwiają postawienie diagnozy dysleksji rozwojowej. W takim przypadku należy stwierdzić raczej występowanie niedosłuchu/głuchoty (określić stopień oraz rodzaj) i odpowiednio opisać jego konsekwencje dla nabywania umiejętności czytania oraz pisania. Jednakże część diagnostów dopuszcza możliwość

rozpoznania dysleksji rozwojowej, mimo upośledzenia słuchu, jeśli dziecko korzysta z aparatu, było lub jest poddane właściwej terapii, co pozwala przyjąć, że przyczyna trudności w posługiwaniu się pismem nie są bezpośrednią konsekwencją wady tego zmysłu.

Diagnoza problemów związanych z percepcją słuchową oraz wzrokową, wiąże się jeszcze z jedną kwestią, o której wypada w tym miejscu wspomnieć, a dotyczy ona sposobu analizy prac pisemnych jako metody diagnozy klinicznej dysleksji. W nowszych pracach poświęconych krytycznemu opisowi klasyfikacji błędów identyfikowanych jako symptomy zaburzeń poszczególnych funkcji, zwraca się uwagę na trudności dotyczące stosowania tych opisów do rozpoznania rodzaju deficytu [Pietras 2008]. Badacze wskazują także na potrzebę uwzględnienia przy tworzeniu klasyfikacji aspektów zarówno lingwistycznych: charakterystyki fonetyczno-fonologicznej słów, procesów fonologicznych, właściwości ortografii oraz grafii polskiej, jak i psycholingwistycznych: zjawisk rozwojowych związanych z nabywaniem podsystemów języka [Mirecka 2009, Pietras 2008; Przybysz-Piwko 2008, 2010, 2012]. W rezultacie przedstawione propozycje opisów mocniej osadzonych w podstawach językoznawczych aniżeli psychologicznych przez co są one bliższe perspektywie logopedycznej. Wsparcie diagnostyczne ze strony logopedy polega więc na sformułowaniu i weryfikacji hipotez dotyczących przyczyn nieprawidłowego zapisu (a w szerszym zakresie także nieprawidłowego odczytywania wyrazów) przez ocenę rozwoju mowy, analizę materiału językowego, który sprawia dziecku trudność, określenie możliwych przyczyn powstania błędnego zapisu przy uwzględnieniu wymienionych dwóch aspektów. Podczas analizy prócz uściślenia, z jakiego rodzaju realizacjami w mowie mamy do czynienia: czy są to elizje, substytucje czy deformacje, porównuje się, czy i w jaki sposób nieprawidłowa wymowa znajduje swoje odbicie w zapisie.

3. Oddziaływania logopedyczne w zakresie terapii zaburzeń czytania i pisania (dysleksji rozwojowej)

U podłoża trudności w nauce czytania i pisania leży często więcej niż jedna przyczyna. Wśród patomechanizmów dysleksji wymienia się także te związane z deficytami w zakresie funkcji słuchowych – w tym dotyczących słuchu mownego – oraz funkcji językowych. Podczas zajęć korekcyjno-kompensacyjnych mogą pojawiać się zatem zadania, które logopedzi rozpoznają jako stosowane także przez nich ćwiczenia słuchu fonemowego oraz fizycznego, ćwiczenia świadomości fonologicznej: najczęściej analizy i syntezy sylabowej lub głoskowej, ćwiczenia artykulacyjne, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia rozwijające kompetencje językowe w zakresie wszystkich podsystemów języka [Jędrzejowska,

Jurek 2003: 577-578, 600-602]. Przykładowo, po ćwiczeniu percepcji i pamięci wzrokowej z użyciem obrazka tematycznego, terapeuta prosi, by dziecko odpowiedziało na pytanie, opowiedziało o całej sytuacji, szczegółowo opisało, co przedstawia obrazek itd. Jeśli na zajęciach jedno z dzieci czyta tekst, inne dzieci mają za zadanie słuchać, a potem opowiedzieć własnymi słowami, co usłyszały. Terapeuta dba o to, by trudne lub nieznane słowa, wyrażenia, zwroty, przysłowia, metafory, które pojawiły się w czasie rozmowy lub w czytance były wspólnie z dzieckiem wyjaśniane – chociażby przez podanie synonimu, antonimu, przykładu użycia. W terapii umiejętności pisania (poprawność ortograficzna) akcentuje się ćwiczenia świadomości morfologiczno-syntaktycznej – dziecko tworzy rodzinę wyrazów, buduje zdania z podanymi wyrazami, przekształca zdania lub je uzupełnia.

Zakres tych ćwiczeń nie jest jednak tak bogaty, jak ten oferowanych przez logopedę, a ponadto jest realizowany w ograniczonym stopniu ze względu na strukturę spotkań i sam sposób prowadzenia terapii dysleksji – oddziaływania logopedyczne nigdy nie stają się jedyną formą pracy terapeuty. Duże znaczenie ma tu czas trwania spotkania i częstotliwość, z jaką dziecko uczęszcza na zajęcia (np. raz w tygodniu przez godzinę). Oznacza to, że dla dziecka, które nie uczestniczy w zajęciach z logopedą, choć powinno, same zajęcia prowadzone w ramach terapii dysleksji będą pomocne, ale nie w takim stopniu, jak właściwa terapia logopedyczna.

Jeśli w procesie diagnostycznym uczestniczy logopeda, w swojej opinii określa on na obszary, które powinny stać się przedmiotem nie tylko terapii logopedycznej, ale też pedagogicznej, i wskazuje na sposób ich korekcji. Część dzieci trafiających na terapię pedagogiczną w związku z problemami w nauce czytania i pisania były, lub nadal są, prowadzone są w terapii logopedycznej. U innych dzieci dopiero przy okazji diagnozy przyczyn niepowodzeń szkolnych dostrzeżone zostają problemy wymagające jego uczestnictwa w specjalistycznych zajęciach z logopedą. Późne podjęcie terapii logopedycznej bywa związane z indywidualną sytuacją ucznia i jego rodziny. Brak zgody opiekunów na uczestnictwo w zajęciach jeszcze przed rozpoczęciem nauki szkolnej sprawia, że problemy dotyczące rozwoju mowy korygowane są późno, co obniża skuteczność i wydłuża czas terapii logopedycznej, a jednocześnie utrudnia nabywanie umiejętności czytania i pisania.

Sytuacje, w których ze względu na sugestie logopedy dziecko kierowane jest na diagnozę dysleksji, należą do rzadkości. Dzieje się tak głównie dlatego, że trudności szkolne w zakresie nauki czytania i pisania są rozpoznawane w pierwszej kolejności przez nauczycieli, rodziców lub opiekunów mających stały kontakt z dzieckiem i mogących ocenić jego realne postępy w nabywaniu obu umiejętności w porównaniu z grupą rówieśniczą.

Problemy, które sprawiają, że dziecko uczestniczy w terapii logopedycznej, nie zawsze muszą doprowadzić do pojawienia się późniejszych trudności z opanowaniem komunikacji pisemnej, niemniej jednak ich obecność powinna być traktowana jako czynnik ryzyka. Jak już wspomniano, oddziaływania logopedyczna nakierowane na stymulację rozwoju mowy lub/i usunięcie zaburzeń mowy należy traktować jako działania wpisujące się w postępowanie dotyczące profilaktyki lub terapii zaburzeń czytania i pisania.

Zakończenie

Forma i zakres współpracy logopedów ze specjalistami zajmującymi się profilaktyką, diagnozą, terapią zaburzeń czytania oraz pisania przedstawiane były z różnych perspektyw w literaturze psychologicznej i pedagogicznej dotyczącej dysleksji oraz w opracowaniach z zakresu logopedii. Postęp badań i rozwój refleksji teoretycznej doprowadził obecnie do wyłonienia zbliżonych poglądów na temat sposobów skutecznego pomocy w przypadku specyficznych trudności w nabywaniu umiejętności komunikacji za pomocą pisma. Niezaprzeczalnie w swojej pracy zarówno pedagog, jak i psycholog, wykorzystują niektóre z form oddziaływań logopedycznych. Logopeda znając i rozumiejąc złożoność procesu czytania oraz pisania, jak również mając aktualną wiedzę na temat dysleksji rozwojowej, może nie tylko wesprzeć na różnym etapie działania tych specjalistów, ale także ma szansę wzbogacić ich wiedzę, wprowadzając refleksję językoznawczą do rozważań na temat przyczyn oraz objawów trudności.

BIBLIOGRAFIA

Bogdanowicz M., 2008, *Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie*, Gdańsk.
Bogdanowicz M., 2011, *Ryzyko dysleksji, dysortografii i dysgrafii*, Gdańsk.
Bogdanowicz M., 2014, *Metoda Dobrego Startu*, Gdańsk.
Borkowska A., 1998, *Analiza dyskursu narracyjnego u dzieci z dysleksją*, Lublin.
Cieszyńska J., 2001, *Nauka czytania krok po kroku*, Kraków.
Cieszyńska J., Orłowska-Popek Z., Korendo M. (red.), 2010, *Nowe podejście w diagnozie i terapii logopedycznej – metoda krakowska*, Kraków.
Cieszyńska J., 2013, *Metoda Krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci*, Kraków.
Jędrzejowska E., Jurek A., 2003, *Diagnoza i terapia dysleksji rozwojowej*, [w:] Gałkowski T., Jastrzębowska G. (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi*, t. 2, Opole, s. 536-608.
Krasowicz-Kupis G., 1997, *Język, czytanie i dysleksja*, Lublin.
Krasowicz-Kupis G., 2009, *Psychologia dysleksji*, Warszawa.

Kurowska B., 2011, *Dziecko ryzyka dysleksji w przedszkolu*, Kraków.
Mirecka U., 2009, *O błędach w pisowni identyfikowanych jako symptom zaburzeń funkcji słuchowych*, [w:] Kostka-Szymańska M., Krasowicz-Kupis G. (red.), *Diagnoza dysleksji – najważniejsze problemy*, Gdańsk, s. 152-163.
Pietras I., 2008, *Dysortografia – problemy psychologiczne*, Gdańsk.
Przybysz-Piwko M., 2009, *Aspekt językowy trudności w nabywaniu przez dziecko umiejętności pisania*, [w:] Kostka-Szymańska M., Krasowicz-Kupis G. (red.), *Diagnoza dysleksji – najważniejsze problemy*, Gdańsk, s. 125-151.
Przybysz-Piwko M., 2010, *Wieloznaczność terminu błąd językowy w interdyscyplinarnym obszarze badań nad dysleksją*, „Poradnik Językowy", nr 10, s. 52-59.
Przybysz-Piwko M., 2012, *Aspekt logopedyczny w opieie i interpretacji błędów w pisaniu jako jednej z form komunikacji językowej*, [w:] Milewski S., Kaczorowska-Brey K. (red.), *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, Gdańsk, s. 329-336.
Reilly J., 1997, *The Speech and Language Therapist*, [w:] Thomson P., Gilchrist P. (red.), *Dyslexia: A multidisciplinary approach*, s. 59-98.
Snowling M., 1998, *Dyslexia as a Phonological Deficit: Evidence and Implications*, „Child Psychology and Psychiatry Review", vol. 3, z. 1, s. 4-11.

The Role of Speech-Language Therapy in the Prevention, Diagnosis and Therapy of Reading and Writing Disorders

Summary: The article presents the role of the speech-language pathologist and their work in the context of prevention, diagnosis and therapy of reading and writing disorders with particular emphasis on developmental dyslexia. In recent years one increasingly emphasize the role of speech-language therapist as a specialist who works with psychologists and educators. One of the factors that influenced the change of mutual relations was the acknowledgement by many theorists and practitioners of the phonological theory [Snowling 1998] as the explanation of the deficit of the underlying difficulties in reading and writing. What is more, the research on language deficits allowed us to identify areas of difficulty in verbal communication in both speech and writing. As a consequence, diagnostic tools have now language awareness tasks (especially for phonological awareness), and in treatment programs we also find this kind of exercises. One could say that the current form of scientific reflection on dyslexia tends to find a common area of actions carried out by a speech-language therapist and specialists in the diagnosis and treatment of specific reading and writing difficulties.

Keywords: reading, writing, speech, developmental dyslexia, speech-language therapy, diagnosis of dyslexia, dyslexia therapy, the risk of dyslexia

IV. ROZWÓJ I ZABURZENIA MOWY

OLGA JAUER-NIWOROWSKA
(Uniwersytet Warszawski)

TRUDNOŚCI W PRZETWARZANIU TREŚCI ABSTRAKCYJNYCH I PRZENOŚNYCH U OSÓB Z CHOROBĄ PARKINSONA (PD) W NORMIE INTELEKTUALNEJ – DONIESIENIE Z BADAŃ[1]

STRESZCZENIE: Artykuł stanowi doniesienie z badań dotyczących zaburzeń przetwarzania treści językowych u osób z chorobą Parkinsona. Autorka analizuje pojawiające się trudności pod kątem ich objawów i możliwych patomechanizmów. W opracowanej publikacji autorka prezentuje jedynie cząstkowe wyniki – sposób wykonania próby polegającej na aktualizacji par wyrazów skojarzonych zawierających nazwy kolorów przez osoby z chorobą Parkinsona i osoby z grupy kontrolnej. Całościowe opracowanie wyników badania ukaże się w publikacji monograficznej (w przygotowaniu).

SŁOWA KLUCZOWE: choroba Parkinsona, ...

Treścią niniejszego artykułu jest prezentacja części wyników badań na temat: „Zaburzenia przetwarzania treści językowych u osób z chorobą Parkinsona", prowadzonych przez autorkę z udziałem osób z chorobą Parkinsona i osób z grupy kontrolnej. W badaniu uczestniczyło dwanaście osób z rozpoznaniem choroby Parkinsona i dziesięć osób z grupy kontrolnej. Grupa kontrolna była zrównoważona pod względem wieku i wykształcenia z grupą badaną. Porównania statystyczne uwzględnione w artykule odnoszą się do jedenastu chorych w normie intelektualnej, którzy stanowili zdecydowaną większość grupy badanej (jedenaście z dwunastu osób).

Poniżej przedstawiono wybrane informacje dotyczące choroby Parkinsona. Tło chorobowe zaburzeń mowy stanowi, zdaniem autorki badań, istotny czynnik modyfikujący zachowania językowe i komunikacyjne badanych. Typ objawów, świadomość deficytów oraz perspektywy dotyczące stanu zdrowia danego badanego rzutują na przebieg bieżącej komunikacji chorych z otoczeniem.

[1] Całościowe opracowanie wyników badań ukaże się w formie publikacji monograficznej: *Zaburzenia przetwarzania treści językowych u osób z chorobą Parkinsona*, przygotowywanej przez autorkę.

Choroba Parkinsona (PD) stanowi jedno z częstszych schorzeń neurodegeneracyjnych wieku starszego. Według danych z piśmiennictwa fachowego [Friedman (red.) 2005; Sobow, Sławek 2006] częstość występowania choroby wynosi od 1,5 do 15% – wzrasta z wiekiem. Schorzenie ma przebieg postępujący. W chorobie Parkinsona następuje proces wyrodnienia i obumierania komórek struktur podkorowych mózgowia, między innymi istoty czarnej – odpowiadającej za produkcję neuroprzekaźnika o nazwie dopamina. Objawy kliniczne choroby Parkinsona wynikają ze znacznego spadku ilości dopaminy, co powoduje zakłócenie równowagi między procesami hamowania i pobudzenia neuronalnego między strukturami podkorza i kory mózgowej. Podstawę diagnozy stanowi tak zwana triada parkinsonowska, obejmująca drżenia, sztywność mięśni i spowolnienie ruchów. Chorzy mają trudności z utrzymaniem stabilnej postawy ciała, pojawia się chód drobnymi krokami, brak balansu rękoma podczas chodzenia i pochylona postawa ciała. Z trudnościami ruchowymi współwystępują dysfunkcje emocjonalne i poznawcze. U osób cierpiących na PD obserwuje się: depresję, stany lękowe (u około 40% chorych), a także drażliwość i labilność emocjonalną [Wichowicz 2009][2]. Występują także zaburzenia poznawcze pod postacią dysfunkcji wykonawczych i fluktuacji uwagi oraz ogólnego spowolnienia tempa przetwarzania informacji (bradyfrenia). Obecność opisanych nieprawidłowości uzasadnia występowanie w grupie chorych utrudnień w komunikacji językowej.

W polskim piśmiennictwie logopedycznym [Lewandowski, Tarkowski 1989; Tłokiński 2005; Jauer-Niworowska 2009; Popławska-Domaszewicz, Kozubski 2012; Gatkowska 2012] mowa osób z PD była dotychczas opisywana głównie pod kątem dysfunkcji motorycznych pod postacią dyzartrii hipokinetycznej, podczas gdy obserwacje poczynione przez autorkę badań w czasie jej spotkań terapeutycznych z chorymi wskazywały na występowanie wśród osób z tym schorzeniem dodatkowych deficytów obejmujących funkcje językowe i komunikacyjne.

W piśmiennictwie odnotowywano wprawdzie obecność zaburzeń językowych u osób z chorobą Parkinsona, jednak zaburzenia te kojarzone były z objawami otępienia podkorowego [Szepietowska, Daniluk 2000]. Generalnie problematyka zaburzeń językowych określana jest jako słabo poznana i wymagająca dalszych badań, zarówno w kontekście choroby Parkinsona, jak i uszkodzeń podkorowych o odmiennym podłożu [Kądzielawa 1998; Pąchalska 2011; Altmann, Troche 2011]. Wspomniane wcześniej obserwacje kliniczne autorki oraz brak szerszych badań dotyczących opisanej problematyki stanowiły argumenty za podjęciem tematu zaburzeń językowych w powyższym schorzeniu.

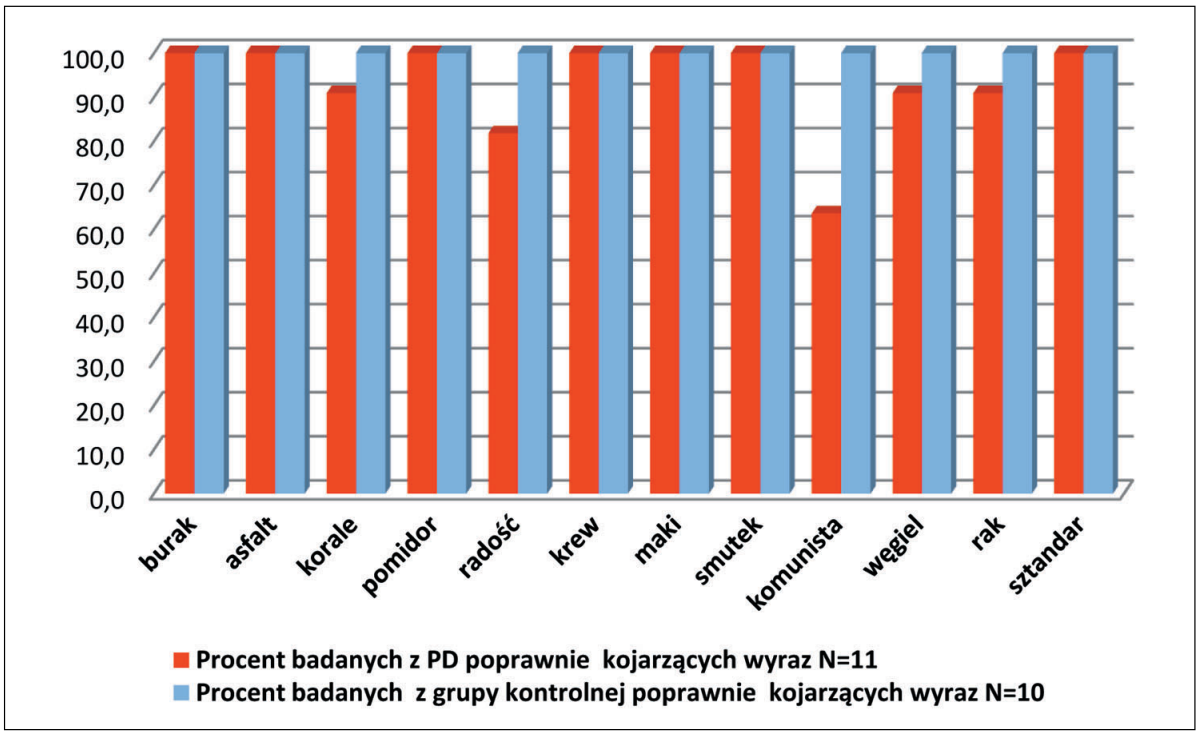
[2] Wichowicz H., 2009, *Zaburzenia psychiczne towarzyszące chorobie Parkinsona*, „Psychiatria w Praktyce Klinicznej", t. 2, nr 1, s. 1-14.

Artykuł dotyczy umiejętności rozumienia i kojarzenia znaczenia określeń dosłownych oraz określeń przenośnych, złożonych z dwóch słów i zawierających nazwy kolorów (na przykład: *czerwony burak*, *czarna owca*, *czarny węgiel*, *złota rączka*, *złoty medal*) prezentowanej przez osoby z diagnozą choroby Parkinsona. Ocena umiejętności aktualizacji i rozumienia par wyrazów skojarzonych, powiązanych znaczeniem dosłownym lub metaforycznym stanowiła część szerszych badań dotyczących sposobu przetwarzania danych językowych przez osoby z PD.

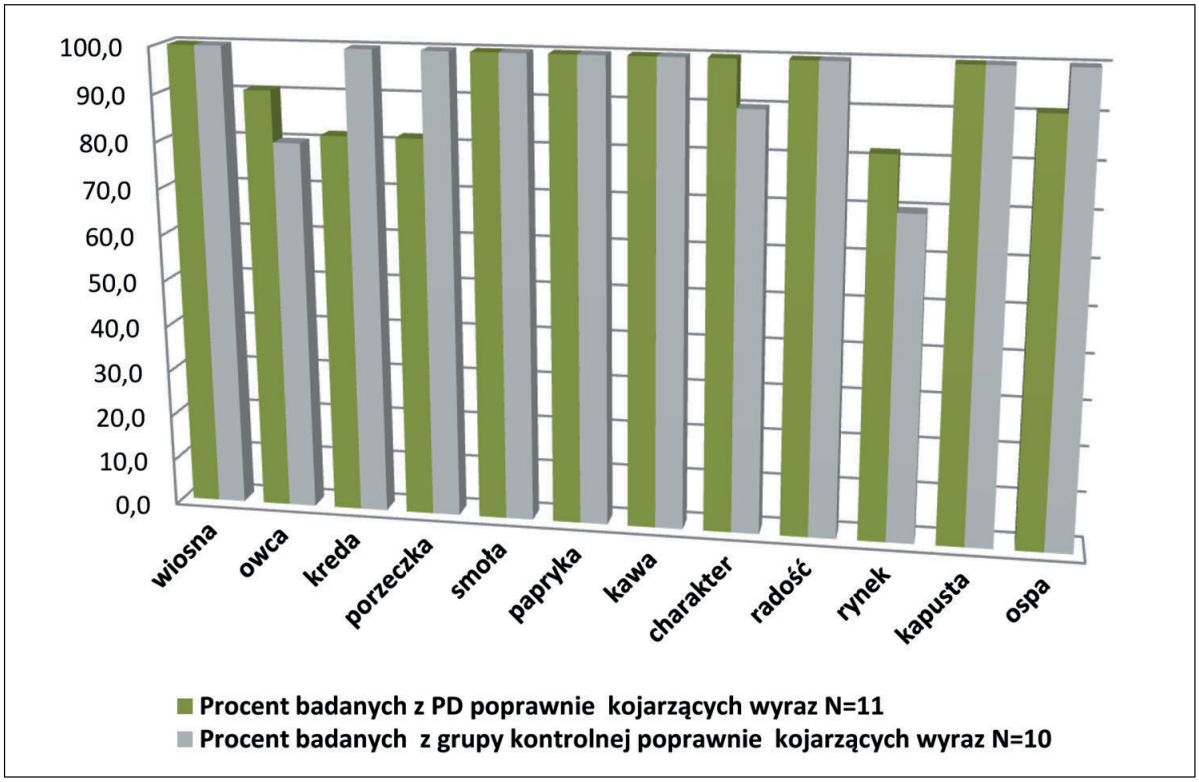
Celem sprawdzenia umiejętności aktualizacji i rozumienia par wyrazów skojarzonych, tworzących określenia o znaczeniu dosłownym i/lub przenośnym badani otrzymali trzy dwunastowyrazowe listy słów: listę związaną z kolorem czerwonym, listę dotyczącą koloru czarnego oraz listę odnoszącą się do koloru złotego. Nazwy kolorów zostały wybrane arbitralnie, w oparciu o wyczucie językowe badającej. Na listach umieszczono zarówno wyrazy znaczeniowo powiązane, jak i niepowiązane z nazwą danego koloru. Badanych poproszono o wybranie tych wyrazów z zaprezentowanych list, które kojarzą się im w przenośni lub dosłownie z nazwą podanego koloru. Jako poprawną uznawano zarówno reakcję wskazania słowa budzącego skojarzenie ze wskazanym kolorem, jak i reakcję pominięcia wyrazu nieodnoszącego się do tego koloru.

Poniższe wykresy przedstawiają procent poprawnych reakcji odnoszących się do wyrazów dotyczących kolorów: czerwonego, czarnego i złotego.

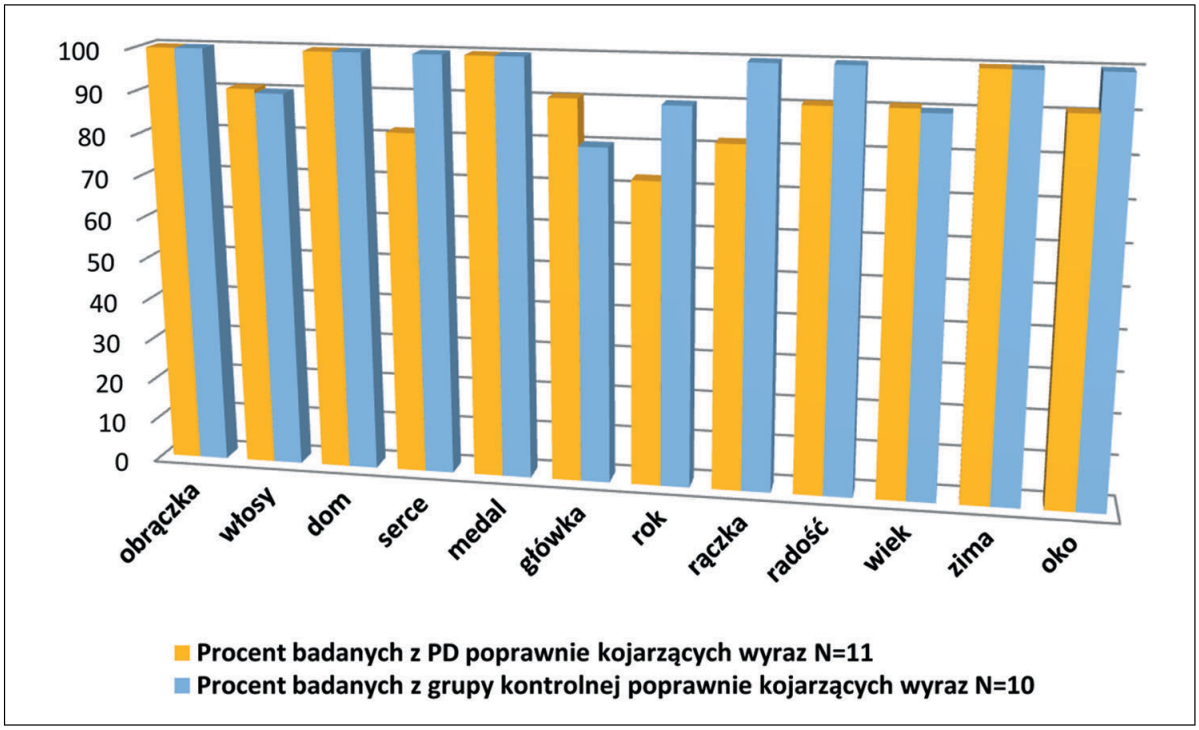
Wykres 1. Procent reakcji poprawnych związanych z wyrazami z listy pierwszej w grupach badanej i kontrolnej – lista dotyczyła koloru czerwonego



Wykres 2. Procent reakcji poprawnych związanych z wyrazami z listy drugiej w grupach badanej i kontrolnej – lista dotycząca koloru czarnego



Wykres 3. Procent reakcji poprawnych związanych z wyrazami z listy trzeciej w grupach badanej i kontrolnej – lista dotycząca koloru złotego

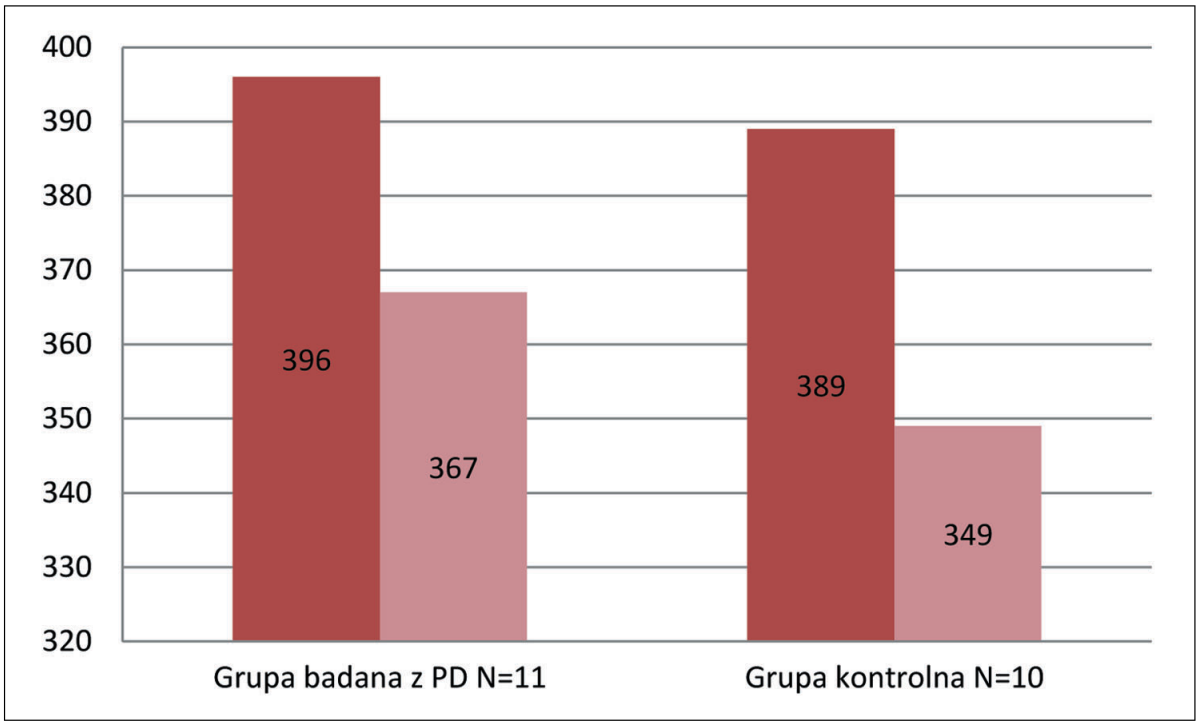


Jak widać, reakcje badanych z obu grup były zróżnicowane. Zarówno wśród osób zdrowych, jak i chorych zdarzały się pominięcia właściwych wskazań słów mających skojarzeniowe odniesienie do wskazanego przez badającą koloru. Różnicę między badanymi grupami stanowiły wskazania (lub pominięcia), oparte na dosłownych tłumaczeniach określeń metaforycznych. Osoby z chorobą Parkinsona nie tylko dosłownie tłumaczyły przenośne znaczenie par wyrazów. Zdarzały się także nieadekwatne skojarzenia dosłowne lub niewiążące się wprost z nazwą koloru podanego przez badającą Przykładem mogą być wskazania wyrazów *radość* i *węgiel*, jako kojarzących się z czerwonym kolorem (*...radość, to bym dał czerwony...*; *...złoty dom też może być*).

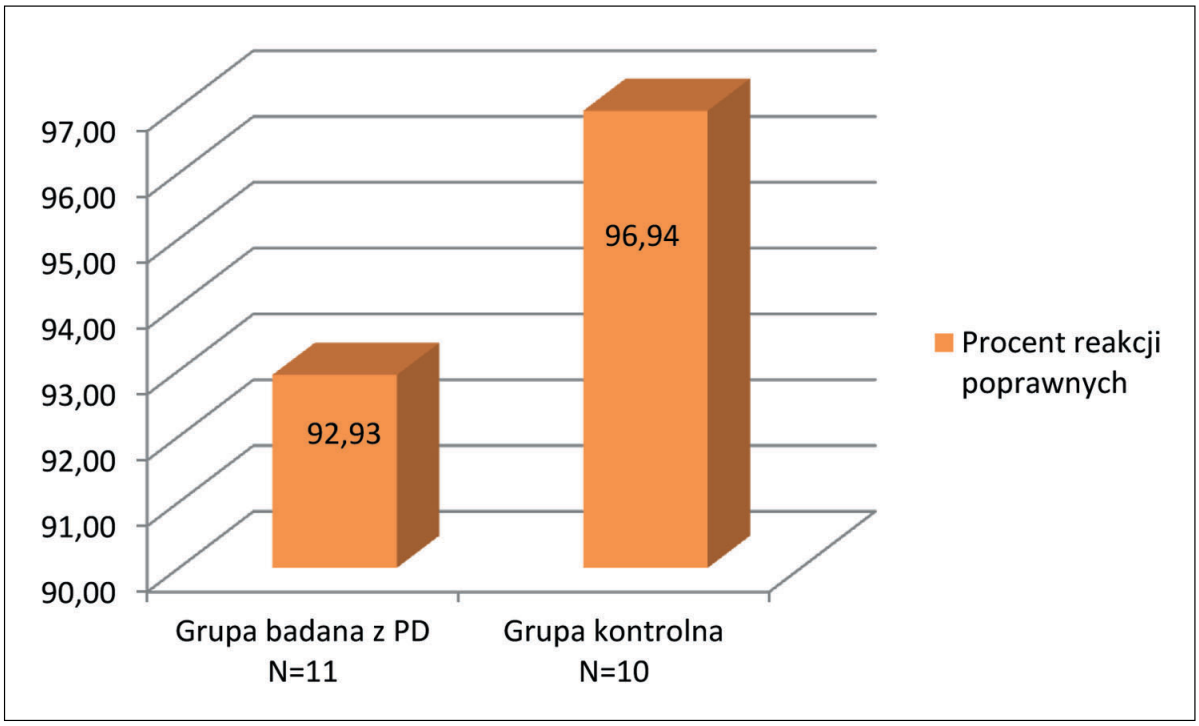
Trudności z samodzielną aktualizacją skojarzeń słownych i/lub z poprawnym rozumieniem znaczenia określeń przenośnych przejawiane przez osoby z chorobą Parkinsona wynikały z dysfunkcji płatów czołowych mózgowia i związanych z tą dysfunkcją trudności z przetworzeniem treści abstrakcyjnych, wykraczających poza konkret. Istotną cechą różniącą zachowania językowe osób chorych od zachowań osób z grupy kontrolnej była też zmienność obserwowanych reakcji dotyczących podobnego znaczenia słów. Zmienność w reakcjach osób z PD mogła wynikać z fluktuacji uwagi. Wykonywanie wszelkich zadań, także zadanie przeszukania zasobów słownikowych i aktualizacji skojarzeń werbalnych, wymaga od badanych skupienia i utrzymania uwagi na wykonywanym zadaniu. W przypadku zaburzeń funkcji uwagi proces aktualizacji skojarzeń werbalnych może ulec zakłóceniu.

Różnica między poziomem wykonania zadania przez osoby z chorobą Parkinsona i osoby zdrowe okazała się statystycznie istotna. Jednocześnie należy podkreślić, że zarówno w grupie osób zdrowych, jak i w reakcjach osób z grupy chorych odnotowano przewagę reakcji poprawnych nad nieprawidłowymi. Ten stan rzeczy uzasadnia wcześniejsze określenia zaburzeń językowych w PD jako niespecyficznych, gdyż u części chorych nieprawidłowości pojawiały się incydentalnie, zaś u innych występowały częściej. Różnica w liczbie oraz w procentowych wskaźnikach reakcji poprawnych, odnotowana przy porównywaniu wyników osób z grupy kontrolnej i z grupy chorych, zilustrowana została na wykresach 4 i 5.

Wykres 4. Potencjalnie możliwe i uzyskane reakcje poprawne w zadaniu wskazywania par słów skojarzonych zawierających nazwy kolorów – wyniki osób z chorobą Parkinsona i osób z grupy kontrolnej



Wykres 5. Procent reakcji poprawnych uzyskanych w zadaniu wskazywania par wyrazów skojarzonych



W zachowaniach językowych osób z chorobą Parkinsona ujawniła się również znaczna zależność od stanu emocjonalnego badanych – obniżki nastroju, rozdrażnienie i/lub labilność emocji znacząco modyfikowały poziom wykonywania zadań językowych przez badanych z PD.

Poczynione obserwacje wskazują na możliwą obecność zaburzeń językowych w opisanej grupie chorych. Dowodzą także konieczności kontynuacji i rozszerzania prowadzonych obserwacji, celem wzbogacenia materiału empirycznego i zwiększenia rzetelności opisu. Konieczność prowadzenia obserwacji długoterminowych wydaje się istotna zarówno w kontekście progresywnego charakteru choroby, jak i krótkoterminowej zmienności zachowań badanych.

BIBLIOGRAFIA

Friedman A. (red.), 2005, *Choroba Parkinsona mechanizmy, rozpoznawanie, leczenie*, Czelej, Lublin.

Gatkowska I., 2012, *Diagnoza dyzartrii u dorosłych w neurologii klinicznej*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków.

Jauer-Niworowska O., 2009, *Dyzartria nabyta Diagnoza logopedyczna i terapia osób dorosłych*, Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.

Kądzielawa D., 1998, *Zaburzenia językowe po uszkodzeniach struktur podkorowych mózgu*, [w:] Herzyk A., Kądzielawa D., *Związek mózg –zachowanie w ujęciu neuropsychologii klinicznej*, UMCS, Lublin.

Lewandowski A., Tarkowski Z., 1989, *Dyzartria wybrane problemy etiologii, diagnozy i terapii*, ZSL, Warszawa.

Pąchalska M., 2011, *Afazjologia*, PWN, Warszawa.

Popławska-Domaszewicz K., Kozubski W., *Zaburzenia mowy w chorobach neurologicznych*, [w:] Obrębowski A. (red.), *Wprowadzenie do neurologopedii*, Termedia, Poznań.

Sobow T., Sławek J. (red.), 2006, *Zaburzenia poznawcze i psychiczne w chorobie Parkinsona i innych zespołach parkinsonowskiech*, Continuo, Wrocław.

Szepietowska E.M., Daniluk B., 2000, *Zaburzenia językowe w demencji w ujęciu neuropsychologii klinicznej*, „Audiofonologia", t. XVI, s. 117-135.

Źródła internetowe:

Altmann L.J.P., Troche M.S., 2011, *High-Level Language Production in Parkinson's Disease: A Review*, „SAGE-Hindawi Access to Research Parkinson's Disease, Volume 2011", Article ID 238956, 12 pages doi:10.4061/2011/238956

Difficulties in the Processing of Abstract and Metaphoric Content by Persons with Parkinson Disease (PD) in Intellectual Norm – Research Report

Summary: The article is a research report and focuses on disorders in the processing of language content by persons with Parkinson disease. The author analyses difficulties that emerge in this process by taking into account their symptoms and potential pathomechanisms. In this research paper the author presents only partial results by focusing on the way in which the test has been constructed. The test is taken by persons with Parkinson disease and the control group, and consists in the actualization of pairs of associated words which contain the names of color pairs. The complete research report will be published as a monography (work in progress).

Keywords: Parkinson disease, ...

JUSTYNA ŻULEWSKA
(.....)

MAŁGORZATA NOWIS-ZALEWSKA
(.....)

OMÓWIENIA JAKO OBJAW ZABURZEŃ NAZYWANIA U OSÓB Z AFAZJĄ

STRESZCZENIE: W artykule przedstawiono wyniki badań, które dotyczyły trudności związanych z nazywaniem u pacjentów z afazją. Zaburzenia nazywania są ściśle związane z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, wywołującego afazję. Deficyty nominacyjne mogą przejawiać się w różnorodny sposób, m.in. chorzy posługują się opisem danego przedmiotu, zamiast właściwą nazwą obiektu przedstawionego na obrazku. Na podstawie przeprowadzonych badań autorki przedstawiły typy zastosowanych omówień, liczbę zastosowanych omówień w stosunku do innych błędów w nazywaniu oraz rodzaj omówień dla poszczególnych obiektów przestawionych na obrazkach.

SŁOWA KLUCZOWE: udar, afazja, anomia

Osoby z afazją prezentują różnego rodzaju zaburzenia nazywania. Mogą być one spowodowane rozerwaniem związku pomiędzy przedmiotem a oznaczającym słowem czy niemożnością aktualizacji właściwego wzorca słuchowego słowa, a przejawiać się tym, że chorzy wykazują różnego rodzaju trudności w nazywaniu desygnatów przedstawionych na obrazkach. W testach wykorzystywanych do badania pacjentów z afazją znajdują się próby, w których ocenie zostaje poddana umiejętność nazywania. W trakcie badania pacjenci są proszeni o podawanie nazw obiektów przedstawionych na obrazkach. Możemy również spotkać się z próbami, gdzie oceniane jest nazywanie w odpowiedzi na zadawane pytanie, przykładowo: „Co służy do mierzenia czasu?”. Deficyty nominacyjne mogą przejawiać się w różnorodny sposób. Maruszewski (1966) wyróżnił cztery typy zaburzeń czynności nazywania w afazji:

1. Niemożność znalezienia nazwy, która może przejawiać się gestem lub wyrażeniem stanu emocjonalnego, co świadczy o tym, że przedmiot został rozpoznany.
2. Omówienia – zamiast podania nazwy pokazanego przedmiotu chory wypowiada liczne sformułowania dotyczące rożnych jego cech, zastosowania, osobistych wspomnień dotyczących tego przedmiotu itp.

3. Parafazje werbalne – zamiast podania nazwy pokazanego przedmiotu pojawia się inne słowo, będące nazwą innego przedmiotu. Wśród parafazji werbalnych Maruszewski (1966) wyróżnia parafazje semantyczne (pacjent podaje nazwę przedmiotu należącego do tej samej kategorii ogólniejszej, bądź powiązanego z przedmiotem sytuacyjnie, funkcjonalnie itp.), persewerację (pacjent podaje nazwę przedmiotu poprzednio pokazanego lub wypowiedzianego) oraz takie parafazje werbalne, w których pacjent podaje nazwę o podobnym wzorcu słuchowo-ruchowym do nazwy właściwej lub przypadkowe słowo, które nie ma związku z nazwą właściwą.
4. Zniekształcenia wzorca słuchowo-ruchowego nazwy. W tym wypadku w podawanych przez pacjentów słowach następuje zamiana właściwych głosek na inne (parafazje głoskowe), pojawiają się dodatkowe głoski, opuszczenia głosek, poszukiwanie prawidłowego brzmienia nazwy oraz wypowiadanie słów nieistniejących w języku polskim.

W zebranym przez nas materiale językowym ocenie zostały poddane te trudności związane z nazywaniem, które przejawiają się występowaniem omówień zamiast podania właściwej nazwy obiektu przedstawionego na obrazku. Celem badań, na którym opiera się to opracowanie, była zatem dokładna analiza omówień, występujących podczas wykonywania testu nazywania.

Materiał i metody

Badaniami objęto 71 chorych, w tym 42 mężczyzn i 29 kobiet po udarze mózgu, przebywających w Oddziale Rehabilitacji i Terapii Neurologicznej. Wiek badanych wahał się od 60 do 80 lat (średnia wieku 70,3 lata). Oceniono nazywanie u 26 osób z afazją amnestyczną, 19 z afazją ruchową, 2 z afazją transkorową czuciową, 6 z afazją mieszaną oraz 18 osób, u których zaobserwowano dyskretne zaburzenia językowe pod postacią zejściowej formy afazji. Badanie wykonano przed upływem dwóch miesięcy od wystąpienia udaru mózgu.

Do oceny nazywania wykorzystano skróconą wersję Bostońskiego testu nazywania (*Boston Test Naming* – BNT). Test składa się z 15 czarno-białych rysunków (dom, grzebień, szczoteczka do zębów, ośmiornica, ławka, wulkan, łódka, bóbr, kaktus, hamak, stetoskop, jednorożec, statyw, sfinks, paleta). Zadaniem pacjenta było podawanie nazwy desygnatów przedstawionych na prezentowanych obrazkach. Odnotowałyśmy pojawiające się w trakcie wykonywania zadania omówienia. Według przyjętych założeń uznałyśmy, że pacjent stosował omówienia, kiedy starał się przekazać w sposób werbalny, co znajduje się na obrazku, którego nazwy nie był w stanie podać. Przeanalizowałyśmy użyte przez badanych

omówienia i wyróżniono 10 ich typów. Poza omówieniami zostały wydzielone pozostałe błędy w nazywaniu, takie jak brak nazwy, parafazje werbalne, neologizmy, deformacje postaci fonologicznej wyrazu oraz prawidłowo podane nazwy, w celu porównania liczby zastosowanych omówień do liczby innych błędów w nazywaniu. Poza tym odnotowano, jaki typ omówień dominował w przypadku określonych typów afazji oraz w poszczególnych słowach, które należało nazwać. Należy zaznaczyć, że w opisywanych omówieniach nie uwzględniłyśmy pojawiających się w poszczególnych wyrazach parafazji głoskowych, jeśli nie powodowały one zmiany znaczenia wyrazu. W tabelach 1-3 przedstawione zostały uzyskane wyniki badań.

Wyniki badań

Omówienia, które odnotowano podczas badania nazywania, poddano analizie i na jej podstawie wyróżniono opisane poniżej typy omówień:

1. Omówienia funkcjonalne:
   – sposób użycia danego przedmiotu,
   – przeznaczenie przedmiotu.
2. Omówienia odnoszące się do wiedzy ogólnej.
3. Omówienia poprzez wskazanie użytkownika.
4. Omówienia poprzez wskazanie typowej czynności dla prezentowanego desygnatu.
5. Omówienia poprzez użycie przymiotnika.
6. Omówienia poprzez użycie porównania.
7. Omówienia poprzez wyodrębnienie elementów desygnatu.
8. Omówienia odnoszące się do własnych doświadczeń.
9. Błędna interpretacja rysunku.
10. Omówienia niesklasyfikowane.

1. Omówienia funkcjonalne

Wśród tej grupy wydzielone zostały dwie podgrupy:

- *omówienie poprzez podanie sposobu użycia danego przedmiotu* (53).

Zamiast nazwy przedmiotu pacjenci podawali jego przeznaczenie, które w każdym wypadku rozpoczynało się od przyimka „do..”, np.:
ławka – „do siedzenia”
łódka – „do pływania”

hamak – „do leżenia”, „do bujania”
szczoteczka – „do mycia zębów”
grzebień – „do czesania”
paleta – „do malowania”, „do rozrabiania farb”
stetoskop – „do badania”

Zdarzało się, że pacjenci opisując przedmiot zawężali zakres jego przeznaczenia, np.:
stetoskop – „do badania ciśnienia”
lub podawali przeznaczenie tylko fragmentu przedmiotu, np.:
stetoskop – „do uszów” (pacjent użył gestu naśladującego wkładanie oliwek stetoskopu do uszu).

- *omówienie poprzez podanie przeznaczenia przedmiotu* (15):

Podgrupa odnosiła się do sposobu użycia danego przedmiotu. Omówienie tego typu było następujące:
hamak „żeby się położyć i poopalać”, „na tym się wypoczywa”, „na tym się huśta”
ławka „na tym się siedzi w parku”, „siedzi się na tym”, „można tu odpoczywać”
łódka – „w wodzie pływa”

Pojawiły się również opisy, które nie wskazywały na ogólne i powszechne zastosowanie przedmiotu, ale możliwe jego użycia, przykładowo:
stetoskop – „tu się zaczepia”
hamak – „tu się podczepia”
statyw – „tu się wsadza”, „można przykręcać do tego”, „żeby widział ktoś”, „tu się stawia”.

2. Omówienia odnoszące się do wiedzy ogólnej (22)

Pacjenci zamiast nazwy desygnatu podawali:

a) środowisko przyrodnicze, w którym żyje zwierzę lub rośnie roślina, np.:
   ośmiornica – „w morzu pływa”, „w wodzie”
   kaktus – „na pustyni rośnie”
b) nazwę kraju, w którym spotyka się / nie spotyka się / przedstawioną roślinę rosnącą w stanie wolnym, np.:
   kaktus – „w Teksasie rośnie”, „w Meksyku najczęściej jest”, „w Polsce tego nie ma”
   sfinks – „w Egipcie”
c) nazwy kojarzące się historycznie z desygnatem, np.:
   sfinks – „od faraonów jakiś”.

3. Omówienia poprzez wskazanie użytkownika (18)

Pacjenci wskazują na osobę, którą kojarzymy jako użytkownika danej rzeczy (16). Większość tego typu omówień odnosi się do obrazka przedstawiającego *stetoskop* oraz *statyw*, przykładowo pacjenci podają następujące omówienia:
stetoskop – „pani doktor takie ma", „dla lekarza", „lekarze mają to", „lekarz to nosi"
statyw – „dla technika takiego", „używają geodeci", „mają geodeci".

Należy zauważyć, że w przypadku obrazka przedstawiającego *statyw* obiekt został nieprawidłowo zinterpretowany. Pacjenci nie określają bowiem statywu lecz mają na myśli sprzęt używany przez geodetów do pomiarów. Dość często możemy spotkać się na ulicach z takim instrumentem geodezyjnym, jednak fachowe nazwy, takie jak *teodolit*, *niwelator* mogą nam być zwyczajnie nieznane. Warto zatem zastanowić się czy w przedstawionych przypadkach badani faktycznie mieli kłopot za aktualizacją wyrazu i zastosowali omówienie, czy omówienie wynikało jedynie z braku znajomości fachowych pojęć odnoszących się do przedmiotu rozpoznanego jako sprzęt geodezyjny.

Podobne wątpliwości możemy mieć również w przypadku wyżej omówionego obrazka przedstawiającego *stetoskop*, nazwa w tym wypadku również nie musi być przeciętnemu użytkownikowi języka znana, natomiast sam przedmiot jest dobrze znany i kojarzony.

Omówienia, które wskazują na osobę, którą kojarzymy jako użytkownika danej rzeczy pojawiły się również podczas nazywania obrazka przedstawiającego *paletę*. Badani w tym wypadku mówili: „ten dla dzieci", „dla dzieci malowidło".

4. Omówienia poprzez wskazanie typowej czynności dla prezentowanego desygnatu (15)

Badani posługiwali się również omówieniami, które przede wszystkim wskazywały na czynności charakterystyczne dla desygnatów przedstawionych na obrazkach, przykładowo:
wulkan – „ogień się podniósł, wybuch", „Wuzebiusz, ten co wybucha"
bóbr – „podgryza drzewa", „odgryza i buduje", „zwierzak jest, drzewo gryzie", „co drzewa przegryza", „on w wodzie robi se żeremię"
kaktus – „zielone i rośnie", „to rośnie"

5. Omówienia poprzez użycie przymiotnika (14)

Kolejnym wyróżnionym rodzajem stosowanych przez badanych omówień, są takie, w których badany używa przymiotnika do określenie tego, co znajduje się na prezentowanym obrazku. Są to co prawda pojedyncze wyrazy, jednak nie możemy ich nazwać parafazjami werbalnymi czy neologizmami. Opisują one adekwatnie to co znajduje się na obrazku, jednak nie stanowią ich nazwy. Osoby poddane badaniu używali przymiotników głównie odnoszą się do obrazka, na którym znajdował się sfinks oraz stetoskop. Zanotowano następujące przymiotniki:
sfinks – „egipskie", pradawny", „starożytny", „greckie", „staroegipskie"
stetoskop – „lekarskie".

6. Omówienia poprzez użycie porównania (8)

Pacjenci zamiast właściwej nazwy obrazka, podawali jedynie przykłady, co dana rzecz przypomina, przykładowo:
bóbr – „wygląda jak szczur", „podobne do kreta"
wulkan – „jakby coś tu rosło, jakieś korzenie"
sfinks – „podobny do człowieka"; „do psa podobny i do człowieka"

Nie można w tym wypadku wykluczyć, że badany mógł mieć kłopot z interpretacją obiektu przedstawionego na obrazku. Przyjmujemy jednak, że zastosowane formy porównań są pewnego rodzaju omówieniem. Chory nie mówi, że *bóbr* to *szczur*, ale informuje do jakiego innego zwierzęcia jest podobny, mając zatem świadomość, że to nie *szczur*, a inne zwierzę.

7. Omówienia poprzez wyodrębnienie elementów desygnatu (8)

Pacjenci wyodrębnili i nazwali jeden lub kilka elementów przedstawionego na obrazku obektu, np.:
sfinks – „głowa człowieka, a tułów nie wiadomo", „z twarzy Indianin a tu lew"
bóbr – „ząbki wyszczerzył ładne", „to ma szeroki ogon"
ośmiornica – „na jedno oko"

8. Omówienia odnoszące się do własnych doświadczeń (7)

Zanotowano również omówienia, gdzie badana osoba w formie omówienia przytaczała osobiste doświadczenie związane z danym obiektem. Przykładowo, pacjenci mówili:
hamak – „jest u mnie na podwórku", „u mnie dzieciaki na tym leżą"
wulkan – „widziałem takie coś"
paleta – „teraz takich nie ma, do malowania".

9. Błędna interpretacja rysunku (8)

Z podanego opisu wynika, iż rysunek nie został przez pacjentów prawidłowo rozpoznany, np.:
hamak – „siatka do łapania ryb" (sieć)
statyw – „koleżanka ma taki i ustawia i ma TVN" (antena)
sfinks – „to przypomina znaczek browaru"
bóbr – „może pod ziemią mieszka" (kret)

Wśród opisów podawanych przez pacjentów zamiast nazwy przedmiotów są też takie, których interpretacja nie jest jest jednoznaczna, np.:
jednorożec – „jednogarbny"
stetoskop – „do mieszania"
paleta – „do pisania"

W podanych przykładach wydaje się, że zamiast nazwy prawidłowej pojawiłaby się parafazja werbalna.

10. Omówienia niesklasyfikowane (4)

Wśród omówień pojawiły się również takie, których nie można zaklasyfikować do żadnego z przedstawionych wyżej rodzajów omówień. Użyte przez pacjentów w tym wypadku opisy odnosiły się co prawda do konkretnych obrazków, były one jednak puste treściowo, nie wskazywały, ani na funkcję przedmiotu, ani jego element czy sytuację użycia. Były często tak ogólne, że mogły pojawić się przy którymkolwiek obrazku, przykładowo badani omawiając obrazki mówili:
wulkan – „takie brzydkie, że nie wiem"; „ tutaj jest wszystko"
bóbr – „ładne wszystko".
jednorożec – „na dole naszych"
stetoskop bób jednorożec

Omówienia na tle innych błędów w nazywaniu

Podczas badania nazywania poza omówieniami odnotowałyśmy poprawne odpowiedzi pacjentów oraz inne błędy takie jak: brak nazwy, parafazje werbalne, neologizmy, deformacje postaci fonologicznej wyrazu. Pozwoliło to na odniesienie liczby zastosowanych omówień w stosunku do innych błędów w nazywaniu.

Tabela 1. Wykonanie testu nazywania przez badanych z różnym typem afazji

Rodzaj afazji	Liczba omówień	Liczba innych błędów	Liczba poprawnie wypowiedzianych słów
Afazja amnestyczna	62	166	162
Afazja ruchowa	52	105	128
Afazja mieszana	18	51	21
Afazja transkorowa czuciowa	2	18	9
Elementy afazji	39	102	129
Ogólna liczba	173	442	449

Na podstawie powyższej tabeli można zaobserwować, że ogólna liczba omówień jest znacznie niższa niż ogólna liczba pozostały błędów oraz liczba poprawnie wypowiedzianych słów. Należy jednak zwrócić uwagę, że w przypadku omówień mamy do czynienia tylko z jednym rodzajem błędu jaki może pojawić się podczas próby nazywania, natomiast podgrupa „inne błędy" jest szeroka i należą do niej wszystkie pozostałe nieprawidłowe reakcje pacjenta, zatem duża liczba błędów w tej rubryce wydaje się zrozumiała. Badanie nazywania nie obejmowało pacjentów z głębokimi zaburzeniami językowymi, zatem pacjenci podawali dużą liczbę poprawnych odpowiedzi.

Na podstawie tabeli możemy również zauważyć, że najwięcej błędów w nazywaniu popełnili pacjenci z afazją amnestycznej. W każdym typie afazji mamy do czynienia z zaburzeniami nazywania, jednak są one szczególnie wyraźne w przypadku afazji amnestycznej, gdzie kontrastują z łagodniejszymi zaburzeniami pozostałych funkcji językowych. Duża liczba omówień występowała również u pacjentów z afazją ruchową, byli to jednak pacjencji, u których możliwa była ekspresja językowa. Możemy zaobserwować, że w przypadku pacjentów z afazją mieszaną, transkorową czuciową oraz elementami afazji widoczna jest znacznie mniejsza liczba omówień w stosunku do innego rodzaju błędów.

Rodzaj omówień a rodzaj afazji

W dalszej części badań analizie poddano omówienia, które sklasyfikowano według wyżej opisanych wyznaczników na 10 różnych typów. Wyniki badań pokazują, że badani niezależnie od typu afazji (wyłączając afazję transkorową czuciową ze względu na zbyt małą liczbę ocenionych badanych) stosowali przede wszystkim omówienia funkcjonalne, następnie omówienia odnoszące się do wiedzy ogólnej, poprzez wskazanie typowej czynności dla prezentowanego desygnatu oraz omówienie poprzez wskazanie użytkownika.

Tabela 2. Omówienia a rodzaj afazji

Rodzaj afazji	Rodzaj omówień											Ogólna liczba
	1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	1a	1b										
Afazja amnestyczna	7	17	6	1	7	6	8	1	2	4	3	62
Afazja ruchowa	4	17	7	3	7	4	4	1	2	3		52
Afazja mieszana	1	8	3	1	2	1		1	1			18
Afazja transkorowa czuciowa									2			2
Elementy afazji	3	12	6	2	2	4	2	5	1	1	1	39
Ogólna liczba	15	54	22	7	18	15	14	8	8	8	4	173

1 – Omówienia funkcjonalne
  1a – sposób użycia danego przedmiotu
  1b – przeznaczenie przedmiotu
2 – Omówienia odnoszące się do wiedzy ogólnej
3 – Omówienia odnoszące się do własnych doświadczeń
4 – Omówienia poprzez wskazanie użytkownika
5 – Omówienia poprzez wskazanie typowej czynności dla prezentowanego desygnatu
6 – Omówienia poprzez użycie przymiotnika
7 – Omówienia poprzez użycie porównania
8 – Omówienia poprzez wyodrębnienie elementów desygnatu
9 – Błędna interpretacja rysunku
10 – Omówienia niesklasyfikowane

Rodzaj omówień w poszczególnych wyrazach

Na podstawie testu nazywania zbadano również liczbę oraz rodzaj omówień dla poszczególnych obiektów przedstawionych na obrazkach. Okazało się, że błędy w nazywaniu, przejawiające się jako omówienia odnosiły się przede wszystkim do następujących wyrazów: *paleta*, *stetoskop*, *hamak*, *bóbr*, *sfinks*. Możemy zatem pokusić się o wniosek, że trudności w przywołaniu właściwej nazwy mogły być związane z nisko frekwencją występowania w języku polskim omawianych wyrazów lub nieznajomością nazw. Możemy również zauważyć, że w przypadku obrazków przedstawiających *paletę* oraz *hamak* stosowano głównie omówienia funkcjonalne (*hamak* – „do leżenia", *paleta* – „do malowania"). Omówienia te dotyczą bowiem przedmiotów stworzonych do pełnienia określonych funkcji. *Stetoskop* najczęściej omawiano odnosząc się do użytkownika tego przedmiotu. Stetoskop kojarzony jest jako atrybut lekarza. Obrazek przedstawiający *sfinksa* omawiano odnosząc się do wiedzy ogólnej („w Egipcie") oraz stosując przymiotnik („egipski"). *Bóbr* omawiany na podstawie charakterystycznych czynności,

jakie wykonuje („drzewo gryzie, buduje"). Należy zatem zauważyć, że stosowane omówienie odnoszą się przede wszystkim do wiedzy potocznej opartej na potocznym rozumieniu elementów otaczającej rzeczywistości.

Tabela 3. Rodzaj omówień dla poszczególnych desygnatów przedstawionych na obrazkach

Obrazki testowe	Rodzaj omówień											Ogólna liczba
	1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	1a	1b										
hamak	4	12		4						1		21
statyw	5	1		1	3					1		11
paleta		24		1	2			2		1		30
stetoskop	2	6		1	13		4			1		27
wulkan			1			3		1			2	7
dom												0
grzebień		4								1		5
szczoteczka		1										1
ośmiornica			7			1	2		1			11
ławka	3	2										5
kajak	1						1					2
bóbr		4	1			8		2	2	2	1	20
kaktus			7			3						10
jednorozec											1	1
sfinks			6				7	3	5	1		22
Ogólna liczba	15	54	22	7	18	15	14	8	8	8	4	173

1 – Omówienia funkcjonalne
  1a – sposób użycia danego przedmiotu
  1b – przeznaczenie przedmiotu
2 – Omówienia odnoszące się do wiedzy ogólnej
3 – Omówienia odnoszące się do własnych doświadczeń
4 – Omówienia poprzez wskazanie użytkownika
5 – Omówienia poprzez wskazanie typowej czynności dla prezentowanego desygnatu
6 – Omówienia poprzez użycie przymiotnika
7 – Omówienia poprzez użycie porównania
8 – Omówienia poprzez wyodrębnienie elementów desygnatu
9 – Błędna interpretacja rysunku
10 – Omówienia niesklasyfikowane

Wnioski

Przeprowadzone badania pozwalają wyciągnąć następujące wnioski:

- Omówienia stosowane przez osoby z afazją można podzielić na kilka typów.
- Omówienia są charakterystyczne dla afazji amnestycznej, występują jednak również w innych typach afazjach.
- Omówienia dotyczyły głównie wyrazów, których częstotliwość występowania w języku polskim jest niska.
- Niezależnie od rodzaju afazji dominującym typem omówień były omówienia funkcjonalne.

BIBLIOGRAFIA

Mack W.J., Freed D.M., Williams B.W., Henderson V.W., 1992, *Boston Naming Test: shortened versions for use in Alzheimerr's disease*, „The Journals of Gerontology", t. 47, z. 3, s. 154-158.

Maruszewski M., 1966, *Afazja, zagadnienia teorii i terapii*, Warszawa.

Strauss E., Sherman E.M.S., Spreen O., 2006, *A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms, and Commentary*, Oxford.

Talking Through as a Symptom of Naming Disorder of Persons with Aphasia

Summary: The article presents the results of a research related to the difficulty in production names for common objects in patients with aphasia. Word-finding difficulty is most strictly related to the damage of central nervous system which causes aphasia. A common strategy used by individuals with word finding difficulties is circumlocution. In the article the authors describe the types of circumlocutions, number of circumlocutions relative to other types of anomia and the types of circumlocutions for particular objects shown in the pictures.

Keywords: stroke, aphasia, anomia

ELŻBIETA TROCIUK-SADOWSKA
(Uniwersytet Warszawski)

REAKCJE NIEMÓWIĄCEGO DZIECKA Z AUTYZMEM DZIECIĘCYM NA WŁASNE IMIĘ W ŚWIETLE BADAŃ WŁASNYCH

STRESZCZENIE: Celem artykułu jest przedstawienie sposobów reagowania niemówiącego dziecka z autyzmem dziecięcym na wymówienie jego imienia w różnych sytuacjach i miejscach przez odmienne osoby. Przedmiotem prezentowanych badań było ustalenie sposobów komunikacji niemówiącego dziecka autystycznego z otoczeniem (studium przypadku), w tym również poznanie sposobów reagowania na własne imię. Analizie poddano 4 rodzaje sytuacji (zarówno naturalnych, jak i inscenizowanych). Przeprowadzone badania wskazują na konieczność zrewidowania sposobów przeprowadzania wstępnego wywiadu z rodzicami dziecka.

SŁOWA KLUCZOWE: autyzm dziecięcy, komunikacja niewerbalna, reagowanie na imię, studium przypadku, wywiad logopedyczny

Niniejszy artykuł poświęcony jest sposobom reagowania niemówiącego dziecka z autyzmem dziecięcym na wymówienie jego imienia w różnych sytuacjach i miejscach przez odmienne osoby[1]. Ma on na celu zwrócenie uwagi na sposoby reagowania dziecka na własne imię, co jest podstawowym zadaniem stosowanym w ocenie reakcji dziecka z podejrzeniem autyzmu.

Pytanie *Czy Państwa dziecko reaguje na własne imię?* jest jednym z pierwszych, które logopeda zadaje rodzicom swojego małego pacjenta. Istotne jest więc, by zarówno logopeda, jak i rodzic mieli świadomość, co to właściwie znaczy, że dziecko „reaguje" na wypowiedzenie jego imienia. Umiejętność reagowania na własne imię jest niezwykle istotną kwestią w rozwoju i codziennym funkcjonowaniu każdego dziecka – nie tylko autystycznego. Już 4-miesięczne dziecko reaguje radosnym ożywieniem na obecność bliskiej osoby oraz odwraca głowę w kierunku źródła dźwięku[2].

[1] Tekst ten nawiązuje do artykułu opublikowanego w „Poradniku Językowym" (2011) pt. *Zaburzenia komunikacji w autyzmie – podstawowe trudności diagnozy i terapii logopedycznej*, w którym zostały szczegółowo przedstawione zagadnienia dotyczące autyzmu oraz komunikacji osób cierpiących z powodu tego zaburzenia.

[2] O pierwszych reakcjach społecznych dziecka pisze np. Minczakiewicz (2010: 25-53).

1. Autyzm

Autyzm nie jest nowym zaburzeniem – jako zespół chorobowy został wyodrębniony już w 1943 roku [Kanner 1943]. Od tamtego czasu wiedza o nim ulegała częstym zmianom, również sama interpretacja autyzmu była wielokrotnie weryfikowana, co skutkowało licznymi zmianami w procedurach diagnostyczno-terapeutycznych oraz systemach klasyfikacyjnych [zob. np. Pisula 2000: 15; Markiewicz 2004: 13]. Jednym z ważniejszych ustaleń było uznanie autyzmu za kontinuum, później zaś za spektrum objawowe [Wing, Gould 1979; Wing 1997: 148-170]. Obecnie, w największych systemach diagnostycznych (ICD i DSM) autyzm najczęściej klasyfikuje się jako rozległe zaburzenie rozwojowe [Młynarska 2008: 94][3]. Do niedawna, kryteria diagnostyczne autyzmu zawarte w DSM-IV i ICD-10 były dość zbliżone [por. Sponheim 1996; Pisula 2000], w maju 2013 roku ukazała się jednak nowa klasyfikacja (DSM-V), w której wprowadzono kilka znaczących zmian[4]. Nadal nie wszystkie kwestie związane z autyzmem zostały jednoznacznie ustalone i rozstrzygnięte (np. dotyczące jego etiologii). Wiele problemów sprawia również badaczom opis umiejętności komunikacyjnych dzieci cierpiących z powodu tego zaburzenia (zarówno werbalnych, jak i niewerbalnych). Wynika to głównie z ogromnego zróżnicowania populacji osób z autyzmem. Sytuacja taka jest problematyczna zarówno dla teoretyków, jak i dla praktyków, którzy w swojej codziennej pracy podejmują się diagnozy i terapii dzieci ze spektrum autyzmu[5].

2. Badania własne

Przedmiotem prezentowanych badań było ustalenie sposobów komunikacji niemówiącego dziecka autystycznego z otoczeniem (studium przypadku), w tym również poznanie sposobów reagowania na własne imię. W momencie rozpoczęcia badań objęta badaniem dziewczynka miała 6 lat. Dziecko pochodziło z pełnej rodziny, miało starszego brata oraz zdrową siostrę bliźniaczkę (bliźnięta dwujajowe), u której nie stwierdzono zaburzeń ze spektrum autyzmu.

[3] W ten sposób zaburzenie to jest ujmowane w największych systemach klasyfikacyjnych – w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (International Classification of Diseases – ICD) opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO – World Health Organization) oraz Diagnostyczno-Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychicznych (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM), stworzony przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association – APA).

[4] Porównanie *ICD-10R, DSM-IV-TR i DSM-5* można znaleźć np. w opracowaniu Willson, Gillan, Spain i in. (2013).

[5] O trudnościach w diagnozie logopedycznej dzieci ze spektrum autyzmu więcej w: Sadowska 2011.

Według danych zgromadzonych w czasie wywiadu, ciąża przebiegała bez problemów, zaś poród odbył się o czasie i siłami natury. Po urodzeniu dziewczynka została oceniona na 10 punktów w skali Apgar. Matka dziewczynki dość wcześnie zorientowała się, iż rozwój dziecka nie przebiega prawidłowo – mogła bowiem na bieżąco porównywać rozwój psychoruchowy obydwu dziewczynek. Największe różnice, zdaniem matki, dotyczyły „mowy, porozumiewania się”[6].

Prezentowane w niniejszej pracy badania rozpoczęłam od obserwacji dziecka – zarówno w czasie codziennych czynności, jak i podczas zajęć szkolnych. Miałam również możliwość pracy terapeutycznej z dziewczynką. Podstawowe techniki, jakie wykorzystałam w badaniach to: rozmowa (wywiady z rodzicami, rodzeństwem, z osobami pracującymi z dzieckiem – z wychowawcą w przedszkolu oraz z pedagogiem specjalnym – celem było ustalenie sposobów komunikowania się dziecka z otoczeniem), analiza dokumentacji (opisy psychologiczne, orzeczenia lekarskie itp.) oraz systematyczna i bezpośrednia obserwacja[7]. Szczególną uwagę zwracałam na cechy komunikacji badanego dziecka, jego reakcje, postawy oraz zachowania (a także na zmienne je wywołujące). W badaniach posłużyłam się również niepublikowanym autorskim kwestionariuszem badającym komunikację niemówiącego dziecka autystycznego. Kwestionariusz wypełniany był osobno przez każdego z rodziców, jak też przez osobę pracującą z dzieckiem (wychowawca w szkole specjalnej). Badania zostały przeprowadzone w różnych miejscach – w domu rodzinnym dziecka, na placu zabaw oraz w szkole specjalnej, do której uczęszczało dziecko.

3. Reakcja dziecka na własne imię

W trakcie badań postanowiłam dokładnie przyjrzeć się reakcjom dziecka na własne imię, gdyż dane z tych obserwacji pozwalają również zbliżyć się do odpowiedzi na pytanie o to, w jaki sposób dziecko wchodzi w kontakt z innymi osobami, jakie są jego preferencje osobowe oraz czy zdarza mu się ignorować innych ludzi. Badając reakcję dziecka na własne imię, postawiłam sobie dwa zasadnicze pytania – Czy dziecko reaguje na swoje imię? A jeśli tak, to w jaki sposób? Postanowiłam również sprawdzić, czy reakcja ta jest zawsze taka sama, czy też jej forma zmienia się w zależności od sytuacji i kontekstu interpersonalnego [por. Nęcki 1996: 103-104].

[6] Dane z wywiadu.

[7] Według T. Pilcha i T. Bauman obserwacja „jest czynnością badawczą polegającą na gromadzeniu danych drogą postrzeżeń”, autorzy uznają ją za najbardziej wszechstronną technikę gromadzenia materiałów [Pilch, Bauman 2001: 86].

W trakcie badań wzięłam pod uwagę 4 sytuacje (zarówno naturalne, jak i inscenizowane):

1. Reakcja badanego dziecka na własne imię, w sytuacji, gdy znajduje się ono sam na sam w pokoju z osobą wypowiadającą jego imię (sytuacje naturalne)
2. Reakcja dziecka na własne imię, w sytuacji, gdy znajduje się ono w grupie osób (sytuacje naturalne)
3. Reakcja badanego dziecka na własne imię, w sytuacji, gdy nie widzi ono osoby wypowiadającej jego imię, a jedynie ją słyszy (sytuacje inscenizowane i naturalne)
4. Reakcja badanego dziecka na imię inne, niż posiada (sytuacje inscenizowane i naturalne)

W obrębie każdej z wymienionych sytuacji analizowałam również wpływ takich czynników jak: miejsce badania (np. dom, szkoła, plac zabaw), rodzaj podejmowanej aktywności (dziecko zajęte jakąś czynnością, np. zabawą, nauką przy stole lub brak czynności), użyta forma imienia (pełna i zdrobniała), atmosfera kontaktu i związany z nią ton osoby wypowiadającej imię (przyjazny czy dyrektywny), osoba wypowiadająca imię dziecka (znana dziewczynce i nieznana). Obserwacje przeprowadziłam w domu rodzinnym dziecka, na bliskim miejscu zamieszkania placu zabaw oraz w czasie zajęć dziewczynki w szkole specjalnej. W większości były to sytuacje naturalne (osoba wymawiająca imię dziecka była poinformowana o tym, że badam sposoby komunikacji dziecka, nie miała jednak świadomości tego, iż w danej chwili analizuję reakcję objętej obserwacją dziewczynki na własne imię). W razie potrzeby prosiłam osobę o inscenizację sytuacji[8] lub o możliwość obserwacji zachowania dziecka w sytuacji, gdy znajdowało się ono sam na sam w pomieszczeniu z jakąś osobą. W domu rodzinnym, reakcje dziewczynki, w sytuacji, gdy nie widziała ona osoby wypowiadającej jej imię, a jedynie ją słyszała lub w czasie, gdy przebywała sam na sam z daną osobą w pokoju, obserwowałam w dużym lustrze umieszczonym na przedpokoju (dziecko nie widziało mnie). W szkole, niestety, nie miałam takiej możliwości, dlatego też obserwacje w przedstawionych sytuacjach odbyły się w obecności osoby badającej. Należy dodać, iż wypowiedzenie imienia dziecka w sytuacji naturalnej (czyli wtedy, gdy osoba wypowiadająca imię nie ma świadomości, iż uczestniczy w badaniu) wiązało się w analizowanych sytuacjach najczęściej z zawołaniem dziecka lub zwróceniem mu uwagi, by zaniechało wykonywania jakiejś czynności.

[8] Prosiłam np. o zwrócenie się do dziecka innym imieniem, niż to, które posiada.

4. Reakcja badanego dziecka na własne imię, w sytuacji, gdy znajduje się ono sam na sam w pokoju z osobą wypowiadającą jego imię

Sytuacja pierwsza obejmowała reakcję objętej badaniem dziewczynki na własne imię, w sytuacji, gdy znajdowała się sam na sam w pokoju z osobą wypowiadającą jej imię. Obserwacja tego typu zachowań była możliwa tylko w domu rodzinnym dziecka[9]. W badaniu wzięły udział następujące osoby: matka, siostra, osoba badająca. Obserwacje w szkole polegały na obecności osoby badającej w pomieszczeniu, w którym znajdował się dany pracownik szkoły oraz objęte obserwacją dziecko[10]. Ze względu na niejednolite formy obserwacji (w domu – przy użyciu lustra, w szkole – w obecności osoby badającej) analiza uzyskanych danych ma charakter wyłącznie informacyjny i zostanie przeprowadzona w sposób jakościowy.

Analiza danych uzyskanych w trakcie obserwacji wskazuje, iż zasadniczy wpływ na reakcję objętej obserwacją dziewczynki na własne imię ma fakt, kto się do niej zwraca – osoba znana, nieznana, a także to, jakiej użyto formy imienia – pełnej czy zdrobniałej. W przypadku osób nieznanych (pani rehabilitantka i pani terapeutka) reakcje nie były tak częste i zróżnicowane, jak w przypadku osób znanych dziecku. Objęte obserwacją dziecko reagowało w podobny sposób zarówno na pełną, jak i na zdrobniałą formę swojego imienia, ale reakcja następowała częściej, gdy używana była forma zdrobniała[11]. Analiza zachowań dziecka na wypowiedzenie jego imienia przez bliską mu osobę wskazuje, iż najczęściej reagowało ono przerwaniem danej czynności, odwróceniem się w stronę osoby mówiącej jego imię i podejściem do niej. Dość częste były również sytuacje, w których dziewczynka przerywała wykonywaną czynność i odwracała się w stronę osoby wypowiadającej jej imię. Rzadko natomiast, odwracała się bez przerywania wykonywanej czynności. Tylko w kilku przypadkach objęte obserwacją dziecko nie wykazało żadnej reakcji na wymówienie jego imienia przez bliską osobę. Najczęściej brak reakcji wiązał się z wypowiedzeniem pełnej formy imienia dziecka w sposób dyrektywny[12]. Wypowiedzenie w ten sposób

[9] W szkole, do której uczęszczało dziecko, nie było warunków, by można było obserwować zachowania i reakcje dziecka, w sytuacji, gdy znajduje się ono sam na sam w sali z osobą wypowiadającą jego imię. W czasie pobytu w szkole, dziewczynka uczęszczała na zajęcia indywidualne – z rehabilitantką (w małej sali gimnastycznej) oraz z terapeutką (w sali „światło-dźwięk"). Niestety, pomieszczenia te nie były przystosowane do tego, by ktoś z zewnątrz mógł obserwować to, co dzieje się w środku, nie będąc jednocześnie widzianym przez dziecko.

[10] Udział osoby badającej w tych zajęciach był całkowicie bierny – polegał na obserwacji i notacji zachowań dziecka.

[11] Osoby, które są w jakiś sposób związane z dziewczynką i ją znają, najczęściej używają zdrobniałej formy jej imienia.

[12] Dyrektywny ton połączony był najczęściej z użyciem pełnej formy imienia dziecka, natomiast zdrobnienia zazwyczaj były wypowiadane neutralnie lub przyjaźnie.

pełnej formy imienia dziecka często nie powodowało przerwania przez nie czynności, tylko w nielicznych przypadkach skutkowało odwróceniem się dziecka w stronę osoby wypowiadającej imię. Gdy imię dziecka było wypowiadane przez nieznaną mu osobę, bardzo często nie wykazywało ono żadnej reakcji. Czasem odwracało się bez przerywania wykonywanej czynności (taką reakcję zauważyłam, gdy osoba pracująca z dzieckiem wypowiadała zdrobniałą formę jego imienia). Bardzo często dziewczynka reagowała dopiero po kilkukrotnym wymówieniu jej imienia (czasem osoba zaczynała zwrot od formy pełnej, przechodząc następnie do zdrobniałej). Nigdy w czasie prowadzonych obserwacji nie zauważyłam, by dziewczynka podeszła do obcej osoby wypowiadającej pełną formę jej imienia. Reakcja na imię pojawiała się najczęściej w sytuacji, gdy dziecko, np. siedziało z daną osobą przy stole. Rzadziej natomiast reagowało, gdy osoba nieznana wypowiadała jego imię w sytuacji, gdy zajmowało się ono jakąś czynnością.

Reakcja dziecka często ulegała zmianie w zależności od tonu głosu osoby wypowiadającej jego imię. Dziewczynka najczęściej reagowała na wypowiedzenie w neutralny lub przyjazny sposób przez znaną jej osobę zdrobniałej formy jej imienia. Miły, przyjazny i pieszczotliwy ton głosu najczęściej powodował, iż odwracała ona głowę w kierunku osoby mówiącej jej imię, często też się uśmiechała. W takich sytuacjach dziecko bardzo często podchodziło do osoby wypowiadającej jego imię. Dyrektywny sposób mówienia (pojawiał się najczęściej, gdy dziecko wykonywało czynność zabronioną przez dorosłego, np. wspinanie się na półki, dotykanie szklanych przedmiotów, manipulowanie przy sprzęcie rehabilitacyjnym) nie powodował przerwania podjętej przez dziecko czynności, mimo iż dziecko często się odwracało, patrząc na daną osobę. Dziecko rzadko w takich sytuacjach podchodziło do osoby mówiącej. Przerwanie czynności następowało dopiero po podejściu danej osoby i zabraniu dziecku przedmiotu lub odsunięciu go od zakazanego miejsca. Ewa Pisula zauważa, iż dyrektywny dorosły nastawiony tylko na sytuację zadaniową (np. w trakcie zajęć z dzieckiem) ignorujący komunikaty wysyłane przez dziecko może spowodować, iż przyjmie ono bierną lub destrukcyjną postawę (oczywiście nie jest to regułą) [por. Pisula 2003: 12].

W trakcie obserwacji nie zauważyłam, by dziewczynka, w czasie, gdy jest zajęta jakąś czynnością, odwracała się w stronę osoby zwracającej się do niej pieszczotliwym zwrotem typu „słoneczko" czy „kochanie" (takie formy stosowały panie – rehabilitantka i terapeutka). Reakcja na takie zwroty następowała natomiast głównie w czasie interakcji z matką lub siostrą, ale tylko wtedy, gdy było to połączone z sytuacją zabawy[13]. W czasie wypowiadania tych zwrotów,

[13] Matka i siostra zwracały się czasem do objętego badaniem dziecka używając różnych pieszczotliwych zwrotów, modulując jednocześnie głos, tak by brzmiał zabawnie (np. „kochanie", „kotku", „słoneczko", „uparciuszku", „niunia" – zwroty matki, „głodomorku", „niunia" – zwroty siostry).

zarówno matka, jak i siostra najczęściej uśmiechały się do dziecka i wykonywały różne inne czynności, które nadawały całej sytuacji charakter zabawy, np. matka zaczynała łaskotać dziecko, lub je całować i przytulać. Dziewczynka reagowała wtedy głośnym śmiechem, lub tylko uśmiechem i chętnie poddawała się tym czynnościom. W tym przypadku trudno jednak mówić o reakcji na inny niż imię pieszczotliwy zwrot. Wydaje się, iż dziewczynka reaguje raczej na podjętą przez rodzinę próbę interakcji, zabawy. Bardziej uzasadniona w tym przypadku byłaby hipoteza, iż dziecko bardziej niż na formę prezentowanych pieszczotliwych zwrotów reaguje na określoną modulację i ton głosu, które być może kojarzą mu się z sytuacją zabawy. Warto dodać, iż dziecko nie reagowało na imię inne niż posiada. Wydaje się więc, iż w tej sytuacji reakcja następuje w odniesieniu do konkretnych osób i sposobu wypowiedzenia przez nich danych form. W trakcie zajęć z dzieckiem zauważyłam, że gdy było ono czymś zajęte, wypowiedzenie przeze mnie zwrotu typu „kotku" lub „słoneczko" nie spotyka się z reakcją dziecka. Reakcja taka następuje dopiero w sytuacji, gdy moduluję głos (np. starając się naśladować głos dziecka lub mężczyzny) i jednocześnie dotykam np. ramienia dziecka. W takich sytuacjach dziecko odwracało się w moją stronę reagując śmiechem i wyraźnym rozbawieniem.

Podsumowując obserwacje dotyczące reakcji objętej obserwacją dziewczynki na własne imię w sytuacji, gdy znajduje się ona sam na sam z osobą wypowiadającą jej imię, chciałabym zwrócić uwagę, iż dziecko o wiele częściej nie reagowało na wymówienia podejmowane przez nieznane mu osoby niż przez osoby bliskie. Reakcje były również bardziej zróżnicowane, gdy osoba zwracająca się do dziecka była mu znana. Być może dziecko rozpoznawało po tonie głosu, co chce mu przekazać bliska osoba i w ten sposób kształtowało swoją reakcję – nie przerywało czynności, która sprawiała mu przyjemność (nawet, gdy ton głosu danej osoby w dyrektywny sposób sugerował zaprzestanie danej czynności) lub podchodziło do danej osoby (gdy ton głosu np. sugerował zabawę).

5. Reakcja dziecka na własne imię, w sytuacji, gdy znajduje się ono w grupie osób

Badanie dotyczyło analizy reakcji dziecka na własne imię, w sytuacji, gdy znajdowało się ono w grupie osób. W tym celu wzięto pod uwagę 120 wymówień imienia dziewczynki przez bliskie osoby (60 form zdrobniałych i 60 pełnych) oraz 60 wypowiedzeń (30 form zdrobniałych i 30 pełnych) zrealizowanych przez osoby nieznane dziecku. Pod uwagę wzięłam 5 pierwszych sytuacji wymówienia imienia dziecka przez daną osobę w interesującym mnie kontekście. Nie zauważyłam, by reakcje dziecka zmieniały się w czasie (w trakcie trwania

badania), dlatego też analizując zachowania dziecka, do celów statystycznych wzięłam pod uwagę 5 pierwszych odnotowanych reakcji dziecka, gdyż były one reprezentatywne dla pozostałych wyników. Nie zauważyłam, by reakcje zmieniały się w zależności od pory dnia czy od długości obserwacji.

W sytuacjach objętych obserwacją dziecko wykazywało 4 główne reakcje, które w tabelach oznaczono małymi literami a, b, c, d:

a. dziecko przerywa wykonywaną czynność i odwraca się w stronę osoby wypowiadającej jego imię
b. dziecko przerywa wykonywaną czynność, odwraca się w stronę osoby wypowiadającej jego imię i podchodzi do niej
c. dziecko odwraca się bez przerywania wykonywanej czynności
d. brak aktywności

Tabela nr 1 przedstawia częstotliwość reakcji objętej badaniem dziewczynki na wypowiedzenie przez znane jej osoby pełnej formy jej imienia:

Tabela nr 1. Częstotliwość reakcji dziecka na wypowiedzenie przez znaną mu osobę pełnej formy jego imienia

Osoba	Dom rodzinny dziecka				Szkoła, plac zabaw			
	a	b	c	d	a	b	c	d
Matka	2	2	1	–	–	5	–	–
Ojciec	3	1	–	1	1	4	–	–
Siostra	2	1	2	–	–	5	–	–
Brat	2	1	1	1	1	4	–	–
Wychowawczyni	–	–	3	2	–	2	1	2
Osoba badająca	1	1	2	1	1	1	2	1
Razem	10	6	9	5	3	21	3	3

Analiza danych przedstawionych w tabeli nr 1 wskazuje, iż badane dziecko częściej reaguje na pełną formę swego imienia w sytuacjach, które mają miejsce poza domem rodzinnym. Dziecko w 83,4% wymówień zareagowało w jakikolwiek sposób na wypowiedzenie jego imienia w domu, natomiast w 90% reakcja nastąpiła w szkole i na placu zabaw. Z drugiej strony 16,67% wymówień imienia w domu spotkało się z brakiem reakcji ze strony dziecka, natomiast poza miejscem zamieszkania reakcja nie wystąpiła na 10% wypowiedzeń.

Tabela nr 2 przedstawia częstotliwość reakcji badanego dziecka na wypowiedzenie pełnej formy jego imienia przez nieznaną mu osobę.

Tabela nr 2. Reakcja dziecka na wypowiedzenie przez nieznaną mu osobę pełnej formy jego imienia

Osoba	Dom rodzinny dziecka				Szkoła, plac zabaw			
	a	b	c	d	a	b	c	d
Nauczycielka 1	–	–	1	4	–	–	–	5
Nauczycielka 2	–	–	2	3	–	–	–	5
Rehabilitantka	–	–	1	4	–	–	1	4
Razem	–	–	4	11	–	–	1	14

Dane przedstawione w tabeli nr 2 wskazują, iż badane dziecko w sytuacji, gdy pełna forma jego imienia jest wypowiadana przez nieznaną mu osobę (zarówno w środowisku domowym, jak i szkolnym) wykazuje tylko jedną reakcję – odwraca się bez przerywania wykonywanej czynności. Takie zachowanie występuje częściej w domu (26,67% wymówień), rzadziej natomiast pojawia się w szkole i na placu zabaw (6,67% wymówień). Dziecko w 73,34% prób wypowiedzenia jego imienia przez obcą osobę w domu nie wykazało żadnej reakcji, natomiast w szkole i na placu zabaw dziecko nie zareagowało na osobę mówiącą w 93,34% prób.

Zebrane informacje wskazują, iż objęte obserwacją dziecko częściej ignoruje wymówienia pełnej formy jego imienia podejmowane przez nieznane mu osoby (aż w 83,34% prób) niż przez osoby bliskie (13,34%). Bardziej zróżnicowane reakcje można zauważyć, gdy osoba zwracająca się do dziecka jest mu znana. Z przedstawionych danych wynika, iż zarówno w domu rodzinnym, jak i poza nim, badane dziecko najczęściej reaguje na wymówienie pełnej formy jego imienia przez znaną mu osobę poprzez przerwanie wykonywanej czynności, odwrócenie się w stronę osoby wypowiadającej jego imię i podejście do niej (45% reakcji). Porównywalnie często dziecko wykazuje dwa pozostałe zachowania – przerwanie wykonywanej czynności i odwrócenie się w stronę osoby wypowiadającej jego imię (21,67%) oraz odwrócenie się bez przerywania wykonywanej czynności (20%). Brak reakcji wystąpił natomiast w 13,34%. Warto dodać, iż dziecko częściej reaguje, gdy bliska osoba wypowiada jego imię poza domem rodzinnym (90% reakcji zaobserwowałam w szkole i na placu zabaw, natomiast 83,4% w domu). Jeśli osobą zwracającą się do dziecka

jest ktoś nieznany, reakcja jest częstsza w domu (26,67% reakcji w domu, natomiast 6,67% w szkole i na placu zabaw). Dziecko wykazuje tylko jedną reakcję (odwraca się bez przerywania wykonywanej czynności) – gdy nie zna osoby wypowiadającej jego imię.

Tabela nr 3 prezentuje rozkład reakcji dziecka na wypowiedzenie przez znaną mu osobę zdrobniałej formy jego imienia.

Tabela nr 3. Reakcja dziecka na wypowiedzenie przez znaną mu osobę zdrobniałej formy jego imienia

Osoba	Dom rodzinny dziecka				Szkoła, plac zabaw			
	a	b	c	d	a	b	c	d
Matka	2	3	–	–	–	5	–	–
Ojciec	2	2	1	–	–	5	–	–
Siostra	1	3	1	–	–	5	–	–
Brat	2	3	–	–	–	5	–	–
Wychowawczyni	1	2	1	1	1	2	1	1
Osoba badająca	3	1	1	–	2	2	1	–
Razem	11	14	4	1	3	24	2	1

Uzyskane wyniki wskazują, iż badane dziecko tak samo często reaguje na zdrobniałą formę swego imienia zarówno w sytuacjach, które mają miejsce w domu rodzinnym, jak też i poza nim. Z przedstawionych danych wynika, iż dziecko wykazało jakąkolwiek reakcję w 96,67% prób wymówienia zdrobniałej formy jego imienia, zaś w 3,33% wypowiedzeń nie wykazało żadnej reakcji. Najczęściej dziecko reagowało przerywając wykonywaną czynność, odwracając się w stronę osoby wypowiadającej jego imię oraz podchodząc do niej (63,33%). Zachowanie takie częściej wystąpiło poza domem rodzinnym dziecka. Kolejne 23,34% reakcji stanowią zachowania polegające na przerwaniu wykonywanej czynności i odwróceniu się w stronę osoby wypowiadającej imię dziecka. Taka reakcja była częściej obserwowana w domu. W ostatnim zaobserwowanym przypadku, dziecko odwracało się bez przerywania wykonywanej czynności (10%). Częstotliwość reakcji badanego dziecka na wypowiedzenie zdrobniałej formy jego imienia przez nieznaną mu osobę przedstawia tabela nr 4.

Tabela nr 4. Reakcja dziecka na wypowiedzenie przez nieznaną mu osobę zdrobniałej formy jego imienia

Osoba	Dom rodzinny dziecka				Szkoła, plac zabaw			
	a	b	c	d	a	b	c	d
Nauczycielka 1	–	–	2	3	–	–	1	4
Nauczycielka 2	–	–	1	4	–	–	2	3
Rehabilitantka	–	–	3	2	–	–	1	4
Razem	–	–	6	9	–	–	4	11

Przedstawione dane wskazują, iż w sytuacji, gdy przez nieznaną dziecku osobę wypowiadana jest zdrobniała forma jego imienia wykazuje ono tylko jedną reakcję – odwraca się bez przerywania wykonywanej czynności. Zachowanie takie występuje zarówno w środowisku domowym, jak też i poza nim (szkoła i plac zabaw). Reakcja ta jest obserwowana częściej w domu dziecka (40%) niż w szkole i na placu zabaw (26,67%). Dziecko w 60% prób wypowiedzenia jego imienia przez obcą osobę w domu nie wykazało żadnej reakcji, natomiast w szkole i na placu zabaw nie zareagowało w 73,34% prób. Z przeprowadzonych analiz wynika, iż dziecko podobnie reaguje na wymówienie jego imienia przez nieznaną mu osobę – zarówno wtedy, gdy użyta jest forma pełna, jak i zdrobniała.

Analizując przedstawione dane dotyczące reakcji dziecka na zdrobniałą formę własnego imienia możemy zauważyć, iż objęta obserwacją dziewczynka częściej nie reaguje na wymówienia podejmowane przez nieznane jej osoby (w 66,67% prób) niż przez osoby bliskie (3,33%). Reakcje są bardziej zróżnicowane, gdy osoba zwracająca się do dziecka jest mu znana. Uzyskane wyniki wskazują, iż zarówno w domu rodzinnym, jak i poza nim, badane dziecko reaguje na wymówienie przez znaną mu osobę zdrobniałej formy jego imienia, najczęściej poprzez przerwanie wykonywanej czynności, odwrócenie się w stronę osoby wypowiadającej jego imię i podejście do niej (45% reakcji). Rzadziej dziecko przerywa wykonywaną czynność i odwraca się w stronę osoby wypowiadającej jego imię (21,66%) lub odwraca się bez przerywania wykonywanej czynności (20%). Brak reakcji wystąpił natomiast w 13,33% prób. Badane dziecko tak samo często reagowało na zdrobniałą formę swego imienia użytą przez znaną mu osobę zarówno w sytuacjach, które mają miejsce w domu rodzinnym, jak też i poza nim.

Podsumowując wyniki badań dotyczących reakcji objętej obserwacją dziewczynki na własne imię w sytuacji, gdy znajduje się ona w grupie osób, możemy

zauważyć, iż najczęściej reaguje ona na zdrobniałą formę swojego imienia, wypowiadaną przez znaną jej osobę (zarówno w domu, jak też i poza nim). Jeśli osoba bliska używa pełnej formy imienia, reakcja jest częstsza poza domem – w szkole i na placu zabaw. Badane dziecko najrzadziej wykazuje reakcję na swoje imię w sytuacji, gdy jego pełną formę wypowiada nieznana mu osoba.

6. Reakcja badanego dziecka na własne imię, w sytuacji, gdy nie widzi ono osoby wypowiadającej jego imię, a jedynie ją słyszy

Obserwacje obejmowały opis reakcji dziecka na własne imię, w sytuacji, gdy nie widziało ono osoby wołającej, a jedynie ją słyszało[14]. W domu rodzinnym dziecka analizie zostały poddane sytuacje, w których wzięły udział 3 osoby – osoba badająca, matka dziewczynki oraz jej siostra. W szkole osoba badająca miała możliwość obserwacji reakcji dziecka na wymówienie jego imienia przez nieznaną mu nauczycielkę (która przyszła na zastępstwo). Analiza wyników obserwacji wskazuje, iż w sytuacjach, gdy imię dziecka wypowiadała osoba mu znana, najczęściej przychodziło ono do osoby wołającej, bezbłędnie lokalizując źródło dźwięku. Bardzo często, gdy objęta obserwacją dziewczynka była zajęta jakąś czynnością, odwracała tylko głowę w kierunku drzwi, na chwilę przerywając podejmowaną czynność, po czym wracała do danej aktywności. W kilku sytuacjach dziecko odwróciło głowę w kierunku drzwi i głośno się śmiało. W szkole dziewczynka najczęściej nie przejawiała jakiejkolwiek reakcji na własne imię, w sytuacji, gdy wołała ją znajdująca się w innym pomieszczeniu nieznana jej nauczycielka. Gdy nauczycielka kilkakrotnie zawołała dziewczynkę po imieniu, po to, by przyszła do łazienki umyć rączki, dziewczynka odwróciła głowę w kierunku drzwi, ale nie podeszła do osoby wypowiadającej jej imię. Za każdym razem, gdy pani chciała, by dziecko do niej przyszło musiała sama po nie przyjść i wziąć je za rączkę (dziecko nie protestowało).

Przedstawione dane wskazują, iż dziecko częściej reaguje na wołanie osoby znanej, w takich sytuacjach wykazuje również bardziej zróżnicowane reakcje. Matka dziewczynki zauważyła, iż jeśli do imienia dziecka doda się zwrot „chodź do mnie" – dziecko prawie zawsze przychodzi do osoby wołającej ją, bezbłędnie lokalizując źródło dźwięku. Dziecko często śmieje się słysząc, że ktoś je woła. Zdaniem matki i siostry wynika to z faktu, iż badana dziewczynka „myśli, że się bawimy z nią w chowanego i ma nas szukać" (wypowiedź siostry). Zachowanie takie nie pojawia się jednak wtedy, gdy któreś z rodzeństwa chce

[14] W trakcie obserwacji w domu rodzinnym, dziecko znajdowało się samo w pokoju, natomiast osoba wołająca je przebywała w innym pomieszczeniu. Osoba badająca znajdowała się na przedpokoju naprzeciwko dużego lustra, w którym można było widzieć odbicie przebywającego w pokoju dziecka.

naprawdę bawić się z dziewczynką w „chowanego". Z moich obserwacji wynika, iż nie rozumie ona idei tej zabawy. Dziewczynka rzeczywiście czasem przychodziła do pomieszczenia, w którym ukryła się siostra, ale tylko wtedy, gdy zawoła ona „Szukaj mnie!". Dziecko podążało wtedy za usłyszanym dźwiękiem. Kiedy jednak dziewczynka nie widziała w pomieszczeniu osoby, która ją wołała (bo np. była ukryta w szafie) – nie szukała jej, lecz odchodziła lub podejmowała jakąś inną czynność.

7. Reakcja badanego dziecka na imię inne, niż posiada

Ostatnia sytuacja dotyczyła obserwacji reakcji dziecka na imię inne niż posiada. Analiza zróżnicowanych sytuacji (sam na sam z osobą wypowiadającą imię, w grupie, wołanie z innego pomieszczenia) jednoznacznie informuje o tym, iż niezależnie od miejsca i osoby biorącej udział w badaniu, dziecko nie reaguje na imię inne niż posiada. Objęta badaniem dziewczynka nie podchodziła do osoby wołającej, nie przerywała wykonywanej czynności. Kilka razy zdarzyło jej się odwrócić w kierunku źródła głosu, ale interpretuję to jako reakcję na dźwięk jako taki (wynikający np. z zainteresowania), tym bardziej, że takie zachowania wystąpiły sporadycznie.

8. Podsumowanie i wnioski

Podsumowując, można zauważyć, iż interesująca nas dziewczynka w przeważającej liczbie przypadków najczęściej reagowała na zdrobniałą formę swojego imienia – jest to prawdopodobnie spowodowane tym, iż ta forma była najczęściej stosowana przez otoczenie w kontaktach z badanym dzieckiem. W czasie zabawy ze mną dziewczynka rzadko reagowała na pełną formę swojego imienia. Kiedy używałam formy zdrobniałej, najczęściej odwracała głowę w moją stronę, po czym przenosiła wzrok na moją twarz i patrzyła mi prosto w oczy. Niestety możliwość generalizacji wniosków z tych badań jest dość ograniczona – ocenie zostały bowiem poddane reakcje tylko jednego dziecka.

Przedstawione wyniki badań własnych wskazują jednak, iż informacja, że „dziecko reaguje na własne imię" nie jest informacją pełną. Nie mówi bowiem nic – o tym, jak ta reakcja wygląda (czy dziecko przerywa daną czynność, czy zwraca uwagę na osobę wypowiadającą jej imię?), czy jest ona zgeneralizowana w kontakcie z różnymi osobami (czy dziecko reaguje na swoje imię w tylko w czasie kontaktu z matką, czy też taka reakcja pojawia się również w czasie interakcji z innymi ludźmi, np. z terapeutą?) i w różnych miejscach (np. w domu, szkole, na placu zabaw, w sklepie) i wreszcie na jaką formę imienia, określenia dziecko reaguje (pełna i zdrobniała forma imienia, określenia pieszczotliwe typu

„kochanie", „słoneczko"). Zanim logopeda przystąpi do badania reakcji dziecka na własne imię musi przeprowadzić chociażby elementarny wywiad z opiekunami dziecka dotyczący np. tego, jaka forma imienia czy też jakie określenie jest przez nich najczęściej używane w kontakcie z dzieckiem i w rozmowach o nim (w których dziecko nie musi aktywnie uczestniczyć, ale którym może się przysłuchiwać). Już to pierwsze badanie, któremu zostaje poddane dziecko pozwala logopedzie zorientować się, w jaki sposób (o ile w ogóle taka reakcja następuje) dziecko wchodzi w kontakt z innymi osobami, czy zdarza mu się ignorować innych ludzi (nie tylko dlatego, że zajęte jest np. ciekawą zabawką lub pochłonięte atrakcyjnością doznań płynących z własnego ciała) czy też jakie są jego preferencje osobowe. Analiza wyników tego typu obserwacji nie może być jednak zbyt pobieżna i oparta wyłącznie na analizie ilościowej. To, że dziecko reaguje wyłącznie w czasie kontaktów z bliskimi osobami nie musi być patologią, ale np. świadectwem przywiązania. Warto byłoby, moim zdaniem, zrezygnować w tej sytuacji z pytań rozstrzygających – typu: *Czy Państwa dziecko reaguje na własne imię?* Na rzecz pogłębionej analizy, do której wstępem może być pytanie: *W jaki sposób Państwa dziecko reaguje na własne imię?*

BIBLIOGRAFIA

Kanner L., 1943, *Autistic disturbances of affective contact*, „Nervous Child", no. 2, s. 217--250.

Markiewicz K., 2004, *Możliwości komunikacyjne dzieci autystycznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.

Minczakiewicz E., 2010, *Psychoruchowy rozwój dziecka. Diagnoza. Propozycje wsparcia i pomocy rodzinie*, Impuls, Kraków.

Młynarska M., 2008, *Autyzm w ujęciu psycholingwistycznym. Terapia dyskursywna a teoria umysłu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.

Nęcki Z., 1996, *Komunikacja międzyludzka*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków.

Pilch T., Bauman T., 2001, *Zasady badań pedagogicznych, strategie ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo Akademickie „Żak", Warszawa.

Pisula E., 2000, *Autyzm u dzieci. Diagnoza, klasyfikacja, etiologia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Pisula E., 2003, *Autyzm i przywiązanie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

Sadowska E., 2011, *Zaburzenia komunikacji w autyzmie – podstawowe trudności diagnozy i terapii logopedycznej*, „Poradnik Językowy", nr 9, s. 36-51.

Sponheim E., 1996, *Changing criteria of autistic disorders: A comparison of the ICD-10 research criteria and DSM-IV with DSM-III-R, CARS, and ABC*, „Journal of Autism and Developmental Disorders", no. 26, s. 513-525.

Wilson C.E., Gillan N., Spain D. i in., 2013, *Comparison of ICD-10R, DSM-IV-TR and DSM-5 in an adult autism spectrum disorder diagnostic clinic*, „Journal of autism Developmental Disorders", Nov; 43(11), s. 2515-2525.

Wing L., 1997, *Syndromes of Autism and Atypical Development*, [w:] *Handbook of Autism and pervasive Developmental Disorders*, pod red. D.J. Cohena, F.R. Volkmara, John Wiley & Sons, New York, s. 148-170.

Wing L., Gould J., 1979, *Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification*, „Journal of Autism and Developmental Disorders", no. 9, s. 11-30.

Reactions of Mute Children with Autism to Their Own Names (based on the author's own research)

Summary: The aim of this article is to present the ways in which mute children with autism react to the pronunciation of their own names by various persons and in different situations and places. The object of the presented research is to determine the ways in which mute children with autism communicate with their environment (case study) and react to their own names. 4 types of situations have been analyzed (both natural and staged). According to the results of the study, the way in which the initial interview with child's parents is carried out should be revised.

Keywords: child autism, non-verbal communication, reaction to one's own name, case study, speech-language pathology therapy interview

MARIOLA BIAŁEK
(Uniwersytet Warszawski)

UMIEJĘTNOŚĆ RÓŻNICOWANIA WZORCÓW INTONACYJNYCH ORAZ POSŁUGIWANIA SIĘ NIMI PRZEZ DZIECI W WIEKU TRZECH I CZTERECH LAT

STRESZCZENIE: Niniejszy artykuł poświęcony jest umiejętności percepcji i ekspresji intonacji dzieci w wieku przedszkolnym. Na podstawie zebranego podczas badań materiału językowego podjęto próbę ustalenia poziomu rozwoju umiejętności różnicowania i posługiwania się intonacją u dzieci trzyletnich i czteroletnich w normie rozwojowej. W tym celu przeprowadzono ilościową i jakościową analizę danego materiału. Wykazano, że dzieci w wieku przedszkolnym stosunkowo sprawnie posługują się intonacją w mowie spontanicznej, lecz różnicowanie intonacji w mowie innych osób przysparza im jeszcze trudności. Zauważono, że choć potrafią posługiwać się środkami prozodycznymi, to jednak jeszcze niezupełnie je rozumieją. Percepcja aspektów prozodycznych mowy nie jest zatem jeszcze w pełni ukształtowana w tym wieku.

Słowa kluczowe: prozodia, intonacja, percepcja, wypowiedź, badania kwestionariuszowe

Wstęp

Intonacja to bardzo ważny element mowy. Jest nośnikiem informacji o aktualnym rozczłonkowaniu wypowiedzi oraz pełni funkcję ekspresywną[1]. Posługujemy się nią na każdym kroku. Jest obecna w każdej naszej wypowiedzi. To my poprzez modulowanie głosem decydujemy o przebiegu melodycznym wypowiadanych kwestii. Wpływamy w ten sposób na znaczenie danej wypowiedzi, przekazujemy swoją intencję i emocje. Mimo iż jest to zjawisko tak rozległe, to jednak nadal mało wiemy o procesie zdobywania umiejętności różnicowania i posługiwania się intonacją. Jest to element mowy przysparzający licznych trudności w jednoznacznym opisie, dlatego też dotychczasowa literatura dotycząca intonacji pozostawiła wiele pytań bez odpowiedzi. Na kilka z nich spróbuję odpowiedzieć w niniejszym artykule, w którym przedstawię wyniki moich badań nad intonacją dzieci trzyletnich i czteroletnich.

[1] Wierzchowska B., *Fonetyka i fonologia języka polskiego*, Wrocław 1980, s. 135-136.

Celem artykułu jest odpowiedź na pytanie, dotyczące poziomu rozwoju umiejętności różnicowania i posługiwania się intonacją u dzieci trzyletnich i czteroletnich w normie rozwojowej. Badania własne miały stwierdzić, czy i w jakim stopniu dzieci w tak wczesnym wieku opanowują wzorce intonacyjne oraz czy same się nimi posługują, odróżniają je i rozumieją. Prowadząc badania, uwzględniono również możliwość, że nie jest to jeszcze wiedza wykorzystywana w pełni poprawnie.

Badania przeprowadzone były w grudniu 2014 roku. Odbywały się one na terenie przedszkola w dobrze oświetlonym gabinecie. Dzieci były zapraszane do badania indywidualnie. Siadały obok osoby prowadzącej badanie w ten sposób, by bez problemu mogły nawiązać kontakt wzrokowy z rozmówcą. Badanie intonacji dziecka nie przekraczało 20 minut. W przypadku dwóch trzyletnich dziewcząt ze względu na brak dostatecznej koncentracji uwagi konieczne było podzielenie kwestionariusza badań na dwie części. Każde badanie zostało zarejestrowane na dyktafonie cyfrowym.

Stan badań

W literaturze prozodia definiowana jest w różny sposób. Uzależnione jest to od przyjętej perspektywy badawczej, jak również poziomu opisu danych zjawisk prozodycznych. M. Wysocka podaje, że znaczna część badaczy przyjmuje trójczynnikową koncepcję prozodii. Koncepcja ta zakłada, że do istotnych cechach jednostek suprasegmentalnych należą niżej wymienione parametry akustyczne głosu:

- częstotliwość podstawowa (wysokość);
- amplituda drgań (natężenie; głośność);
- czas trwania artykulacji (głównie samogłosek)[2].

Za takim ujęciem prozodii opowiadali się chociażby I. Sawicka[3] oraz M. Wiśniewski[4]. L. Dukiewicz w jednej ze swoich prac jako cechę prozodyczną podaje także barwę głosu[5]. Przytoczone cechy tworzą intonację, akcent i rytm mowy. Nieliczni badacze wskazują dodatkowo iloczas i wysokość głosu (ton), lecz te pełnią jedynie funkcję ekspresywną. W opisach ujmujących dany temat szerzej podkreśla się również tempo mowy i pauzy[6].

Autorka *Prozodii mowy w percepcji dzieci* twierdzi, że „struktury prozodyczne przyswajane są jako pierwsze w ontogenezie mowy [...]”[7] i odgrywają

[2] Wysocka M., *Percepcja struktur prozodycznych i muzycznych w aspekcie rozwojowym*, [w:] *Język. Interakcja. Zaburzenia mowy*, red. Woźniak T., Domagała A., Lublin 2007, s. 325.

[3] Sawicka I., *Fonologia konfrontatywna polsko-serbsko-chorwacka*, Wrocław 1988, s. 149.

[4] Wiśniewski M., *Zarys fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*, Toruń 2001, s. 123.

[5] Dukiewicz L., *Fonetyka*, [w:] *Gramatyka współczesnego języka polskiego*, red. Wróbel H., Kraków 1995, s. 73.

[6] Wysocka M., *Prozodia mowy w percepcji dzieci*, Lublin 2012, s. 16.

[7] Ibidem, s. 15.

znaczącą rolę w procesie komunikacji językowej. Pełnią one funkcje lingwistyczne (tj. delimitacyjną, segmentacyjna, sygnalizacyjną), paralingwistyczne (tj. wyrażanie emocji i stosunku do nadawcy) oraz ekstralingwistyczne (tj. charakterystyka nadawcy)[8].

Zwróćmy teraz uwagę, w jaki sposób ujmowana jest definicja intonacji w literaturze. Podobnie jak w przypadku prozodii, definicje intonacji cechują się dużą różnorodnością ze względu na przyjętą perspektywę badawczą. Możemy odnaleźć chociażby fizyczno-akustyczną koncepcję intonacji, definicję opartą na perspektywie percepcyjnej, jednoparametryczną czy wieloparametryczną charakterystykę intonacji. Według B. Wierzchowskiej terminem *intonacja* określamy zjawisko akustyczne, które powstaje przez zmiany częstotliwości podstawowej sygnału mowy rejestrowanej przez użytkowników języka jako zmiany wysokości głosu[9]. Wskazuje ona również, że melodia mowy skorelowana jest ze strukturą rytmiczno-akcentową, w wyniku czego zmiany wysokości tonu, tempo wypowiedzi i rozłożenie akcentów wpływają na zmiany konturu intonacji. L. Dukiewicz natomiast stwierdza, że intonacja to jedna ze złożonych cech prozodycznych. Tworzą ją zmiany częstotliwości podstawowej i natężenia w czasie, a także powiązane z nimi zmiany barwy głosu[10]. M. Wysocka zaś ujmuje intonację jako zjawisko prozodyczne, które ma duże znaczenie komunikacyjne. Ponadto zaznacza, że:

> [...] W mowie zależy ona od wielu czynników, do których zalicza się: cechy swoiste danego języka (struktura akcentowa, wzory tonalne w językach tonalnych), cechy psychofizyczne mówiącego (sprawność oddechowo-fonacyjna), jego cechy osobowości, emocje, uwarunkowania kulturowe i socjoekonomiczne.
> Intonacja odznacza się dużą autonomią. Z jednej strony jednostki intonacyjne są zależne od struktury semantycznej, z drugiej jednak same wpływają na znaczenie wypowiedzenia. Są wprawdzie ograniczane w czasie przez dźwięczne segmenty, lecz mają swobodę dotyczącą wartości wysokości. To czyni z intonacji zjawisko szczególne, stanowiące ciekawy, choć niełatwy przedmiot badań[11].

Analizując daną cechę prozodyczną, należy odnotować rodzaj użytych konturów intonacyjnych. Tradycyjny podział wskazuje na istnienie dwóch podstawowych konturów:

- kontur opadający, czyli kadencja – jest charakterystyczna dla zdań oznajmujących; zaznacza zamknięcie pewnej całości;
- kontur rosnący, czyli antykadencja – jest charakterystyczna dla zdań pytających; cechuje się brakiem wyraźnego zakończenia.

[8] Ibidem.
[9] Wierzchowska B., *Opis fonetyczny języka polskiego*, Warszawa 1967, s. 176.
[10] Dukiewicz L., op. cit., s. 81.
[11] Wysocka M., *Prozodia mowy...*, s. 19.

B. Wierzchowska w swojej pracy twierdzi, że kadencja występuje nie tylko w zdaniach oznajmujących, ale również w wypowiedziach nienacechowanych emocjonalnie, poleceniach i rozkazach, zaś antykadencja wiąże się z zarówno z pytaniami o rozstrzygnięcie, jak i tzw. pytaniami otwartymi, które wymagają udzielenia dłuższej odpowiedzi[12].

Nie wszyscy badacze skłaniają się do dwuelementowego podziału konturów intonacyjnych. Niektóry z nich przyjmują podział trójelementowy. Wśród nich możemy wymienić M. Wiśniewskiego, który wyróżnił trzy typy zmian tonu podstawowego (F_0), tj.: intonację twierdzącą (kadencję) – wyraźny spadek F_0, intonację pytajną (antykadencję) – zaczynający się na akcentowanej sylabie ostatniego wyrazu wzrost F_0, progrediencję – brak zmiany częstotliwości F_0[13].

Percepcja i umiejętność posługiwania się intonacją – jak zauważyła M. Wysocka – to dość trudny przedmiot badań. Choć w ostatnich dziesięcioleciach znacznie wzrosło zainteresowanie cechami prozodycznymi, to jednak na polskim gruncie temat ten podjęły nieliczne osoby. Prozodia stała się obiektem badań w zakresie językoznawstwa porównawczego i stosowanego, neuropsychologii, psycholingwistyki, teorii komunikacji, technologii mowy oraz foniatrii[14]. Mimo to nadal stosunkowo niewiele wiemy o poziomie opanowania struktur prozodycznych przez dzieci. Lepiej przedstawia się stan badań nad prozodią w literaturze zagranicznej. Światowa literatura w znacznej mierze skupia się na zaburzeniach procesów prozodycznych u osób z uszkodzeniami mózgu[15]. O percepcji prozodii pisał między innymi B. Kwarciak. Twierdzi on, że dzieci posiadają wrodzony mechanizm, który pozwala na analizę melodii mowy[16]. Dzięki temu mechanizmowi dziecko jest wrażliwe na kontury intonacyjne oraz organizację czasową wypowiedzi już od pierwszych tygodni życia. Według B. Kwarciaka umiejętności prozodyczne w okresie wyrazu są już dobrze opanowane, jednak nie wszyscy badacze zgadzają się z jego stanowiskiem.

W Polsce badaniami nad percepcją prozodii mowy zajęły się K. Rymarczyk oraz M. Wysocka. K. Rymarczyk skupiła się na badaniu percepcji prozodii emocjonalnej i językowej (lingwistycznej) u dzieci w wieku od 4 lat i 6 miesięcy do 13 lat i 8 miesięcy. Oba typy prozodii przebadała trzema specjalnymi testami. Wyniki uzyskane w ten sposób poświadczyły, że z wiekiem następuje wzrost umiejętności percepcji prozodii. Autorka badań zaznacza, że u dzieci w danym

[12] Wierzchowska B., *Fonetyka i fonologia...*, s. 139.

[13] Wiśniewski M., op. cit., s. 124-125.

[14] Wyczerpujący przegląd prac na ten temat zamieściła w swojej monografii M. Wysocka (eadem, *Prozodia mowy w percepcji dzieci*, Lublin 2012, s. 9).

[15] Temat ten podjęli m.in.: Baum, Pell; Bryan; Cancelliere i Kertrsz; Grabowska; Herzyk; Schmidt i in.; Rymarczyk (ibidem).

[16] Kwarciak B., *Początki i podstawowe mechanizmy świadomości metajęzykowej*, Kraków 1995, s. 57.

przedziale wiekowym prozodia lingwistyczna dynamicznie się rozwija, w przeciwieństwie do prozodii emocjonalnej, która jej zdaniem w znacznej mierze ukształtowana jest już w 5 roku życia. Najbardziej widoczny wzrost umiejętności w ramach percepcji lingwistycznej następuje w wieku 6 lat, zaś w 12 roku życia poziom danej sprawności jest już na tyle duży, że można byłoby go porównywać z poziomem umiejętności osób dorosłych. K. Rymarczyk zaznacza, że zdolności percepcyjne w zakresie prozodii, które posiadają małe dzieci, służą do budowania matrycy. W czasie rozwoju języka jest ona zapełniana przez elementy leksykalne[17].

M. Wysocka podjęła się badań poziomu rozwoju słuchu prozodycznego i ich związku z percepcją muzyki u dzieci pięcioletnich, sześcioletnich i siedmioletnich w normie rozwojowej[18]. Grupa badawcza obejmowała 30 dzieci, zaś grupę kontrolną reprezentowało 13 osób dorosłych. Ze względu na brak odpowiedniego narzędzia diagnostycznego autorka skonstruowała własny kwestionariusz badania, który zawierał trzy testy percepcji melodii i intonacji, cztery testy percepcji rytmu i akcentu oraz jeden test percepcji prozodii emocjonalnej. Badania te pozwoliły potwierdzić hipotezę o wcześniejszym rozwoju prozodii emocjonalnej niż lingwistycznej. M. Wysocka wskazała, że w wieku pięciu lat prozodia emocjonalna jest już względnie opanowana. Spostrzeżenie to pokrywa się ze stanowiskiem K. Rymarczyk. Grupa siedmiolatków znacznie lepiej poradziła sobie z zadaniami, w których należało określić miejsce akcentu, niż z zadaniami określania emocji. M. Wysocka twierdzi, iż może to dowodzić, że w danym wieku „wraz ze wzrostem rozwoju świadomości językowej i wprowadzeniem formalnego kształcenia językowego, nad prozodią emocjonalną zaczynają dominować kompetencje w zakresie prozodii lingwistycznej”[19]. Autorka podkreśla również, że badania nie wykazały znaczących różnic między umiejętnościami dziewczynek a chłopców.

Opis kwestionariusza

Ze względu na brak odpowiedniego narzędzia diagnostycznego badania oparte zostały na własnym kwestionariuszu. Podczas pracy nad nim wyłoniło się wiele trudności. Niezbędna okazała się faza pilotażowa. Wzięło w niej udział pięcioro czteroletnich dzieci w normie rozwojowej (2 dziewczynki i 3 chłopców). Cała piątka uczęszcza do jednego przedszkola. Wyniki uzyskane dzięki badaniom w fazie pilotażowej pozwoliły dopracować kwestionariusz. Zadania zostały poprawione, dobrany został – odpowiedni do wieku badanych – materiał, a pytania

[17] Wysocka M., *Prozodia mowy...*, s. 88-89, [cyt. za:] Rymarczyk K., *Rozumienie prozodii: rozwój i mechanizmy mózgowe. Maszynopis pracy doktorskiej*, Warszawa 2003.

[18] Wysocka M., *Prozodia mowy...*, s. 11.

[19] Ibidem, s. 305.

zostały sformułowane w taki sposób, aby zminimalizować prawdopodobieństwo niezrozumienia polecenia. Przy opracowaniu kwestionariusza pomocne okazały się również wykonane przez Martę Wysocką badania nad prozodią mowy[20].

Kwestionariusz obejmuje pięć prób zadaniowych. Przed każdym zadaniem dziecko zostało poinstruowane, co należy zrobić. Ponadto by wykluczyć możliwość, że dziecko nie wykonało zadania z powodu niezrozumienia polecenia, każda próba była poprzedzona instruktażowym wykonaniem danego zadania przez badającego. Pierwsza próba podzielona jest na trzy części. W pierwszej zadaniem dziecka jest słuchanie muzyki i wskazywanie, kiedy słychać muzykę (do 70 dB), a kiedy muzyka przestaje grać i jest cicho (0 dB). Określa to odpowiednio słowami *głośno / cicho*. Następnie musi wskazać, która melodia jest szybka, a która wolna. Trzecia część polega na rozróżnieniu dźwięku wysokiego i niskiego. Próba ta przeprowadzana jest, aby sprawdzić ogólną wrażliwość badanego na dźwięki: czy nie ma problemów ze słuchem, czy odróżnia dźwięki ze względu na zmianę tempa, natężenia i częstotliwości. Zadanie drugie polega na odsłuchaniu nagrania przedstawiającego różne realizacje zdań oznajmujących, pytających i rozkazujących. Zdania dobrane są dwójkami tak, by różniła je jedynie intonacja, np. *Jutro idziesz do przedszkola!* vs. *Jutro idziesz do przedszkola?*. Dziecko musi powiedzieć, czy podane dwa zdania wypowiadane są w ten sam sposób, czy inaczej. Dzięki temu sprawdzimy, który składnik wypowiedzi jest dla badanego dominujący: melodia, która wpływa na intencję wypowiedzi, czy też formy gramatyczne leksemów, składających się na daną wypowiedź, bez uwzględnienia aspektów prozodycznych. W zadaniu trzecim interesować nas będzie połączenie elementu wizualnego z dźwiękowym, w formie wypowiedzi jedynie silnie zaznaczonej intonacyjnie (bez zawartości leksykalnej). Wykorzystane tu zostaną fragmenty serialu animowanego pt. *Pingu*[21]. Bohaterowie niniejszego serialu posługują się własnym, nikomu nieznanym językiem, dlatego by zrozumieć, co w danej sytuacji się dzieje, dziecko musi przeanalizować zdarzenia przedstawiane na ekranie oraz intonację (a szerzej – także prozodię), z jaką mówią postacie. Badanemu prezentowane są krótkie sceny z *Pingu*, po czym ma on wcielić się w bohatera i powiedzieć to co, bohater w danej sytuacji mówi (czy też mógłby, zdaniem dziecka, powiedzieć). W zadaniu czwartym dziecko ma stwierdzić, czy usłyszane zdanie jest rozkazem czy pytaniem. W skład materiału badawczego tej próby wchodzą nagrania krótkich zdań o tematyce bliskiej dziecku. Ostatnie zadanie, z którym musi sobie poradzić badany, to opis obrazka zaczerpniętego z zestawu *Od obrazka do słowa*[22]. Ilustracja przedstawia dzieci bawiące się na placu zabaw. Podczas swobodnej wypowiedzi dzieci ocenie będą

[20] Wysocka M., *Prozodia mowy w percepcji dzieci*, Lublin 2012.
[21] *Pingu* [serial], reż. Gutmann O., Szwajcaria, 1986–2000.
[22] Rodak H., Nawrocka D., *Od obrazka do słowa*, Warszawa 2010.

podlegać formy budowania opisu, używane w tym celu kontury intonacyjne, jak również ekspresywność opowiadania. Obrazek ten ma być także pretekstem do nawiązania rozmowy z dzieckiem, podczas której badający w naturalny sposób próbuje nakierować dziecko na użycie różnych wzorów intonacyjnych, zadając mu dodatkowe pytania i zachęcając do wypowiedzi.

Kolejność opisanych wyżej zadań nie jest przypadkowa. Zadania zostały podzielone ze względu na odpowiednie stopniowanie trudności i atrakcyjności, by nie wywołać u dzieci zrezygnowania czy znużenia. Próby 1. i 5. są dość przyjemnymi i prostymi zadaniami. Pełnią one funkcję pozytywnego bodźca, dzięki czemu dziecko z zadowoleniem rozpoczyna i kończy niniejsze badanie. Natomiast pozostałe trzy są znacznie trudniejsze. Zadanie 2. i 4. są zadaniami opartymi na odsłuchowej analizie wypowiedzi, dlatego przedzielone zostały – jak się okazało – bardzo atrakcyjnym dla dzieci zadaniem 3., w którym został wykorzystany materiał filmowy.

Kwestionariusz zawiera również tabelę, w której zapisywane były odpowiedzi dziecka i uwagi osoby prowadzącej badanie. Ponieważ w badaniu dzieci konieczne jest uwzględnienie różnorodności ich odpowiedzi, ocena zawarta w tabeli nie jest oparta na skali punktowej. Znajduje się w niej natomiast miejsce na zapisanie form, jakimi badany się posługuje. W zadaniu pierwszym, drugim i czwartym odpowiedzi dzieci zaznaczane są także plusami (+) i minusami (–). Plus oznacza prawidłowe wykonanie danej próby, zaś minus – błędne.

Opis grup badawczych

Zebranie grupy badawczej nie było łatwym zadaniem, nie tylko ze względu na to, że wiele dzieci obecnie ma problemy rozwojowe, jednak przede wszystkim ze względu na brak współpracy z rodzicami. Rodzice, z którymi udało się nawiązać kontakt, zobowiązani byli udzielić zgodę na przeprowadzenie badania i dostarczyć podstawowych informacji o dziecku. Dzięki ich życzliwości badaniu została poddana dwudziestoosobowa grupa, w skład której wchodziło dziesięcioro dzieci w wieku trzech lat oraz dziesięcioro dzieci w wieku czterech lat. Wybrane dzieci pochodzą z pełnych rodzin i uczęszczają do jednego przedszkola z oddziałami integracyjnymi, znajdującego się w niewielkiej miejscowości na Mazowszu. Dobór dzieci, które wzięły udział w badaniu, poprzedzony był przeprowadzeniem wywiadu logopedycznego z rodzicami. Struktura wywiadu obejmowała informacje na temat rodziców, przebiegu ciąży i porodu, przebiegu rozwoju psychoruchowego dziecka oraz przebiegu rozwoju mowy dziecka. Zebrane informacje pozwoliły wyselekcjonować grupę dzieci w normie rozwojowej. Podczas badań nad intonacją u dwójki dzieci zdiagnozowany został sygmatyzm interdentalny, były to dzieci bardzo dobrze funkcjonujące językowo

pod innymi względami i nie dostrzeżono żadnego wpływu sygmatyzmu na badane umiejętności. Dlatego dzieci te nie zostały wykluczone z badania.

Grupa badawcza obejmuje dwadzieścia osób podzielonych na dwie podgrupy ze względu na wiek. Młodsza grupa to grupa trzylatków. Składa się ona z ośmiorga dziewcząt i dwóch chłopców. Średnia wieku w tej grupie wyniosła 3 lata i 5 miesięcy. Rodzice to osoby po trzydziestce (średnia wieku matek – 33,6 lat; ojców – 34 lata), w przeważającej części z wykształceniem wyższym (40%) i średnim (50%), aktywni zawodowo. Poświęcają oni około 2,5 godziny dziennie na rozmowę i zabawę z dzieckiem. Nie zostały zdiagnozowane w przeszłości żadne zaburzenia mowy u rodziców. Siedmioro dzieci z tej grupy ma starsze rodzeństwo, pozostała trójka to jedynacy. W najbliższym otoczeniu tych dzieci znajdują się także dziadkowie.

Rozwój dzieci z danej grupy przebiegał prawidłowo. Jak podali rodzice, nie było żadnych znacznych komplikacji podczas przebiegu ciąży i porodu. Sześcioro dzieci urodziło się przez poród naturalny, natomiast czworo przez cesarskie cięcie. Każde dziecko dostało 10 punktów w skali Apgar. Rozwój psychoruchowy dzieci nie budził zastrzeżeń – jedynie jedna dziewczynka nie raczkowała, ale według rodziców nie miało to wpływu na jej dalszy rozwój. Datowanie rozwoju mowy dziecka przysporzyło rodzicom większych trudności, niemiej jednak wszyscy zgodnie odpowiedzieli, że mowa ich dzieci kształtuje się prawidłowo i jest zrozumiała dla otoczenia. Dzieci nie mają stwierdzonego niedosłuchu i nigdy nie miały zakładanych drenów, także na rozwój mowy nie rzutowało żadne zaburzenie słuchu.

Starsza grupa to czterolatki. W jej skład wchodzi pięcioro dziewcząt oraz pięciu chłopców. Średnia wieku tej grupy to 4 lata i 4 miesiące. Rodzice badanych czterolatków są niewiele młodsi od wyżej opisanej grupy (średnia wieku matek wyniosła 31 lat, natomiast ojców – 32 lata). 35% z nich ma wykształcenie wyższe, drugie 35% rodziców ma wykształcenie średnie, natomiast pozostałe 30% ukończyło szkołę zawodową. Podobnie jak w grupie trzylatków niemalże wszyscy rodzice na co dzień pracują, a w wolnym czasie poświęcają około 2,5 godziny dziennie na zabawę z dzieckiem. Pięcioro dzieci ma rodzeństwo. Troje w najbliższym otoczeniu ma także dziadków.

Rodzice podali, że ciąża jak i poród przebiegały bez poważniejszych komplikacji, a ich dzieci otrzymały 10 punktów w skali Apgar, podobnie jak w poprzedniej grupie. Siedmioro dzieci urodziło się przez poród naturalny, natomiast reszta przez cesarskie cięcie. Troje dzieci nie raczkowało, a jedno było rehabilitowane z powodu przykurczu ścięgien Achillesa – poza wymienionymi aspektami rozwój psychoruchowy, jak i rozwój mowy przebiegały bez zastrzeżeń. Dzieci nie miały nigdy problemów ze słuchem i nie uczestniczyły w zajęciach logopedycznych. Według rodziców ich dzieci nie mają problemów z porozumiewaniem się z innymi osobami.

Dzieci zakwalifikowane do badania nad intonacją znajdują się w normie rozwojowej. Czynniki środowiskowe, które mogą mieć wpływ na kształtowanie się umiejętności komunikacyjnych dziecka i jego ogólny rozwój, są podobne w obu grupach. Wszystkie dzieci pochodzą z pełnych rodzin o stabilnej sytuacji materialnej, uczęszczają do tego samego przedszkola, a ich rozwój przebiega prawidłowo. Cechą różnicującą te dwie grupy jest jedynie wiek.

Wyniki badań

1. Jakościowe zestawienie uzyskanych wyników

W wyniku badania intonacji, którym objętych zostało 20 dzieci w normie rozwojowej, uzyskano wiele ciekawych obserwacji. Zauważono, że dzieci te potrafią posługiwać się środkami prozodycznymi, lecz jeszcze niezupełnie je rozumieją. Stąd można wysnuć wniosek, że rozumienie nie do końca poprzedza posługiwanie się daną umiejętnością. Widać to zwłaszcza w zadaniach, w których środki prozodyczne oddzielone były od innych aspektów wypowiedzi, jak słowa czy kontekst pozajęzykowy (sytuacja, zachowania proksemiczne, mimika, gestykulacja).

Zadanie pierwsze pokazało, że dzieci trzy- i czteroletnie nie mają większego problemu z określeniem własności dźwięków takich jak natężenie, tempo czy częstotliwość. Umiejętność ta z pewnością ma pozytywny wpływ na nabywanie kompetencji w zakresie prozodii mowy. Można było dostrzec, że zdolność różnicowania dźwięków rozwija się wraz z wiekiem, ponieważ czterolatki wykonywały już to zadanie niemalże bezbłędnie[23]. Prawdopodobnie wpływ na to miały odbywające się w przedszkolu zajęcia z rytmiki, na które czterolatki uczęszczały także w minionym roku.

Zadanie drugie oparte było na parach zdań, które różniły się jedynie intonacją. Tak dobrany materiał pozwolił sprawdzić, który element wypowiedzi dla dzieci przedszkolnych jest dominujący. W grupie trzylatków większość dzieci odbierała te zdania jako identyczne. Nie skupiały uwagi na elementach prozodycznych słyszanych wypowiedzi. Czynnikiem dominującym w czasie analizy była forma gramatyczna leksemów składających się na daną wypowiedź. To, że linia melodyczna wypowiedzi różniła się w obu zdaniach, nie było dla nich czynnikiem różnicującym. Widać to chociażby w sposobie powtarzania podanych zdań. Aż 7 trzylatków i 3 czterolatków w części prób z danego zadania powtórzyło tylko pierwsze usłyszane zdanie z pary; powtarzanie drugiego zdania prawdopodobnie było dla dzieci zbędnym wysiłkiem, biorąc pod uwagę, że były to według nich takie same zdania. Natomiast dzieci, które nie powtarzały zdań wcale

[23] Szczegółowe dane zawarte zostały w podrozdziale: *Ilościowe zestawienie uzyskanych wyników*.

albo powtarzały oba zdania, potrafiły udzielić nawet czterech (z sześciu) prawidłowych odpowiedzi, co jest najwyższym wynikiem w tym zadaniu. Czterolatki, podobnie jak ich młodsi koledzy, również mają problem z wykonaniem tego zadania. Jednak starsza grupa udzieliła więcej prawidłowych odpowiedzi (czterolatki – 50% prawidłowych odpowiedzi, zaś trzylatki – 40%), co wskazywałoby na to, że kompetencje prozodyczne stopniowo się rozwijają. Niektóre dzieci czteroletnie, np. D12, C16 powtarzały oba zdania z pary z prawidłowo zachowaną intonacją. Dzięki temu wiemy, że nawet jeśli dziecko jeszcze nie potrafi zinterpretować poprawnie usłyszanych zdań, to słyszy, że czymś one jednak się różnią. Zadanie to jest o tyle trudne, że wypowiedzi pozbawione są szerszego kontekstu. Należy także zdawać sobie sprawę, że nie zawsze jesteśmy w stanie określić, na ile podawane przez dziecko odpowiedzi są udzielane świadomie, a w jakim stopniu są wynikiem przypadku (przedszkolaki „strzelają", odpowiadając). Stąd też pojawiają się trudności w obiektywnej ocenie umiejętności dzieci w tak młodym wieku.

Warto odnotować możliwy wpływ układu zadań badania intonacji na odpowiedzi dzieci. Zauważono, że kilkoro czterolatków (tj. D13, C14, D17, D18) w zadaniu drugim w pierwszych próbach udzielało prawidłowych odpowiedzi, a w połowie zaczynało już odpowiadać błędnie. Pierwsze wypowiedzi dzieci analizowały pod kątem prozodycznym, dlatego nie miały trudności z określeniem, które zdania się od siebie różnią, lecz później analiza składu leksykalnego zdominowała aspekt prozodyczny. Na taki rozkład uwagi badanych dzieci mógł mieć wpływ właśnie układ zadań. Pierwsze zadanie wymagało skoncentrowania się na usłyszanej melodii. Mogło to zatem rzutować na analizę zadania drugiego, gdzie dzieci w pierwszych próbach skupiały się bardziej na intonacji niż na treści wypowiedzi, jednak wraz z wydłużającym się czasem trwania tego zadania wpływ składnika leksykalnego stawał się silniejszy i zaczynał dominować nad informacją wynikającą z przebiegu intonacji.

Wyniki zadania trzeciego pokazują duży wpływ elementu wizualnego na analizę wypowiedzi. Dzieci najczęściej nie zwracały uwagi na intonację, z jaką wypowiadają się bohaterowie, ponieważ do oceny sytuacji wystarczał im obraz. Rzutowało to na formę odpowiedzi badanych. Dość często dzieci nie odpowiadały w oczekiwany sposób, zamiast tego komentowały przedstawioną scenę albo budowały odpowiedź, wykorzystując schemat mowy zależnej. Szczególnie widoczne było to u czterolatków, którzy udzielali rozbudowanych komentarzy czy nawet nawiązywali rozmowę na podstawie obejrzanego fragmentu filmu. Widać, że ich umiejętności narracyjne są większe niż trzylatków. By uzyskać właściwą odpowiedź, badający musiał niejednokrotnie powtórzyć pytanie lub zadawać dodatkowe, które naprowadziłoby dziecko na właściwy tok myślenia. Należy także wskazać, że dzieci ze starszej grupy częściej pozytywnie reagowały

na próby ukierunkowania ich uwagi. Potrafiły wtedy udzielić właściwej odpowiedzi zarówno pod względem merytorycznym, jak i intonacyjnym. Mimo że w rzeczywistości grupa czterolatków wypadła w tym zadaniu lepiej, gdyż częściej udzielała poprawnej odpowiedzi w wyniku odpowiedniego ukierunkowania uwagi, to w ocenie zero-jedynkowej opisanej w następnym podrozdziale uzyskała gorszy wynik niż młodsza grupa. Zestawienie to pokazuje, że ilościowa ocena umiejętności dzieci w tak młodym wieku nie jest wystarczającą formą analizy, ponieważ może zakłamywać rzeczywisty obraz ich umiejętności.

Analizując wyniki zadania trzeciego, możemy również zauważyć, że dzieci miały większy problem z udzieleniem prawidłowej odpowiedzi, gdy wypowiedzi bohaterów były silniej zindywidualizowane (mniej standardowe). Z kolei wypowiedzi prawie automatyczne przychodziły badanym z dużą łatwością, np. *Pa, pa!* na pożegnanie, albo *No, no!* jako odpowiednik nagany. Czterolatki miały mniej trudności z wcieleniem się w postać bohaterów. Ponadto częściej też udawało im się udzielać poprawnej odpowiedzi, gdy wymagała ona od dziecka większej kreatywności, ponieważ była mniej przewidywalna. Z różnicy pomiędzy wynikami uzyskanymi przez obie grupy w tym zadaniu wyłania się jeszcze jedna warta odnotowania rzecz, mianowicie, że w wieku przedszkolnym wykształcają się początki teorii umysłu i doskonali się umiejętność posługiwania się zaimkami. Wynika to z umiejętności rozumienia, że w dialogu mamy różne role, które cechują się naprzemiennością, oraz że można przyjmować perspektywę widzenia innej osoby.

Dzieci w wieku przedszkolnym mają stosunkowo dobrze opanowany podstawowy wzorzec intonacyjny pytania i rozkazu, na co wskazują wyniki z zadania czwartego. Nie jest to jeszcze umiejętność w pełni ukształtowana, jednak większość wypowiedzi została rozpoznana prawidłowo. Można było dostrzec, że dzieciom brakuje kontekstu wypowiedzi, który ułatwiłby im ich ocenę. Oddzielenie wypowiedzi od kontekstu było zabiegiem celowym, w innym razie nie bylibyśmy w stanie określić, czy dziecko rozumie intonację, czy wyciąga wnioski z kontekstu. Badani niejednokrotnie przed udzieleniem odpowiedzi wiązali daną wypowiedź ze swoimi doświadczeniami. Powiązanie z odpowiednią sytuacją często – lecz nie zawsze – pozwalało dziecku na właściwą analizę usłyszanego wcześniej zdania. Ciekawe zjawisko można było zaobserwować w próbie 4.4, gdzie badani mieli określić, czy wypowiedź: *Posprzątałeś pokój?* jest pytaniem, czy rozkazem. Pięcioro dzieci stwierdziło, że to rozkaz, ponieważ dana wypowiedź skojarzona została z rodzicem, który używając pytania w funkcji rozkazu, karze dziecku posprzątać pokój. Trzeba również zwrócić uwagę na reakcję niektórych dzieci na usłyszane pytania. Kilkoro badanych dzieci, słysząc pytanie, automatycznie na nie odpowiadało, np. C10 czy D17. Reakcje te świadczą o tym, że dzieci podświadomie rozpoznały wypowiedź jako pytanie.

Zadanie z opisem obrazka miało dać dzieciom możliwość swobodnej wypowiedzi. Dzięki temu mogliśmy zaobserwować, jak trzy- i czterolatki budują zdania oraz jakich konturów intonacyjnych używają w mowie spontanicznej. Słyszymy, że melodia ich wypowiedzi jest bardzo zróżnicowana. Mowa najczęściej jest żywa i barwna. Modulują one głosem w celu zaznaczenia istotnych informacji i oddania emocji. Jednak trudno określić, w jakim stopniu umiejętność posługiwania się elementami prozodycznymi jest tu wykorzystywana świadomie. Bardziej prawdopodobne – na co zresztą wskazują wyniki niniejszego badania – jest to, że dzieci w wieku przedszkolnym posługują się intonacją dość biegle, lecz umiejętność ta nie jest jeszcze w pełni oparta na rozumieniu znaczenia poszczególnych zabiegów charakterystycznych dla prozodii mowy. Wyniki tego zadania uwidaczniają różnicę w budowie zdań, którymi posługują się trzylatki i czterolatki. Badani z młodszej grupy najczęściej tworzyli opis obrazka z oznajmujących zdań prostych, natomiast w starszej grupie dzieci używały zarówno oznajmujących zdań prostych, jak i złożonych. Warto także odnotować fakt, że trzylatki podczas tego zadania zadawały więcej pytań niż czterolatki.

Dzieci rozumieją prozodię bardzo wcześnie, tuż po urodzeniu. Jak wspomina M. Wysocka:

> Struktury prozodyczne przyswajane są jako pierwsze w ontogenezie mowy i w jej wczesnych etapach są dla dziecka źródłem informacji dotyczących budowy i znaczenia elementów językowych[24].

Należy jednak zaznaczyć, że istnieją dwa typy prozodii: językowa i emocjonalna. Prozodię emocjonalną rzeczywiście różnicują już niemowlęta, chociażby reagując na ton głosu matki. Natomiast rozumienie prozodii językowej z jej wszystkimi niuansami przychodzi znacznie później, co wykazały wyniki niniejszego badania.

2. Ilościowe zestawienie uzyskanych wyników

2.1. Zestawienie wyników obu grup

Każda próba badania intonacji została oceniona metodą zero-jedynkową, a zebrane w ten sposób wyniki zostały zestawione w tabelach, z uwzględnieniem podziału wiekowego. Z analizy zestawionego materiału wynika, że wraz z wiekiem kształtuje się także umiejętność percepcji i wykorzystania środków prozodycznych. Wyliczono, że średni wynik badanego trzylatka wyniósł 64%, zaś czterolatka – 70%. Tabela 1 pokazuje, że to właśnie czterolatki w większości zadań wypadły lepiej.

[24] Wysocka M., *Prozodia mowy...*, s. 15.

Tabela 1. Porównanie wyników obu grup z poszczególnych zadań

Numer zadania	Uśredniony wynik procentowy uzyskany przez grupę:	
	trzylatków	czterolatków
1	82	97
2	40	50
3	37	30
4	70	73
5	87	90

W zadaniu pierwszym, którego celem było sprawdzenie ogólnej wrażliwości dzieci na zmiany własności dźwięków, wynik grupy drugiej jest aż o 15% wyższy. Z drugim zadaniem czterolatki również poradziły sobie lepiej, uzyskując o 10% wyższy wynik niż trzylatki. Dominującym elementem w interpretacji były formy gramatyczne leksemów, składających się na daną wypowiedź, jednak można uznać, że wraz z wiekiem dzieci zaczynają zwracać większą uwagę na aspekt prozodyczny. Według wyliczeń w zadaniu trzecim młodsza grupa zdobyła o 7% więcej punktów niż starsza. Nie jest to jednak miarodajny wynik, o czym była mowa w podrozdziale: *Jakościowe zestawienie uzyskanych wyników*. Oceniając metodą zero-jedynkową, należałoby stwierdzić, że mając do dyspozycji obraz towarzyszący wypowiedzi (ilustrujący ją) i jej intonacyjny kontur, trzylatki potrafią trafniej ocenić, co w danej sytuacji zostało powiedziane. W zadaniu czwartym grupy uzyskały podobny wynik. Czterolatki miały zaledwie o 3% więcej punktów, co niemniej jednak wskazuje na niewielki progres w zakresie umiejętności różnicowania wypowiedzeń rozkazujących i pytających. W ostatnim zadaniu zarówno trzylatki, jak i czterolatki uzyskały dość wysoki wynik. Tu także mamy różnicę jedynie 3% na korzyść grupy starszej. Podczas swobodnej wypowiedzi dzieci ocenie podlegały formy budowania opisu, używane w tym celu kontury intonacyjne i ekspresywność opowiadania. Wynik pomiędzy 87-90% pokazuje, że badane grupy nie miały z tym większych trudności.

2.2. Porównanie wyników w poszczególnych zadaniach

Zamieszczone na następnej stronie tabele przedstawiają wyniki procentowe, jakie uzyskało każde przebadane dziecko. Tabela 2 dotyczy grupy trzylatków, natomiast tabela 3 – grupy czterolatków.

Tabela 2. Wyniki uzyskane przez trzylatków z poszczególnych zadań przedstawione w procentach

Kod dziecka	Uzyskany wynik w zadaniu 1. [%]	Uzyskany wynik w zadaniu 2. [%]	Uzyskany wynik w zadaniu 3. [%]	Uzyskany wynik w zadaniu 4. [%]	Uzyskany wynik w zadaniu 5. [%]	Uzyskany wynik z całości [%]
D1	92	33	57	67	100	71
D2	42	50	29	50	67	44
D3	100	67	43	67	100	76
D4	92	33	29	67	100	65
D5	92	33	14	67	100	62
C6	75	50	43	67	100	65
D7	67	50	71	67	67	65
D8	92	33	0	100	100	65
D9	83	17	29	83	100	62
C10	83	33	57	67	33	62

Tabela 3. Wyniki uzyskane przez czterolatków z poszczególnych zadań przedstawione w procentach

Kod dziecka	Uzyskany wynik w zadaniu 1. [%]	Uzyskany wynik w zadaniu 2. [%]	Uzyskany wynik w zadaniu 3. [%]	Uzyskany wynik w zadaniu 4. [%]	Uzyskany wynik w zadaniu 5. [%]	Uzyskany wynik z całości [%]
C11	92	50	29	67	66	65
D12	100	50	57	83	100	79
D13	100	50	14	83	100	71
C14	92	67	14	33	100	62
D15	100	33	29	50	100	65
C16	100	17	29	67	67	62
D17	92	33	43	67	100	68
D18	100	67	0	100	100	74
C19	100	67	14	100	100	76
C20	92	67	71	83	67	79

Dane te pokazują, że najwięcej problemów przysporzyły dzieciom zadanie trzecie i drugie, co niezupełnie pokrywa się z jakościową analizą zebranego materiału. Według oceny ilościowej niełatwym zadaniem dla dzieci było sformułowanie i wypowiedzenie kwestii bohaterów filmu, gdy miały do dyspozycji jedynie obraz i intonację wypowiedzi (pozbawionej słów, których znaczenie mogłyby znać). Najsłabszy wynik w tym zadaniu uzyskały trzylatka D8 i czterolatka D18.

Nie odpowiedziały one w oczekiwany sposób na żadne pytanie, jednak w zadaniu 1, 4 i 5 obie poradziły sobie bezbłędnie. Najlepszy zaś wynik, który wynosił 71% w zadaniu 3., zdobyli trzylatka D7 i czterolatek C20 – równie dobrze wypadli oni w pozostałych zadaniach. Trudności dzieci napotkały również podczas analizy par zdań, które różnicowała tylko intonacja (zadanie 2.). Wyniki oscylowały w tym wypadku pomiędzy 17% a 67%. Najniższy wynik należał do trzyletniej D9 i czteroletniego C16, natomiast najwyższy wynik w zadaniu 2 uzyskała jedna trzylatka: D3 i czworo czterolatków: C14, D18, C19 i C20. Dużo łatwiejszymi zadaniami były próby 1. i 5. Przy opisie obrazka znaczna liczba badanych uzyskała 100% – 7 trzylatków i 7 czterolatków. W zadaniu 1. w grupie trzylatków wyniki oscylowały między 42% a 100%, zaś w grupie czterolatków – 92% a 100%, a więc w drugiej grupie różnica między najlepszym i najgorszym wynikiem była niewielka.

2.3. Porównanie wyników ze względu na płeć

Bazując na danych, które zamieszczone zostały w tabeli 4, można porównać poziom umiejętności intonacyjnych przebadanych dzieci, dzieląc je ze względu na płeć. Należy zaznaczyć, że grupy różnią się liczbą dziewczynek i chłopców. Grupa trzylatków składała się z 8 dziewcząt i 2 chłopców, a grupa czterolatków z 5 dziewcząt i 5 chłopców.

Tabela 4. Porównanie wyników dziewczynek i chłopców

Grupa trzylatków		Grupa czterolatków	
Kod dziecka	**Wynik**	**Kod dziecka**	**Wynik**
Dziewczynki			
D3	76	D12	79
D1	71	D18	74
D4	65	D13	71
D7	65	D17	68
D8	65	D15	65
D5	62		
D9	62		
D2	44		
Chłopcy			
C6	65	C20	79
C10	62	C19	76
		C11	65
		C14	62
		C16	62

Wyniki uzyskane przez dziewczynki z młodszej grupy wahały się między 76% uzyskanymi przez D3 a 44% uzyskanymi przez D2. Rozpiętość ta jest dość znaczna. W obrębie pozostałych podgrup widzimy mniejszą różnicę w procentach. Wyniki dziewczynek czteroletnich mieściły się w przedziale 79% (D12) – 65% (D15). Chłopcy trzyletni zakończyli badanie z 65% (C6) i 62% (C10). W grupie czterolatków zaś wyniki chłopców oscylowały między 79% (C20) a 62% (C14 i C16). Uśredniając wszystkie wyniki w danych podgrupach, można zauważyć, że istnieje nieznaczna różnica w poziomie badanych umiejętności. Średni wynik dziewczynek z grupy trzylatków to 63,8%, zaś chłopców – 63,5%. Widzimy, że w tym wypadku płeć nie niesie ze sobą różnic w danych umiejętnościach. Trzeba jednak podkreślić, że porównanie w obrębie tej grupy ma jedynie charakter orientacyjny, ponieważ liczba przebadanych dziewczynek jest czterokrotnie większa niż chłopców. Inną sytuację mamy w grupie czterolatków. Tam liczba dziewcząt i chłopców jest taka sam. Średni wynik dziewczynek w tej grupie wyniósł 71,4%, natomiast chłopców – 68,8%. Różnica to zaledwie 2,6%. Nie jest ona na tyle duża, by mówić o znacznych dysproporcjach w poziomie umiejętności percepcji prozodii mowy i posługiwania się nią pomiędzy dziewczynkami a chłopcami.

Podsumowanie

Dzieci w wieku przedszkolnym stosunkowo sprawnie posługują się intonacją w mowie spontanicznej, lecz różnicowanie intonacji w mowie innych osób przysparza im jeszcze trudności. Zauważono, że choć badani potrafią posługiwać się środkami prozodycznymi, to jednak jeszcze niezupełnie je rozumieją. Wysnuty na podstawie zebranego materiału wniosek, że rozumienie nie do końca poprzedza posługiwanie się daną umiejętnością, wydaje się tu trafną opinią. Tę zależność dostrzec można przede wszystkim w zadaniach, w których środki prozodyczne oddzielone były od innych aspektów wypowiedzi, jak słowa czy kontekst pozajęzykowy (sytuacja, zachowania proksemiczne, mimika, gestykulacja). Dzieci miały wtedy dużo większe problemy z podaniem właściwej odpowiedzi, ponieważ przekaz nie był dla nich w pełni wartościowy informacyjnie. Brakowało elementu, który nakierowałby je na odpowiedni tor analizy. Percepcja aspektów prozodycznych mowy nie jest zatem jeszcze w pełni ukształtowana w tym wieku. Okazało się, że czynnikiem dominującym w interpretacji wypowiedzi jest element wizualny (obraz) oraz skład leksykalny danej wypowiedzi.

Zestawienie uzyskanych w obu grupach wyników wskazało, że wraz z wiekiem następuje stopniowy wzrost umiejętności posługiwania się intonacją i jej różnicowania. Jak pokazała analiza zebranego materiału, z każdym zadaniem

grupa czterolatków poradziła sobie lepiej. Według ilościowej analizy średni wynik trzylatków z niniejszego badania wyniósł 64%, natomiast czterolatków – 70%. Różnica zatem sięga 6%. Nie jest to oczywiście radykalna zmiana w kompetencjach dzieci, lecz na tyle duża, by można było mówić o progresie w poziomie badanej umiejętności.

Dokonując zestawienia wyników uzyskanych przez dziewczynki z wynikami chłopców, zauważono, że są one porównywalne. Średni wynik dziewczynek trzyletnich wyniósł 63,8%, zaś chłopców z tej grupy – 63,5%. W grupie starszej natomiast procenty rozłożyły się następująco: dziewczynki – 71,4%, a chłopcy – 68,8%. Dzieci udzielały podobnych odpowiedzi, ich niepowodzenia dotyczyły tych samych elementów badania.

Na zakończenie warto wspomnieć o trudnościach, które ujawniły się podczas pracy nad niniejszym badaniem. Niełatwym zadaniem okazało się dobranie odpowiednich prób, które pozwoliłyby na zbadanie różnych aspektów prozodycznych, a jednocześnie byłyby zrozumiałe dla tak małych dzieci. Dla trzy- i czterolatków nie istnieje przecież termin intonacja. Wypowiedź jest przez nich postrzegana jako kompleks słów, melodii wypowiedzi, kontekstu sytuacyjnego, interakcji międzyludzkiej. Należało zatem dobrać także odpowiedni materiał językowy, by wykluczyć możliwość niewykonania zadania ze względu na niezrozumienie polecenia. Innym problemem była obiektywna ocena wyników uzyskanych na podstawie badania. Dzieci często rekompensowały niewiedzę dodatkowymi zachowaniami czy komentarzami, których wielokrotnie nie można było jednoznacznie ocenić. Badany często postawiony był w sytuacji, w której musiał rozstrzygnąć, na ile zachowanie dziecka to próba ucieczki od odpowiedzi, spowodowana niewiedzą, w jakim stopniu to wynik utraty uwagi, czy udzielane przez dziecko odpowiedzi są świadome, a jak często są one przypadkowe. Trzeba zatem pamiętać, że analiza zebranego materiału ma poniekąd charakter subiektywnej oceny. W celu zobiektywizowanie wyników została wykonana także analiza ilościowa. Jednak dostrzec można, że wyniki analizy jakościowej nie do końca pokrywały się z wnioskami płynącymi z analizy ilościowej. Widzimy, że w przypadku dzieci w tym wieku bardziej miarodajna jest jednak ocena opisowa.

BIBLIOGRAFIA

Dukiewicz L., 1995, *Fonetyka*, [w:] *Gramatyka współczesnego języka polskiego*, red. Wróbel H., Kraków.

Kwarciak B., 1995, *Początki i podstawowe mechanizmy świadomości metajęzykowej*, Kraków.

Pingu [serial], reż. Gutmann O., 1986–2000, Szwajcaria.

Rodak H., Nawrocka D., 2010, *Od obrazka do słowa*, Warszawa.
Sawicka I., 1988, *Fonologia konfrontatywna polsko-serbsko-chorwacka*, Wrocław.
Wierzchowska B., 1980, *Fonetyka i fonologia języka polskiego*, Wrocław.
Wierzchowska B., 1967, *Opis fonetyczny języka polskiego*, Warszawa.
Wiśniewski M., 2001, *Zarys fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*, Toruń.
Wysocka M., 2007, *Percepcja struktur prozodycznych i muzycznych w aspekcie rozwojowym*, [w:] *Język. Interakcja. Zaburzenia mowy*, red. Woźniak T., Domagała A., Lublin.
Wysocka M., 2012, *Prozodia mowy w percepcji dzieci*, Lublin.

The Ability to Diversify and Use Intonation Patterns by Three and Four Year Old Children

Summary: This article focuses on the ability of perceiving and expressing intonation by preschool children. Based on the linguistic material collected during the research, an attempt was made to determine the progress of diversifying and using intonation patterns by three and four year old children in the standard development stage. In order to determine these patterns, a quantitative and qualitative analysis of the material has been conducted. The analysis shows that preschool children use intonation in spontaneous speech relatively efficiently, but the diversified intonation in other people's speech causes difficulties for them. It was observed that, although they are able to use prosodic features, they are yet not fully capable of understanding them. The perception of prosodic aspects of speech is therefore not yet completely formed at this age.

Keywords: prosody, intonation, perception, utterance, a questionnaire survey

HUBERT OLBORSKI
(Instytut Polonistyki Stosowanej
Wydział Polonistyki
Uniwersytet Warszawski)

WPŁYW JĄKANIA NA PROZODIĘ MOWY. OCENA ZABURZEŃ WYMOWY NA POZIOMIE SUPRASEGMENTALNYM W JĄKANIU KLONICZNYM I TONICZNYM

STRESZCZENIE: Zasadniczym problemem badawczym podejmowanym w niniejszej pracy jest wpływ jąkania klonicznego i tonicznego na prozodię mowy. Powyższe zagadnienie jest niemal nieobecne w literaturze naukowej. Badacze zwracają uwagę na sam fakt występowania zaburzeń suprasegmentalnych w mowie osób jąkających się, jednak brakuje rzetelnych badań sprawdzających rodzaj i intensywność występujących nieprawidłowości. Wykonana przeze mnie praca pozwoliła mi dokładnie przeanalizować ten problem. Przedmiotem moich analizy stała się zarówno prozodia lingwistyczna, jak i emocjonalna. Ponadto zbadałem stopień nasilenia niepłynności mowy w kontrolowanym oraz niekontrolowanym przetwarzaniu językowym.

SŁOWA KLUCZOWE: prozodia lingwistyczna, prozodia emocjonalna, jąkanie kloniczne, jąkanie toniczne

Wprowadzenie

Zasadniczym problemem badawczym podejmowanym w niniejszym artykule jest wpływ jąkania klonicznego i tonicznego na prozodię mowy. Powyższe zagadnienie jest niemal nieobecne w literaturze naukowej. Badacze zwracają uwagę na sam fakt występowania zaburzeń suprasegmentalnych w mowie osób jąkających się, jednak brakuje rzetelnych badań sprawdzających rodzaj i intensywność występujących nieprawidłowości. Wykonana przeze mnie praca pozwoliła mi przeanalizować ten problem. Przedmiotem analizy stała się zarówno prozodia lingwistyczna, jak i emocjonalna. Ponadto zbadałem stopień nasilenia niepłynności mowy w kontrolowanym oraz niekontrolowanym przetwarzaniu językowym.

Celem badań było sprawdzenie, czy istnieje zależność między rodzajem jąkania, na które cierpi dana osoba, a jakością prozodii językowej i emocjonalnej jej wypowiedzi. Dążyłem do ustalenia, jak bardzo zaburzona jest prozodia i czy jej

zniekształcona forma ma wpływ na odbiór przekazywanych treści przez słuchacza. Swoją uwagę skupiłem nie tylko na wypowiedziach w pełni lub częściowo spontanicznych (nieszablonowych), lecz również na automatyzmach słownych, które powinny ograniczać element planowania językowego, a tym samym redukować semantyczne, syntaktyczne i prozodyczne planowanie wypowiedzi słownej, czyli hamować stopień nasilenia niepłynności mowy.

Znaczenie i funkcje prozodii mowy w komunikacji werbalnej

Prozodia mowy pełni istotną funkcję w procesie porozumiewania się słownego. „Struktury prozodyczne przyswajane są jako pierwsze w ontogenezie mowy i jej wczesnych etapach są dla dziecka źródłem informacji dotyczących budowy i znaczenia elementów językowych" [Wysocka 2012a, s. 15]. Wyodrębniamy dwa rodzaje prozodii – lingwistyczną oraz emocjonalną (afektywną).

Do prozodii lingwistycznej zaliczamy: akcent (leksykalny i zdaniowy), intonację typów wypowiedzi oraz rytm mowy. Niektórzy badacze proponują szersze spojrzenie i wymieniają tutaj również wysokość głosu (ton), iloczas, tempo mowy oraz pauzy, jednak w niniejszym artykule przyjąłem to pierwsze, a zatem węższe rozumienie prozodii językowej.

Zjawisko akcentu związane jest z wyróżnieniem za pomocą środków fonetycznych określonego elementu językowego – wybranych sylab w wyrazie (akcent leksykalny) lub słów w zdaniu (akcent zdaniowy).

Początek wymawianego słowa cechuje wysoka intensywność, później następuje podwyższenie tonu sylaby akcentowanej oraz wzdłużenie jej samogłoski, by finalnie artykulacja osłabła na końcu wyrazu. Przyjmuje się zatem, że akcent leksykalny w języku polskim ma charakter toniczno-dynamiczny (akcentowana sylaba wymawiana jest głośniej, energicznej i na nieco wyższym tonie niż pozostałe). Jest prawie zawsze paroksytoniczny, co oznacza, że pada na przedostatnią sylabę w wymawianym słowie. Oprócz akcentu głównego w wyrazach więcej niż trzysylabowych pojawia się akcent poboczny, na pierwszej sylabie [PSTL 2000, s. 12].

Istnieje grupa rzeczowników posiadających akcent proparoksytoniczny – przypadający na trzecią sylabę od końca. Są to w dużej mierze rzeczowniki pochodzące z języka greckiego, które zostały zapożyczone przez Polaków za pośrednictwem języka łacińskiego; zwykle kończą się one na: *-ika*, *-yka*, np.: *stat'ystyka*, *l'ogika*, *bot'anika*, *dial'ektyka*, *f'izyka*, *gimn'astyka*, *gr'afika*, *polit'echnika*, *m'uzyka*, ale nie tylko, np. *uniw'ersytet*[1]. Akcent proparoksytoniczny w języku polskim

[1] Apostrof oznacza sylabę akcentowaną.

występuje również w 1. i 2. osobie liczby mnogiej czasu przeszłego, np. *zrob'iliśmy*, *pis'aliśmy*, *czyt'aliśmy*, a także w trybie przypuszczającym, np. *zr'obiłbym*, *p'isałbym*, *cz'ytałbym*. Dzieje się tak, ponieważ końcówki *-śmy*, *-ście*, *-bym* uznane są za końcówki enklityczne, nie zmieniają zatem akcentu w wyrazie. Akcent na trzeciej sylabie od końca występuje również w liczebnikach zakończonych na *-set*, np. *si'edemset*, *o'siemset*, *dzi'ewięćset*. Akcent na czwartej sylabie od końca pojawia się w czasownikach 1. i 2. osoby liczby mnogiej czasu przeszłego w trybie przypuszczającym, np. *zr'obilibyśmy*, *przepis'alibyśmy*, *przeczyt'alibyśmy*.

Akcent wyrazowy pełni w mowie ważne funkcję: delimitacyjną – wskazuje granice między wyrazami oraz kulminatywną – informuje o liczbie jednostek znakowych. Powtarzanie akcentowanych sylab w podobnych odstępach czasu sprawia, że mowa staje się rytmiczna. Dzięki niemu dokonuje się grupowanie sylab w wyrazy. Przekłada się to na rozpoznawanie poszczególnych słów w ciągu artykulacyjnym. Sprawia to, że tekst przekazywany przez nadawcę staje się zrozumiały dla odbiorcy [Wysocka 2012, s. 173].

Podobnie jak każdy wyraz posiada akcentowaną sylabę, tak każde zdanie ma akcentowany wyraz. „Akcentowi zdaniowemu przypisuje się funkcję ekspresywną oraz informacyjną, znaczeniową, wiążącą się z budową gramatyczną zdania, kontekstem jego użycia i intencją mówiącego" [Wysocka 2012b, s. 173]. Według R. Laskowskiego (1978) neutralne położenie akcentu zdaniowego znajduje się na przedostatniej sylabie wypowiedzenia, a każde jego przesunięcie jest uwarunkowane funkcjonalnie. Wtedy to nadawca komunikatu stara się w swojej wypowiedzi podkreślić ten wyraz, który wydaje mu się najbardziej istotny. Ma to związek z aktualnym rozczłonkowaniem zdania – czyli podziałem na temat i remat. Temat oznacza to, o czym się mówi w zdaniu, remat natomiast wprowadza nowe informacje o temacie [Wiśniewski 2007, s. 124]. Mówiący rematyzuje, czyli akcentuje dowolną część swojej wypowiedzi. Jej ważność może wyeksponować za pomocą różnych sposobów: wymówić wyraz głośniej, wyższym tonem, wydłużyć go, podzielić na sylaby lub poprzedzić pauzą. Może operować szykiem zdania, używać rematyzatorów typu: *to*, *tylko*, *przecież*, a także manipulować wysokością tonu – intonacją wypowiedzi. Akcent zdaniowy może zatem zmieniać znaczenie komunikatu w zależności od tego, która jego część zostanie dzięki niemu wyróżniona. W zdaniu: *Wczoraj oglądałem w telewizji dokument historyczny* możemy zaakcentować różne wyrazy oraz wyrażenia. Wszystko zależy od tego, co chcemy przekazać naszemu rozmówcy. Jeśli interesuje go czas wydarzenia, wtedy akcentujemy wyraz *wczoraj*; jeśli pyta o czynność – *oglądałem*; jeżeli chce wiedzieć gdzie – *w telewizji*; jeśli ciekawi go, co oglądałem – *dokument*; a jeśli pyta, jaki – *historyczny*.

Podczas tworzenia komunikatu słownego nadajemy wypowiedzi pewnego rodzaju melodię. Intonacja pozwala odróżnić zdanie pytające, wykrzyknikowe

oraz oznajmujące dzięki układowi kadencji oraz antykadencji. Kadencja to intonacja opadająca (twierdząca) o wyraźnym spadku tonu podstawowego, typowa dla zdania oznajmującego, np.: *Tata naprawia auto.*, pytania o uzupełnienie, np.: *Czy wolisz książkę?* oraz wykrzyknienia, np.: *Wspaniały film!* Dłuższe wypowiedzi oznajmujące posiadają kontur intonacyjny rosnący w środku zdania oraz opadający na jego końcu, np.: *Słucham piosenek o miłości.* Antykadencje charakteryzuje silny wzrost wysokości tonu podstawowego. Jest to intonacja pytajna typowa dla pytania o rozstrzygnięcie, np.: *Wolisz książkę czy film?* oraz wypowiedzi urwanej, np.: *Może wolisz film?* W języku polskim istnieje również trzeci kontur intonacyjny – progrediencja – „charakteryzuje się zarówno brakiem silnego wzrostu, jak i spadku tonu podstawowego w obrębie ostatniego wyrazu" [Wiśniewski 2007, s. 125]. Jest typowa dla wypowiedzi o funkcji informacyjnej.

Zdarza się tak, że intonacja jest jedynym wykładnikiem pozwalającym różnicować sens wypowiedzeń, ponieważ pozwala odróżnić zdanie pytające od oznajmującego, np.: *Mama jest w pracy? Mama jest w pracy.* Użycie intonacji rosnącej może zatem zmieniać twierdzenie w pytanie o rozstrzygnięcie. Widać zatem, że zmiany wysokości tonu mają ogromne znaczenie w procesie komunikacji językowej.

Rytm mowy możemy zdefiniować jako czasową organizację elementów mowy, które pełnią funkcję jednostek rytmicznych. Są nimi akcenty leksykalne oraz poboczne (w wyrazach więcej niż trzysylabowych) powtarzane w zbliżonych do siebie odcinkach czasowych. Takie zjawisko nosi nazwę „izochronizmu zestrojowego". „Na percepcję rytmu mogą wpływać: kombinacja segmentów, z których składa się sylaba, stopień sonorności segmentów oraz nasilenie akcentu" [Wysocka 2012b, s. 169]. Grupa sylab, która jest podporządkowana wspólnemu akcentowi, nosi nazwę zestroju akcentowego (po raz pierwszy w literaturze terminu tego użyła Maria Dłuska). W skład zestroju akcentowego wchodzą: wyraz samodzielny akcentowo oraz wyrazy niesamodzielnie akcentowo – proklityki oraz enklityki.

Proklityki występują przed wyrazem zasadniczym. Są to np.: przyimki jednosylabowe: *na* ***sto****le*, *pod* ***ła****wką*, *za* ***sza****fą* itp., spójniki jednosylabowe: *i* ***wie****le*, *bo* ***wiem****!*, partykuła *nie* przed osobowymi formami czasownika dłuższymi niż jednosylabowe: *nie* ***mo****gę*, *nie pa****mię****tam*. Istnieją jednak pewne wyjątki od tej reguły. Wyraz, który jest proklityką w jednym wyrażeniu, w innym może nią nie być, np.: w połączeniu przyimka z jednosylabowym rzeczownikiem akcent może padać na przyimek: ***na*** *dół*, ***na*** *wieś*, ***za*** *mąż*, ale *za* ***blok****!* W połączeniu przyimka z jednosylabowym zaimkiem akcent pada na przyimek, np.: ***do*** *was*, ***u*** *nas*. W połączeniu partykuły *nie* z jednosylabową formą czasownika akcent musi padać na *nie*: ***nie*** *wiem*, ***nie*** *mam* [ESWO 1978, t. 2, s. 1690].

Enklityki występują za wyrazem prymarnym. Są to, np.: jednosylabowe formy fleksyjne zaimków osobowych i zaimka zwrotnego: *prze**ko**nał go*, *za**ko**chał się*, partykuły *by*, *że*, *no*: *tań**czy**liby*, ***mów**że*, ***chodź** no tu*, końcówki *-sta*, *-set* w liczebnikach złożonych: ***trzy**sta*, ***sie**demset*, ruchome końcówki czasownika: *tań**czy**liśmy*, *mó**wi**liście* [ESWO 1978, t. 1, s. 491].

Prozodia emocjonalna wyraża uczucia osoby mówiącej (radość, smutek, strach, irytacja, ironia itd.). W połączeniu z elementami werbalnymi decyduje o rodzaju przekazywanej informacji, np. o smutnych wydarzeniach możemy mówić w wesoły sposób lub odwrotnie. W takim przypadku pozasłowna płaszczyzna wypowiedzi przeciwstawia się słownej. Taki komunikat może zostać niezrozumiany lub niewłaściwie odebrany przez odbiorcę. Prozodia emocjonalna może również być samodzielnym środkiem komunikacji.

W dotychczasowych badaniach dowiedziono, że prozodia emocjonalna poprzedza rozwój języka; dzieci w okresie do pierwszego roku życia („okres melodii") posługują się głosem jako środkiem przekazu swoich emocji, doskonale odczytują również elementy prozodyczne mowy otoczenia [Gurański, Słotwiński, Podemski 2008, s. 97].

Podział jąkania ze względu na rodzaj dominujących skurczów

Skurcze kloniczne powodują pojedyncze, dwukrotne lub wielokrotne powtarzanie początkowej głoski wypowiadanego słowa, np. *m-m-mama*, całej sylaby – najczęściej nagłosowej, np. *pa-pa-parasol*, ale również śródgłosowej, np. *maka--ka-ron* oraz wygłosowej, np. *no-ga-ga*. Powtarzane mogą być również całe wyrazy, a nawet frazy. Przyjmuje się, że jest to łagodniejsza forma jąkania, znacznie łatwiejsza w terapii.

Skurcze toniczne powodują bloki w trakcie mówienia, polegające na spazmatycznym zacinaniu się. Głoski bądź całe słowa są jakby wypychane siłą, przy równoczesnym napięciu mięśniowym. Po ustąpieniu skurczu następuje charakterystyczne przyspieszenie artykulacji głoski, sylaby, słowa lub też całej wypowiedzi. Ta forma jąkania jest znacznie trudniejsza w terapii. Odczuwana jest jako bardzo przykra, zarówno dla nadawcy, jak i odbiorcy. W zależności od rodzaju głoski, na jakiej powstaje skurcz toniczny, można wyodrębnić charakterystyczne symptomy niepłynności: bloki oraz przeciągania dźwięków na głoskach otwartych oraz półotwartych, zwarto-szczelinowych oraz szczelinowych.

Pozostałe dwie postaci jąkania to formy mieszane, łączące oba typy jąkania z dominacją skurczów jednego bądź drugiego rodzaju (jąkanie kloniczno--toniczne, a więc mieszane z przewagą jąkania klonicznego i toniczno-kloniczne, czyli mieszane z przewagą skurczów tonicznych).

Podział jąkania ze względu na stopień nasilenia niepłynności mowy

W zależności od stopnia nasilenia niepłynności mowy możemy wyróżnić jąkanie łagodne (zaburzonych około 2-5% słów w wypowiedzi), umiarkowane (zaburzonych około 5-8% słów), znaczne (zaburzonych około 12-25% słów) oraz głębokie (zaburzonych więcej niż 25% słów) [Dolecka 2010]. Im cięższa postać jąkania, w tym większym stopniu napięcie mięśniowe przeszkadza w mówieniu, pauzy stają się dłuższe, a grymasy i współruchy bardziej widoczne i długotrwałe. Zdarza się, że niepłynność mowy zmniejsza się, to znów narasta, ustępuje całkowicie, by powrócić z jeszcze większym nasileniem. Trudno ustalić, co może być przyczyną tego typu zmian. Są one kłopotliwe zarówno dla pacjenta, jak i dla terapeuty.

Polskie narzędzia diagnostyczne do oceny jąkania

Ocena stanu jąkania pacjenta oraz opracowanie programu terapeutycznego możliwe są dzięki wykorzystaniu specjalistycznych metod diagnozowania. Logopeda ma do wyboru kilka podstawowych narzędzi (w zależności od wieku badanej osoby). Kwestionariusze i testy pomagają określić nasilenie i rodzaj jąkania się dzieci, młodzieży i dorosłych. W Polsce najpopularniejsze są trzy narzędzia: *Kwestionariusz Niepłynności Mówienia i Logofobii wg Tarkowskiego* (1992), *Kwestionariusz Cooperów do Oceny Jąkania* przetłumaczony oraz dostosowany do polskich warunków przez Mieczysława Chęćka (1993) oraz *Próba Sylabowa do Oceny Niepłynności Mówienia wg Kurkowskiego* (2003). Testy logopedyczne pozwalają dokonać trafnej diagnozy oraz określają właściwy kierunek terapii. W balbutologopedii przeważa pogląd, że dla uzyskania najlepszych efektów leczenia konieczne jest korzystanie z wielu metod terapeutycznych. Dlatego, aby w pełni zlikwidować objawy jąkania, konieczne jest globalne podejście do technik diagnostycznych i sposobów pracy z osobami cierpiącymi na niepłynność mówienia.

Badanie płynności i prozodii mowy – opis narzędzia badawczego (metodologia badań własnych)

Sporządzony przeze mnie *Kwestionariusz do oceny zaburzeń wymowy na poziomie suprasegmentalnym w jąkaniu klonicznym i tonicznym* składa się z dwóch kart – prób i wyników – oraz zgody na nagranie przebiegu badania logopedycznego. Jest on inspirowany opisaną powyżej metodą diagnozy jąkania propagowaną przez Mieczysława Chęćka. Opracowane przeze mnie narzędzie diagnostyczne ma na celu ocenę płynności i prozodii mowy, dlatego w *Kwestionariuszu*

Cooperów do Oceny Jąkania interesowała mnie przede wszystkim część poświęcona częstotliwości jąkania, zawarty w niej materiał badawczy oraz sposób obliczania i interpretacji uzyskanych wyników.

Pierwsza strona opracowanego przeze mnie kwestionariusza zawiera formularz dotyczący podstawowych informacji o pacjencie (imię, data urodzenia, wiek) oraz okoliczności badania (imię i nazwisko badającego oraz datę). Dane te znajdują się zarówno na karcie prób, jak i na karcie wyników.

Karta prób przeznaczona jest do wglądu pacjenta. Karta wyników jest w całości uzupełniana przez logopedę po dokładnym przesłuchaniu i przeanalizowaniu zarejestrowanego materiału. Taki podział kwestionariusza jest celowy i służy dbaniu o komfort psychiczny pacjenta. Pozwala to uniknąć sytuacji, podczas której w trakcie nagrania badany mógłby zwracać uwagę na oceniane elementy własnej wypowiedzi. Istotą badania jest uzyskanie jak najbardziej autentycznych reakcji badanego oraz ich zarejestrowanie. Ze względu na konieczność zebrania rzetelnego materiału badawczego każdy z pacjentów przed nagraniem został poproszony o niestosowanie w trakcie badania żadnej z metod treningu płynności mówienia[2]. Techniki bezpośrednie, pośrednie oraz kompleksowe wpłynęłyby negatywnie na całokształt uzyskanych wyników.

Badanie płynności i prozodii mowy – karta prób

Karta prób podzielona jest na dwie części. Część I obejmuje ocenę prozodii w kontrolowanym przetwarzaniu językowym[3]. Zadania w niej zawarte wymagają od pacjenta planowania lingwistycznego – semantycznego, syntaktycznego i prozodycznego. Ocenie podlegają częstotliwość jąkania, akcent, intonacja, rytm mowy oraz stan emocjonalny nadawcy komunikatu. Badana osoba ma do wykonania pięć prób:

1. Próba I. Recytacja.
   Logopeda prosi pacjenta, aby wyrecytował na głos pierwsze cztery wersy epopei narodowej „Pan Tadeusz" Adama Mickiewicza. Jest to wiersz sylabiczny – trzynastozgłoskowiec ze średniówką po siódmej sylabie. Rozkład akcentów w każdym wersie podyktowany jest względami rytmicznymi występującymi w poezji. Dla uzupełnienia zestroju akcentowego w trzecim wersie (***Kto*** *cię stra-**cił**. Dziś **pię**-kność | twą w **ca**-łej oz-**do**-bie*) w słowie *stracił*

[2] Metody terapii jąkania zakładają, że pacjent wykorzystuje pewne techniki wspomagające w trakcie mówienia, np.: terapia jąkania wg Charlesa van Ripera, metoda „echo", rytmizacja mówienia, terapia oddechowa, technika powolnego, przedłużonego mówienia, metoda wystukiwania sylab Krzysztofa Szamburskiego.

[3] Kontrolowane przetwarzanie językowe jest intencjonalne, zamierzone i zaplanowane. Procesy niekontrolowane „nie angażują zbytnio zasobów poznawczych i zasobów uwagi, nie wymagają wysiłku poznawczego" [Maciuszek 2012, s. 16].

akcent został przesunięty na ostatnią sylabę. Biorąc pod uwagę to, że osoba badana nie musi znać się na profesjonalnej recytacji, za poprawną realizację można uznać tę obowiązującą w mowie potocznej, z akcentem na przedostatniej sylabie – ***stra**-cił*.

2. Próba II. Czytanie.
   Logopeda prosi pacjenta, aby przeczytał na głos krótki tekst. Opowiadanie składa się ze 150 słów. Zawiera dialog oraz część narracyjną. Znajdują się w nim zdania oznajmujące, pytające oraz wykrzyknienia. Są one zróżnicowane zarówno pod względem prozodii emocjonalnej, jak i językowej (stwierdzanie faktów, radosną prośbę oraz usilne zapewnianie).
3. Próba III. Powtarzanie.
   Logopeda prosi pacjenta, aby powtórzył po nim dziesięć zdań. Są one również zróżnicowane pod względem prozodii językowej (oznajmujące, pytające, wykrzyknikowe) oraz nacechowania emocjonalnego (wyrażają: pytanie o fakty, stwierdzanie faktów, nagłe zaskoczenie oraz radosne podziękowanie).
4. Próba IV. Odpowiadanie pełnym zdaniem.
   Logopeda prosi pacjenta, aby odpowiedział na dziesięć prostych pytań dotyczących życia oraz zainteresowań badanego.
5. Próba V. Spontaniczna mowa.
   Logopeda prosi pacjenta, aby w kilku zdaniach powiedział, co najbardziej lubi robić w wolnych chwilach. Długość wypowiedzi zależy od skłonności badanego do mówienia.

Część II badania obejmuje ocenę prozodii w niekontrolowanym przetwarzaniu językowym. Próby liczenia, liczenia od tyłu, wymienienia nazw dni tygodnia, nazw miesięcy, nazw pór roku obejmują automatyzmy słowne oraz powtarzane wielokrotnie językowe zadania. Redukują one semantyczne, syntaktyczne i prozodyczne planowanie wypowiedzi. Ocenie podlega częstotliwość jąkania. Zróżnicowanie stopnia trudności umożliwia sprawdzenie tego, jak pacjent cierpiący na niepłynność mówienia radzi sobie z artykulacją zdań, które wypowiada po raz pierwszy, a jak z niejednokrotnie powtarzanymi i dobrze znanymi elementami języka mówionego.

Badanie płynności i prozodii mowy – karta wyników

Karta wyników zawiera informacje na temat badanej osoby: imię, datę badania, datę urodzenia, wiek oraz przybliżoną datę rozpoczęcia terapii. Opiera się na transkrypcji nagranych próbek mowy. Przedstawia dokładną analizę wykonanych przez pacjenta prób oraz pozwala postawić trafną diagnozę stopnia nasilenia niepłynności i ocenić jakość prozodii mowy. Charakter skurczów określa się na podstawie wypowiedzi osoby badanej w I części badania. Symptomy niepłynności

pozwalają na wyodrębnienie jąkania: klonicznego, tonicznego, kloniczno-tonicznego lub toniczno-klonicznego. Określa się je na podstawie cech niepłynności mowy, np. za Lechtą (2010):

Znak	Symptom niepłynności	Przykład
P1	powtarzanie głosek/sylab	*ma-ma-ma jedzie autem*
PS	powtarzanie słów	*mama – mama jedzie autem*
PK	powtarzanie zwrotów	*my mamie – my mamie jedzie autem*
P2	przeciąganie	*mmmmmama jedzie autem*
W	wtrącanie	*mama yyy jedzie autem*
R	rewizja	*mama idzie* [...] *jedzie autem*
RS	rozbite słowo	*ma* [...] *ma jedzie autem*
P2	pauza napięta	*mama* [...] *jedzie autem*
B	blok	____ *mama jedzie autem*

Częstotliwość jąkania dla każdej z prób liczona jest wg wzoru: liczba niepłynnych wyrazów * 100 / ogólna liczba wyrazów = ... %. Średnia częstotliwość jąkania: suma kolumny % / liczby prób.

Ocena prozodii mowy oparta jest na danych słuchowych zebranych podczas I części badania, poddanych analizie jakościowej oraz ilościowej.

Charakterystyka badanych grup

Badanie zostało przeprowadzone na trzech grupach wiekowych: gimnazjalistach, licealistach oraz osobach w przedziale wiekowym 20-26 lat. W badaniu wzięło udział 15 osób z niepłynnością mówienia (grupa eksperymentalna) oraz 9 osób wchodzących w skład grupy kontrolnej. W rezultacie przebadane zostały 24 osoby. Ze względu na statystycznie większą liczbę jąkających się chłopców/mężczyzn w stosunku do dziewczynek/kobiet kryterium płci zostało pominięte.

Badania zostały przeprowadzone w jednym z ośrodków specjalistycznych w Warszawie, na osobach biorących udział w grupowych warsztatach dla osób z zaburzeniami płynności mowy. Ze względu na zawartą w kwestionariuszu *próbę czytania* z badania zostały wykluczone osoby z dysleksją. Problemy z płynnym przeczytaniem tekstu mogłyby być wtedy spowodowane specyficznymi trudnościami w nauce czytania i pisania, a nie badaną niepłynnością mowy. Przed przystąpieniem do eksperymentu każdy z ochotników został poproszony o wyrażenie pisemnej zgody na zarejestrowanie rozmowy za pomocą dyktafonu oraz dokładnie poinformowany o tym, co stanie się z nagraniem i w jakim celu jest ono sporządzone. W przypadku osób niepełnoletnich dokument podpisywali

ich prawni opiekunowie, którzy również otrzymali wyczerpujące informacje na ten temat. Każda z osób została przebadana w gabinecie logopedycznym lub innym wyciszonym miejscu, którego nie postrzegała jako krępujące. W skład grupy kontrolnej weszło 9 osób (po 3 osoby z każdej grupy wiekowej) nieposiadających trudności w płynnym wysławianiu się. Jak powszechnie wiadomo, niezachowanie płynności w mówieniu przydarza się czasem każdemu. Mówimy niepłynnie, kiedy jesteśmy zestresowani, stremowani, podenerwowani, rozkojarzeni, zmęczeni lub gdy chcemy szybko przekazać jakąś informację. Osoby z grupy kontrolnej przebadane *Kwestionariuszem do oceny zaburzeń wymowy na poziomie suprasegmentalnym w jąkaniu klonicznym i tonicznym* również popełniły kilka błędów o charakterze zaburzeń substancji fonicznej wypowiedzi w płaszczyźnie segmentalnej.

Wyniki badania płynności i prozodii mowy

Wśród 15 osób wchodzących w skład grupy eksperymentalnej 2 osoby cierpią na jąkanie kloniczne (gimnazjaliści), 1 osoba – jąkanie toniczne (licealista), 4 osoby – jąkanie kloniczno-toniczne (2 gimnazjalistów oraz 2 licealistów) oraz 6 osób – jąkanie toniczno-kloniczne (2 licealistów oraz 4 osoby dorosłe w przedziale wiekowym 20-26). W dwóch przypadkach nie sposób określić rodzaju jąkania ze względu na zbyt małą liczbę symptomów niepłynności (gimnazjalista i dorosły w wieku 20 lat).

Osoby posiadające skurcze kloniczne (dwoje gimnazjalistów – Kacper, 13 l. i Karolina, 15 l.) mieszczą się w przedziale łagodnego oraz umiarkowanego jąkania. Im cięższa forma niepłynności, tym większe problemy z akcentowaniem sylab w słowach, intonacją oraz rytmem mowy. Podobna sytuacja dotyczy prozodii emocjonalnej. U pacjenta ze średnim wynikiem niepłynności ~6% pojawiło się znacznie więcej niejasnych realizacji na poziomie ekspresji wypowiedzi niż u pacjentki z łagodną postacią jąkania. Okazuje się, że w jąkaniu klonicznym automatyzmy słowne całkowicie redukują stopień nasilenia niepłynności mowy. U obojga badanych w II części eksperymentu nie pojawił się ani jeden symptom charakterystyczny dla zacinania się.

Skurcze toniczne, uważane za najcięższą postać jąkania, pojawiły się tylko u jednego z licealistów – Mateusza (19 l.). Niecały rok terapii przyniósł widoczne skutki. Chłopak posiada łagodną postać jąkania, co rzutuje na wyniki badań. Pojawiły się nieznaczne problemy z akcentowaniem sylab w słowach, intonacja bez zarzutu, rytm mowy zaburzony w około 2%. Co się tyczy prozodii emocjonalnej – skurcze toniczne, polegające na silnym wypychaniu głoski w nagłosie, powodują, że komunikat staje się niejasny dla odbiorcy. Automatyzmy słowne nie pomagają w przezwyciężeniu niepłynności.

Grupa osób z jąkaniem kloniczno-tonicznym jest druga co do wielkości i obejmuje pacjentów w wieku gimnazjalnym (Andrzej, 16 l. oraz Katarzyna, 15 l.)

i licealnym (Bartek, 19 l. oraz Szymon, 18 l.). Jest bardzo zróżnicowana pod względem stopnia nasilenia niepłynności mowy – od jąkania łagodnego do głębokiego. Im cięższy typ jąkania, tym większe nieprawidłowości w zakresie akcentowania sylab w słowach oraz rytmu mowy. Pacjenci nie mieli żadnych trudności z intonacją typów wypowiedzi. W przypadku Szymona zaburzenie intonacji było wynikiem złego przeczytania słowa w tekście. Badany powiedział *kupcie*, podczas gdy w treści opowiadania była forma kupicie, w wyniku czego zmienił zdanie pytające w wykrzyknikowe: *Mamo, tato, kupcie mi psa!* zamiast: *Mamo, tato, kupicie mi psa?* Zaburzenia prozodii emocjonalnej u osób z jąkaniem kloniczno-tonicznym były niewielkie i na podobnym poziomie – od 1 do 2 nieprawidłowych realizacji. Automatyzmy słowne w żadnym z przypadków nie zredukowały niepłynności mowy.

Ostatnia, najliczniejsza grupa osób to pacjenci z jąkaniem toniczno-klonicznym obejmująca dwóch licealistów – Jakuba (18 l.) i Justynę (18 l.) oraz cztery osoby dorosłe w przedziale wiekowym 20-26 lat – Andrzeja (26 l.), Andżelikę (23 l.), Emilię (24 l.) oraz Sergieja (22 l.). Podobnie jak w poprzednim przypadku grupa ta jest bardzo zróżnicowana pod względem stopnia nasilenia niepłynności – od jąkania łagodnego do głębokiego. Im cięższa postać jąkania, tym większe nieprawidłowości w zakresie akcentowania sylab w słowach oraz rytmu mowy. Zasada ta nie dotyczy właściwego intonowania wypowiedzi oraz prozodii emocjonalnej – w tych przypadkach wyniki są bardzo zróżnicowane. Interesujące rezultaty przyniosła II część badania obejmująca automatyzmy słowne. U czterech osób całkowicie zredukowały one stopień nasilenia niepłynności mowy. Tylko w dwóch szczególnych przypadkach jąkanie utrzymało się na wysokim poziomie. Specjalistka logopeda-psycholog prowadząca terapię licealistki Justyny poinformowała mnie, że w wypadku tej dziewczyny jąkanie jest wynikiem zaburzenia neurologicznego. Z pewnością ma to duży wpływ na stopień nasilenia niepłynności mowy. Natomiast dwudziestodwulatek Sergiej jest obcokrajowcem mówiącym po polsku. W II części badania nie potrafił wymienić wszystkich miesięcy po kolei. Widać zatem, że pojawiła się tu również bariera językowa. W trakcie rozmowy przed badaniem Sergiej powiedział, że jest to jego pierwszy dzień terapii w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Badanie w języku, który nie jest jego ojczystym, oraz trema związana z pierwszym dniem na zajęciach terapeutycznych z pewnością wpłynęły na jego zacinanie się.

Ostatnią grupę osób stanowią pacjenci, którzy nadal biorą czynny udział w zajęciach terapeutycznych, ale ich wyniki wskazują, że jąkanie całkowicie u nich ustąpiło. U Krzysztofa (13 l.) i Adama (20 l.) trudno jest określić stopień nasilenia niepłynności mowy, ponieważ w ich wypowiedziach pojawiło się za mało symptomów typowych dla zacinania się. Średnia częstotliwość jąkania w I części badania u obu pacjentów wyniosła ~1%. W jąkaniu łagodnym zaburzonych jest około 2-5% słów.

Uzyskane wyniki pozwalają na wyciągnięcie interesujących wniosków. Intuicyjnie spodziewamy się istnienia zależności pomiędzy stopniem nasilenia niepłynności mowy w jąkaniu a zaburzeniami prozodii emocjonalnej i (lub) lingwistycznej. Okazuje się, że takiej prawidłowości nie ma, tzn. nie jest tak, że znaczne nasilenie jąkania warunkuje zmiany prozodii emocjonalnej, a nieznaczne tych zmian nie powoduje. Widać to dokładnie na przykładzie reprezentantów grupy eksperymentalnej osób w przedziale wiekowym 20-26 l. Mimo tego, że Andrzej (26 l.) oraz Emilia (24 l.) posiadają łagodną postać jąkania toniczno-klonicznego, to w ich wypowiedziach słychać poważne zaburzenia prozodii emocjonalnej. Odwrotną sytuację można zauważyć u Sergieja (22 l.). Mężczyzna posiada głęboką postać jąkania toniczno-klonicznego, a nie posiada większych problemów z nacechowaniem emocjonalnym swoich wypowiedzi.

Najsilniejszym objawem w prozodii lingwistycznej są zaburzenia akcentu. Im większy stopień nasilenia niepłynności mowy, tym więcej nieprawidłowych realizacji. Zaburzenia intonacji praktycznie nie występują w łagodnym typie jąkania. Pojawiają się w jąkaniu głębokim, jednak nie w każdym przypadku. Stopień nasilenia niepłynności mowy pociąga za sobą konsekwencje w postaci zaburzenia rytmu wypowiedzi. Im cięższe jąkanie, tym wolniejsza mowa. Rodzaj dominujących skurczów nie ma wpływu na rytmizację artykulacji.

Poniżej umieszczam tabelę przedstawiającą w sposób skrótowy wyniki badania płynności i prozodii mowy u osób wchodzących w skład grupy eksperymentalnej.

Lp.	Imię, wiek	Typ jąkania	Wyniki
1.	Kacper, 13 l.	KLON	ŚJ ~6%, AS 30, I 1, R ~5%, SEM 11, AUT 0%
	Karolina, 15 l.	KLON	ŚJ ~2%, AS 10, I 0, R ~4%, SEM 3, AUT 0%
2.	Mateusz, 19 l.	TON	ŚJ ~3%, AS 7, I 0, R ~2%, SEM 4, AUT ~10%
3.	Andrzej, 16 l.	KLON-TON	ŚJ ~26%, AS 76, I 0, R ~28%, SEM, 2, AUT ~22%
	Katarzyna, 15 l.	KLON-TON	ŚJ 12%, AS 48, I 0, R ~14%, SEM, 2, AUT, ~4%
	Bartłomiej, 19 l.	KLON-TON	ŚJ ~29%, AS 183, I 0, R ~44% SEM 2, AUT ~21%
	Szymon, 18 l.	KLON-TON	ŚJ 5%, AS 30, I 1, R ~7%, SEM 1, AUT ~3%
4.	Jakub, 18 l.	TON-KLON	ŚJ ~14%, AS 54, I 2, R ~18%, SEM 1, AUT 0%
	Justyna, 18 l.	TON-KLON	ŚJ ~43%, AS 186, I 10, R ~54, SEM 12, AUT ~39%
	Andrzej, 26 l.	TON-KLON	ŚJ ~4%, AS 11, I 1, R ~3%, SEM 8, AUT 0%
	Andżelika, 23 l.	TON-KLON	ŚJ ~4%, AS 13, I 0, R ~3%, SEM 0, AUT 0%
	Emilia, 24 l.	TON-KLON	ŚJ ~5%, AS 35, I 0, R ~17%, SEM 10, AUT 0%
	Sergiej, 22 l.	TON-KLON	ŚJ ~48%, AS 218, I 1, R ~69%, SEM 5, AUT 34%
5.	Krzysztof, 13 l.	N	ŚJ ~1%, AS 5, I 0, R ~2%, SEM 0, AUT 0%
	Adam, 20 l.	N	ŚJ ~1%, AS 4, I 1, R ~1%, SEM 0, AUT 0%

Legenda:
KLON – jąkanie kloniczne
TON – jąkanie toniczne
KLON-TON – jąkanie kloniczno-toniczne
TON-KLON – jąkanie toniczno-kloniczne
N – nieokreślony typ jąkania
ŚJ – średnia częstotliwość jąkania w I części badania
AS – liczba nieprawidłowo akcentowanych sylab w słowach
I – liczba nieprawidłowych użyć intonacji w wypowiedzi
R – średnia liczba nieprawidłowych zestrojów akcentowych w próbie czytania w I części badania
SEM – liczba realizacji o niejasnym nacechowaniu emocjonalnym w wypowiedzi
AUT – średnia częstotliwość jąkania w II części badania (automatyzmy słowne)

Podsumowanie

Jąkanie jest różnie definiowane [Styczek 1979, Chęciek 1993, Woźniak 1993, Tarkowski 2010]. Uczeni wspominają o uszkodzeniach struktur prozodycznych w mowie osób jąkających się, jednak przede wszystkim skupiają się na niepłynności mówienia i szczegółowo ją opisują. Leon Kaczmarek (1975) w swojej klasyfikacji zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się określa jąkanie jako zaburzenie mowy w płaszczyźnie suprasegmentalnej. Brak jednak dokładnych opracowań poświęconych ocenie rodzaju tych nieprawidłowości i ich intensywności. Badania własne pozwoliły mi na przeanalizowanie problemu. Posłużyłem się w nich samodzielnie wykonanym narzędziem diagnostycznym, skonstruowanym w taki sposób, aby uwzględniało wszelkie możliwe zniekształcenia. Uzyskane wyniki pokazują, że w jąkaniu zaburzona jest zarówno prozodia lingwistyczna, jak i emocjonalna, a skala tych uszkodzeń jest bardzo duża i niejednolita.

BIBLIOGRAFIA

Chęciek M., 1993, *Kwestinariusz Cooperów Do Oceny Jąkania*, Lublin.
Dolecka E., 2010, *Strach przed jąkaniem*, http://m.zdrowie.gazeta.pl/Zdrowie/1,130332,8549979,Strach_przed_jakaniem.html (dostęp: 17.06.2015).
ESWO: Urbańczyk S. (red.), 1978, *Encyklopedia wiedzy o języku polskim*, Wrocław.
Gurański H., Słotwiński K., Podemski R., 2008, *Prozodia mowy w niedokrwiennym udarze mózgu*, „Udar Mózgu", 10/2, s. 97.
Kaczmarek L., 1975, *Korelacyjna klasyfikacja zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się*, „Logopedia", nr 12, Lublin.
Kurkowski Z.M., 2003, *Próba sylabowa do oceny niepłynności mówienia*, Warszawa.

Laskowski R., 1978, *Hasła z zakresu fonetyki i fonologii*, [w:] S. Urbańczyk (red.), *Encyklopedia wiedzy o języku polskim*, Wrocław.
Lechta V., 2010, *NKS jako pedagogický fenomén*, [w:] V. Lechta (red.), *Zákłady inkluzivní pedagogiky*, Praha.
Maciuszek J., 2012, *Automatyzmy i bezrefleksyjność w kontekście wpływu społecznego. O przetwarzaniu negacji, metafor, wieloznaczności i presupozycji*, Warszawa.
PSTL: Jaworski S., 2000, *Podręczny słownik terminów literackich*, Kraków.
Styczek I., 1979, *Logopedia*, Warszawa.
Tarkowski Z., 1992, *Kwestionariusz Niepłynności Mówienia i Logofobii (diagnoza i terapia jąkania)*, Lublin.
Tarkowski Z., 2010, *Jąkanie. Księga pytań i odpowiedzi*, Gdańsk.
Trzaska W., Evert J., Michalski J., 1939, *Encyklopedyczny słownik wyrazów obcych*, t. 1 i 2, Warszawa.
Wiśniewski M., 2007, *Zarys fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*, Toruń.
Woźniak T., 1993, *Pojęcie jąkania a metodyka postępowania logopedycznego*, [w:] *Opuscula Logopedica*, Lublin.
Wysocka M., 2012, *Prozodia mowy w percepcji dzieci*, Lublin.
Wysocka M., 2012, *Zaburzenia prozodii mowy*, [w:] Grabias S., Kurkowski M. (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin.

The Impact of Stuttering on the Prosody of Speech. The Assessment of Pronunciation Disorders in Clonic and Tonic Stuttering on the Suprasegmental Level

Summary: The main subject discussed in the present paper is the influence of clonic and tonic stuttering on the speech prosody. The above issue is practically absent in the literature. The researchers mention that suprasegmental disorders do occur in the speeches of stuttering people yet they do not provide any thorough study examining the type and intensity of the occurring anomalies. The study which I carried out allowed me to thoroughly analyze the problem. The objects of my analysis were both linguistic and emotional prosody. Furthermore, I examined the degree of the intensification of speech disfluency in controlled and uncontrolled language processing.

Keywords: linguistic prosody, emotional prosody, clonic stuttering, tonic stuttering

EWA BOKSA
(Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach)

ŚLINOTOK I ZABURZENIA KOMUNIKACJI U PACJENTÓW CIERPIĄCYCH NA DYSFAFIĘ

STRESZCZENIE: W artykule omawiam przyczyny i skutki ślinotoku jako jednego z głównych objawów dysfagii wpływającego na jakość i sposób komunikacji u osób z mózgowym porażeniem dziecięcym i niepełnosprawnościami sprzężonymi.

SŁOWA KLUCZOWE: ślinotok, dysfagia, mózgowe porażenie dziecięce, zaburzenia komunikacji

Ślinotok jest istotnym i często spotykanym objawem dysfagii, który wpływa na realizację funkcji komunikacyjnych[1]. W niniejszym artykule przedstawiam badania nad komunikacyjnym aspektem ślinotoku, które szerzej zostaną opisane w przygotowywanej monografii *Dysfagia z perspektywy logopedycznej*.

1. Przyczyny ślinotoku

Ślinienie to niekontrolowany wyciek śliny na zewnątrz jamy ustnej powstały najczęściej z powodu trudności w połykaniu. Jest widoczny u osób:

- cierpiących na dysfagię (zaburzenia połykania),
- z mózgowym porażeniem dziecięcym[2],
- przyjmujących niektóre leki przeciwpadaczkowe
- ze słabym mięśniem okrężnym warg oraz wadami zgryzu np. w zgryzie otwartym,

[1] Silvestre-Rangil J., Silvestre F.J., Puente-Sandoval A., Requeni-Bernal J., Simó-Ruiz J.M., 2011, *Clinical-therapeutic management of drooling: Review and update*, „Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal", 16(6), s. 763-766.

[2] W efekcie 58% wszystkich dzieci z porażeniem mózgowym cierpi na ślinotok, a w 33% przypadków są to osoby w stanie ciężkim, z niepełnosprawnościami sprzężonymi. Por.: Michalska A., Boksa E., Wendorff J., 2012, *Jakość życia dzieci i młodzieży z mpdz. Cz. II – wybrane uwarunkowania kliniczne*, „Neurologia Dziecięca", 43, s. 39-48; Michalska A., 2013, *Trudności w jedzeniu i komunikowaniu się dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym w opinii rodziców*, [w:] *Aktualne problemy diagnozy i terapii osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi i zaburzeniami rozwojowymi*, red. E. Boksa, A. Michalska, P. Zbróg, Kraków, s. 223-238.

- z chorobami neurodegeneracyjnymi, neurologicznymi,
- a także u dzieci z zaburzeniami rozwojowymi[3].

Inne stany neurologiczne związane z ślinieniem to: stwardnienie zanikowe boczne (ALS), choroba Parkinsona[4], udar naczyniowy mózgu, wrodzony Zespół Worster-Susza jako forma wrodzonego niedowładu, występujący u niektórych dzieci z porażeniem mózgowym, znaczne bądź głębokie upośledzenie umysłowe, wodogłowie oraz pewne rzadkie zespoły genetyczne takie jak zespół Moebiusa, zespół Anglemana, zespół Freemana Sheldona lub zespół Landau-Kleffnera[5].

Miejscowe przyczyny ślinienia oprócz otwartych ust, braku uszczelnienia wargowego, pewnych wad zgryzu prowadza do obniżenia czucia dotyku z przednich sektorów jamy ustnej. Inne ważne czynniki sprzyjające ślinieniu się to: nieodpowiednia postawa ciała, zwłaszcza głowy, niedowrażliwość bądź nadwrażliwość jamy ustnej, pewne uszkodzenia nerwów czaszkowych (twarzowego (para VII) i nerwu podjęzykowego (para XII)), zmiany funkcjonalne lub anatomiczne uniemożliwiające stabilizację żuchwy. Inne czynniki wiążą tę przypadłość z alergicznym nieżytem nosa, chorobami górnych dróg oddechowych oraz refluksem żołądkowo-przełykowym. Wzrost wypływu śliny w warunkach spoczynku może być także skutkiem ubocznym pewnych terapii lekowych[6].

U małych dzieci ślinienie jest zjawiskiem normalnym, utrzymującym się do 18-24 miesięcy, chociaż w niektórych przypadkach nadmierne ślinienie może utrzymywać się do czterech lat.

2. Ocena ślinotoku w badaniach klinicznych

W 1982 roku Sochaniwski opisał technikę opartą na zbiorze śliny wyciekającej z jamy ustnej do kubka przez okres 30 minut[7]. Czynność tę powtórzył pięciokrotnie w celu obliczenia średniej oraz uniknięcia zmienności uzyskiwanych danych. Technika ta nie polega na zbieraniu całej śliny, ale tylko śliny wyciekającej

[3] Lespargot A., Langevin M.F., Muller S., 1993, *Swallowing disturbances associated with drooling in cerebral-palsied children*, „Developmental Medicine & Child Neurology", 35, s. 298-304.

[4] Merello M., 2008, *Sialorrhoea and drooling in patients with Parkinson's disease: epidemiology and management*, „Drugs Aging Journal", 25, s. 1007-1019.

[5] Arvedson J., Clark H., Lazarus C., Schooling T., Frymark T., 2010, *The effects of oral-motor exercises on swallowing in children: an evidence-based systematic review*, „Developmental Medicine & Child Neurology", 52, s. 1000-1013.

[6] Ibidem.

[7] Sochaniwskyj A.E., 1982, *Oral motor functioning, frequency of swallowing and drooling in normal children and in children with cerebral palsy*, „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation", 63, s. 605-607.

przez usta na podbródek. W 1988 roku Thomas-Storell i Greenberg[8] opracowali klasyfikację dla pomiaru intensywności i stopienia ślinienia[9]:
1 = suche usta, bez ślinotoku,
2 = usta stale wilgotne,
3 = wilgotność wargi rozszerzające na brodzie (umiarkowany ślinotok),
4 = wilgotność osiągnięciu ubranie wokół szyi (ciężkie ślinienie),
5 = wilgotność powietrza lub wilgotności wpływu na ubrania, rąk i przedmiotów (obfite ślinienie).

3. Nadmierne ślinienie jako symptom dysfagii i jego wpływ na poziom i sposób komunikacji – badania własne

Jak pokazały prowadzone badania na gruncie polskim[10], ślinotok u pacjentów z dysfagią potęguje problemy komunikacyjne. Poniżej przedstawiam surowe wyniki badań zilustrowane w tabelach i wykresach, odpowiadając na pytanie problemowe: *Czy nadmierne ślinienie u pacjentów z dysfagią wpływa na poziom i sposób komunikacji?*

W tym celu we wrześniu 2013 r. poddałam badaniu neurologopedycznemu 33 uczniów Ośrodka Rehabilitacyjno-Edukacyjno-Wychowawczego w Kielcach (23 chłopców, 10 dziewcząt). Wiek badanych wahał się od 3 do 19 roku życia. Wszystkie osoby badane były niepełnosprawne intelektualnie oraz cierpiały na mózgowe porażenie dziecięce.

3.1. Narzędzia badawcze[11]

Dla określenia poziomu komunikacji posłużyłam się narzędziem CFCS, czyli Communication Classification System (CFCS) for Indyviduals with Cerebral Palsy (Systemem klasyfikacji umiejętności komunikacyjnych osób z mózgowym porażeniem dziecięcym) służącym do opisu oraz oceny umiejętności komunikacyjnych

[8] Thomas-Stonell N., Greenberg J., 1988, *Three treatment approaches and clinical factors in the reduction of drooling*, „Dysphagia", 3, s. 73-78.

[9] Silvestre-Rangil J., Silvestre F.J., Puente-Sandoval A., Requeni-Bernal J., Simó-Ruiz J.M., 2011, *Clinical-therapeutic management of drooling: Review and update*, „Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal", 16(6), s. 763-766.

[10] Por.: Boksa E., Zbróg Z., 2013, *Standard postępowania logopedycznego w dysfagii*, [w:] *Aktualne problemy opieki, diagnozy i terapii dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwojowymi*, red. E. Boksa, A. Michalska, P. Zbróg, Kraków; E. Boksa, 2015, *Ocena zaburzeń połykania i komunikowania się u osób z mózgowym porażeniem dziecięcym cierpiących na dysfagię*, [w:] *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*, red. M. Kurowska, E. Wolańska, Warszawa, s. 228-236.

[11] W oparciu o model Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (*International Classification of Functioning, Disability and Health* – ICF) proces komunikacyjny

dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcymi ze współwystępującą niepełnosprawnością intelektualną Pierwsze badania przy użyciu tego narzędzia opublikowałam w artykule *Trudności w komunikowaniu się dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym w opinii specjalistów* podczas konferencji w Bydgoszczy pod hasłem „Interdyscyplinarność w logopedii", w marcu 2014 r.[12] Skala CFCS jest składową modelu Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (*International Classification of Functioning, Disability and Health* – ICF)[13].

3.2. Metodyka analizy statystycznej

Wpływ ślinotoku na poziom komunikacji CFCS sprawdziłam za pomocą testu chi-kwadrat, gdyż poziom komunikacji jest zmienną jakościową.

Sposób komunikacji był pytaniem wielokrotnego wyboru (tj. każdy pacjent może komunikować się na więcej niż jeden sposób – werbalnie bądź niewerbalnie (gestem, mimiką, poprzez systemy komunikacji alternatywnej).

Wpływ zmiennych na stosowanie przez dzieci poszczególnych form komunikacji sprawdziłam za pomocą dokładnego testu Fishera, gdyż poszczególne formy komunikacji były stosowane przez niewielką liczbę dzieci.

3.3. Wyniki badań i omówienie

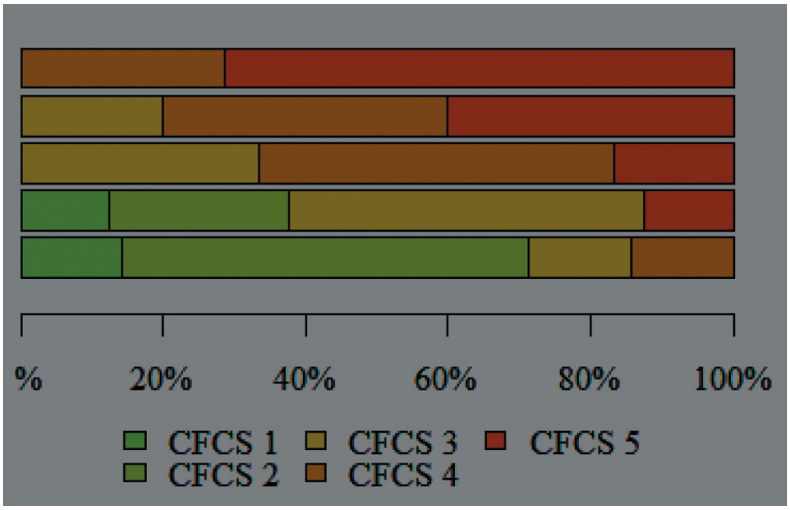
Wartość p z testu chi-kwadrat jest niższa od 0,05, a więc ślinotok wpływa na poziom komunikacji. Im większe nasilenie ślinienia (w skali od 1 do 5), tym wyższy stopień zaburzeń komunikacji CFCS (por. wykres 1 i tabela 1).

może być opisany z perspektywy procesu komunikacji na poziomie aktywności i partycypacji (czyli zdolności nadawania i odbioru treści w postaci werbalnej i pozawerbalnej, zdolności prowadzenia konwersacji i dyskusji z jednym lub wieloma partnerami, używania sprzętów służących do komunikowania się takich jak telefon, fax, komputer, czy maszyna do pisania). W procedurze postepowania terapeutycznego jedną z możliwości diagnostycznych jest właśnie wykorzystanie skali Communication Classification System (CFCS) for Indyviduals with Cerebral Palsy (Systemu klasyfikacji umiejętności komunikacyjnych osób z mpd).

[12] Boksa E., 2014, *Trudności w komunikowaniu się dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym w opinii specjalistów*, [w:] *Interdyscyplinarność w logopedii*, red. A. Hamerlińska-Latecka, M. Karwowska, Gliwice, s. 188-207.

[13] WHO: *International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*, Genewa, http://www.csioz.gov.pl/src/files/klasyfikacje/ICF_Polish_version.pdf z dn. 18.08.2015.

Wykres 1. Wpływ ślinotoku na poziom komunikacji



5 Obfite ślinienie
4 Wilgotne wargi, broda, szyja, ubranie
3 Wilgotne wargi i broda
2 Usta stale wilgotne
1 Suche usta bez ślinotoku

Źródło: opracowanie własne

Tabela 1. Wpływ ślinotoku na poziom komunikacji

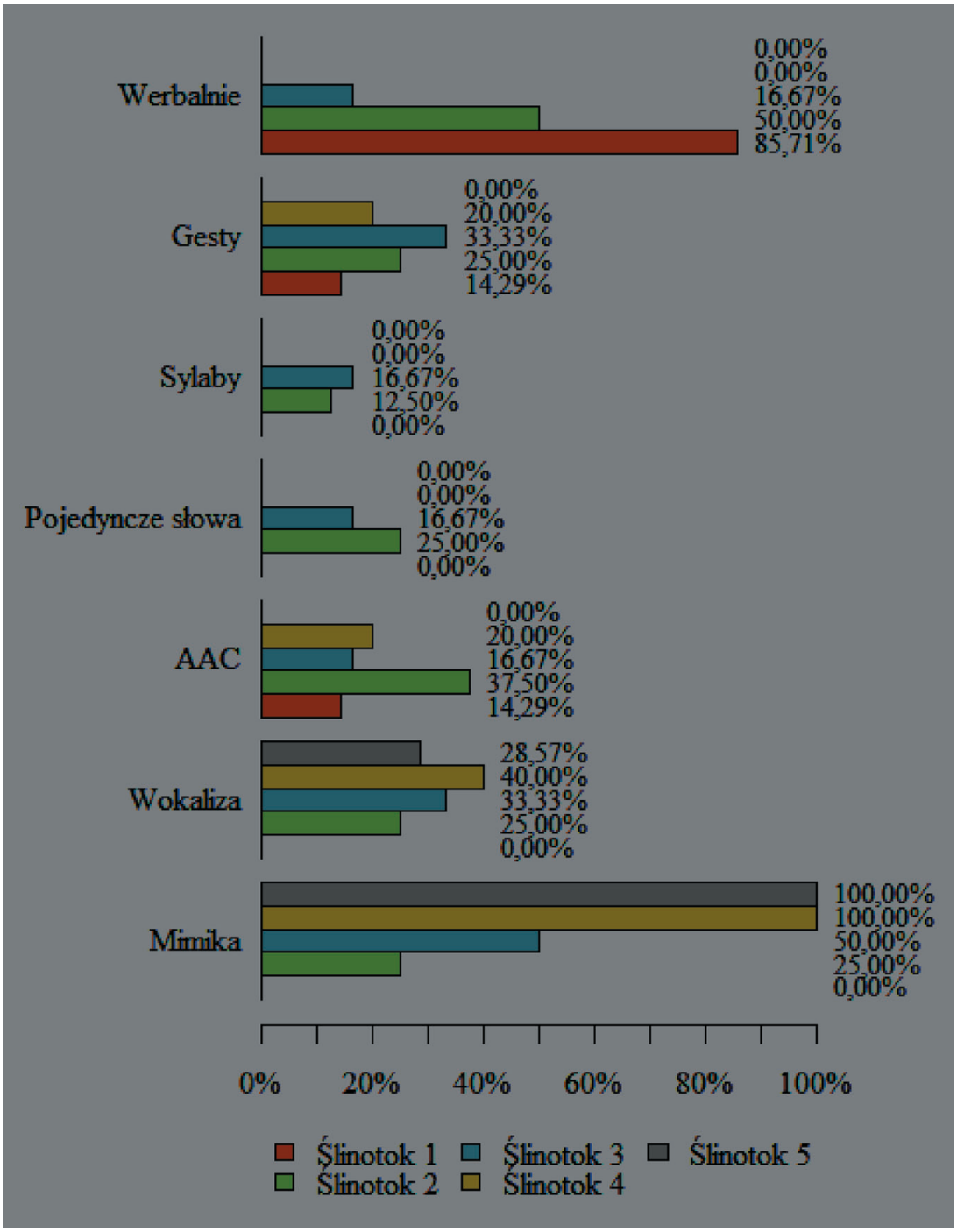
Poziom komunikacji	1 – suche usta, bez ślinotoku		2 – usta stale wilgotne		3 – wilgotne wargi i broda		4 – wilgotne wargi, broda, szyja, ubranie		5 – obfite ślinienie		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
CFCS 1	1	14,29%	1	12,50%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	
CFCS 2	4	57,14%	2	25,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	
CFCS 3	1	14,29%	4	50,00%	2	33,33%	1	20,00%	0	0,00%	p=0,026
CFCS 4	1	14,29%	0	0,00%	3	50,00%	2	40,00%	2	28,57%	
CFCS 5	0	0,00%	1	12,50%	1	16,67%	2	40,00%	5	71,43%	

Źródło: opracowanie własne

U przebadanych 33 osób z mózgowym porażeniem dziecięcym cierpiących na dysfagię tylko 7 osób nie wykazywało objawów ślinotoku. U osób tych nie stwierdziłam również większych zakłóceń w komunikacji. Swobodnie wchodziły one w role nadawcy i odbiorcy (poziom 1 i 2 CFCS). W procesie mówienia jednak u tych pacjentów widoczne były trudności motoryczne języka, podniebienia, gardła, krtani, które składały się na obraz mowy dyzartrycznej. Natomiast u 12 pacjentów, u których zaobserwowałam nadmierne wydzielanie śliny, wystąpiły symptomy zaawansowanej dysfagii. Badani ci, to osoby z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, z niepełnosprawnością sprzężoną, u których niemożność wchodzenia w role nadawcy i odbiorcy komunikatu podyktowana

jest brakiem możliwości rozumienia treści przekazywanych w procesie komunikacji i znacznymi barierami nie tylko wykonawczymi, ale i percepcyjnymi w sygnalizowaniu własnych potrzeb i stanów psychicznych. Powyższe badania pokazały również, że im większe nasilenie ślinienia, tym częściej owi pacjenci komunikują się za pomocą mimiki, a rzadziej werbalnie (por. wykres 2 i tabela 2).

Wykres 2. Wpływ ślinotoku na sposób komunikacji



Źródło: opracowanie własne

Tabela 2. Wpływ ślinotoku na sposób komunikacji

Sposób komunikacji	1 – suche usta, bez ślinotoku		2 – usta stale wilgotne		3 – wilgotne wargi i broda		4 – wilgotne wargi, broda, szyja, ubranie		5 – obfite ślinienie		P
	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*	
Mimika	0	0,00%	2	25,00%	3	50,00%	5	100%	7	100%	p<0,001
Wokaliza	0	0,00%	2	25,00%	2	33,33%	2	40,00%	2	28,57%	p=0,522
AAC	1	14,29%	3	37,50%	1	16,67%	1	20,00%	0	0,00%	p=0,540
Pojedyncze słowa	0	0,00%	2	25,00%	1	16,67%	0	0,00%	0	0,00%	p=0,411
Sylaby	0	0,00%	1	12,50%	1	16,67%	0	0,00%	0	0,00%	p=0,695
Gesty	1	14,29%	2	25,00%	2	33,33%	1	20,00%	0	0,00%	p=0,637
Werbalnie	6	85,71%	4	50,00%	1	16,67%	0	0,00%	0	0,00%	p=0,001

Źródło: opracowanie własne

* Odsetki nie sumują się do 100%, gdyż było to pytanie wielokrotnego wyboru (każde dziecko mogło korzystać z kilku sposobów komunikacji).

3.4. Wnioski

Najczęściej preferowanym sposobem komunikacji u badanych osób była mimika, gest i wokaliza. Niski poziom komunikacji, opisany w skali CFCS jako V koresponduje z nasileniem ślinienia, które dezorganizuje proces połykania i mówienia, zwłaszcza u osób, które posiadają niepełnosprawność sprzężoną, czyli cierpią na ograniczenia motoryczne i kognitywne. Nadmierny wyciek śliny jest istotnym, ale nie jedynym objawem zaawansowanej dysfagii. Inne niepokojące objawy dysfagii to krztuszenie się, zatrzymywanie kęsa pokarmowego w jamie ustnej, aspiracja treści pokarmowej do dróg oddechowych. Symptomy te, w tym ślinotok, znacząco wpływają na sposób i jakość komunikacji[14].

[14] Boksa E., 2015, *Ocena zaburzeń połykania i komunikowania się u osób z mózgowym porażeniem dziecięcym cierpiących na dysfagię*, [w:] *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*, red. M. Kurowska, E. Wolańska, Warszawa, s. 228-236.

4. Postępowanie terapeutyczne w celu zmniejszenia ślinotoku

Rozważając próby projektowania strategii interwencyjnych w celu zmniejszenia lub wyeliminowania ślinotoku, należy wziąć pod uwagę, że jest to złożony temat, który wymaga interdyscyplinarnego podejścia z udziałem lekarzy dentystów, pediatrów, chirurgów, fizjoterapeutów, specjalistów w dziedzinie logopedii. Z drugiej strony, nie ma jednego algorytmu i sposobu, który może być zastosowany w każdym przypadku klinicznym. Pomocna jest zindywidualizowana strategia opracowana dla każdego pacjenta[15]. Znalezione w literaturze różne opcje terapeutyczne obejmują leczenie miofunkcjonalne (masaże), programy zmiany zachowań, farmakologiczne i chirurgiczne[16]. Terapia miofunkcjonalna jest przeznaczona do rehabilitacji i poprawy funkcji twarzoczaszki, obejmuje także poprawę oddychania, domknięcie warg. Istnieją techniki zapewniające odpowiednią kontrolę grup nerwowo-mięśniowych w celu poprawy żucia i połykania, ułatwiające prawidłowe podawanie pokarmów i płynów drogą doustną, wdrażające pacjenta do kontroli pozycji głowy. Terapia miofunkcjonalna pomaga zmniejszyć negatywne nawyki i poprawić estetykę pacjenta. Program terapii miofunkcjonalnej ustalony jest w sposób indywidualny i zawiera powtarzające się i skoordynowane ćwiczenia warg, żuchwy i gardła oraz techniki stymulacji wibracyjnej. Istnieją także metody ortopedyczne, wykorzystujące w jamie ustnej płyty akrylowe do stymulowania retruzji języka, usta, np. zgodnie z metodą opracowaną przez Castillo-Moralesa[17]. Mogą wystarczyć, aby zapewnić odpowiednią kontrolę śliny. Jednak w przypadku pacjentów z upośledzeniem umysłowym, trudności ze zrozumieniem komunikatów, niestety, często komplikują stosowanie takich technik. Innym rozwiązaniem panowania nad ślinieniem jest tak zwana technika wspomagania zwrotnego ukierunkowana na stymulację mięśni za pomocą elektromiografii (EMG). Dwie samoprzylepne elektrody umieszczone są na powierzchni mięśni, z których ma być uzyskane sprzężenie zwrotne. Informuje ono o zmianach aktywności za pomocą sygnału dźwiękowego lub świetlnego. W ten sposób pacjent jest świadomy swej działalności, np. w połykaniu, a tym samym może świadomie usprawnić pewne elementy funkcji połykania, np. kontrolować podczas przełykania domknięcie ust.

[15] Lloyd Faulconbridge R.V., Tranter R.M., Moffat V., Green E., 2001, *Review of management of drooling problems in neurologically impaired children: a review of methods and results over 6 years at Chailey Heritage Clinical Services*, „Clinical Otolaryngology", 26, s. 76-81.

[16] Arvedson J., Clark H., Lazarus C., Schooling T., Frymark T., 2010, *The effects of oral-motor exercises on swallowing in children: an evidence-based systematic review*, „Developmental Medicine & Child Neurology", 52, s. 1000-1013.

[17] Limbrock G.J., Hoyer H., Scheying H., 1990, *Drooling, chewing and swallowing dysfunctions in children with cerebral palsy: treatment according to Castillo-Morales*, „ASDC journal of dentistry for children", 57, s. 445-451.

Informacja o pracy mięśni w obrębie twarzoczaszki ma pozytywny wpływ na pacjenta i poprawę funkcji motorycznych sfery oralnej. Programy behawioralne wzmacniają lub osłabiają pewne wcześniej określone zachowania[18]. Najważniejsze jest jednak jest nauczenie pacjenta wymaganego zachowania/wzorca/nawyku, np. prawidłowego połykania, a następnie wzmocnienie go. Takie programy mogą być stosowane w połączeniu z techniką sprzężenia akustycznego. Możliwe jest również zastosowanie czujnika wilgotności brody, który wyzwala sygnał, gdy zwiększa się wilgotność – nakłaniając tym samym pacjenta do przełknięcia śliny[19]. Inną opcją leczenia są leki zmniejszające wydzielanie śliny. Gruczoły ślinowe są kontrolowane przez autonomiczny układ nerwowy. Blok receptora muskarynowego cholinergicznego wywołuje znaczne obniżenie wypływu śliny i antycholinergiczne leki są wykorzystywane do sterowania ślinotokiem. Jednakże takie substancje lecznicze mogą wywoływać istotne działania niepożądane, takie jak wymioty, biegunka, drażliwość, zmiany nastroju i bezsenność. Przedstawione w literaturze leki dla leczenia ślinienia to siarczan atropiny, skopolamina i glikopirolan. Mier i współautorzy[20] przeprowadzili badanie metodą podwójnie ślepej próby[21]. 39 dzieciom ze ślinotokiem podawano glikopirolan lub placebo. Wyniki wykazały znaczną poprawę z aktywnym lekiem. Skopolaminę również stosowano w postaci plastra do podawania przezskórnego, który oferuje dłuższe działanie i niską częstotliwość występowania działań niepożądanych, ale należy go unikać u pacjentów z chorobami serca i układu pokarmowego. Z drugiej strony, toksyna jadu kiełbasianego jest stosowana u pacjentów z bruksizmem, drżeniem, spastycznością i sztywnością mięśni, dystonią. Wywiera działanie miejscowe i odwracalne, bez ryzyka wystąpienia efektów

[18] Fairhurst C.B., Cockerill H., 2011, *Management of drooling in children*, „Archives of disease in childhood. Education and practice edition", 96, s. 25-30.

[19] Ibidem.

[20] Mier R.J., Bachrach S.J., Lakin R.C., Barker T., Childs J., Moran M., 2000, *Treatment of sialorrhea with glycopyrrolate: A double-blind, dose-ranging study*, „Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine", 154, s. 1214-1218.

[21] **Podwójnie ślepa próba** – technika eksperymentalna stosowana w wielu naukach przyrodniczych i czasami w naukach społecznych. Technika ta polega na takim zaplanowaniu eksperymentu, aby ani uczestnicy, ani osoby przeprowadzające eksperyment nie miały dostępu do kluczowych informacji, które by mogły wpłynąć na jego przebieg. Informację tę posiada tylko główny koordynator eksperymentu, który sam nie uczestniczy w jego przeprowadzaniu, lecz zajmuje się analizą jego rezultatów po zakończeniu zbierania wszystkich danych przez inne osoby.

W przypadku badań działania nowych leków, podwójnie ślepa próba polega na tym, że pacjentów dzieli się losowo na dwie grupy, z których jedna otrzymuje testowany specyfik, a druga placebo lub lek stosowany dotychczas. Poszczególni pacjenci nie są informowani, do której z grup należą, ani nie wie tego personel medyczny bezpośrednio zajmujący się pacjentami (pielęgniarki podające specyfik, lekarz analizujący stan zdrowia pacjentów). Lekarz bezpośrednio badający pacjentów gromadzi dane, które przesyła koordynatorowi testu. Koordynator zestawia te dane z listą pacjentów i metodami statystycznymi ocenia skuteczność działania testowanego specyfiku.

ubocznych[22]. Bardziej tu jednak chodzi o redukcję wydzielania śliny niż poprawę tranzytu śliny w jamie ustnej[23]. Radykalna resekcja gruczołów ślinowych, jak i podwiązanie przewodu ślinowego w leczeniu chirurgicznym wywołują znaczne kontrowersje, ponieważ często powodowały ekstremalną suchość w ustach, utratę czucia smaku, problemy z motoryką języka w sektorze przednim, obrzęk i skłonność do zapaleń ślinianki. Powstanie problemów pooperacyjnych, takich jak pojawienie się torbieli[24] lub utratę funkcji mięśni gładkich. W każdym przypadku wymagana jest ostrożność i ocena możliwych alternatyw terapeutycznych u poszczególnych pacjentów przed uwzględnieniem technik chirurgicznych. Ślinienie jest częste u pacjentów wymagających szczególnej opieki, zwłaszcza u tych, którzy są niepełnosprawni intelektualnie i ma silny wpływ na ich jakość życia[25]. Dobra diagnoza problemu musi być ustalona długofalowo i wnikliwie, indywidualna w każdym przypadku. Ma mieć zastosowanie przez indywidualny plan leczenia, który powinien być jak najmniej inwazyjny. Funkcjonalne problemy połykania

[22] Erasmus C.E., Van Hulst K., Van Den Hoogen F.J., Van Limbeek J., Roeleveld N., Veerman E.C., Rotteveel J.J., Jongerius P.H., 2010, *Thickened saliva after effective management of drooling with botulinum toxin A*, „Developmental Medicine & Child Neurology", 52, s. 114-118.

[23] Reed J., Mans C. K., Brietzke S. E., 2009, *Surgical management of drooling: a meta-analysis*, „Archives of Otolaryngology Head and Neck Surgery", 135(9), s. 924-931.

[24] **Żabka** – to torbiel zastoinowa ślinianki podjęzykowej. Występuje ona w każdym wieku najczęściej jednak w drugiej dekadzie życia, nieco częściej u kobiet. Niezwykle rzadko w torbieli może rozwinąć się nowotwór złośliwy. Przyczyną powstania torbieli w śliniance podjęzykowej jest zaburzenie odpływu śliny na skutek zaczopowania przewodu wyprowadzającego ślinianki. Najczęstszymi przyczynami powstawania żabki są:

- kamica ślinianek;
- urazy okolicy podjęzykowej powodujące blizny zwężające przewód ślinowy;
- zapalenia, które mogą powodować zwężenie i zwłóknienie przewodu ślinowego, zaburzając w ten sposób odpływ śliny. Na skutek zaburzenia odpływu gruczoł ślinowy powiększa się z powodu nagromadzenia zalegającej śliny (retencja) powodując wypchnięcie języka ku przodowi i uwypuklenie dna jamy ustnej;
- obrzęk okolicy podjęzykowej z wypchnięciem języka ku górze;
- dysfagia;
- utrudniona mowa (w przypadku dużych torbieli).

W badaniu laryngologicznym w okolicy podjęzykowej widoczne jest różowo-niebieskie uwypuklenie kształtu owalnego, z przeświecającym pod ścieńczałą błoną śluzową nagromadzonym śluzem. Czasami palpacyjnie może być także wyczuwalny obrzęk okolicy podjęzykowej od strony szyi. Niekiedy torbiel samoistnie opróżnia się na skutek pęknięcia, jednak po kilku dniach „dopełnia się" ponownie. Leczenie polega na usunięciu torbieli zawsze wraz ze ślinianką podjęzykową, gdyż torbiel może nawracać. Usunięcie może być przeprowadzone przez cięcie w dnie jamy ustnej, a w przypadku dużych żabek polega także na otwarciu okolicy podjęzykowej od strony zewnętrznej na szyi. Inną metodą leczenia jest marsupializacja ściany torbieli. Por.: Davison M.J., Morton R.P., McIvor N.P., 1998, *Plunging ranula: clinical observations*, „Head and Neck", 20(1), s. 63-68; Takeda Y., Yamamoto H., 2001, *Salivary duct cyst: its frequency in a certain Japanese population group (Tohoku districts), with special reference to adenomatous proliferation of the epithelial lining*, „Journal of Oral Science", 43(1), s. 9-13.

[25] Scully C., Limeres J., Gleeson M., Tomás I., Diz P., 2009, *Drooling*, „Journal of Oral Pathology & Medicine", 38, s. 321-327.

powinny być rozpatrywane w początkowej fazie, na podstawie funkcjonalnych środków fizjoterapii i reedukacji dotyczących powtarzalnych ćwiczeń np. prawidłowego połykania. U pacjentów niepełnosprawnych (np. z porażeniem mózgowym terapię miofunkcjonalną należy rozpocząć tak szybko, jak to możliwe. Konieczne jest leczenie ortodontyczne (szczególnie sprzyjający ślinieniu jest zgryz otwarty przedni lub inne wady zgryzu). Kiedy te środki lecznicze są nieskuteczne, niektóre leki przeciwwydzielnicze mogą być używane do zmniejszenia wydzielania śliny.

5. Zakończenie

Podsumowując, nadmierne ślinienie jest jednym z najczęściej spotykanych symptomów związanych z zaburzeniami przyjmowania płynów i pokarmów. Zarówno pojawienie się ślinotoku, jak i dysfagii wpływa na jakość życia pacjenta. Sfera związana z oddychaniem, żuciem, gryzieniem, połykaniem ogranicza werbalny sposób komunikacji. Na tym etapie terapii, aby poprawić wymowę u osoby dotkniętej dysfagią należy usprawnić funkcje dotyczące prawidłowego przyjmowania płynów i pokarmów.

BIBLIOGRAFIA

Arvedson J., Clark H., Lazarus C., Schooling T., Frymark T., 2010, *The effects of oral--motor exercises on swallowing in children: an evidence-based systematic review*, „Developmental Medicine & Child Neurology", 52, s. 1000-1013.

Boksa E., 2014, *Trudności w komunikowaniu się dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym w opinii specjalistów*, [w:] *Interdyscyplinarność w logopedii*, red. A. Hamerlińska-Latecka, M. Karwowska, Gliwice, s. 188-207.

Boksa E., 2015, *Ocena zaburzeń połykania i komunikowania się u osób z mózgowym porażeniem dziecięcym cierpiących na dysfagię*, [w:] *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*, red. M. Kurowska, E. Wolańska, Warszawa, s. 228-236.

Davison M.J., Morton R.P., McIvor N.P., 1998, *Plunging ranula: clinical observations*, „Head and Neck", 20(1), s. 63-68.

Erasmus C.E., Van Hulst K., Van Den Hoogen F.J., Van Limbeek J., Roeleveld N., Veerman E.C., Rotteveel J.J., Jongerius P.H., 2010, *Thickened saliva after effective management of drooling with botulinum toxin A*, „Developmental Medicine & Child Neurology", 52, s. 114-118.

Fairhurst C.B., Cockerill H., 2011, *Management of drooling in children*, „Archives of disease in childhood. Education and practice edition", 96, s. 25-30.

Limbrock G.J., Hoyer H., Scheying H., 1990, *Drooling, chewing and swallowing dysfunctions in children with cerebral palsy: treatment according to Castillo-Morales*, „ASDC journal of dentistry for children", 57, s. 445-451.

Lespargot A., Langevin M.F., Muller S., 1993, *Swallowing disturbances associated with drooling in cerebral-palsied children*, „Developmental Medicine & Child Neurology", 35, s. 298-304.

Lloyd Faulconbridge R.V., Tranter R.M., Moffat V., Green E., 2001, *Review of management of drooling problems in neurologically impaired children: a review of methods and results over 6 years at Chailey Heritage Clinical Services*, „Clinical Otolaryngology", 26, s. 76-81.

Merello M., 2008, *Sialorrhoea and drooling in patients with Parkinson's disease: epidemiology and management*, „Drugs Aging Journal", 25, s. 1007-1019.

Michalska A., Boksa E., Wendorff J., 2012, *Jakość życia dzieci i młodzieży z mpdz. Cz. II – wybrane uwarunkowania kliniczne*, „Neurologia Dziecięca", 43, s. 39-48.

Michalska A., 2013, *Trudności w jedzeniu i komunikowaniu się dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym w opinii rodziców*, [w:] *Aktualne problemy diagnozy i terapii osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi i zaburzeniami rozwojowymi*, red. E. Boksa, A. Michalska, P. Zbróg, Kraków, s. 223-238.

Mier R.J., Bachrach S.J., Lakin R.C., Barker T., Childs J., Moran M., 2000, *Treatment of sialorrhea with glycopyrrolate: A double-blind, dose-ranging study*, „Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine", 154, s. 1214-1218.

Reed J., Mans C.K., Brietzke S.E., 2009, *Surgical management of drooling: a meta--analysis*, „Archives of Otolaryngology Head and Neck Surgery", 135(9), s. 924-931.

Silvestre-Rangil J., Silvestre F.J., Puente-Sandoval A., Requeni-Bernal J., Simó-Ruiz J.M., 2011, *Clinical-therapeutic management of drooling: Review and update*, „Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal", 16(6), s. 763-766.

Sochaniwskyj A.E., 1982, *Oral motor functioning, frequency of swallowing and drooling in normal children and in children with cerebral palsy*, „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation", 63, s. 605-607.

Scully C., Limeres J., Gleeson M., Tomás I., Diz P., 2009, *Drooling*, „Journal of Oral Pathology & Medicine", 38, s. 321-327.

Thomas-Stonell N., Greenberg J., 1988, *Three treatment approaches and clinical factors in the reduction of drooling*, „Dysphagia", 3, s. 73-78.

Takeda Y., Yamamoto H., 2001, *Salivary duct cyst: its frequency in a certain Japanese population group (Tohoku districts), with special reference to adenomatous proliferation of the epithelial lining*, „Journal of Oral Science", 43(1), s. 9-13.

WHO: *International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*, Genewa, http://www.csioz.gov.pl/src/files/klasyfikacje/ICF_Polish_version.pdf z dn. 18.08.2015.

Salivation and Communication Disorders in Patients Suffering from Dysphagia

Summary: In this article I discuss the causes and consequences of salivation as one of the main symptoms of dysphagia that affects the quality and way of communication in people with cerebral palsy and multiple disabilities.

Keywords: salivation, dysphagia, cerebral palsy, communication disorders

JOANNA CHMIELEWSKA*
BARBARA JAMRÓZ*
EWELINA SIELSKA-BADUREK*
KAZIMIERZ NIEMCZYK*

(*Katedra i Klinika Otolaryngologii Warszawski Uniwersytet Medyczny)

KONSYSTENCJA I TEKSTURA PŁYNÓW I POKARMU JAKO WAŻNY ASPEKT PROFILAKTYKI ZACHŁYSTOWEGO ZAPALENIA PŁUC U PACJENTÓW Z DYSFAGIĄ

STRESZCZENIE: Podstawową techniką zabezpieczającą pacjenta z zaburzeniami połykania przed zachłystowym zapaleniem płuc jest zmiana konsystencji i tekstur pokarmów. Istotnym aspektem opieki okołooperacyjnej nad pacjentem z zaburzeniami połykania jest umożliwienie mu odżywiania doustnego przy zachowaniu bezpieczeństwa i wyeliminowaniu ryzyka aspiracji treści pokarmowych do dolnych dróg oddechowych. W artykule autorzy przedstawili propozycję Internationa Dysphagia Diet Standardisation Initiative – na ujednolicenie nazewnictwa konsystencji i tekstury płynów i pokarmów w rehabilitacji pacjentów z zaburzeniami połykania. Pokazany został wpływ zagęszczania płynów i ograniczeń w przyjmowaniu niektórych tekstur na możliwości aspiracji treści pokarmowych do dolnych dróg oddechowych i związanego z tym ryzyka wystąpienia zachłystowego zapalenia płuc.

SŁOWA KLUCZOWE: dysfagia, połykanie, zaburzenia połykania, konsystencja, pneumonia, FEES, wideofluoroskopia, VFS, zachłystowe zapalenie płuc

Wstęp

Zagęszczanie płynów i ograniczanie tekstur pokarmów w żywieniu pacjenta z dysfagią są powszechnymi metodami terapeutycznymi pomagającymi zabezpieczyć pacjenta przed zachłystowym zapaleniem płuc. Przegląd zagranicznej literatury ukazuje dużą trudność terapeutyczną w nieujednoliconym nazewnictwie konsystencji zalecanych pacjentom z zaburzeniami połykania. Konsekwencje niezgodności nazewnictwa, konsystencji płynów i pokarmów, w tej grupie chorych, mogą być szczególnie dotkliwe. Zachłystowe zapalenie płuc jest najgroźniejszym powikłaniem, które może prowadzić do śmierci pacjenta. Dysfagia zwykle towarzyszy innym chorobom. Powikłania pooperacyjne, w wyniku których występuje dysfagia negatywnie wpływają na powrotu do sprawności i samodzielności

pacjenta – co w sposób znaczący obniża jakość ich życia. Zachłystowe zapalenie płuc nie jest jedyną konsekwencją zaburzeń połykania. Zmniejszenie spożycia płynów i pokarmów może doprowadzać do odwodnienia lub niedożywienia. Zapewnienie pacjentowi możliwości odżywiania doustnego jest czynnikiem znacznie lepiej wpływającym na sposób przeżywania choroby i zmniejsza traumę, która wiąże się z chorobą onkologiczną lub chirurgicznym leczeniem obszaru głowy i szyi.

International Dysphagia Diet Standardisation Initiative

Międzynarodowa Inicjatywa ds. Standardyzacji Diet w Dysfagii powstała w 2013 roku. W jej skład wchodzą logopedzi, dietetycy, lekarze z różnych krajów z Europy, Azji, Australii, Afryki i Ameryki. W opracowaniach autorzy chcieli zwrócić szczególną uwagę na istotność ujednolicenia nazewnictwa zmienionych płynów i pokarmów ze względów wynikających z praktyki klinicznej, na etapie diagnostycznym, terapeutycznym i opiekuńczym. Posługując się konsekwentnie jedną nomenklaturą, w sposób znaczący, można ułatwić współpracę pomiędzy personelem na oddziale a opiekunami pacjenta. Przekazywanie informacji rodzinie i opiekunom jest szczególnie ważne ze względu na realizację zaleceń, które otrzymuje pacjent. Standaryzując nazewnictwo poszczególnych konsystencji i tekstur usprawniamy wymianę myśli i informacji między specjalistami.

Jak podają źródła, w literaturze przedmiotu na świecie, nazw określających konsystencję płynów jest 35, natomiast 95 różnych nazw określa teksturę pokarmów stałych [1]. Opracowaniem międzynarodowych standardów zajęła się grupa: International Dysphagia Diet Standardisation Initiative [2]. Jest to wyjątkowo cenny materiał ze względu na zaproponowane rozwiązania, które nie tylko łączą pokarmy i płyny na pewnych etapach (np. konsystencja ekstremalnie zagęszczonego płynu i tekstura zblendowanej jednolicie zupy) lecz także bardzo wartościowe są zaproponowane rozwiązania kontroli konsystencji w postaci prób ze strzykawką.

Zmiana właściwości płynów i pokarmów

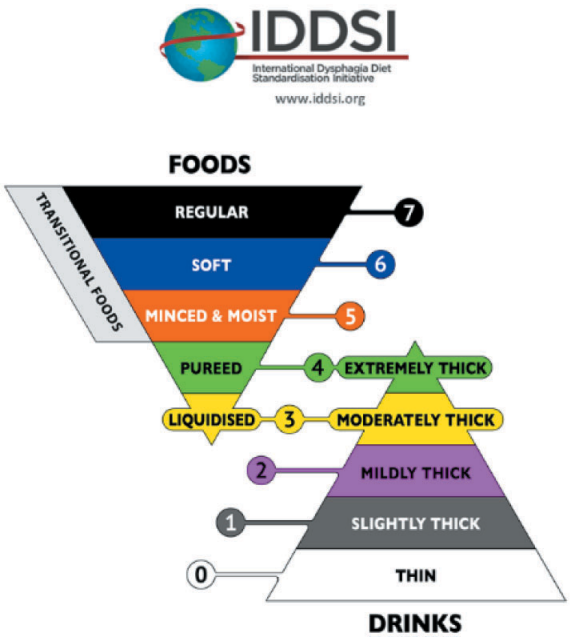
W literaturze specjalistycznej i w praktyce klinicznej z pacjentami z zaburzeniami połykania zmiana właściwości płynów i pokarmów jest przedstawiana, jako jedna z pierwszych czynności, które możemy dostosować do pacjenta. Jest to metoda bardzo skuteczna, szybka i łatwodostępna. Wymagany jest jedynie produkt zagęszczający. Celem podstawowym w pracy z pacjentem na oddziale jest zabezpieczenie go przez aspiracją treści pokarmowych do dolnych dróg oddechowych przy jednoczesnym umożliwieniu pacjentowi połykania w sposób dla niego bezpieczny.

Z praktyki klinicznej wiemy, że im gęstsza i im bardziej jednolita konsystencja tym łatwiejsza do połknięcia. Płyny o konsystencji wody bardzo szybko przemieszczają się w kierunku przełyku, a u pacjentów z ograniczonymi fizjologicznymi ruchami koniecznymi do połykania (np. elewacja krtani) może to nastąpić szybciej niż będą na to gotowi – zwiększamy tym samym prawdopodobieństwo aspiracji czy penetracji. Podobnie wygląda sytuacja z pokarmami stałymi o niejednorodnej teksturze, np. rosół. Woda, która się w nim znajduje dużo szybciej przemieści się w stronę przełyku niż makaron czy kawałki mięsa, które będą wymagały dłuższej obróbki i tworzenia bolusa w jamie ustnej. Zalegania w jamie ustnej stałych pokarmów również predysponują do aspiracji.

Konkludując, zalecenia należy dobierać indywidualnie do pacjenta i niepotrzebnie nie limitować pobieranych pokarmów, ale ogólna zasada mogłaby brzmieć: redukujemy ryzyko aspiracji u pacjenta zalecając pokarmy jednolite, jednorodne o gęstej konsystencji, niekleiste i wilgotne. Zagęszczanie płynów i pokarmów pozwala na wolniejszą realizację odruchu połykania, co daje pacjentowi czas na zastosowanie specjalnych manewrów połykowych oraz kontrolę mięśni biorących udział w połykaniu.

Konsystencje płynów i pokarmów wg opracowania International Dysphagia Diet Standardisation Initiative [2]

Propozycję opublikowano w październiku 2015 roku. Została bardzo dobrze przyjęta w środowisku logopedycznym. Całość materiałów i filmów instruktażowych jest dostępna na stronie internetowej: http://iddsi.org/.



Ryc. 1. Framework; http://iddsi.org/.
Wykres przedstawiający stopnie gęstości napojów i zmiany gęstości i tekstury pokarmów.

W tabeli zaprezentowane są poszczególne poziomy płynów i pokarmów, które zalecamy pacjentom z dysfagią o różnym nasileniu. Wśród płynów mamy następujące rodzaje: płynny niezagęszczony – stopień 0, znikomo gęste – stopień 1, nieznacznie gęste – stopień 2, umiarkowanie gęste – stopień 3 oraz ekstremalnie gęste – stopień 4. Ostatnie dwa poziomy tj. ST. 3 i ST. 4, mogą też być zalecone do pokarmów stałych, tj. pokarmy zblendowane – stopień 3, przecierane – stopień 4. Kolejne poziomy to: pokarmy mielone i wilgotne – stopień 5, dieta miękka – stopień 6 oraz normalna dieta (bez wykluczeń) – stopień 7.

W zagranicznej praktyce logopedycznej można się spotkać m.in. z takimi określeniami jak: konsystencja miodu, puddingu, nektaru, kisielu, jogurtu. W pokarmach stałych np.: miękka, rozgniatana (taka, którą można rozgnieść widelcem na talerzu), konsystencja puree, dieta blendowana. Niestety, zwykle żeby dobrze zrozumieć, jakiego rodzaju są to pokarmy wymaga to każdorazowego dookreślenia typów produktów podanych na przykładach. Dlatego tak istotne wydają się działania na rzecz ujednolicenia nazewnictwa.

Płyny

IDDSI proponuje 5 stopni konsystencji płynów, które są bardzo szczegółowo opisane w materiałach dostępnych na stronie [3]. Każda konsystencja w celu wystandaryzowania wymaga wykonania próby ze strzykawką. Polega ona na tym, że bierzemy strzykawkę 10 ml. wyjmujemy z niej tłok i ustawiamy pionowo do podłogi. Zatykamy palcem otwór strzykawki. Drugą strzykawką napełniamy tę pierwszą. Włączamy stoper odmierzając 10 s. Do każdej konsystencji przypisana jest liczba mililitrów, która powinna pozostać w strzykawce w ciągu 10 s. po odetkaniu wypustu strzykwki. Dzięki tej próbie jesteśmy w stanie w sposób obiektywny i powtarzalny tworzyć taką samą gęstość płynu. Jest to szczególnie istotne np. w diagnostyce wideofluoroskopowej. Podczas badania podajemy pacjentowi określone konsystencje, sprawdzając czy są one dla niego bezpieczne. Po rozpisaniu zaleceń, pacjent dostaje informację o rodzaju konsystencji, jaki może bezpiecznie przyjmować, z informacją, w jaki sposób sprawdzić jej powtarzalność. Na stronie internetowej [2] umieszczone są filmy szkoleniowe pokazujące, jak wykonać poszczególne próby.

Konsystencja płynna niezagęszczona (ST. 0) uchodzi w całości ze strzykawki w czasie 10 s., przy konsystencjach znikomo gęstych pozostaje w strzykawce po 10 s. od 1 ml. do 4 ml., przy nieznacznie gęstych pozostaje w strzykawce po 10 s. od 4 ml do 8 ml, przy umiarkowanie gęstych pozostaje w strzykawce po 10 s. więcej niż 8 ml., przy płynach ekstremalnie gęstych – nie odnotowuje się wycieku płynu poza strzykawkę.

Pokarmy

Wśród wyróżnionych typów pokarmów mamy następujące: stopień 3 – dieta blendowana, stopień 4 – dieta przecierana, stopień 5 – pokarmy miękkie i wilgotne, stopień 6 – dieta miękka, stopień 7 – normalna dieta, jedzenie bez wykluczeń, o każdej teksturze.

Dieta blendowana
Opisywana jest jako jedzenie, które można pobierać z kubka, nie może być jedzona widelcem możliwa tylko łyżeczką. Jest to jednorodna konsystencja o gładkiej teksturze. Nie wymaga gryzienia i żucia.

Dieta przecierana
Opisywana jest jako pokarm stały zwykle jedzony łyżeczką, ale jedzenie przy pomocy widelca jest możliwe. Nie może być pobierana z kubeczka ani przez słomkę. Tekstura jednorodna, bez grudek, tekstura nie może być lepka. Nie wymaga gryzienia i żucia.

Dieta miękka i pokarmy wilgotne
Może być jedzona widelcem i łyżką. Włączone są tutaj produkty miękkie i wilgotne. Jest to konsystencja łatwa do rozgniecenia widelcem, ale na tyle stała, że utrzymuje swój kształt pobrana na widelec. Po dotknięciu dłonią pokarmu pozostanie ona wilgotna, np. miękkie mielone mięso.

Dieta miękka
Może być jedzona widelcem lub łyżką. Nie jest wymagany nóż do krojenia. Przed połknięciem wymagane jest żucie. Konieczna jest dobra sprawność i siła języka do przenoszenia bolusa w obrębie jamy ustnej.

Dieta normalna bez wykluczeń
Zwykłe, codziennie jedzenie bez limitacji tekstur i ograniczeń podawania grup produktów.

Uwagi końcowe

Logopedyczna opieka nad pacjentem z dysfagią w okresie okołooperacyjnym skupia się głównie na zabezpieczeniu pacjenta przed zachłystowym zapaleniem płuc i umożliwieniem odżywiania doustnego, które, jak jednogłośnie podaje literatura światowa, jest najbardziej preferowaną i korzystną dla pacjenta formą pobierania pokarmów. Zmiana konsystencji i tekstury przyjmowanych przez

pacjenta pokarmów jest prostym i bardzo skutecznym elementem rehabilitacji i efektywnym działaniem profilaktycznym. Ważne z punktu widzenia diagnostycznego i rehabilitacyjnego jest, aby wśród specjalistów funkcjonowało takie samo nazewnictwo, jasne dla wszystkich specjalistów, personelu medycznego i przede wszystkim dla opiekunów pacjenta, którzy mają zasadniczy wpływ na opiekę i pielęgnację pacjenta z dysfagią w okresie okołooperacyjnym.

BIBLIOGRAFIA

Cichero J., Murdoch B., 2006, *Dysphagia. Foundation, Theory and Practice*, England.
http://iddsi.org/, dostęp: grudzień 2015 r. – luty 2016 r.
http://iddsi.org/wp-content/uploads/2015/10/26_10_15-Drinks_detailed-descriptors.pdf, dostęp: grudzień 2015 r. – luty 2016 r.
Texture-modified foods and thickened fluids as used for individuals with dysphagia: Australian standardised labels and definitions, „Nutrition & Dietetics" 2007; 64 (Suppl. 2), s. 53-76.

Texture of Liquids and Food as an Important Aspect of Aspiration Pneumonia Prevention in the Cases of Patients with Dysphagia

Summary: Dysphagia is a disorder that often occurs at ENT departments. The specific nature of ENT ward can increase the risk of acquiring dysphagia. A very important aspect of the perioperative care of the patient with dysphagia is to allow the oral intake while maintaining safety and eliminating the risk of aspiration of food. In the article the authors presented a proposal Internationa Dysphagia Diet Standardization Initiative – to unify naming consistency and texture of fluids and foods in the rehabilitation of patients with dysphagia. The authors showed the impact of thickening fluids and restrictions on the adoption of certain textures on the possibility of aspiration of food into the trachea and the related aspiration pneumonia.

Keywords: dysphagia, swallowing, swallowing disorders, texture, pneumonia, FEES, videofluoroscopy, VFS, aspiration pneumonia

V. ZAGADNIENIA KOMUNIKACJI

ANNA SUCHODOLSKA
(HANNA SUKHADOLSKAYA)
(Uniwersytet Warszawski)

KOMUNIKACJA IMIGRANTÓW Z POLAKAMI A FENOMENY ŚWIADOMOŚCI JĘZYKOWEJ ORAZ ŚWIADOMOŚCI KOMUNIKACYJNEJ

STRESZCZENIE: W referacie przedstawione zostały rezultaty analizy materiału uzyskanego podczas badań socjolingwistycznych przeprowadzonych w środowisku obcokrajowców od grudnia 2014 roku do lutego 2015 roku w Warszawie. Celem badań było opisanie świadomości językowej oraz świadomości komunikacyjnej imigrantów. Na podstawie danych ankietowych oraz danych z wywiadów wyodrębniono następujące cechy świadomości językowej oraz świadomości komunikacyjnej: 1) wiedza, 2) kompetencje komunikacyjne, 3) emocje, 4) oceny, 5) stereotypy, 6) postawy, 7) oczekiwania, 8) prognozy. Pokazano, że świadomość językowa (świadomość komunikacyjna) jest fenomenem wielowymiarowym. Opisano pozytywne oraz negatywne (agresję werbalną oraz agresję niewerbalną) zachowania językowe. Scharakteryzowano możliwe przeszkody w komunikacji między imigrantami a rodowitymi Polakami.

SŁOWA KLUCZOWE: świadomość językowa, świadomość komunikacyjna, imigranci, obcokrajowcy, agresja, agresja werbalna, agresja niewerbalna, tabu, stereotypy, efektywna komunikacja

I. Badania nad świadomością językową (świadomością komunikacyjną) w świetle zmian w systemie aksjonormatywnym

Zmiany w ładzie społecznym – strukturalne, ekonomiczne, kulturowe, religijne, medialne, psychologiczne i in. – są szeroko dyskutowane w mediach oraz analizowane w publikacjach naukowych. Problem migracji wewnętrznych oraz migracji zewnętrznych budzi szczególne zainteresowanie badaczy – psychologów [Grzymała-Moszczyńska 2010], historyków [Stola 2012], ekonomistów [Głąbicka, Okólski, Stola 1998], socjologów [Birgit, Grabowska, Kuvik 2013] i in.

Jednak komunikacja między swoimi a obcymi, miedzy etnicznymi użytkownikami różnych języków z perspektywy świadomości językowej (świadomości komunikacyjnej), o ile mi wiadomo, nie została jeszcze systemowo zbadana przez lingwistów.

Istnieją natomiast aktualne pytania wymagające odpowiedzi: „Czym jest dla imigranta efektywna (albo nieefektywna) komunikacja z etnicznym użytkownikiem języka?", „Jakie czynniki wpływają na efektywność komunikacji między obywatelem a osobą przybyłą zza granicy?", „Co oprócz językowej, społecznej, pragmatycznej oraz sytuacyjnej sprawności komunikacyjnej decyduje o skuteczność komunikacji?", „Czy imigrant mieszkający w Polsce dochodzi do porozumienia z Polakiem?".

W celu wypełnienia luki w badaniach socjolingwistycznych podjęto próbę scharakteryzowania świadomości językowej oraz świadomości komunikacyjnej[1] imigrantów[2] zamieszkujących terytorium Polski. Badania przeprowadzone zostały w okresie od grudnia 2014 roku do lutego 2015 roku w Warszawie wśród stu respondentów, przedstawicieli różnych narodowości – Anglików, Białorusinów, Chińczyków, Irańczyków, Hindusów, Japończyków, Libańczyków, Niemców, Pakistańczyków, Rosjan, Słowaków, Tadżyków, Turków, Ukraińców, Wietnamczyków itd.

Moimi respondentami były osoby, które nie miały obywatelstwa polskiego: 1) respondenci, którzy byli studentami Centrum Języka Polskiego i Kultury Polskiej dla Cudzoziemców „Polonicum" Uniwersytetu Warszawskiego (23 osoby), 2) respondenci, którzy byli studentami prywatnej warszawskiej uczelni (11 osób); 3) respondenci, którzy zaakceptowali zaproszenie do udziału w badaniach na portalu społecznościowym „Facebook" (66 osób).

Respondentom dano możliwość udzielenia wywiadu albo wypełnienia kwestionariusza. Pytania wywiadu pokrywały się z pytaniami kwestionariusza. Dotyczyły one czterech sfer komunikacji: a) komunikacji na uczelni (w szkole), b) komunikacji z mediami (komunikacji w mediach); c) pisemnej komunikacji; d) komunikacji w miejscach publicznych. Respondent proszony był skończyć zdania typu: „Nie podoba mi się...", „Podoba mi się...", „Chciałbym..." i in. Respondentom zadawane były pytania o prawa do wyboru języka komunikacji (*language rights*). Kwestionariusz zawierał również metryczkę.

[1] Świadomość językową (świadomość komunikacyjną) (*sensu largo*) na potrzeby tego opracowania definiuję jako ogół fenomenów umysłu, tzn. zjawisk wewnętrznych, które odzwierciedlają doświadczenie językowe (doświadczenie komunikacyjne), czyli zjawiska zewnętrzne.

W opracowaniu wyodrębnione zostały cechy świadomości językowej, które właściwe są również świadomości komunikacyjnej: rezultaty przeprowadzonych badań wskazują na to, że wszystkie zjawiska językowe respondenci analizują i oceniają przez pryzmat komunikacji (np. respondenci patrzą na wyrazistość mowy oraz jej tempo pod kątem jej zrozumiałości: „Do obcokrajowców mówię wolniej" (1)).

[2] W artykule termin *imigrant* został użyty w znaczeniu 'osoba, która w odróżnieniu od uchodźcy przybyła do innego kraju w celu polepszenia swojej sytuacji ekonomicznej' (por. *economic migrant* [ICRMW]).

II. Cechy świadomości językowej (świadomości komunikacyjnej) a komunikacja imigrantów z Polakami

Odpowiedzi respondentów poddane zostały analizie jakościowej, na podstawie której wyodrębniono oraz scharakteryzowano następujące cechy świadomości językowej i świadomości komunikacyjnej: 1) wiedza, 2) kompetencje komunikacyjne, 3) emocje, 4) oceny, 5) stereotypy, 6) postawy, 7) oczekiwania, 8) prognozy. Opisano stosunek tych fenomenów do czasu, kategorii „racjonalności – irracjonalności" oraz „obiektywności – nieobiektywności". Scharakteryzowano modalności wyrażeń, za pomocą których można je zwerbalizować. Wyodrębniono również ich treści (komponenty) (zob. poniższa tabela).

Tabela. Cechy świadomości językowej oraz świadomości komunikacyjnej

Lp.	Cechy świadomości językowej/ świadomości komunikacyjnej	Stosunek do czasu (teraźniejszość = T, przyszłość = P)	Komponenty (treści	Modalność wyrażeń, za pomocą których można zwerbalizować cechy świadomości językowej (komunikacyjnej)[3]	Racjonalność/ irracjonalność	Obiektywność/ subiektywność
1.	Wiedza	T	deskryptywna	neutralna	R	O
2.	Kompetencje komunikacyjne	T	deskryptywna behawioralna	imperatywna neutralna	R	S
2.1.	Reguły komunikacji	T	deskryptywna behawioralna	imperatywna (pozytywną, „rób")	R	S
2.2.	Tabu	T	deskryptywna behawioralna	imperatywna (negatywną, „nie rób")	R	S
3.	Emocje	T	emocjonalna	neutralna	I	S
4.	Oceny	T	ewaluacyjna emocjonalna	neutralna	R	S
5.	Stereotypy (wiedza niepełna)	T	deskryptywna emocjonalna	neutralna	R	S
6.	Postawy	T	emocjonalna	neutralna	R	S
7.	Oczekiwania	P	deskryptywna	hipotetyczna	R	S
8.	Prognozy	P	deskryptywna	potencjalna	R	S

[3] W literaturze przedmiotu wyodrębniane są trzy strefy modalności – obiektywna, intersubiektywna oraz subiektywna – w zależności od stosunku wyrażenia do irrealności, jego siły illokucyjnej oraz psychologicznego oraz mentalnego nastawienia rozmówcy (*propositional attitude*, *attitude of the mind*) [Foley, Van Valin 1984: 214], [Le Querler 1996]. Termin *modalność neutralna* użyty został jako synonim do terminu *modalność subiektywna*. Modalność hipotetyczna oraz modalność potencjalna należą do strefy modalności subiektywnej. Modalność imperatywna jest podtypem modalności intersubiektywnej.

Wiedzę postrzegamy jako „ogół wiadomości zdobytych dzięki uczeniu się, zasób informacji z jakiejś dziedziny" [Dubisz 2003e: 95]. Odpowiedzi respondentów pokazują a) znajomość faktów dotyczących języka, komunikacji oraz polityki językowej, tzw. wiedzę teoretyczną, np.: [O prawach językowych – A.S.] „Prawo bronić się w sądzie w preferowanym języku. W Stanach Zjednoczonych była rozprawa sądowa. Jeden Chińczyk walczył o swoje prawa językowe" (10) oraz b) wiedzę o języku, komunikacji oraz polityce językowej wynikającą z własnego doświadczenia, tzw. wiedzę praktyczną: „Jeśli osoba zna wiele języków, to neutralizują się wyraźne cechy jej fonetyki, wymowa staje się bardziej zuniwersalizowana" (1).

Wiedza związana jest z przeszłością, ponieważ opiera się na poprzednim doświadczeniu językowym (komunikatywnym) osoby. Jednocześnie wiedza jest fenomenem teraźniejszości: „Понятно, офиццальный язык в Польше – польский" (Zrozumiałe jest to, że oficjalnym językiem w Polsce jest język polski) (81).

W odróżnieniu od stereotypów ani wiedza teoretyczna, ani wiedza praktyczna nie są nacechowane emocjonalnie, zawierają zatem komponent deskryptywny. Emocjonalne mogą być oceny dawane różnym zjawiskom, faktom, fenomenom, por.: „Меня немного раздражала низкая скорость речи польскоязычного профессора на английском языке. Из-за этого казалось, что объем полученных знаний ниже, чем мог бы быть, если бы профессор использовал родной язык" (Trochę mnie irytowało wolne tempo mowy polskojęzycznego profesora w języku angielskim. Wydawało mi się, że zdobyta przeze mnie wiedza jest mniejsza, niż mogłaby być w przypadku, gdyby profesor używał języka ojczystego) (6).

Frazy, które są werbalnym wyrażeniem wiedzy, mają neutralną modalność: „Я был в Германии. Там я посмотрел... Там много турков живет. Входишь в банкомат и есть разные языки: турецкий, английский... Здесть я вижу русский язык и так далее и так далее" (Byłem w Niemczech. Tam zaobserwowałem... Mieszka tam wielu Turków. Podchodzisz do bankomatu, a tam różne języki: turecki, angielski... Tutaj widzę język rosyjski itd. itd.) (43).

Wiedza osoby jest racjonalna, ponieważ w odróżnieniu np. od emocji ma rozumowe podstawy.

Wiedza teoretyczna, książkowa, jest stosunkowo obiektywna. Wiedza zdobyta w praktyce jest tylko w mniejszym stopniu obiektywna, ponieważ opiera się czasami na małym doświadczeniu językowym osoby.

Wiedza jest fenomenem, który leży na pograniczu między świadomością językową (świadomością komunikacyjną) a świadomością polityczną, i nawet ekonomiczną. Na fakty dotyczące języka i komunikacji respondenci patrzą również przez pryzmat zjawisk oraz procesów zachodzących w polityce oraz ekonomii: „People in Poland learn another language because they are one of the

EU member" (Żeby ludzie w Polsce uczyli się innego języka, ponieważ są członkiem UE) (15)).

Niektóre respondenci mają niską świadomość ekonomiczna oraz polityczną. Na przykład, jedna respondentka, unikając odpowiedzi na pytanie „Czym są prawa osoby do wyboru języka komunikacji (*language rights*)?" odpowiedziała następująco: „Да, где-то там в интернете" (Tak, gdzieś tam w Internecie [słyszałam / czytałam – A.S.]) (36).

Inny respondent zamiast opisu praw do wyboru języka komunikacji (*language rights*) wymienia typy komunikacji: „Интраперсональную, межличностную, массовую, публичную, виртуальную, межкультурную, международную, синтез межкультурной и международной = глобальная, организационную (бизнес-коммуникацию), политическую, бытовую" ([Znam komunikację – A.S.] interpersonalną, międzyludzką, grupową, masową, publiczną, wirtualną, międzykulturową, międzynarodową = globalną, komunikację w biznesie, polityczną, codzienną) (9).

Niektórzy respondenci posiadali zaś głęboką wiedzę o politycznych oraz ekonomicznych aspektach polityki językowej: „Podoba mi się, że niektóre dokumenty, ogłoszenia, napisy na bankomatach, biletomatach, wpłatomatach etc. są w dwóch (albo więcej) językach. To nie jest powszechna reguła: wielojęzyczność dość drogo kosztuje państwo / organizację. Przykładem tego jest Parlament Europejski, który dużo pieniędzy wydaje na tłumaczy oraz publikacje materiałów w kilku językach" (1) albo („Никто не воспринимал этот закон как именно тот закон, в котором говорится о правах. Там фишка этого закона в чем... Что в Гагау заговорили бы в своей части на гагаузском, караимы там на своем языке. Но какой язык они проталкивали? Они проталкивали русский язык. Ни караимы, ни татаре, ни белорусы, ни украинцы их не волновали. Так этот закон воспринимается и воспринимался. Так есть. Это дискриминация других языков" (Nikt nie odbierał tej ustawy jako takiej, w której się mówi o prawach [do wyboru języka komunikacji – A.S.]. O co tam chodzi... Że w Gagauzji mówiłoby się po gagausku, Karaimi mówiliby w swoim języku. Ale jaki język promowano? Promowano język rosyjski. Ani Karaimi, ani Tatarzy, ani Białorusini, ani Ukraińcy ich nie interesowali. Tak ta ustawa była odbierana i odbiera się teraz. Tak jest. Jest to dyskryminacja innych języków) (96)[4]).

[4] Respondent analizuje ustawę nr 9073 opracowaną przez ukraińskich prawników – Włodzimierza Kolesniczenka oraz Sergija Kiwałowa. Według p. 7.7. Ustawy obywatele regionu, ponad 10% ludności którego stanowią etniczni użytkownicy języka mniejszości, zobowiązani są do używania tej mowy. Celem Ustawy była promocja języka rosyjskiego. Ustawa wywołała protesty liberalnie nastawionej części społeczeństwa. Aktualny status Ustawy – „przygotowuje się do podpisania" [Ustawa].

Moim zdaniem, mała wiedza, zarówno praktyczna, jak i teoretyczna, jest kluczową przyczyną powstania stereotypów. Po pierwsze, niepełna wiedza nie pozwala na empatię, zdolność odczuwania stanów psychicznych innych osób. Po drugie, fragmentaryczna wiedza nie pozwala na obiektywną ocenę pojedynczych zjawisk, fenomenów, aktualnych procesów i in.

Kompetencje językowe oraz kompetencje komunikacyjne

Do sprawności komunikacyjnych decydujących o osiągnięciu celu wypowiedzi należą następujące umiejętności:

1) sprawność językowa („znajomość przez nadawcę języka (i ewentualnie jego odmian) oraz umiejętność tworzenia za jego pomocą tekstu" [Porayski-Pomsta 1994: 43]),
2) sprawność społeczna („umiejętność realizacji różnych ról społecznych" [Porayski-Pomsta 1994: 43]),
3) sprawność sytuacyjna („umiejętność doboru środków językowych i stylistycznych za względu na sytuację") [Porayski-Pomsta 1994: 43],
4) sprawność pragmatyczna („umiejętność osiągania celu wypowiedzi") [Porayski-Pomsta 1994: 42]; por. [Searle 1969], [Pisarkowa 1975], [Grabias 1991].

Respondenci twierdzą, że najczęstsze przyczyny nieporozumień między imigrantami a Polakami są następujące:

a) niskie kompetencje językowe (niska sprawność językowa) Polaków („В случае с поездным я спросил у прохожего поляка перед киоском, ну, студент тоже, нужно ли мне что-то делать, после того, как я оплатил проездной, потому что, например, разные системы бывают. Бывает, просто закидываешь деньги, и они проверяют. Бывает, нужно каждый раз прикладывать. Он мне сказал, что... Он, видимо, не понял мой вопрос по-английски толком. Решил ответить все равно. И, видимо, не понял меня. И както не так ответил. И получилось, что он мне сказал, что мне ничего не нужно делать, что все нормально. Я просто начал ездить. Два раза проехал. Второй раз меня словили" (W wypadku karty miejskiej zapytałem przechodzącego obok kiosku Polaka (też był studentem), czy mam zrobić coś po tym, jak zapłaciłem za kartę miejską; bywają przecież różne systemy. Bywa tak, że po prostu rzucasz pieniądze, a oni później sprawdzają. Bywa tak, że za każdym razem musisz przykładać [kartę do biletomatu – A.S.]. On powiedział mi, że... On chyba nie zrozumiał mojego pytania zadanego po angielsku. Jednak zdecydował się odpowiedzieć. Chyba mnie nie zrozumiał. I jakoś nie tak odpowiedział. I zdarzyło się tak, że on mi powiedział, że nie muszę nic robić, że wszystko jest w porządku. Zacząłem jeździć. Dwa razy jechałem. Za drugim razem mnie złapano) (18));

b) niskie kompetencje językowe (niska sprawność językowa) obcokrajowców („You can not get what you want or express what you like because you lack the fluency of Polish" (Nie możesz otrzymać tego, czego chcesz ze względu na brak płynności w języku polskim) (27)).

Kompetencje komunikacyjne są fenomenem teraźniejszości i zawierają dwa komponenty – deskryptywny oraz behawioralny. Ich werbalnym wyrażeniem są reguły komunikacji oraz tabu.

Reguły komunikacji (reguły zachowania językowego) odzwierciedlają nakazy, którymi warto kierować się w celu budowania pomyślnej komunikacji z rozmówcą (rozmówcami).

O regułach zachowania językowego, swego rodzaju aksjomatach moralno-etycznych, mówi jedna moja respondentka: „Chciałabym, żeby ludzie przestrzegali najważniejszych aksjomatów moralno-etycznych: «Staraj się być zrozumianym, jeśli rozmawiasz z obcokrajowcem. Mów wyraźnie», «Używaj tego słownictwa, które obcokrajowiec potrafi zrozumieć», «Omów (wytłumacz) nawet oczywiste rzeczy» i in." (1).

Reguły komunikacji są racjonalne i subiektywne, zawierają informacje potrzebne do wykonania aktualnych czynności, mają imperatywną modalność („rób tak"). Reguły zachowania językowego mają silny wpływ na komunikację, ponieważ dają konkretne wskazówki odnośnie porozumiewania się.

Tabu jest zakazem, którego warto przestrzegać, żeby nie popełnić błędu komunikacyjnego. Jeśli użyć metafory, to reguły zachowania językowego można opisać jako w połowie pełną szklankę wody, którą widzi optymista, tabu zaś jako w połowie pustą szklankę, którą obserwuję pesymista.

Wieloznaczny termin *tabu* najczęściej jest definiowany jako „słowo objęte zakazem" [Dubisz 2003d: 754]. Podobne definicje znajdziemy w polskich [Polański 1993: 545], angielskich [Mesthire 1994: 283], [Strazny 2005: 1073] i rosyjskich [Arutûnova 2002: 501] słownikach oraz encyklopediach.

Temat tabu językowego został przedyskutowany w wielu opracowaniach, np. [Steiner 1967], [Krysin 1994], [Keith, Burridge 2006], [Czyżewski, Krawczyk-Tyrpa 2008], [Dąbrowska 2009] i in. Jednak tabu komunikacyjne, czyli zakazy używania odpowiednich kodów komunikacyjnych, kanałów komunikacyjnych, zakazy dotyczące komunikacji z odpowiednimi adresatami, o ile mi wiadomo, nie zostały szczegółowo opisane w literaturze lingwistycznej; wspomina się o tym np. w pracy O. Kostrovej [Kostrova 2005].

Każde tabu można przeformułować w regułę komunikacji i *vice versa*, np.: „Nie mów w języku, którym nie chciałby posługiwać się rozmówca" (tabu) – „Mów w języku, którym chciałby posługiwać się rozmówca" (reguła zachowania językowego). W moich materiałach pojawiają się najczęściej reguły komunikacji, co można wytłumaczyć ostrożnością respondentów.

Tabu mają negatywną modalność imperatywną („nie rób tak"). Teoretycznie tabu mają być przeszkodą komunikacji. W wypadku imigrantów tabu chronią moich respondentów od błędów komunikacyjnych.

Tabu dzielą się na tabu językowe (fonetyczne, leksykalne, gramatyczne, składniowe) oraz tabu komunikacyjne (tabu interlokutora, tabu kanału komunikacyjnego):

1. Tabu językowe

1.1. Tabu fonetyczne, np. „Nie mów niewyraźnie" („Do obcokrajowców zawsze mówię wyraźniej" (Nick)). Podobne stwierdzenie oznacza, że jedną z niepisanych reguł komunikacji między etnicznymi użytkownikami różnych języków jest klarowna wymowa. Kilku respondentów narzekało na jąkanie się rozmówcy uniemożliwiające pomyślną komunikację.

1.2. Słowa tabu, słowa stanowiące przeszkodę w rozumieniu tekstu przez interlokutora, np. żarty językowe, leksemy nacechowane emocjonalnie, leksemy należące do socjolektów i in. („Lubię żarty językowe, ale mogę żartować tak tylko z nativami języka angielskiego" (2)).

1.3. Tabu gramatyczne typu „Nie popełniaj błędów językowych" („Staram się mówić wolniej z Holenderami, Niemcami, żeby nie popełniać błędów i być na poziomie" (2)).

1.4. Tabu składniowe „Stosuj proste konstrukcje składniowe" (Nie chcę upraszczać, rozmawiając z cudzoziemcami" (2)).

2. Tabu komunikacyjne

2.1. Tabu interlokutora

2.1.1. Tabu nałożone na komunikację, np. „Ignoruj nieważne informacje" („My personality has changed. I really like to know about everything. I'm little bit... I'm organized. I really like to know about every instruction, about one product. When I... when I... when I was in Japan mostly product has two versions – English and Japanese. For me it was really nice, but now... just Polish version. As I said. I try don't to pay attention to such information. Without notice I try to change my personality, not to care this" (Moja osobowość zmieniła się. Naprawdę lubię wiedzieć wszystko. Jestem trochę... Jestem zorganizowana. Naprawdę lubię znać każdą instrukcję, każdy produkt. Jak, jak, jak byłam w Japonii, to większość produktów miała dwie wersje językowe – angielską oraz japońską. To było dobre dla mnie, ale teraz... tylko polska wersja. Jak powiedziałam. Staram się nie zwracać uwagi na takie informacje. Nie zwracając na to uwagi, staram się zmienić moją osobowość, nie martwić się o to) (38)).

2.1.2. Tabu nałożone na niektóre grupy interlokutorów – osoby starsze, osoby mieszkające w małych miastach albo na wsi oraz osoby niewykształcone („I'm afraid of speaking to old Polish people. Old lady are offensive to people who

can't speak Polish very well. They try to speak in Polish all the time" (Boję się rozmawiać ze starszymi ludźmi. Starsze Panie obrażają ludzi, którzy nie mówią dobrze po polsku. Próbują cały czas mówić po polsku) (38)).

2.2. Tabu kanału komunikacyjnego

2.2.1. Tabu kanału komunikacyjnego „Nie mów w języku, którym nie chciałby posługiwać się rozmówca" („Wykładam. We wszystkich sytuacjach rozmawiam z obcokrajowcami w języku, którym jest im najłatwiej się posługiwać" (1)).

2.2.2. Tabu kanału komunikacyjnego „Nie mów w innym języku niż język kraju, w którym obecnie mieszkasz" („Chcesz przyjechać do Polski – musisz znać polski" (12). „Jeśli jestem w Polsce, to musze mówić po polsku" (2)).

2.2.3. Tabu kanału komunikacyjnego „Nie mów w językach niepreferowanych ze względu na jakieś przyczyny w danym kraju" („Польша все-таки остается немного закрытой страной. Здесь все равно смотрят «косо» на иностранцев, которые говорят на другом языке, особенно на русском или украинском. Это правда встречается не в университетах, а в общественном транспорте" (Polska jednak pozostaje nieco zamkniętym krajem. Patrzy się jednak tutaj z ukosa na obcokrajowców, którzy mówią w innym języku, zwłaszcza po rosyjsku albo po ukraińsku. Co prawda, można to zaobserwować nie na uczelniach, tylko w środkach transportu miejskiego) (37)).

2.2.4. Tabu kanału komunikacyjnego „Nie mów w grupie w języku, którego nie zna ważny dla Ciebie rozmówca" („Jeśli w towarzystwie jest osoba, która mówi w innym języku niż reszta, to grupa powinna znaleźć wspólny język i dostosować się do tej osoby. Jeśli wśród tej reszty jest ktoś, kto mówi gorzej niż inni, i grupa chce nawiązać kontakt z przybyszem oraz wykazać się wsparciem, to osoba znająca język gorzej powinna się dostosować" (1)).

2.2.5. Tabu kanały komunikacyjnego „Nie mów w języku, którym nie chciałby posługiwać się rozmówca, jeśli jesteś dyplomatą" („Jeśli rozmowa toczy się w grupie albo między dwoma osobami, to ten, kto jest bardziej dyplomatyczny albo zajmuje odpowiednią pozycję społeczną (dyplomata, pracownik w organizacji międzynarodowej i in.) powinien od razu zacząć rozmawiać w języku wygodnym dla rozmówcy (rozmówców)" (1)).

2.3. Tabu kanału komunikacyjnego „Nie mów bez pośrednika, jeśli nie znasz języka wspólnego z Twoim rozmówcą" („Ktoś może również grać rolę tłumacza. Jeśli osoba w grupie dwuosobowej zajmuje wyższe stanowisko albo jest starsza, to druga osoba powinna się do niej dostosować" (1)).

W *Słowniku psychologii* **emocja** jest definiowana jako „ogólna nazwa dla każdego z wielu subiektywnie doświadczanych, afektywnie naładowanych stanów, których status ontologiczny został ustanowiony poprzez zwykły konsensus" [Kurcz, Skażyńska 2000: 189].

Emocje bywają negatywnymi oraz pozytywnymi. Respondenci dość rzadko wyrażali w wywiadach oraz ankietach pozytywne emocje: „Я ожидаю, что смогу еще побывать в Польше и насладиться общением в позитивной языковой среде" (Oczekuję, że jeszcze będę miała możliwość przyjechać do Polski i nacieszyć się komunikacją w pozytywnym środowisku językowym) (45).

O negatywnych emocjach moi rozmówcy mówili częściej. W wypowiedziach pojawia się czasownik *bać się*: „Боюсь быть непонятым" (Boję się być niezrozumianym) (10), „Боюсь проблем с полицией и того, что они меня не поймут" (Boję się problemów z policją oraz tego, że nie będę zrozumiany) (32) i in.

Respondenci przeżywają negatywne emocje w związku z tym, że:

a) mówią wolno, co po części utrudnia komunikację z rodowitymi Polakami („Стесняюсь, когда на польском хочу сказать кто-что, выразить что-то и на польском найти то слово, чтобы говорить свои мысли. Но это из-за практики, чтобы языковая практика была" (Krępuję się, jak chcę powiedzieć coś po polsku, wyjaśnić coś, znaleźć nowe słowo, żeby wyrazić swoje myśli. Ale to ze względu na praktykę, żeby była praktyka) (7);
b) mają ubogi słownik, korzystając z którego trudno jest mówić o nieznanych tematach, sprecyzować swoje myśli („But I'm afraid of talking that the things are not familiar" (Boję się mówić o nieznanych mi rzeczach) (47));
c) mogą popełniać błędy językowe, co świadczy o ich niskiej kompetencji językowej albo o jej barku („Wrogie nastawienie nielicznych osób. Lekkie zdenerwowanie rozmówcy, kiedy poprawiasz błędy. Wyraz twarzy: „O, matko! Co ona mówi? Wciąż się nie nauczyła!" I niechęć dalszej rozmowy" (12));
d) mogą popełnić błąd komunikacyjny, w wyniku którego będą ponosić konsekwencje prawne: „Когда ты возьмешь какой-то документ, когда тебе отправляют, и ты не понимаешь, о чем идет речь. И ты его переводишь с помощью словарь и это, переводчика и там это «Гугл тлумач», это не очень хороший вариант, оно не всегда проводит его как надо. И это есть страх" (Jak bierzesz jakiś dokument, który Ci wysyłają, i nie rozumiesz, o co chodzi. I tłumaczysz to za pomocą słownika i tego... tłumacza *Google*. Nie jest to dobra opcja, nie zawsze tłumaczy tak, jak trzeba. To jest strach) (36).

Niepokój respondentów może być spowodowany rozwojem sytuacji politycznej oraz socjolingwistycznej: „За польскую науку я не беспокоюсь, я обеспокоен тем, что в польской молодёжи воспитывают к Русским! Что в итоге может привести к неблагоприятным конфликтам" (Nie martwię się o naukę polską. Martwię się o to, że polska młodzież jest wychowywana w nienawiści do Rosjan. W sumie może to doprowadzić do tragicznych konfliktów) (9).

Emocje są zjawiskiem irracjonalnym, subiektywnym, modalność wyrażeń je werbalizujących jest neutralna („Мне неприятно, что при вселении в мое

nayefhrhe lme d‘kh dncnbnp m‘ onkßqjnl §g{je aeg oepebnd‘, только кратко объяснив, что находится в тексте” (Jest mi przykro, że podczas wprowadzania się do mojego akademika zaproponowano mi umowę bez tłumaczenia [na rosyjski – A.S.] z krótkim wyjaśnieniem, co tam jest napisane)) (6).

Ocena jako „sąd o wartości czegoś” może być a) emocjonalna, b) estetyczna, c) moralna albo d) funkcjonalna [Dubisz 2003b: 66].

Ocena emocjonalna nie jest podparta żadnymi argumentami, np.: „Complaining and complaining” (Narzekanie i jeszcze raz narzekanie [o komunikacji na uczelni – A.S.]) (42).

Ocena estetyczna zawsze wskazuje na jeden z dwóch biegunów „ładnie – nieładnie”: „Nie lubię frykatywnego dźwięku [g], który pojawia się w moim białoruskim imieniu” (1). Respondentka nie lubi frykatywnego dźwięku [g], ponieważ jest on charakterystyczny dla języka białoruskiego, języka o niższym autorytecie niż np. język rosyjski, dlatego nieładnym.

Oceny moralne zależą od systemu normatywnego osoby albo (i) społeczeństwa: „О тебе кто-нибудь разговаривает по-польски или на языке, которого ты не знаешь. Это не хорошо. Это не красиво” (Ktoś mówi o Tobie po polsku albo w języku, którego nie znasz. To jest złe. Nie jest to ładne) (43).

Na podstawie oceny funkcjonalnej respondenci odnosili odpowiednie zjawiska do odpowiedniej klasy, grupy, typu: „Ja osobiście nie stykałam się z naruszeniem praw osoby do wyboru języka komunikacji, ponieważ 1) bardzo dobrze mówię po polsku, 2) sytuacje, kiedy rozmówca był niemiły dla mnie ze względu na mój akcent, nie kwalifikują się jako sytuacje łamania praw do wyboru języka komunikacji” (1) albo „Упростить язык (письменный), но это не реально” (Uprościć język (pisemny), ale to nie jest realistyczne) (21).

Niezależnie od czasu wystąpienia pewnych zjawisk ich oceny leżą w płaszczyźnie teraźniejszości. Oceny emocjonalne, moralne, estetyczne są z reguły emocjonalnie nacechowane. Oceny funkcjonalne zawierają treści ewaluacyjne.

Oceny są racjonalne i subiektywne.

Stereotyp – to „funkcjonujący w świadomości społecznej skrótowy, uproszczony i zabarwiony wartościująco obraz rzeczywistości odnoszący się do rzeczy, osób, grup społecznych, instytucji itp., często oparty na niepełnej lub fałszywej wiedzy o świecie, utrwalony jednak przez tradycję i z trudem ulegający zmianom” [Dubisz 2003d: 531]. Stereotyp jest krzywym lustrzanym odbiciem nieobiektywnej wiedzy, w dużej mierze generalizacją. Wspomagają powstaniu stereotypu negatywne emocje.

Analiza obszernej literatury poświęconej stereotypom można znaleźć m.in. w opracowaniach [Miluska 2008], [Nelson 2003].

Moi respondenci posługują się najczęściej następującymi stereotypami; „Polacy nie lubią Ukraińców", „Polacy nie lubią Rosjan", „Polacy nie lubią języka ukraińskiego", „Polacy nie lubią języka rosyjskiego". Stereotypy nieco wzmocniły się ze względu na wydarzenia na Wschodzie Ukrainy w 2014–2015 roku powodujące silny napływ uchodźców oraz imigrantów do Polski.

Jeden z moich respondentów tak dyplomatycznie wypowiada się o swoich obawach: „Я бы сказал, что в общественном транспорте или в массовом скоплении людей я не говорил бы на русском или на украинском языке. Может быть, это стереотип. Может быть, это какой-то элемент пропаганды [...]" (Ja bym powiedział, że w komunikacji miejskiej albo w tłumie nie mówiłbym po rosyjsku albo po ukraińsku. Być może, jest to stereotyp. Być może, jest to jakiś element propagandy [...]) (82).

Stereotypizacja jest powszechnym zjawiskiem. Istnieją stereotypy trwałe. Niektóre stereotypy mogą zmieniać się, zanikać. Interesującym, jednak nie zaskakującym faktem jest to, że moi respondenci, z jednej strony, stereotypizują Polaków, z innej strony, wypowiadają się przeciwko tworzeniu stereotypów o obcokrajowcach: „I think when you talk about someone's culture, this is overgeneralized statement because everyone is individual. Right? Like when we stereotypezed [stereotyped – A.S.] someone, like we want to see a person as a group. Like Indians are like that..." (Myślę, że jak mówimy o czyjejś kulturze, to jest to generalizacja, ponieważ każdy jest osobowością. Prawda? Stereotypizujemy kogoś, chcemy widzieć osobę grupą. Na przykład, Hindusi są tacy...) (77).

Postawa definiuje się jako 'stosunek człowieka do życia lub do pewnych zjawisk, wyrażający jego poglądy; też: sposób postępowania lub zachowania wobec określonych zjawisk, zdarzeń lub w stosunku do ludzi' [Dubisz 2003c: 735]. W niniejszym artykule termin *postawa* został użyty w znaczeniu 'stosunek człowieka do języka, komunikacji, m.in. do interlokutora'. Można wyodrębnić następujące postawy:

1. Postawy wobec interlokutora

1.1. Postawa neutralna, którą nie charakteryzuje ani dążenie do kooperacji z interlokutorem, ani nieprzychylność wobec niego wyrażona np. w agresji językowej.

1.2. Postawa negatywna – uprzedzenie, „wroga bądź negatywna postawa dotycząca wyróżniającej się grupy ludzi, oparta wyłącznie na ich przynależności do tej grupy" [Aronson 1997: 543]. Negatywna postawa właściwa jest takim zachowaniom jak a) agresja czynna, b) agresja werbalna oraz c) agresja niewerbalna. Uprzedzenia cechują dyskryminację, „nieusprawiedliwione, negatywne lub krzywdzące działanie skierowane przeciwko członkowi danej grupy, wyłącznie dlatego, iż do niej należy" [Aronson 1997: 546].

1.3. Postawa kooperacyjna, którą charakteryzuje dążenie do znalezienia porozumienia z interlokutorem.

Moim respondentom, imigrantom ekonomicznym, zainteresowanym integracją ze społeczeństwem polskim właściwa jest postawa kooperacyjna oraz poparcie polityki językowej promującej taka integrację, np.: („To get a card. Even a one year card. Like in France. They should finish a course of French language. That should be brought. That should be made. It should be compulsory. It makes people easier to integrate with the Polish people. More courses and a very cheap price. It should be made for a mass" (Otrzymać kartę. Nawet kartę na rok. Jak we Francji. Oni musze skończyć kurs języka francuskiego. To powinno być wprowadzone. To powinno być zrobione. To powinno być obowiązkowe. To pomaga ludziom zintegrować się z Polakami. Więcej kursów w niższych cenach. To ma być dla wszystkich") (35).

2. Postawy wobec języka oraz komunikacji

2.1. Puryzm – „przesadna troska o język wynikającej z przesłanek emocjonalnych, a nie racjonalnych" [Markowski 2000: 1724] („Я бы хотела, чтобы поменьше использовалась не нормативная лексика (демонстрация пренебрежительного отношения к системе запретов; оскорбление" (Chciałabym, żeby rzadziej było stosowane niepoprawne słownictwo (demonstracja lekceważenia systemu zakazów, zniewaga) (25)).

2.2. Dążenie do biegłości oraz poprawności językowej („Chciałabym móc mówić po polsku świetnie, umieć improwizować jak politycy, być takim mówcą, jak Konstanty Gebert") (1).

Najczęściej moi respondenci wykazują perfekcjonizm językowy: „Staram się mówić wolniej z Holenderami, Niemcami, żeby nie poprawiać błędów i być na poziomie". Dążenie do płynności wypowiedzi oraz poprawności językowej uwarunkowane jest pragmatyzmem respondentów, którzy widzą w tym korzyść dla swojego wizerunku. Postawy wobec języka – nie komunikacji – scharakteryzowane zostały przez A. Markowskiego (konserwatywna postawa, perfekcjonizm, logizowanie w języku, liberalizm językowy, indyferentyzm, abnegacja i postawa naturalna wobec kwestii językowych) [Markowski 2000: 1724].

Postawy zawierają treści emocjonalnie, należą do płaszczyzny teraźniejszości, są subiektywne oraz racjonalne.

Oczekiwania – to „to, czego się pragnie i spodziewa; przypuszczenie, nadzieja, pragnienie" [Dubisz 2003c: 73].

Zwroty wyrażające oczekiwania mają modalność hipotetyczną („chciałbym, żeby", „chciałabym, żeby") i pokazują to, czego respondenci spodziewają się w przyszłości („być może..."). Moi respondenci pragną, po pierwsze, polepszenia ich sytuacji („[Oczekuję, że – A.S.] ze względu na studia będzie mi

łatwiej rozmawiać" (10)) oraz, po drugie, zmiany sytuacji socjolingwistycznej („Oczekuję, że Polska będzie wywiązywać się z zobowiązań dotyczących polityki językowej zatwierdzonych w różnych organach Unii Europejskiej" (1) albo „Policy makers will take some steps for positive change" (Osoby, zaangażowane w politykę, podejmą kroki w stronę wprowadzenia pozytywnych zmian) (27)).

Oczekiwania leżą w płaszczyźnie racjonalności, w istocie swojej są subiektywne i nieemocjonalne.

Prognoza, według *Uniwersalnego słownika języka polskiego* pod redakcją S. Dubisza – „przewidywanie przyszłych faktów, zdarzeń, zjawisk itp. oparte na uzasadnionych, zwykle naukowych przesłankach, danych, obliczeniach, badaniach, formułowane najczęściej przez specjalistów w danej dziedzinie" [Dubisz 2003c: 884].

Takie prognozy mogą być tworzone w przypadku dobrej znajomości sytuacji socjolingwistycznej w Polsce („Without knowing Polish I might not get a good job here" (Bez znajomości języka polskiego nie znajdę chyba pracy tutaj) (98); „In the hospital if the doctor doesn't understand your language it gets hard to describe your problem" (Jeśli lekarz w szpitalu nie rozumie języka, w którym mówisz, to jest trudno opisać Twój problem) (98)) oraz świadomości poziomu własnych kompetencji językowych („[Boję się – A.S.] że nie będę mógł dokładnie wytłumaczyć szczegółów. Mogę mieć problemy w trakcie nauki" (10)).

Większość prognoz moich respondentów odnośnie do dalszego rozwoju sytuacji socjolingwistycznej w Polsce ze względu na niestabilną sytuacje geopolityczną ma negatywny charakter: „Текущая политическая ситуация (2015) не принесет облегчение. Может осложниться языковая ситуация" (Aktualna sytuacja polityczna w 2015 roku nie będzie lepsza, może skomplikować się sytuacja językowa) (21).

Prognozy mają charakterystyki podobne do oczekiwań. Różni je to, że prognozy mają potencjalną modalność, ponieważ opisują to, co może teoretycznie wydarzyć się w przyszłości.

Zachowania językowe nie są fenomenem świadomości językowej (świadomości komunikacyjnej). Mogą być albo pozytywne, którym właściwa jest postawa kooperacyjna, albo negatywne i skierowane na marginalizację jakiejś grupy.

1. Pozytywne zachowania językowe są efektywną formą komunikacji, prowadzą do porozumienia między dwoma (albo więcej) stronami dialogu. Z reguły obcokrajowcy są zainteresowani pomyślną komunikacją i dlatego stosują różne dodatkowe (bardziej efektywne) strategie komunikacyjne – porozumiewanie się za pomocą pośrednika, porozumiewanie się za pomocą mimiki oraz gestów, porozumiewanie się za pomocą kilku języków i in.

2. Negatywne zachowania językowe wyrażają niechęć uczestnika (uczestników) komunikacji do akceptacji swojego interlokutora, dążenie do jego marginalizacji. Według danych z kwestionariuszy negatywne zachowania językowe właściwe są interlokutorom moich respondentów.

2.1. Negatywne zachowania werbalne

2.1.1. Rygorystyczne zachowanie wobec interlokutora, zakaz dalszej komunikacji („The reception lady (Krystyna) said: «Don't make a noise!» I was disappointed. She speaks in Polish. At first I couldn't understand. I guessed. She don't want to speak English" (Recepcjonistka Krystyna powiedziała: „Bądź cicho!" Byłam rozczarowana. Ona mówi po polsku. Po pierwsze, nie rozumiałam. Domyśliłam się. Ona nie chciała mówić po angielsku) (78); „Мой родной язык не уважается и не рекламируется в Польше, скорее, наоборот, польское население его недолюбливает. В общественном транспорте я была свидетельницей того, как парня, говорящего на русском языке, попросили «заткнуться»" (Mój język ojczysty nie jest szanowany i promowany w Polsce. Raczej odwrotnie: Polacy nie bardzo go lubią. W transporcie miejskim stałam się świadkiem tego, że chłopaka mówiącego po rosyjsku poproszono, żeby się zamknął) (3)).

2.1.2. Rozmowa o interlokutorze w jego obecności w języku, który nie jest mu dobrze znany („О тебе кто-нибудь разговаривает по-польски или на языке, которого ты не знаешь. Это не хорошо. Это не красиво" (Ktoś mówi o Tobie po polsku albo w języku, którego nie znasz. To jest złe. Nie jest to ładne) (43)).

2.1.3. Wybór kodu komunikacyjnego, który nie satysfakcjonuje interlokutora („Например, на стойке регистрации в моем общежитии одна из сотрудниц предпочитает, чтобы я говорила по-русски, потому что он ближе к польскому, чем английский. Иногда в магазинах я чувствую, что ко мне с неприязнью относятся, когда слышат русскую речь, и продавцы предпочитают говорить на «нейтральном» английском" (Np. jedna z recepcjonistek w moim hotelu woli, żebym mówiła do niej po rosyjsku, który jest bardziej podobny do polskiego niż język angielski. Czasami czuję, że w sklepach [ludzie – A.S.] są nieprzyjaźnie nastawieni w stosunku do mnie, jeśli słyszą język rosyjski. Sprzedawcy wolą mówić w neutralnym angielskim) (6).

2.1.4. Ukrywanie możliwości stosowania satysfakcjonującego interlokutora koda komunikacyjnego („Один такой случай был в такси. Таксист знал английский там, ненецкий, русский. Все языки знал, но ему немножко трудно было объяснить, куда нужно нам. Ну, он сказал, что «давайте на польском». Он как будто другие языки не знает... «Давайте объясните!» Немножко объяснили, туда-сюда. Когда дошли, доехали, он сказал, что он четыре языка знает, но не люблю, что здесь в Польше говорил на другом

языке. Если в Польше, то говорите на польском" (Miał miejsce taki przypadek w taksówce. Taksówkarz znał angielski, niemiecki, rosyjski. Znał wszystkie języki. Trochę trudno było wytłumaczyć kierowcy, gdzie jedziemy. On powiedział: „Lepiej po polsku!" Niby nie znał innych języków. „Wytłumaczcie!". Po części wytłumaczyliśmy. Jak doszliśmy, dojechaliśmy, powiedział, że zna cztery języki, ale nie lubi tego, że w Polsce ktoś mówi w innym języku) (7)).

2.1.5. Używanie niewłaściwego rejestru stylistycznego („Мне не нравится отношение поляков к русскому языку. Ярким примером того является не только поведение польских парней по отношению к русскоязычному парню. Моих подруг также называли неприличными словами, когда те заговаривали на улице по-русски" (Nie podoba mi się to, jak Polacy traktują język rosyjski. Jaskrawym przykładem może być nie tylko zachowanie polskich facetów w stosunku do rosyjskojęzycznego faceta. Moje koleżanki były nazywane nieprzyzwoitymi słowami, kiedy mówiły na ulicy po rosyjsku) (3)).

2.1.6. Używanie nieodpowiedniej intonacji („Не знаю! Но я ничего, принципиально я ничего не делала. Я свое место освободила, дала ей. То, что она меня ругала, что что-то меня оскорбила, я не знаю, почему. И вот это, с таким я столкнулась. И это мне не понравилось. И это было для меня очень интересно, почему она ругала" (Nie wiem! Na pewno nic nie zrobiłam. Ustąpiłam jej [Pani w autobusie – A.S.] swoje miejsce. To, że ona mnie krytykowała, obrażała, nie wiem dlaczego. I z takim czymś się zetknęłam. To mi się nie podobało. I to było dla mnie interesujące, dlaczego ona mnie krytykowała) (36)).

2.1.7. Brak stosowania formuł grzecznościowych, zmiana stylu komunikacji niewerbalnej („Но бывают и другие ситуации. Однажды я пошла с подругой в магазин. Кассир был явно недоволен своим положением. Он недовольно посмотрел на нас и был не слишком вежливым, когда я начала говорить с подругой по-русски. Я много раз была в этом супермаркете, но контакта с продавцом не было. Или просто были броские слова, типа «спасибо», «добрый день». То есть он нормально общался. Я просто подходила и клала продукты на ленту. Никаких проблем раньше не возникало. Когда речь идет о конкуренции в фирме, то тут все по-другому. Другой язык и национальная (этническая) принадлежность могут стать поводом дискриминации" (Zdarzają się i inne sytuacje. Jednego razu poszłam z koleżanką do sklepu. Kasjer był na pewno niezadowolony ze swojej pozycji społecznej. Z niezadowoleniem popatrzył na nas, nie był zbyt miły, jak zaczęłam rozmawiać z koleżanką po rosyjsku. Wiele razy byłam w supermarkecie, nie miałam żadnego kontaktu ze sprzedawcą. Albo były tylko „zauważalne" słowa [słowa grzecznościowe – A.S.], np. „dziękuję", „dzień dobry". On komunikował się w typowy sposób. Podchodziłam, kładłam artykuły spożywcze na taśmę. Nie pojawiały się żadne problemy. Jeśli chodzi o konkurencję w firmie, to tutaj

wszystko jest inaczej. Inny język i narodowość (przynależność etniczna) mogą stać się przyczyną dyskryminacji) (8).

2.1.8. Negatywne zachowania niewerbalne, np. brak mimiki odzwierciedlającej pozytywne emocje („I don't like one of the receptionists because she can understand English but she never smile and she seem like every time she is angry. She is from Ukraine" (Nie podoba mi się jedna z recepcjonistek, ponieważ rozumie angielski, a nigdy nie uśmiecha się. Wydaję się, że zawsze jest zła. Pochodzi z Ukrainy) (28)).

Wyżej opisane negatywne zachowania językowe składają się na *agresję językową* (por.: *verbal aggressiveness*, *verbal aggression*, *aggressive body language*, *language aggression*, *вербальная агрессия*, *языковая агрессия*, *словесная агрессия*, *коммуникативная агрессия*). Termin *agresja językowa* użyty został w szerokim znaczeniu – 'zachowanie językowe nastawione na dominujący typ relacji oraz mający na celu negatywny wpływ na adresata' (por.: [Bohdanowicz-Spanili 1996], [Peisert 2004], [Ŝerbinina 2004], [Stachura 2010], [Kamińska-Szmaj 2011], [Čerkasova 2011], [Bell 2006] i in.).

Negatywne zachowania niewerbalne składają się na agresję niewerbalną 'formy komunikowania niewerbalnego' (złe spojrzenie, mimika pokazująca niezadowolenie, milczenie, zachowanie przestrzeni i in.) [Agryle 1991: 51]. Agresja niewerbalna jest trudniej identyfikowana niż agresja werbalna[5].

III. Konkluzja

Świadomość językowa (świadomość komunikacyjna) jest fenomenem wielowymiarowym, który zawiera następujące cechy (formy): wiedzę, kompetencje komunikacyjne, emocje, oceny, stereotypy, postawy, oczekiwania oraz prognozy. Cechy świadomości językowej oraz świadomości komunikacyjnej obcokrajowców różnią się w zależności od ich stosunku do kategorii czasu, kategorii „racjonalność / nieracjonalność", „subiektywność / obiektywność", oraz w zależności od modalności wyrażeń je werbalizujących (neutralna, imperatywna, hipotetyczna, potencjalna) i treści – deskryptywnych, behawioralnych, emocjonalnych, ewaluacyjnych (zob. tabela, s. 289).

[5] Czasami respondentom trudno jest udowodnić nawet przypadki agresji czynnej („You are sometimes not served properly because you speak language other than Polish" (Czasami nie jesteś odpowiednio obsługiwany, ponieważ mówisz w języku innym niż polski) (27)).

Zwraca na siebie uwagę to, że wypadki agresji są opisywane eufemistycznie: „Может, когда на русском языке говорю, тогда какие-то проблемы чуть-чуть. Я знаю, что не все знают польский. На русском языке тоже могу говорить. Инциденты бывают иногда" (Może, jak mówię po rosyjsku, to są trochę jakieś problemy. Wiem, że nie wszyscy znają polski. Mówię też po rosyjsku. Bywają „incydenty" (7). Nie wiadomo, czy to była agresja fizyczna, czy agresja językowa.

Wiedza, kompetencje komunikacyjne, emocje, oceny, stereotypy, postawy należą do teraźniejszości, jednak w dużym stopniu opierają się na poprzednich doświadczeniach osoby. Oczekiwania oraz prognozy nawiązują do przyszłości.

Emocje oraz emocjonalne oceny zawierają treści emocjonalne.

Cechy świadomości językowej oraz świadomości komunikacyjnej mogą mieć neutralną (wiedza, emocje, oceny, stereotypy, postawy), hipotetyczną (oczekiwania), potencjalną (prognozy) albo imperatywną modalność (reguły komunikacji oraz tabu).

Jedyną irracjonalną cechą świadomości językowej oraz świadomości komunikacyjnej są emocje. Jedyną obiektywną cechą zaś – wiedza teoretyczna.

Cechy świadomości językowej (świadomości komunikacyjnej) mają zatem odniesienie do różnych płaszczyzn czasowych oraz kategorii fenomenologicznych.

Moi respondenci zazwyczaj dochodzą do porozumienia z Polakami. Analizując ankiety oraz wywiady udało się wyodrębnić zaledwie kilka wypadków agresji werbalnej. Częściej respondenci mówili o agresji niewerbalnej oraz o atmosferze napięcia: „Политика очень сильно влияет. Едешь в транспорте и кто-то говорит на русском. Никто ничего не говорил. Но оно всегда, какое-то легкое напряжение. Но это в большинстве не зависит от людей" (Polityka bardzo wpływa. Jedziesz komunikacją miejską i ktoś mówi po rosyjsku. Nikt nic nie mówi, ale zawsze jest jakieś delikatne napięcie. Ale w większości to zależy od ludzi) (96).

Porozumienie, efektywna komunikacja są dla imigranta 1) brakiem agresji czynnej, agresji werbalnej i agresji niewerbalnej oraz 2) możliwością osiągnięcia w ramach dialogu albo polilogu (nie jednego wypowiedzenia) swojego celu komunikacyjnego.

Przesłanki sprzyjające wystąpieniu nieporozumień między imigrantami a etnicznymi użytkownikami języka polskiego oraz sprzyjające popełnianiu błędów komunikacyjnych mogą być następujące:

1) Niskie kompetencje komunikacyjne zarówno Polaków, jak i imigrantów są najważniejszą przyczyną, ze względu na którą komunikacja może nawet nie zacząć się;
2) Brak wiedzy albo mała wiedza o faktach dotyczących języka i komunikacji przyczynia się do powstawania stereotypów oraz kształtowania uprzedzeń („Wszyscy Polacy nie lubią Ukraińców". Czy rzeczywiście wszyscy?);
3) Niska świadomość prawna oraz ekonomiczna po części mogą ograniczać możliwości imigrantów, którzy nie są świadomi swoich praw (np., praw do wyboru języka komunikacji) oraz tego, gdzie mogą znaleźć odpowiednie wsparcie i nabyć wiedzę o kraju, kulturze i in., co znacznie ułatwiłoby im budowanie efektywnych strategii komunikacji (takimi miejscami są np. organizacje pozarządowe);

4) Negatywne emocje nie są czynnikiem decydującym lecz silnie wpływającym na budowanie uprzedzeń oraz stereotypów;
5) Budowanie tabu językowego (fonetycznego, leksykalnego, gramatycznego, składniowego) oraz tabu komunikacyjnego (tabu interlokutora, tabu kanału komunikacyjnego) jest fenomenem niejednoznacznym. Z jednej strony, tabu odzwierciedla pewną generalizację dotyczącą przede wszystkim pewnych grup ludzi (osób starszych, osób mieszkających w małych miastach albo na wsi oraz osób niewykształconych). Z drugiej strony, tabu pokazują niektóre reguły pozwalające na niepopełnienie błędu komunikacyjnego;
6) Stereotypizacja, która generalnie negatywnie wpływa na komunikację, jest zjawiskiem dość rozpowszechnionym wśród cudzoziemców. Jednak istnieje i przeciwna tendencja – przeciwstawianie się stereotypom dotyczącym innych grup obcokrajowców;
7) Negatywne postawy są impulsem do agresji czynnej, agresji werbalnej oraz agresji niewerbalnej.

BIBLIOGRAFIA

Agryle M., 1991, *Psychologia stosunków międzyludzkich*, Warszawa.

Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M., 1997, *Psychologia społeczna: serce i umysł*, Poznań.

Arutûnova V., 2002, *Lingvističeskij énciklopedičeskij slovar'*, 2 izd., Moskva.

Bell A.H., 2006, *Nie musisz tego słuchać*, tłum. J. Kubiak, Poznań.

Bilewicz M., 2008, *Być gorszymi: o reakcjach na zagrożenie statusu grupy własnej*, Warszawa.

Birgit G., Grabowska I., Kuvik A. (red. nauk.), 2013, *Mobility in Transition. Migration Patterns after EU Enlargement*, Amsterdam.

Bohdanowicz-Spanili W., 1996, *Zależność między wyposażeniem językowym a pewnymi formami agresji u młodzieży dorastającej*, Warszawa.

Čerkasova M.N., 2011, *Rečevye formy agressii v tekstah SMI: monografiâ*, Rostov-na--Donu.

Czyżewski F., Krawczyk-Tyrpa A., 2008, *Tabu językowe i eufemizacja w dialektach słowiańskich*, Lublin.

Dąbrowska A. (red. nauk.), 2009, *Tabu w języku i kulturze*, Wrocław.

Dubisz 2003a: Dubisz S. (red. nauk.), 2003, *Uniwersalny słownik języka polskiego*, tom I, A-G, Warszawa.

Dubisz 2003b: Dubisz S. (red. nauk.), 2003, *Uniwersalny słownik języka polskiego*, tom II, H-N, Warszawa.

Dubisz 2003c: Dubisz S. (red. nauk.), 2003, *Uniwersalny słownik języka polskiego*, tom III, O-Q, Warszawa.

Dubisz 2003d: Dubisz S. (red. nauk.), 2003, *Uniwersalny słownik języka polskiego*, tom IV, R-V, Warszawa.
Dubisz 2003e: Dubisz S. (red. nauk.), 2003, *Uniwersalny słownik języka polskiego*, tom IV, W-Ż, Warszawa.
Foley W.A., Van Valin R.D, 1984, *Functional syntax and universal grammar*, Cambridge.
Głąbicka K., Okólski M., Stola D., 1998, *Polityka migracyjna Polski*, Warszawa.
Grabias S., 1991, *Kultura słowa a sprawności komunikacyjne*, „Polonistyka", z. 7, s. 419--429.
Grzymała-Moszczyńska H., Kwiatkowska A., Roszak J. (red.), 2010, *Drogi i rozdroża: migracje Polaków w Unii Europejskiej po 1 maja 2004 roku. Analiza psychologiczno--socjologiczna*, Kraków.
ICRMW: *International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families*, 18 December 1990 (entered into force 1 July 2003), [w:] UN Documentation Centre [online], http://www.un.org/documents/ga/res/45/a45r158.htm (dostęp: 10.05.2015).
Kamińska-Szmaj I., 2007, *Agresja językowa w życiu publicznym: leksykon inwektyw politycznych 1918–2000*, Wrocław.
Keith A., Burridge K., 2006, *Forbidden Words. Taboo and the Censoring of Language*, New York.
Kostrova O., 2005, *Diskursivnye tabu v mežkul'turnoj naučnoj kommunikacii*, [w:] Fenenko N.A. (red.), *Kul'turnye tabu i ih vliânie na rezul'tat kommunikacii: sbornik naučnyh trudov*, Voronež, s. 252-262.
Krysin L., 1994, *Èvfemizmy v sovremennoj russkoj reči*, „Rusistika", z. 1-2, s. 28-49.
Kurcz I., Skażyńska K. (red.), 2000, *Słownik psychologii*, Warszawa.
Le Querler N., 1996, *Typologie des modalités*, Caen.
Markowski A., 1992, *Polszczyzna końca XX wieku*, Warszawa.
Mesthire R. (red.), 1994, *Concise encyclopedia of sociolinguistics*, Amsterdam, New York, Oxford, Shannon, Singapore, Tokyo.
Miluska J., 2008, *Obrazy społeczne grup narażonych na dyskryminację: uwarunkowania społeczno-demograficzne i psychologiczne*, Poznań.
Nelson T.D., 2003, *Psychologia uprzedzeń*, Gdańsk.
Peisert M., 2004, *Formy i funkcje agresji werbalnej: próba typologii*, Wrocław.
Pisarkowa K., 1975, *Składnia rozmowy telefonicznej*, Wrocław.
Polański K. (red.), 1993, *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*, Wrocław.
Porayski-Pomsta J., 1994, *Umiejętności komunikacyjne dzieci w wieku przedszkolnym. Studium psycholingwistyczne*, Warszawa.
Searle J.R., 1987, *Czynności mowy: rozważania z filozofii języka*, tłum. B. Chwedeńczuk, Warszawa.
Ŝerbinina Û.V., 2004, *Russkij âzyk: rečevaâ agressiâ i puti ee preodoleniâ. Učebnoe posobie*, Moskva.
Stachura M., 2010, *Wrogowie porządku rzymskiego: studium zjawiska agresji językowej w Kodeksie Teodozjusza, Nowelach Postteodozyjańskich i Konstytucjach Sirmondiańskich*, Kraków.
Steiner F., 1967, *Taboo*, Harmondsworth.

Stola D., 2012, *Kraj bez wyjścia? Migracje z Polski 1949–1989*, Warszawa.
Strazny Ph. (red.), 2005, *Encyclopedia of linguistics. Vol. 2, M-Z*, New York, Oxon.
Ustawa: *Закон «Про засади державної політики» № 5029-VI*, [w:] Wikipedia [online], https://ru.wikipedia.org/wiki/Закон_Украины_об_основах_государственной_языковой_политики (dostęp: 10.02.2015).

Communication of Immigrants with Poles. Phenomena of Language Consciousness and Communication Consciousness

Summary: The paper presents the results of sociolinguistic research conducted among immigrants between December 2014 and February 2015 in Warsaw. The objective of the research was to investigate language and communicative awareness of immigrants. The following features have been described on the basis of questionnaire and interview analyses: 1) knowledge, 2) communicative competence, 3) emotions, 4) evaluations, 5) stereotypes, 6) attitudes, 7) expectations, 8) prognoses. Language awareness (communicative awareness) has been analyzed in the article as a multidimensional phenomenon. Examples of positive behaviours and negative behaviours (verbal aggression and non-verbal aggression) have been presented. The paper describes possible obstacles to effective communication between immigrants and Polish people.

Keywords: language awareness, communicative awareness, immigrants, foreigners, aggression, verbal aggression, non-verbal aggression, taboos, stereotypes, effective communication

MARIA ŻABOKLICKA
(Uniwersytet Warszawski)

WYMOWA KANDYDATÓW NA STUDIA AKTORSKIE.

NA MATERIALE ZEBRANYM W AKADEMII TEATRALNEJ W WARSZAWIE PODCZAS EGZAMINÓW NA WYDZIAŁ AKTORSKI W 2011 ROKU

STRESZCZENIE: Głównym założeniem niniejszej pracy było sprawdzenie stanu wymowy kandydatów na studia aktorskie oraz zweryfikowanie świadomości kandydatów na temat ich własnej wymowy. Wyznaczony cel udało się zrealizować dzięki współpracy z Wydziałem Aktorskim Akademii Teatralnej im. Aleksandra Zelwerowicza w Warszawie, którego władze w czerwcu 2011 roku wyraziły zgodę na przeprowadzenie badań wśród kandydatów biorących udział w rekrutacji na pierwszy rok studiów. Metody wykorzystane w procesie badawczym to przede wszystkim: wywiad, ankieta i obserwacja jawna. Na podstawie zgromadzonych nagrań filmowych i kwestionariuszy ankietowych udało się dokonać oceny warunków twarzowo-zgryzowych kandydatów, przeprowadzić analizę staranności ich wypowiedzi oraz sprawdzić stan ich świadomości w kwestiach związanych z własną wymową.
Wnioski płynące z przeprowadzonych badań mogą stanowić ciekawe źródło wiedzy na temat przygotowania kandydatów aspirujących do zawodu aktorskiego.

SŁOWA KLUCZOWE: wymowa, staranność wypowiedzi, świadomość, kandydat, studia aktorskie

Dbałość o prawidłową i staranną wymowę winna stanowić przedmiot troski każdego rodzimego użytkownika polszczyzny. Świadczy ona o dojrzałym i odpowiedzialnym stosunku względem języka, który jest przecież jednym z wyznaczników tego, co charakteryzuje tożsamość narodową. W tym kontekście równie ważny jest także wymiar społeczny – posługując się piękną i wyrazistą mową, okazujemy szacunek innym użytkownikom języka, naszym odbiorcom i interlokutorom. Kwestia ta nabiera szczególnego znaczenia w przypadku osób wykonujących na co dzień zawód nierozerwalnie związany z mową. Wówczas precyzja artykulacyjna oraz staranność wypowiedzi są kluczowym narzędziem pracy, a zarazem wizytówką danej osoby, świadczącą o jej profesjonalnym podejściu do wykonywanych obowiązków. W czołówce tego rodzaju zawodów, w których

słowo mówione stanowi wartość nadrzędną, znajduje się bez wątpienia zawód aktorski. Podobnie jak przed laty, tak i dziś postrzegany jest on – zresztą bardzo słusznie – jako zawód prestiżowy, zarezerwowany dla stosunkowo wąskiego grona tych, których talent i wypracowane umiejętności są wyrazem artystycznego kunsztu. Osoby chcące wykonywać w przyszłości zawód aktorski powinny zatem posiadać odpowiednie predyspozycje, nade wszystko zaś powinny cechować się dbałością o piękną i staranną wymowę.

Wymagania względem kandydatów na studia aktorskie

Dr Mieczysława Walczak-Deleżyńska z PWST we Wrocławiu podkreśla: „Dobrze wykonujący swoje rzemiosło aktor odznacza się większą, niż to bywa przeciętnie, świadomością sztuki mówienia, celów i środków, znajomością materiału, sprawnością narządów mowy. Jego wymowa ma być piękna, bogata, melodyjna, wyraźna i wyrazista”[1].

Tego wszystkiego przyszli aktorzy uczą się podczas studiów, a tak naprawdę kształcą się w tym zakresie przez całe życie. W szkołach teatralnych obowiązują jednak pewne kryteria, zgodnie z którymi rekrutuje się kandydatów na pierwszy rok studiów. Wymagania stawiane kandydatom dotyczą w dużej mierze względów fizycznych i zdrowotnych, takich jak: prawidłowa budowa i praca aparatu artykulacyjnego, dobry słuch, odpowiednia emisja głosu. Od osób przystępujących do egzaminów wstępnych oczekuje się również pewnych ponadprzeciętnych zdolności, do których zaliczają się: doskonała pamięć, wrażliwość artystyczna, twórcza wyobraźnia, ale także: odporność psychiczna i umiejętność radzenia sobie ze stresem. Z perspektywy podjętego przeze mnie tematu najważniejsze są jednak kryteria dotyczące mowy. Osoba aspirująca do zawodu aktora powinna posiadać nienaganną dykcję oraz właściwą artykulację. Jest to niezbędne do tego, by podawany przez tę osobę tekst był dla odbiorcy słyszalny, a nade wszystko zrozumiały. Wymowa kandydata powinna więc odznaczać się starannością, dbałością o szczegóły, a także być zgodna z polską normą ortofoniczną. Kandydatowi nie powinno sprawiać problemów artykułowanie trudnych grup spółgłoskowych. Jego dykcję cechować ma wyrazistość, która tożsama jest z precyzją artykulacyjną. Sama artykulacja natomiast powinna być czysta i dokładna, a jednocześnie świadoma, swobodna i – co najważniejsze – naturalna. Niepożądane jest, aby wymowa jakichkolwiek głosek wymagała od kandydata widocznego wysiłku. To wywołuje efekt sztuczności mowy i odwraca uwagę widza od granej przez aktora postaci.

[1] Walczak-Deleżyńska M., 2001, *Aby język giętki...*, Wrocław, s. 30.

Od kandydata na Wydział Aktorski wymaga się ponadto umiejętności szybkiego podawania tekstu. Przy tej okazji niezbędna jest, wspomniana wyżej, staranność artykulacyjna. Im szybsze tempo wypowiedzi aktora, tym większa musi być precyzja przy wymawianiu poszczególnych głosek i grup spółgłoskowych.

Szybkie tempo podawania tekstu skutkuje czasem niedbalstwem i brakiem staranności w wypowiadaniu niektórych jego elementów. Na scenie niedopuszczalne są jakiekolwiek uproszczenia czy upodobnienia międzywyrazowe. Dobrze jest więc, gdy kandydat na studia aktorskie już w mowie codziennej, swobodnej pilnuje, by unikać tego rodzaju nieprawidłowości.

W rozważaniach nad oczekiwaniami wobec kandydatów związanymi z mową nie sposób pominąć jeszcze jednej kwestii. Osoba, która w aktorstwie upatruje swoją zawodową przyszłość powinna zwracać baczną uwagę nie tylko na to, jak mówi, ale też co mówi. Stosowność w doborze słownictwa, a także szeroko rozumiana kultura wypowiedzi winny być podstawowymi prawidłami mowy dla osób, które chcą dołączyć do grona znakomitych przedstawicieli polskiego kina i teatru. Jak podkreśla, cytowana już wyżej, dr Walczak-Deleżyńska: „Aktor ma obowiązek mówić nie tylko poprawnie, ale... posługiwać się słowem w sposób świadomy, przemyślany i celowy, walcząc przy tym o siłę i wyrazistość języka polskiego. Słowo jest dla niego najprecyzyjniejszym narzędziem kontaktu. Dopiero potem rzeczywistość kształtowana w tym słowie stać się może płynnym żywiołem”[2].

Opis badań

Pomysł przeprowadzenia badań wśród kandydatów na studia aktorskie zrodził się z chęci zweryfikowania stanu wymowy młodych osób, aspirujących do wykonywania tego wymagającego, aczkolwiek niezwykle pasjonującego zawodu, jakim jest aktorstwo.

Realizacja powziętego tematu dokonała się przy współpracy z Akademią Teatralną im. Aleksandra Zelwerowicza w Warszawie. Władze tej renomowanej uczelni odpowiedziały pozytywnie na moją propozycję przeprowadzenia badań wśród kandydatów biorących udział w rekrutacji na Wydział Aktorski w 2011 roku.

Serdeczne podziękowania za cenne konsultacje oraz pomoc w organizacji postępowania badawczego kieruję do prof. Grażyny Matyszkiewicz z Akademii Teatralnej, a także do prof. Józefa Porayskiego-Pomsty – Promotora mojej pracy dyplomowej, której tematem uczyniłam omawiane tutaj zagadnienie.

[2] Ibidem, s. 30.

Określając celowość badań, w skład moich zainteresowań weszły zarówno wrodzone predyspozycje kandydatów (tj. poprawność artykulacyjna, płynność wypowiedzi, ogólne warunki anatomiczne narządów mowy), jak również ewentualna pomoc specjalistycznej, z której kandydaci na studia aktorskie korzystają, przygotowując się do egzaminów wstępnych.

Pierwszą z tych kwestii miałam okazję zweryfikować podczas samych egzaminów i konsultacji logopedycznych, w których uczestniczyłam jako obserwator, a także mając bezpośredni, indywidualny kontakt z kandydatami w czasie realizacji materiału filmowego, służącego jako materiał badawczy. O sprawy związane z ingerencją osób trzecich w przygotowanie kandydatów do egzaminów spytałam w przygotowanej przez siebie ankiecie. Istotne było dla mnie, czy kandydaci na studia aktorskie przed przystąpieniem do egzaminów korzystają z pomocy specjalistów (na przykład logopedy) oraz czy w jakiś szczególny sposób kształcą się w zakresie prawidłowej dykcji i artykulacji. Inną formą ingerencji w przygotowania do bycia aktorem jest poddanie się leczeniu ortodontycznemu, jeśli istnieją ku temu wskazania.

Celem badań prowadzonych pod tym kątem było uzyskanie odpowiedzi na pytanie: w jakim stopniu przygotowanie kandydatów do egzaminów na Wydział Aktorski jest odzwierciedleniem ich naturalnych warunków i predyspozycji, a w jakim jest to efekt ich współpracy z fachowcami różnych specjalności.

Podczas przygotowań do procesu badawczego powstała myśl o podjęciu jeszcze jednej ważnej kwestii – jest nią świadomość kandydatów dotycząca ich własnej wymowy. Uznałam, iż przy okazji badań nad poprawnością artykulacyjną osób pretendujących do zawodu aktora warto sprawdzić również, jaki jest stan wiedzy tych osób na temat jakości ich wymowy. To założenie wydało mi się wielce interesujące, tym bardziej, że w mojej ocenie wnosi ono w dziedzinę logopedii artystycznej pewnego rodzaju nowatorstwo. Badania nad wymową kandydatów na studia aktorskie były już niegdyś prowadzone na akademiach teatralnych w naszym kraju, a wśród ich autorek należałoby wymienić tak znakomite osobistości, jak: prof. Danuta Michałowska czy dr Mieczysława Walczak-Deleżyńska. Nie posiadam jednak informacji, jakoby kiedykolwiek przedmiotem zainteresowania tego typu badań było to, w jaki sposób swoją wymowę postrzegają sami kandydaci. W postępowaniu badawczym szczególny nacisk starałam się położyć na to, czy kandydaci mają świadomość ewentualnych swoich niedoskonałości artykulacyjnych lub wad wymowy oraz czy świadomość ta wynika z odbytych kiedyś przez nich konsultacji logopedycznych czy z ich osobistego przeświadczenia. Do zbadania samoświadomości artykulacyjnej kandydatów posłużyło zestawienie wypełnionych i podpisanych przez nich ankiet z nagraniami filmowymi, prezentującymi próbki ich mowy spontanicznej.

Analiza wyników badań

1. Ogólna charakterystyka kandydatów

Podczas czternastodniowego postępowania badawczego na Wydziale Aktorskim warszawskiej Akademii Teatralnej przygotowaną przeze mnie ankietę logopedyczną wypełniło w sumie 100 osób. Wśród nich jest 39 mężczyzn i 61 kobiet. Nieco ponad połowa ze wspomnianej grupy 100 osób zgodziła się wziąć udział w nagraniu filmowym, dzięki czemu uzyskałam cenny materiał rejestrujący próbki mowy spontanicznej 52 kandydatów na studia aktorskie. Spośród tej grupy 21 osób to mężczyźni, kobiet jest o dziesięć więcej.

Kandydaci biorący udział w rekrutacji na Wydział Aktorski przyjechali z różnych części Polski, zarówno z dużych miast, jak i mniejszych miejscowości. Nie tylko pochodzenie, ale i wiek kandydatów na Wydział Aktorski był dość mocno zróżnicowany. Najmłodsze osoby biorące udział w rekrutacji oraz w moich badaniach miały 18 lat. Najstarsze nie mogły mieć więcej lat niż 30, gdyż taki limit wiekowy obowiązuje kandydatów na studia aktorskie w tejże uczelni. W grupie 52 kandydatów biorących udział w nagraniach filmowych znalazły się zarówno osoby, które zaledwie kilka dni przed przesłuchaniami ukończyły liceum i przystąpiły do pisania matur, jak i takie, które już studiują czy pracują.

Ogromna większość podkreślała swe zamiłowanie do teatru i zaznaczała, że swoją przyszłość widzi tylko w powiązaniu z zawodem aktora. Wśród studentów liczną grupę stanowiły osoby, które nie odnajdują się na wybranych przez siebie kierunkach studiów. Mówiły one o braku możliwości realizowania się w tym, co jest ich pasją. Teatr ma dla nich tak wielkie znaczenie, że studiowanie innego kierunku wydaje się być w ich mniemaniu bezużyteczne i pozbawione sensu. Tego rodzaju spostrzeżeniami podzielili się studenci takich kierunków, jak: filologia klasyczna, pedagogika, kulturoznawstwo, socjologia czy politologia.

W grupie osób zdeterminowanych do pracy w zawodzie aktora znalazły się również takie, które swojej kariery aktorskiej nie uzależniają wyłącznie od tego, czy uda im się dostać na Akademię Teatralną czy też nie. Podkreślają one, że nie wyobrażają sobie życia bez teatru i gry na scenie – stąd ich przekonanie, że brak możliwości studiowania na Wydziale Aktorskim nie zamknie im wcale drzwi do wykonywania tego zawodu. Mają już bowiem na swoim koncie pierwsze doświadczenia związane z grą aktorską. Angażują się także w różnego rodzaju działalność artystyczną, chociażby prowadząc w swoich rodzinnych miejscowościach warsztaty aktorskie dla dzieci i młodzieży.

Ciekawym jest, że kilka osób zadeklarowało, iż odnalazły swoje powołanie również w innych dziedzinach nauki i sztuki. Z chwilą ewentualnego zakwalifikowania się na listę studentów Akademii Teatralnej nie zamierzają rezygnować ze swoich dotychczasowych zajęć. Wśród osób zadowolonych z obranych przez siebie kierunków studiów znaleźli się studenci: filologii klasycznej, pedagogiki, logopedii oraz turystyki i rekreacji. Kandydaci, którzy na co dzień pracują, także w przeważającej mierze czerpią satysfakcję z wykonywanej przez siebie profesji – należy wspomnieć tu zawody takie, jak: niania, przedszkolanka, kelnerka czy barman.

2. Warunki twarzowo-zgryzowe kandydatów. Zaburzenia mowy spowodowane nieprawidłową budową anatomiczną i/lub złą pracą narządów mowy

Analizując 52 nagrania filmowe, ustaliłam, że aż ponad 80% badanych posiada wadliwą budowę anatomiczną narządów artykulacyjnych. W przeważającej części objawia się to wadami zgryzu i nieprawidłowościami zębowymi. Anomalie dotyczą jednak także niewłaściwych ruchów żuchwy, braku odpowiedniego napięcia mięśni wargowych i – nader często – złej pracy języka. Istnieją przypadki, w których niekorzystne warunki anatomiczne narządów artykulacyjnych nie przekładają się na jakość wymowy. Zazwyczaj nieprawidłowość sprowadza się wtedy do drobnych skrzywień w łukach zębowych, które mogą zostać skorygowane w wyniku leczenia ortodontycznego. Niestety większą grupę stanowią osoby, którym trudne warunki twarzowo-zgryzowe utrudniają lub wręcz uniemożliwiają poprawną artykulację poszczególnych głosek i grup spółgłoskowych.

A) Nieprawidłowości zgryzowo-zębowe

Nieprawidłowości zgryzowo-zębowe należą do najczęściej występujących wad w budowie anatomicznej aparatu artykulacyjnego, co potwierdza się również w przypadku badanych przeze mnie kandydatów na studia aktorskie. 42 kandydatów spośród 52 biorących udział w nagraniach (a więc aż 81%) cechują mniej lub bardziej znaczące nieprawidłowości zębowe. U 50% z nich nieprawidłowości te nie mają bezpośredniego wpływu na artykulację. Pozostałych 21 osób prezentuje różne typy zaburzeń dyslalicznych, głównie związane z nieprawidłową realizacją głosek dentalizowanych.

Wśród 42 kandydatów, u których występują jakiekolwiek nieprawidłowości zębowe, aż 34 przypadki dotyczą skrzywień zębów w górnym i/lub dolnym łuku zębowym. 59% (20) tych osób nie posiada innych nieprawidłowości zębowych

poza wspomnianymi skrzywieniami. Jeśli skrzywienia te są stosunkowo niewielkie i nie zaburzają w sposób znaczący artykulacji, to założenie aparatu ortodontycznego, który pozwoli w przyszłości uzyskać prawidłowy zgryz, może okazać się niekłopotliwym warunkiem, dającym utalentowanej osobie możliwość studiowania na Wydziale Aktorskim. Niestety, skrzywieniom zębów towarzyszą niekiedy poważne wady zgryzu, które przybierają najróżniejsze formy, na przykład w postaci zgryzu otwartego bądź głębokiego. Te deformacje nie pozostają już zazwyczaj bez wpływu na wymowę. Zestawienie najpoważniejszych nieprawidłowości zgryzowo-zębowych, odnotowanych w badanej grupie kandydatów na studia aktorskie, prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Występowanie nieprawidłowości zgryzowo-zębowych w grupie 52 kandydatów

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba przypadków	Liczba przypadków w %
Skrzywienie górnych i/lub dolnych zębów	34	65%
Zgryz otwarty	4	8%
Zgryz głęboki	1*	4%*
Przodozgryz	2	4%
Tyłozgryz	3	6%
Zgryz krzyżowy	3	6%
Protruzja	8	15%
Retruzja	2**	4%**
Diastema	3	6%
Szerokie przestrzenie międzyzębowe	2	4%
Stłoczenie zębów	7	13%
Zbyt wąski zgryz	4	8%
Szeroko rozbudowane szczęki	4	8%
Duże, szerokie i/lub zbyt długie zęby	12	23%
Osoby z wadami zgryzu wpływającymi na wymowę	21	50%
Osoby z wadami zgryzu bez wpływu na wymowę	21	50%
Osoby z wadami zgryzu ogółem	42	81%

* Dane dotyczą grupy 25-osobowej uczestniczącej w konsultacjach logopedycznych.
** W obu przypadkach skrzywienie zębów do wewnątrz jamy ustnej dotyczy tylko górnych siekaczy.

We wszystkich wyżej wymienionych przypadkach konieczne jest leczenie ortodontyczne. O ewentualnym przyjęciu danego kandydata na Wydział Aktorski decyduje pomyślność rokowań co do wyeliminowania wady zgryzu, a także wybitne zdolności aktorskie, rekompensujące w stopniu znacznym wszelkie nieprawidłowości anatomiczne w budowie aparatu artykulacyjnego. Jednak mimo gotowości do podjęcia leczenia, kandydaci z trudnymi przypadkami wad zgryzu nie rokują pozytywnie, a tym samym odpadają już w pierwszym etapie rekrutacji na Wydział Aktorski – po konsultacjach logopedycznych.

B) Inne nieprawidłowości w budowie i funkcjonowaniu narządów mowy

Aparat artykulacyjny to – poza zębami – także żuchwa, podniebienie twarde i miękkie, wargi oraz język. Każdy z tych narządów mowy powinien być zbudowany w sposób prawidłowy, by nie zaburzać brzmienia poszczególnych głosek. Oprócz prawidłowej budowy niezbędne jest także właściwe ich funkcjonowanie w procesie nadawania mowy. Tyczy się to przede wszystkim osób zawodowo pracujących głosem, w szczególności zaś aktorów. Tymczasem kandydaci na studia aktorskie odznaczają się niekiedy poważnymi nieprawidłowościami w tym zakresie.

Ocena budowy i sprawności języka jest jednym z najważniejszych elementów diagnozy logopedycznej. Odpowiednia gibkość i sprawność tego narządu mowy stanowi kluczowy warunek uzyskania prawidłowej artykulacji większości głosek występujących w polszczyźnie. W kwestii budowy anatomicznej języka ewentualne nieprawidłowości dotyczą głównie jego rozmiarów. Wśród badanych przeze mnie osób występuje jeden przypadek pseudomakroglosji – zbyt duży język w stosunku do wąskiej jamy ustnej został zdiagnozowany podczas konsultacji logopedycznych u kandydata, który posiada jeszcze inne nieprawidłowości w budowie aparatu artykulacyjnego. Wymowa tej osoby jest niewyraźna, zniekształcona wizualnym i akustycznym efektem „klusek w jamie ustnej".

Problemem może być także zbyt krótki język, co najczęściej spowodowane jest za krótkim wędzidełkiem podjęzykowym (ankyloglosja). Konsekwencjami tej nieprawidłowości mogą być różnego rodzaju zaburzenia realizacji głoski [r], określane w logopedii mianem rotacyzmu (inaczej: reranie). W prowadzonym na Akademii Teatralnej postepowaniu badawczym ograniczyłam się jedynie do pobrania próbki mowy spontanicznej danego kandydata i uzyskania od niego odpowiedzi na pytania zadane w ankiecie. Nie przeprowadzałam badania mającego na celu ocenę budowy wnętrza jamy ustnej. Nie jestem zatem w stanie stwierdzić, którzy z kandydatów posiadają skrócone wędzidełko podjęzykowe i czy wśród osób biorących udział w moich badaniach występują w ogóle takie

przypadki. Na podstawie filmów mogę jednak z przekonaniem wskazać, że pięcioro kandydatów posiada wadliwą wymowę głoski [r], zdiagnozowaną przeze mnie jako reranie niepełne. Charakteryzuje się ono prawidłowym, tj. przedniojęzykowo-dziąsłowym miejscem artykulacji, ale zaburzeniu ulega wibracja, a dokładnie czas jej trwania. Czubek języka nie jest w stanie wykonać kilku uderzeń, lecz zaledwie jedno, dlatego słyszalny dźwięk określa się często jako r jednouderzeniowe. Niewykluczone, że wśród opisywanych osób występują także przypadki ankyloglosji, skutkujące utrwaleniem się rotacyzmu. Z wyżej wymienionych powodów nie posiadam jednak wiedzy na ten temat.

Obok prawidłowej budowy anatomicznej bardzo ważna jest także odpowiednia ruchomość, sprawność języka. Zła jego praca zaburza bowiem artykulację i bardzo niekorzystnie wpływa na jakość wymowy. Najczęściej spotykanym problemem jest płaskie ułożenie języka – zazwyczaj na dnie jamy ustnej – i związany z tym brak pionizacji. W takiej sytuacji zaburzeniu ulegają głoski przedniojęzykowo-zębowe i przedniojęzykowo-dziąsłowe, przede wszystkim zaś głoski tzw. trzech szeregów. Aż 29 badanych osób, biorących udział w nagraniach, charakteryzuje się płaskim ułożeniem języka w jamie ustnej w trakcie artykulacji. Są to zatrważające dane, gdyż dowodzą, że blisko 56% kandydatów na studia aktorskie ma problemy z odpowiednią pionizacją języka, a co za tym idzie – posiada spowodowane tym niedostatkiem zaburzenia mowy. Wśród nich są osoby „płasko" artykułujące głoski [t], [d], [n], osoby odznaczające się osłabioną palatalizacją, jednak większość stanowią osoby, które wadliwie realizują głoski trzech szeregów. Najczęściej występującą wadą wymowy wśród kandydatów rekrutujących na Wydział Aktorski Akademii Teatralnej jest właśnie seplenienie (inaczej: sygmatyzm), polegające na nieprawidłowej realizacji głosek [s], [z], [c], [ʒ], [š], [ž], [č], [ǯ], [ś], [ź], [ć], [ʒ́]. U części osób przyczyną sygmatyzmu są nieprawidłowości zgryzowo-zębowe. Kolejną grupę stanowią osoby, których język ma ograniczoną bądź niewykształconą zdolność pionizacji. Nie brak też jednak kandydatów z jednoczesnym występowaniem anomalii zgryzu i płaskiego ułożenia języka. Biorąc pod uwagę wszystkie rodzaje przyczyn, seplenienie zaobserwowałam u 31 osób na 52 badane, co stanowi blisko 60%. Prawie w każdym przypadku zaburzeniu ulegają głoski wszystkich trzech szeregów. Jedynie trzy osoby nieprawidłowo artykułują same tylko głoski syczące. Specyficznym rodzajem sygmatyzmu jest seplenienie międzyzębowe, charakteryzujące się interdentalnym (międzyzębowym) ułożeniem języka w czasie artykulacji. Seplenienie międzyzębowe odnotowałam u ośmiorga kandydatów.

Kolejnym narządem mowy, któremu poświęciłam uwagę w postępowaniu badawczym, są wargi. Znikoma ruchomość górnej wargi to problem odnotowany u siedmiorga kandydatów. W każdym z tych przypadków brak odpowiedniej

sprawności mięśnia okrężnego warg spowodowany jest niedbałą wymową – niedostatecznym otwieraniem ust w trakcie wymowy i niestarannym wypowiadaniem głosek.

16 osób wyróżnia asymetryczna, niekiedy nawet manieryczna praca warg, występująca z taką samą częstotliwością zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn (8:8). Przyczyną tej nieprawidłowości jest zazwyczaj wzmożone napięcie mięśnia okrężnego warg.

Inną istotną cechą, zaburzającą prawidłową pracę warg, są duże, wystające zęby, głównie w górnym łyku zębowym. Na szczególną uwagę zasługuje wymowa kandydatki, której wąski zgryz i bardzo duże, szerokie, a przez to stłoczone zęby w górnym łuku powodują niedomykalność ust w czasie artykulacji. Głoski wargowe są więc w tym przypadku realizowane wargowo-zębowo (!).

Aż u 21 osób zaobserwowałam nieprawidłową pracę żuchwy. W siedmiu przypadkach nieprawidłowości te polegają na asymetrycznej pracy żuchwy, w czterech natomiast – na nawykowym wypychaniu żuchwy podczas mówienia. Zbyt silne napięcie w stawie skroniowo-żuchwowym to aktualnie problem coraz powszechniejszy, a wśród młodego pokolenia zdaje się być wręcz prawdziwą plagą. Tego typu przypadki można by pobieżnie określić mianem szczękościsku i sklasyfikować jako nawykowe zaburzenie wynikające z braku staranności w mówieniu. Jednak przyczyny tego zjawiska mogą być dużo bardziej skomplikowane, a ich źródeł należałoby niekiedy szukać właśnie w patologicznej fizjologii aparatu artykulacyjnego. Wśród kandydatów na studia aktorskie, którzy znaleźli się w badanej przeze mnie grupie, aż 14 osób charakteryzuje się zbyt silnym napięciem w stawie skroniowo-żuchwowym, czyli potocznie rozumianym szczękościskiem. Jest to więc aż 27%. Część tych przypadków jest z całą pewnością wynikiem niedbalstwa i niestarannego wymawiania poszczególnych głosek, a co za tym idzie – całych wyrazów i fraz. Na utrwalenie się szczękościsku niebagatelny wpływ ma też stres, który powoduje zacisk szczęk i napięcie nie tylko w stawie skroniowo-żuchwowym, ale także w poszczególnych partiach głowy, szyi i reszty ciała.

Deformacje w budowie anatomicznej podniebienia, tak twardego, jak i miękkiego, stanowią kolejną przyczynę zniekształceń brzmieniowych głosek. Z uwagi jednak na charakter prowadzonych przeze mnie badań i brak bezpośredniego wglądu w głąb jamy ustnej kandydatów, nie mogłam określić, czy budowa podniebienia osób biorących udział w nagraniach jest prawidłowa. Bazuję jedynie na obserwacjach poczynionych w trakcie konsultacji logopedycznych, kiedy to kandydaci poddawani byli szczegółowym badaniom aparatu artykulacyjnego, a zatem także i wnętrza jamy ustnej. Uczestniczyłam w konsultacjach logopedycznych 25 osób. Spośród nich 10 pojawiło się później w moich nagraniach. Nieprawidłowo ukształtowane podniebienie zaobserwowano u ośmiu

z 25 kandydatów, w tym u trzech kandydatów z moich nagrań. Wyniki te pozwalają wysnuć tezę, że około 30% osób posiada nieprawidłowości w budowie podniebienia. Najczęściej występującą wadą jest w tym przypadku tzw. podniebienie gotyckie. Charakteryzuje się ono mocnym wysklepieniem, w kształcie przypominającym strzelisty, ostro zakończony łuk gotycki. Przy tego rodzaju budowie mogą pojawiać się problemy z wymową głosek dziąsłowych, gdyż droga czubka języka do wałka dziąsłowego jest wydłużona i utrudniona. Podniebienie gotyckie wystąpiło u pięciu kandydatów badanych podczas obserwowanych przeze mnie konsultacji logopedycznych. Łagodniejszą formą nieprawidłowości związanych z budową podniebienia jest podniebienie półgotyckie. Odnotowałam 3 takie przypadki w grupie 25-osobowej.

Tabela 2. Występowanie nieprawidłowości w budowie i pracy narządów artykulacyjnych

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba przypadków	Liczba przypadków w %
Płaskie ułożenie języka (brak odpowiedniej pionizacji)	29	56%
Międzyzębowa pozycja języka	8	15%
Mała ruchomość wargi górnej	7	13%
Asymetryczna praca warg	16	31%
Nieprawidłowa praca żuchwy	21	40%
Silne napięcie w stawie skroniowo-żuchwowym (tzw. szczękościsk)	14	27%
Nieprawidłowości w budowie podniebienia	8*	32%*
Osoby z nieprawidłowościami wpływającymi na wymowę	41	95%
Osoby z nieprawidłowościami bez wpływu na wymowę	2	5%
Osoby z nieprawidłowościami w ogóle	43	83%

* Dane dotyczą grupy 25-osobowej uczestniczącej w konsultacjach logopedycznych.

3. Staranność artykulacyjna kandydatów

Dokonując oceny dbałości artykulacyjnej na podstawie zebranego materiału filmowego, miałam na uwadze fakt, że kandydaci w momencie nagrania znajdowali się w sytuacji stresu spowodowanego egzaminami na Wydział Aktorski. Jestem również świadoma, że wypowiedź przed kamerą była dla nich w pewien sposób krępująca. Pojawiające się w wypowiedziach „potknięcia" językowe czy

artykulacyjne mogą być więc do pewnego stopnia efektem rozemocjonowania udzielającego się wszystkim uczestnikom rekrutacji, jak również wynikiem tremy towarzyszącej samemu nagraniu. Z drugiej jednak strony każda z osób została przed nagraniem poinformowana o celu zbieranego materiału badawczego, a zatem kandydaci mieli świadomość, że ich wypowiedzi zostaną poddane ocenie pod względem staranności i wyrazistości artykulacyjnej. Ponadto – odnosząc się do kwestii nagrań – osoby aspirujące do zawodu aktora powinny w miarę swobodnie czuć się przed obiektywem kamery i jej obecność nie powinna rzutować na jakość wypowiedzi. Tym bardziej, że każda z nagrywanych osób miała dowolność w wyborze tematu swojego krótkiego przemówienia.

W spontanicznych wypowiedziach kandydatów pojawiło się stosunkowo dużo błędnych realizacji poszczególnych głosek i grup spółgłoskowych, z których najważniejsze to: redukcja/elizja samogłosek ustnych (3), ścieśnienie samogłosek ustnych (6), nieuzasadnione dodanie samogłoski (2), denazalizacja samogłosek nosowych (5), wymowa dyftongiczna samogłosek nosowych (13), wymowa labialnego [u̯] w miejsce samogłoski nosowej na końcu wyrazu (10), słaby nagłos wyrazów (7), słaby wygłos wyrazów (16), redukcja/elizja spółgłosek (21), osłabione zwarcia (17), osłabiona palatalizacja/rozsunięcie (3), nieuzasadnione ubezdźwięcznienia (5), uproszczenia grup spółgłoskowych *fs̃*, *fsk*, *fstfo* (4), zanik [u̯] niezgłoskotwórczego w sąsiedztwie dwóch samogłosek (24), upodobnienia (13), uproszczenia na styku wyrazów (7), zbitki międzywyrazowe (13)[3].

Liczne nieprawidłowości wymawianiowe występujące w swobodnych wypowiedziach kandydatów są najczęściej wynikiem „lenistwa artykulacyjnego", które współcześnie cechuje zwłaszcza młodych ludzi. Tendencja do podświadomego oszczędzania energii równoznaczna jest z obniżeniem aktywności poszczególnych narządów aparatu artykulacyjnego.

Tego typu zależności wykazał już w latach 80. prof. Świdziński, prowadząc badania na grupie aktorów scen polskich, czynnie wykonujących swój zawód[4]. Okazało się wówczas, że dążność do oszczędnego wypowiadania słów nieobca jest również aktorom i to nawet w czasie, gdy stoją oni na deskach teatru, wcielając się w role bohaterów spektakli. Fakt ten nie może być jednak usprawiedliwieniem dla niestarannej wymowy współczesnej młodzieży. Młodzieży aspirującej do wykonywania jednego z najbardziej prestiżowych zawodów. Młodzieży, która stanowić będzie niejako o przyszłości polskiego języka mówionego. Nieprawidłowości czy wręcz błędy wymawianiowe występujące w wypowiedziach kandydatów są tym bardziej niepokojące, że niejednokrotnie wpływają one na zmianę

[3] W nawiasach podano odnotowaną ilość wystąpień danej nieprawidłowości wymawianiowej.
[4] M. Świdziński, 1988, *Dzisiejsza polska mowa sceniczna*, Warszawa.

lub utratę sensu nie tylko jednego wyrazu, ale i całego zdania. Takie sytuacje nie powinny mieć w ogóle miejsca – zwłaszcza zaś nie powinny przytrafiać się osobom, które swoją przyszłość wiążą właśnie ze słowem mówionym.

4. Regionalizmy i dialektyzmy w wymowie kandydatów

W wypowiedziach czterech spośród 52 badanych osób, ubiegających się o przyjęcie na studia aktorskie, usłyszeć można pewne fonetyczne cechy, które są typowe dla konkretnych regionów, a tym samym zdradzają pochodzenie terytorialne tychże kandydatów.

1) Kandydatka z miejscowości Sądowa Wisznia, niedaleko Lwowa
   Wymowa kandydatki odzwierciedla cechy polszczyzny lwowskiej, inaczej – południowokresowej, w której wyraźnie słyszalne są wpływy ukraińskie: obecność miękkiego [l'] w każdej pozycji, udźwięcznienia wewnątrzwyrazowe i międzywyrazowe, denazalizacja samogłosek nosowych w wygłosie wyrazów, redukcja nieakcentowanych samogłosek [o], [e] przechodzących w [u] oraz [i], [y].
2) Kandydat pochodzący z Ciechanowa (Mazowsze dalsze)
   W wymowie kandydata samogłoski nosowe albo ulegają odnosowieniu (wewnątrz wyrazów), albo realizowane są konsonantycznie (w wygłosie wyrazów).
3) Kandydatka pochodząca z Mazowsza
   W wymowie kandydatki słyszalne są: fonetyczny dialektyzm mazowiecki, polegający na nadmiernym zaokrąglaniu warg (silna labializacja) podczas wymawiania samogłoski [o], a także konsonantyczna realizacja samogłosek nosowych w wygłosie wyrazów.
4) Kandydatka pochodząca z Mielca na Podkarpaciu
   Wymowę kandydatki charakteryzują typowe dla dialektu małopolskiego cechy, takie jak akcent inicjalny czy mocna labializacja towarzysząca wymowie samogłoski [o].

5. Świadomość wymawianiowa kandydatów

Dokonując analizy świadomości wymawianiowej kandydatów, bazowałam na dwojakiego rodzaju materiałach zebranych na Akademii Teatralnej – są to: ankiety wypełnione przez kandydatów oraz krótkie nagrania filmowe zawierające próbki ich mowy spontanicznej. Tylko zestawienie tych dwóch narzędzi badawczych pozwoliło rzetelnie ocenić stopień świadomości własnej wymowy u osób kandydujących na studia aktorskie. Ankiety odzwierciedlają stan wiedzy

kandydatów na temat jakości ich wymowy. Materiał filmowy jest z kolei weryfikacją tej wiedzy i stanowi udokumentowanie stanu faktycznego. Porównując wiadomości zawarte w ankiecie z wypowiedzią konkretnej osoby, zarejestrowaną na filmie, miałam możliwość wyciągnięcia wniosków co do stanu wiedzy tej osoby w zakresie jej własnej mowy.

A) Świadomość wymawianiowa osób występujących w nagraniach filmowych

W grupie 52 osób biorących udział w nagraniach, połowa, czyli 26 osób, przynajmniej raz w życiu uczestniczyła w konsultacjach logopedycznych. Jednak zaledwie w 13 przypadkach konsultacje te trwały dłużej niż pół roku. W pozostałych 13 ograniczyły się tylko do jedno- lub kilkurazowych wizyt, najczęściej mających na celu przygotowanie do egzaminów wstępnych na Wydział Aktorski Akademii Teatralnej.

Tabela 3. Dane dotyczące 26 kandydatów uczestniczących w konsultacjach logopedycznych, którzy wzięli udział w nagraniach

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba przypadków	Liczba przypadków w %
Osoby, których terapia logopedyczna trwała min. 6 miesięcy	13	50%
Osoby, które były na wizycie u logopedy tylko raz lub kilka razy	13	50%
Osoby uczestniczące w obligatoryjnych zajęciach logopedycznych	3	11%
Osoby uczestniczące w konsultacjach logopedycznych z inicjatywy rodziców	9	35%
Osoby uczestniczące w konsultacjach logopedycznych z inicjatywy nauczyciela	5	19%
Osoby uczestniczące w konsultacjach logopedycznych z własnej inicjatywy	11	42%
Osoby zadowolone z efektów konsultacji logopedycznych	20	77%
Osoby niezadowolone z efektów konsultacji logopedycznych	5	19%
Osoby określające swoją wymowę jako „wyraźną i staranną”	15	58%
Osoby mające zastrzeżenia do jakości swojej wymowy	11	42%
Osoby biorące dodatkowo udział w zajęciach dykcyjnych	20	77%

W grupie 26 osób korzystających z pomocy logopedycznej, na pytanie: „Czy, według Ciebie, Twoja wymowa jest wyraźna i staranna?" aż 11 odpowiedziało „nie", przy czym siedem z tych osób wyraziło zadowolenie z odbytych konsultacji logopedycznych. Wyraźnie widać więc brak zależności między uczestnictwem w konsultacjach a usatysfakcjonowaniem ze stanu własnej wymowy. Na ów brak zależności wskazują również przypadki osób, które deklarują zadowolenie z jakości swojej wymowy, podczas gdy nie odnotowały one żadnych efektów w związku z odbytymi konsultacjami logopedycznymi. Tego rodzaju stanowisko może wydawać się niezrozumiałe, i słusznie, bo jak wytłumaczyć, że osoba, która ma świadomość, iż stwierdzono u niej zaburzoną realizację głosek trzech szeregów i która po 10-miesięcznej współpracy z logopedą nie zauważyła w tym zakresie poprawy, jest mimo wszystko zadowolona ze swej wymowy i określa ją jako „wyraźną"...?

Kandydaci korzystający z konsultacji logopedycznych, a mimo to zgłaszający zastrzeżenia co do własnej wymowy, argumentują swoje krytyczne podejście wieloma czynnikami. Wśród nich wyróżnić można takie powody, jak: wadliwa realizacja głoski [r], zaburzona artykulacja głosek szczelinowych i zwarto-szczelinowych, niewymawianie końcówek wyrazów, mało staranna, niewyraźna, niechlujna wymowa, zła artykulacja samogłosek wynikająca z szybkiego tempa mówienia, niedbałość, pośpiech.

Brak staranności i dbałości wymawianiowej istotnie jest w tej grupie problemem dość znaczącym. Zakomunikowane w ankietach zastrzeżenia nie są zatem wynikiem zbyt krytycznego podejścia kandydatów czy ich przewrażliwienia na punkcie swojej wymowy. Należy jednak docenić fakt, że osoby, które o nich wspominają, mają wiedzę na temat występujących w ich mowie nieprawidłowości. Uświadomienie sobie problemu jest zasadniczą kwestią w planowaniu terapii logopedycznej, pozwalającą mieć nadzieję na powodzenie w pracy nad wymową. Jest to też równoznaczne z ewentualnymi pozytywnymi rokowaniami danej osoby podczas studiów na Wydziale Aktorskim.

W grupie 52 osób biorących udział w nagraniach 26 nigdy nie uczestniczyło w konsultacjach logopedycznych. 50% to dużo, zważywszy, że osoby te planują związać swoją przyszłość z zawodem, który nierozerwalnie łączy się ze słowem mówionym. Jednak ta sytuacja jest tym bardziej niepokojąca, że – w mojej ocenie – na 26 osób niekorzystających nigdy z pomocy logopedycznej, aż 20 kwalifikuje się, by z takiej pomocy skorzystać. Tylko siedem z tych 20 osób jest nie do końca zadowolonych z własnej wymowy. Argumenty, jakich używają, by uzasadnić swoje niezadowolenie, to: nerwowa, chaotyczna, niewyraźna, zbyt szybka mowa, skłonność do niechlujnej i niedbałej wymowy, problemy z realizacją głosek trzech szeregów, krzywy zgryz. Pozostałych 13 kandydatów jest

zdania, że ich wymowa jest poprawna i wyraźna, mimo, że w wielu przypadkach nieprawidłowości wymawianiowe są na tyle poważne, że z łatwością słyszy je ucho nawet przeciętnego odbiorcy.

Swoją wymowę jako „wyraźną i staranną" określają między innymi:

1) kandydatka z dużym stłoczeniem przednich zębów, uniemożliwiającym niekiedy domykalność ust i skutkującym wargowo-zębową realizacją głosek wargowych
2) kandydat z silnym szczękościskiem, asymetryczną pracą żuchwy, małą ruchomością aparatu artykulacyjnego, zaburzeniami realizacji głosek trzech szeregów i bardzo niestaranną, niedbałą wymową
3) kandydatka ze zgryzem otwartym i seplenieniem międzyzębowym oraz licznymi błędami wymawianiowymi
4) kandydatka, której wymowa nasycona jest regionalizmami oraz błędnymi realizacjami nieakceptowanymi nawet w normie potocznej (nosówki w wygłosie wymawiane jako [om], [em], silna labializacja przed [o], uproszczona realizacja grupy spółgłoskowej [tš])
5) kandydat ze znacznymi wadami w uzębieniu, [r] jednouderzeniowym i niedbałą artykulacją, obfitującą w liczne uproszczenia spółgłoskowe
6) kandydatka z ostro brzmiącą głoską [s], wadliwą artykulacją pozostałych głosek trzech szeregów, płaskim ułożeniem języka przy artykulacji głosek [t], [d], [n] oraz asymetrią pracy warg i żuchwy
7) kandydatka wadliwie realizująca głoskę [r] (znikoma sprawność języka) oraz głoski szeregu szumiącego, z silnym szczękościskiem i napięciem w okolicy mięśnia okrężnego warg (manieryczna praca warg)
8) kandydatka ze zgryzem otwartym, zaburzeniami realizacji głosek szumiących, słyszalnym w mowie akcentem wschodnim i mało staranną artykulacją
9) kandydatka z silnym szczękościskiem i bardzo małą ruchomością aparatu artykulacyjnego oraz dużą liczbą uproszczeń (w nagłosie, śródgłosie i wygłosie wyrazów)

Większość z tych nieprawidłowości i wad wymowy powinna być oczywistym sygnałem do rozpoczęcia terapii logopedycznej, tym bardziej, że część z nich jest nie tylko słyszalna, ale także widoczna. Dziwi więc, że owi kandydaci, którym przecież marzy się kariera teatralna i filmowa, nigdy nie trafili do logopedy – co więcej wyrażają oni zadowolenie z jakości swojej wymowy i nie mają względem niej żadnych zastrzeżeń. W sytuacji tej najbardziej zdumiewa jednak fakt, że aż dziewięć spośród 13 opisywanych osób uczęszcza bądź uczęszczało kiedyś na zajęcia doskonalące dykcję. Skądinąd z perspektywy czasu widzę, że jedno z pytań ankietowych mogłam nieco rozszerzyć, prosząc dodatkowo o wskazanie, jakiego rodzaju były to zajęcia i gdzie się one odbywały.

Z uwagi jednak na fakt, że okoliczności dotyczą kandydatów na studia aktorskie, można przypuszczać, że zajęcia z usprawniania dykcji, na które uczęszczali owi kandydaci, miały związek z ich zainteresowaniami i były formą warsztatów teatralnych, indywidualnych bądź grupowych. O ile można by więc usprawiedliwiać rodziców czy nauczycieli tychże kandydatów oraz niewiedzą lub nieświadomością tłumaczyć brak reakcji na utrwalające się nieprawidłowości w wymowie ich podopiecznych, o tyle nie sposób zrozumieć bezczynność w tej kwestii osób prowadzących zajęcia z doskonalenia dykcji. Wydaje się, że dla osoby pracującej z innymi nad usprawnianiem ich dykcji naturalną rzeczą powinno być skierowanie do logopedy każdego, u kogo słyszy się nieprawidłowości czy wręcz wady wymowy. Jeśli natomiast podejmuje się samodzielną próbę wyeliminowania u kogoś nieprawidłowości artykulacyjnych poprzez ćwiczenia z nim, to przede wszystkim powinno się tę osobę uświadomić, czego dane nieprawidłowości dotyczą. Niezrozumiała jest zatem sytuacja, w której kandydaci uczęszczający kiedykolwiek na zajęcia z dykcji nie są świadomi posiadanych przez siebie wad wymowy i podczas egzaminów na studia aktorskie z pełnym przekonaniem twierdzą, że ich wymowa jest poprawna i wyraźna. To pokazuje, że należałoby chyba poddać w wątpliwość kompetencje osób prowadzących z nimi zajęcia doskonalące dykcję.

Wśród siedmiorga kandydatów, którzy wyrażają niezadowolenie z jakości swojej wymowy, mimo że nigdy nie byli na konsultacji u logopedy, pięcioro kandydatów uczęszczało na zajęcia dykcyjne. Trudno zweryfikować, czy ich – skądinąd uzasadniony – krytyczny stosunek względem własnej wymowy jest wynikiem samoświadomości i „słyszenia siebie" czy też uwag poczynionych przez kogoś z ich otoczenia, na przykład przez nauczyciela dykcji. Z jednej strony cieszy fakt, że wśród kandydatów na studia aktorskie zdarzają się i takie osoby, które pomimo braku diagnozy logopedycznej są świadome przynajmniej części nieprawidłowości negatywnie rzutujących na jakość ich wymowy oraz że osoby te przynajmniej raz w życiu zetknęły się z ćwiczeniami udoskonalającymi wyrazistość artykulacyjną i dykcję. Z drugiej jednak strony wiedza tychże osób na temat ich wymowy jest znikoma, powierzchowna i ogranicza się, jak wspomniałam, jedynie do niektórych nieprawidłowości – spora część pozostaje w dalszym ciągu nieuświadomiona. Podjęcie współpracy z logopedą i zapoznanie się ze specjalistyczną diagnozą byłoby, zwłaszcza w przypadku osób aspirujących do zawodu aktora, kluczową formą dążenia do osiągnięcia możliwie jak najlepszej wymowy. Zajęcia z dykcji, czy to cykliczne czy jednorazowe, przy całym ich ogromnym wkładzie w doskonalenie „warsztatu wymawianiowego", zazwyczaj nie mają niestety charakteru indywidualnej terapii.

W grupie 26 kandydatów, którzy nigdy nie uczęszczali na konsultacje logopedyczne jest jeszcze sześć osób, których wymowę można zakwalifikować jako

poprawną i pozbawioną nieprawidłowości (poza drobnymi naleciałościami regionalnymi czy sporadycznie występującym brakiem precyzji artykulacyjnej). Warto zaznaczyć, że aż pięć z tych osób uczestniczyło lub uczestniczy w zajęciach doskonalących dykcję. Uczestnictwo w nich z pewnością ma korzystny wpływ na poprawność artykulacyjną tych osób. Sądzę jednak, że staranna wymowa jest po prostu czymś, co tych kandydatów charakteryzuje i wyróżnia. Dowodzić temu może występujące wśród nich blisko 100-procentowe zadowolenie z własnej wymowy, wynikające zapewne ze świadomości na temat jej stanu.

Osobną grupę badanych – liczącą 48 osób – stanowią kandydaci, którzy udzielili odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie, jednak nie wzięli udziału w nagraniach. Nie udało mi się zatem utrwalić na nośniku filmowym ich mowy spontanicznej, co oznacza, że nie jestem w stanie porównać ankiet z nagraniami w celu zweryfikowania stopnia świadomości tych kandydatów na temat ich własnej wymowy. Sądzę jednak, że wypełnione przez nich ankiety – zakładając, że odpowiedzi udzielali rzetelnie i zgodnie ze stanem faktycznym – stanowią cenne źródło wiedzy na temat tego, jak dużą wagę przywiązują do swojej wymowy, będąc kandydatami na studia aktorskie.

26 z 48 kandydatów jeszcze nigdy nie było na konsultacjach logopedycznych. Jednak zaledwie pięciu z nich otwarcie przyznaje, że ma zastrzeżenia co do jakości swojej wymowy. Ich niezadowolenie wynika – jak sami argumentują – z braku dokładności, niedbalstwa, złej pracy języka czy ze zbyt szybkiego tempa mówienia. W zajęciach mających na celu poprawę dykcji nie uczestniczyła nigdy tylko jedna z tych osób, pozostałe cztery posiadają tego rodzaju doświadczenie. Co ciekawe, aż 21 kandydatów nie konsultujących nigdy z logopedą swojej wymowy, deklaruje zadowolenie z niej i ocenia ją jako wyraźną i staranną. 15 z tych 21 osób przynajmniej raz w życiu uczestniczyło w zajęciach dykcyjnych[5].

Do współpracy z logopedą przyznaje się natomiast 22 z 48 ankietowanych kandydatów na studia aktorskie.

Informacje dotyczące kandydatów, którzy nie uczestniczyli w nagraniach filmowych, ale wypełnili ankiety, zawarte są w tabelach 4 i 5.

[5] Dysponując zbliżonymi danymi z grupy osób, których sposób wymowy został zarejestrowany na nośniku filmowym (kiedy to na 26 osób nie będących nigdy u logopedy 13 było zadowolonych z własnej wymowy, mimo, że 20 powinno z pomocy logopedycznej skorzystać) ośmielam się powątpiewać, czy w rzeczywistości wymowa wszystkich tych osób faktycznie nie budzi zastrzeżeń.

Tabela 4. Dane dotyczące 26 kandydatów, którzy nie wzięli udziału w nagraniach i nie uczestniczyli nigdy w konsultacjach logopedycznych

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba przypadków	Liczba przypadków w %
Osoby określające swoją wymowę jako „wyraźną i staranną”	21	81%
Osoby mające zastrzeżenia do jakości swojej wymowy	5	19%
Osoby, które uczestniczyły w zajęciach dykcyjnych	19	73%
Osoby, które nie brały do tej pory udziału w zajęciach dykcyjnych	7	27%

Tabela 5. Dane dotyczące 22 kandydatów, którzy nie wzięli udziału w nagraniach, ale uczestniczyli kiedyś w konsultacjach logopedycznych

Rodzaj nieprawidłowości	Liczba przypadków	Liczba przypadków w %
Osoby, których terapia logopedyczna trwała min. 6 miesięcy	14	64%
Osoby, które były na wizycie u logopedy tylko raz lub kilka razy	8	36%
Osoby, dla których motywacją do zgłoszenia się na konsultacje logopedyczne były egzaminy na Wydział Aktorski AT	13	59%
Osoby zadowolone z efektów konsultacji logopedycznych	20	90%
Osoby niezadowolone z efektów konsultacji logopedycznych	2	9%
Osoby określające swoją wymowę jako „wyraźną i staranną”	14	64%
Osoby mające zastrzeżenia do jakości swojej wymowy	8	36%
Osoby biorące dodatkowo udział w zajęciach dykcyjnych	21	95%

Podsumowanie
Rola logopedy w przygotowaniu kandydatów na studia aktorskie

Ideałem byłoby, gdyby każda osoba wiążąca swoją przyszłość ze studiami aktorskimi – bez względu na to, jak nieskazitelną dykcją się odznacza – udawała się z wizytą do specjalisty od wymowy. Konsultacja logopedyczna, nawet jednorazowa i odbyta na krótko przed egzaminami, stanowi dla każdego kandydata cenne źródło wiedzy na temat stanu jego wymowy, a tym samym – na temat jego

przygotowania do podjęcia nauki na wydziale aktorskim. Logopeda, dokonując diagnozy logopedycznej poprzedzonej szczegółowymi badaniami, jest w stanie określić realne szanse danego kandydata na przyjęcie do szkoły teatralnej, mając na uwadze oczywiście wyłącznie jego możliwości i umiejętności dotyczące mowy. Jeśli w jakimś przypadku występują nieprawidłowości, logopeda może zaproponować danej osobie rozpoczęcie terapii lub zachęcić do wykonywania ćwiczeń logopedycznych w domu. Może także zalecić wykonanie specjalistycznych badań, na przykład foniatrycznych czy laryngologicznych, jeżeli uzna, że występujące nieprawidłowości są na tyle niepokojące, że wymagają konsultacji lekarskiej. W przypadku wad zgryzu, zwłaszcza tych powodujących zniekształcenia w brzmieniu głosek i grup spółgłoskowych, logopeda może zasugerować założenie aparatu ortodontycznego, a także prowadzić z tą osobą terapię logopedyczną, zarówno przez cały okres leczenia, jak i po jego zakończeniu. Ćwiczenia z logopedą okazują się być niezwykle pomocne również dla tych kandydatów, w których wymowie słyszalne są regionalizmy fonetyczne lub naleciałości gwarowe. Jeżeli są oni świadomi tych odrębności, wówczas współpraca przebiega dość sprawnie i efekty w postaci wyzbycia się regionalnej wymowy przychodzą stosunkowo szybko. Jeśli natomiast regionalizmy lub dialektyzmy pozostają nieuświadomione, to zadaniem logopedy jest wytłumaczenie kandydatowi istniejących różnic, a następnie wprowadzanie odpowiednich ćwiczeń mających na celu doprowadzenie wymowy kandydata do stanu, w którym jego wypowiedzi nie będą zdradzały pochodzenia terytorialnego.

Tymczasem, jak wykazałam w swoich badaniach, z konsultacji logopedycznych korzysta tylko blisko połowa kandydatów. Brak świadomości na temat własnej wymowy często skutkuje rozczarowaniem, gdyż okazuje się, że zła dykcja dyskwalifikuje kandydata z dalszej procedury rekrutacyjnej. Nawet jeśli jednak kandydat przygotuje się starannie do zaprezentowania tekstów, to i tak nie jest w stanie ukryć przed komisją egzaminacyjną ewentualnych braków, nieprawidłowości czy wad wymowy. Stanowią one główną przyczynę niezaliczenia pierwszego etapu egzaminu do szkoły teatralnej u ponad połowy kandydujących osób.

Wnioski wynikające z realizacji powyższych założeń doprowadziły mnie do przekonania, że kandydaci przystępujący do rekrutacji na studia aktorskie zbyt mało uwagi poświęcają kwestiom dotyczącym wymowy. Z pewnością jest to wynik rozpowszechniającej się w świecie tendencji do ekonomizacji języka i skrótowości w komunikowaniu się, jednak od młodych osób aspirujących do zawodu aktorskiego należy wymagać znacznie lepszej i staranniejszej wymowy niż przedstawiona w badaniach. Ważne jest również, by krzewić wśród młodzieży, nie tylko tej kandydującej do szkół teatralnych, świadomość, jak ogromne znaczenie dla przyszłości narodu ma pielęgnowanie języka ojczystego, zwłaszcza zaś jego odmiany mówionej.

Pronunciation of Acting School Candidates.
Based on the Material Gathered in Warsaw Theatre Academy
during Entrance Exams in 2011

Summary: The main assumption of this research was to examine the pronunciation of acting school candidates and verify the candidates' awareness of their own pronunciation. This goal has been achieved thanks to the cooperation with the Acting Department of the Aleksander Zelwerowicz National Academy of Dramatic Art in Warsaw whose authorities had allowed in June 2011 the author to conduct the research among candidates taking part in the entrance exams. Methods applied in the research were primarily: interview, survey questionnaires and open observation. The evaluation of their stomatognathic system, the analysis of their clearness of speech and the evaluation of awareness of their own pronunciation have been conducted on the basis of the video material and survey questionnaires gathered during the research.
The results of the study can be an interesting source of knowledge on the preparation of candidates who aspire to become actors.

Keywords: pronunciation, clearness of speech, awareness, candidate, acting school

RECENZJE

ALICJA KARSZNIA-SOBCZAK
(Uniwersytet Warszawski)

VB-MAPP. OCENA OSIĄGANIA KAMIENI MILOWYCH ROZWOJU I PLANOWANIA TERAPII.

OPIS POLSKIEGO WYDANIA PROGRAMU DO OCENY UMIEJĘTNOŚCI JĘZYKOWYCH I SPOŁECZNYCH DZIECI Z AUTYZMEM I INNYMI ZABURZENIAMI ROZWOJU

VB-MAPP. Ocena osiągania kamieni milowych rozwoju i planowanie terapii to pierwsze polskie wydanie programu opracowanego przez dr. Marka L. Sundberga. Głównym zastosowaniem programu jest ocena umiejętności językowych i społecznych dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju. Badanie można jednak, po dokonaniu określonych modyfikacji, z powodzeniem zastosować przy ocenie umiejętności językowych nastolatków i dorosłych z innymi zaburzeniami mowy, w tym także zaburzeń wynikających z uszkodzeń mózgu.

Publikacja została wydana nakładem Fundacji Scolaris, a tłumaczenia z języka angielskiego dokonały terapeutki doświadczone w pracy z dziećmi z autyzmem: psycholog pani Krystyna Chojnowska oraz logopeda i certyfikowany terapeuta BCBA pani Marta Sierocka-Rogala. Polską adaptację *Badania wczesnych umiejętności echowych* (BWUE) i struktur językowych wykonała dr hab. Marzena Stępień.

Program VB-MAPP został oparty o nomenklaturę oraz założenia teoretyczne zawarte w pracy B.F. Skinnera *Verbal Behavior* z 1957 roku. Autor VB-MAPP posługuje się zatem następującymi pojęciami na określenie podstawowych operantów werbalnych: mand, takt, reakcje intrawerbalne, reakcje echowe, słuchacz, imitacja, zachowania tekstualna, kopiowanie tekstu, transkrypcja. Większość użytych skal do pomiarów umiejętności językowych i pokrewnych posługuje się wymienionymi operantami werbalnymi, jednak skorzystano także z klasycznych pomiarów językoznawczych (np. średnia długość wypowiedzi, zasób słownictwa, użycie właściwych form fleksyjnych).

Na badanie składa się 16 obszarów umiejętności, które podzielono na 3 poziomy rozwojowe. Pierwszy poziom złożony jest z dziewięciu zakresów oceny („mand", „takt", „reakcje słuchacza", „analiza wzrokowa i dopasowywanie", „samodzielna zabawa", „zachowania i zabawy społeczne", „imitacja motoryczna", „umiejętności echowe", „spontaniczne wokalizacje") i został dostosowany do umiejętności dziecka w wieku 0-18 miesięcy. Drugi poziom składa się

z dwunastu zakresów oceny dostosowanych dla dzieci w wieku 18-20 miesięcy. W porównaniu z pierwszym poziomem, drugi nie zwiera obszaru „spontaniczne wokalizacje". Z nowo dodanych miar występują w nim: „reakcje słuchacza – funkcja, cecha, klasa", „reakcje intrawerbalne", „reguły szkolne i umiejętności grupowe", „struktura językowa". Ostatni, trzeci poziom zawiera trzynaście miar, które odpowiadają umiejętnościom dziecka w wieku 30-48 miesięcy. Z nowych w stosunku do poziomu drugiego obecne są miary: „czytanie", „pisanie", „matematyka".

Opracowany program składa się z podręcznika oraz dołączonego do niego kwestionariusza.

W podręczniku opisano pięć części programu VB-MAPP: 1. VB-MAPP – Ocena osiągania kamieni milowych, 2. VB-MAPP – Ocena barier, 3. VB-MAPP – Ocena gotowości do zmiany, 4. VB-MAPP – Analiza zadań i śledzenie umiejętności, 5. VB-MAPP – Tworzenie programów i dobór celów do programów edukacyjnych.

Podręcznik zawiera 10 rozdziałów. W rozdziale pierwszym znajduje się wstęp z podstawowymi informacjami o związku między behawioralnymi teoriami Skinnera a programem VB-MAPP. Zostały tam krótko omówione podstawowe pojęcia, które osoba posługująca się formularzami VB-MAPP musi znać, rozpoznawać, różnicować, i którymi musi się posługiwać.

W rozdziale 2. podręcznika znajdują się szczegółowe wytyczne dotyczące procedury postępowania badawczego VB-MAPP – Oceny osiągania kamieni milowych oraz VB-MAPP – Analizy zadań i śledzenia umiejętności. W tabeli 2-1 zamieszczono sugestie dla osoby przeprowadzającej badanie. Stanowią one pewnego rodzaju podpowiedzi właściwych zachowań pedagogicznych (np. „Wzmacniaj poprawne reakcje"; „Jeśli jest to potrzebne, powtórz pytanie lub ponownie zaprezentuj zadanie (do 2-3 razy)"[1]). Zapoznanie się z nimi może pomóc w zachowaniu odpowiedniej efektywności postępowania badawczego i unikaniu błędów mających wpływ na ocenę umiejętności dziecka. W tabeli 2-2[2] czytelnik odnajdzie listę pomocy potrzebnych do dokonania oceny umiejętności na każdym z 3 poziomów. Lista zawiera informacje o funkcji, jaką dana pomoc ma spełniać. W nawiasach umieszczono przykłady konkretnych przedmiotów, które mogłyby daną funkcję spełniać, np. „zabawki służące do zabawy samodzielnej, np. puzzle, klocki Duplo, pociąg z torami, domek dla lalek, lalki..."[3]. Proponowane pomoce w większości są dostępne w przeciętnej klasie szkolnej lub też w domu. Rozdział ten zawiera również informacje o przyznawaniu

[1] Sundberg M., 2015, *VB-MAPP. Ocena osiągania kamieni milowych rozwoju i planowanie terapii*, Warszawa, s. 22.

[2] Ibidem, s. 23.

[3] Ibidem, s. 25.

punktacji w obu testach oraz przykładowo wypełniony formularz badania oceny kamieni milowych rozwoju (wykres 2-1) i formularz oceny taktów na poziomie 1 (schemat 2-1).

Rozdział 3., 4. i 5. to umieszczone kolejno instrukcje oceny kamieni milowych poziomów: 1, 2, 3. Każdy z badanych zakresów na poszczególnych etapach jest systematycznie opisany. W każdym z nich opisano: cel, pomoce wykorzystane przy próbie, przykłady rodzajów zachowań, które podlegają ocenie, a także dane o tym, kiedy należy przyznać dziecku 1, a kiedy 1/2 punktu.

W rozdziale 6. zawarto instrukcje przeprowadzania VB-MAPP oceny barier (ograniczeń). Ocenie podlegają 24 bariery rozwojowe, mające związek z nabywaniem nowych umiejętności, w tym sprawności językowych. Schemat 6-1 zawiera listę barier uczenia się i nabywania języka, są to m.in.: trudne zachowania, autostymulacje, problemy z artykulacją, nadaktywność, obronność sensoryczna. Każda z 24 barier powinna zostać oceniona w skali 0-4, gdzie 0 oznacza, że nie istnieje znacząca bariera i nie jest wymagana interwencja w danej sferze. Przyznanie 4 punktów oznacza, że istnieje poważna bariera wymagająca analizy i pilnej interwencji terapeutycznej. W rozdziale zamieszczono opisy każdej z barier, przykładowych zachowań w ramach danych ograniczeń i mechanizmów ich powstawania. wskazówki dotyczące kryteriów punktowania w ocenie każdej z barier. Mimo dokładnego opisu popartego przykładami trudno uniknąć subiektywizmu w ocenie zachowań trudnych. Według zamieszczonych kryteriów dziecko powinno otrzymać 2 punkty, jeśli występuje średni problem, czyli gdy „[...] dziecko przejawia średnio trudne zachowania każdego dnia (np. płacz, odmowa słowna, rzucanie się na podłogę). Niektóre zachowania mogą być uporczywe i trwać dłużej i ogólnie zachowania stają się bardziej uporczywe”[4]. Dla porównania, 3 punkty powinno otrzymać dziecko, jeśli „[...] przejawia bardziej poważne i częstsze trudne zachowania (np. ataki histerii, rzucanie przedmiotami, niszczenie rzeczy)”[5]. Rzucanie się na podłogę może być odebrane przez część osób jako zachowanie uporczywe i związane z atakiem histerii. Warto przy tym podkreślić, że ocena między 2 a 4 predysponuje barierę do dalszej analizy, więc nieścisłości w punktacji nie muszą w istotny sposób wpływać na wartość badania. Autor zwraca uwagę na znaczenie oceny barier. Część przypadków wymaga najpierw wygaszenia zachowań niepożądanych i innych ograniczeń. Dopiero po usunięciu barier możliwa jest praca nad umiejętnościami językowymi i edukacyjnymi.

Rozdział 7. dotyczy sekcji VB-MAPP ocena gotowości do zmiany. Głównym celem badania jest stwierdzenie, na jakim poziomie w sferze uczenia się

[4] Ibidem, s. 107.
[5] Ibidem.

znajduje się dane dziecko. Narzędzie to dostarcza danych pomocnych dla zespołu wdrażającego indywidualny program edukacyjno-terapeutyczny (IPET) w decyzji o wyborze środowiska, w którym dziecko będzie rozwijać się w możliwie najlepszym tempie. Na badanie składa się 13 zakresów umiejętności i tendencji w sferze uczenia się (m.in. zakres rzeczy mogących służyć jako wzmocnienie, tempo nabywania nowych umiejętności, utrzymanie nowych umiejętności) oraz wyniki z formularzy VB-MAPP: oceny kamieni milowych rozwoju (KMR), oceny barier (ogólny wynik), ocena barier (trudne zachowania i kontrola poleceniowa), KMR reguły szkolne i umiejętności grupowe, KMR zachowania społeczne i zabawa społeczna. Wszystkie zakresy poddawane analizie w tej sekcji podzielono na trzy kategorie: I. Wyniki VB-MAPP i samodzielność edukacyjna, II. Wzorce uczenia się, III. Samoobsługa, spontaniczność i samodzielność. Podział ten zaprezentowano tam w tabeli 7-1[6]. Schemat 7-1 przedstawia przykładowy wzór wypełnionej oceny gotowości do zmiany. Każdą z umiejętności podlegających ocenie opisano zwracając uwagę na jej zastosowanie oraz konsekwencje jej zaburzenia lub braku. W rozdziale 7. użytkownik odnajdzie instrukcje i kryteria oceniania gotowości do zmian w ramach każdej kategorii, wskazówki dotyczące interpretacji wyników, a także sugestie dalszego postępowania.

Rozdziały 8., 9. i 10. zawierają informacje na temat interpretacji wyników dla poziomów 1., 2. i 3. oraz tworzenia programów nauczania i wyznaczania celów do IPET-u. W rozdziałach zamieszczono dokładne interpretacje wyników uzyskanych we wszystkich zakresach oceny na każdym z poziomów. Pod interpretacjami wyników każdych zakresów (operantów werbalnych) znajdują się listy sugerowanych celów IPET.

Kwestionariusz dołączony do podręcznika składa się z formularzy: VB-MAPP oceny osiągania kamieni milowych rozwoju dla trzech poziomów (0-18, 18-30, 30-48), badania wczesnych umiejętności echowych (BWUE), VB-MAPP oceny barier, VB-MAPP badania gotowości do zmiany, VB-MAPP analizy zadań i śledzenia umiejętności dla poziomów 1, 2 i 3. W formularzach oceny osiągania kamieni milowych oraz analizy zadań i śledzenia umiejętności przy każdej próbie znajduje się skrót odnoszący się do metody pomiaru danej umiejętności: T-test, O-obserwacja, A-test albo obserwacja, CO-czas obserwacji (przy oznaczeniu CO umieszczona jest informacja o ograniczeniu czasowym, w jakim dziecko powinno zaprezentować określoną umiejętność, np. CO: 30 min.).

Program VB-MAPP jest narzędziem uporządkowanym, zawierającym liczne wskazówki postępowania oraz charakterystyki zachowań i umiejętności, które są poddawane analizie. Jasno omówione interpretacje wyników oraz sugestie wyznaczania celów sprawiają, że jest to kompletne narzędzie diagnostyczne.

[6] Ibidem, s. 134.

Niewątpliwą korzyścią jest podkreślany w publikacji fakt, że nie trzeba mieć specjalnych uprawnień do przeprowadzenia oceny VB-MAPP. Autor zaznacza jednak, że niezbędna jest wiedza na temat analizy behawioralnej Skinnera oraz podstawowa wiedza z zakresu językoznawstwa. Podobnie jest przy badaniu wczesnych umiejętności echowych (BWUE). Oceny może dokonać każdy, ale wyższe kompetencje w tym zakresie będzie posiadał logopeda, ze względu na „swoje przygotowanie do oceny słuchowej próbek mowy i do zauważania różnic w artykulacji i prozodii”[7].

Ze względu na szerokie spektrum podlegającym badaniu aspektów rozwoju, program VB-MAPP może stanowić doskonałą pomoc w ocenie funkcjonowania dziecka zarówno dla logopedów, jak i psychologów oraz pedagogów.

[7] Ibidem, s. 46.

KRONIKA INSTYTUTU POLONISTYKI STOSOWANEJ

ROZPRAWY HABILITACYJNE PRACOWNIKÓW INSTYTUTU POLONISTYKI STOSOWANEJ (2015)

Agnieszka Budzyńska-Daca, 2015, *Retoryka debaty: polskie wielkie debaty przedwyborcze 1995–2010*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

ROZPRAWY DOKTORSKIE OBRONIONE W INSTYTUCIE POLONISTYKI STOSOWANEJ (2015)

Marta Piasecka, *Język polski młodzieży polskiego pochodzenia zamieszkałej w Oslo i okolicach (Norwegia) – na podstawie badań przeprowadzonych wśród uczniów polskich szkół*
(promotor: prof. dr hab. Stanisław Dubisz)

Iwona Artowicz-Skowrońska, *Dyskurs familijny. Analiza pragmalingwistyczna*
(promotor: dr hab. Józef Porayski-Pomsta, prof. UW)

Kamila Gądek-Kownacka, *Analiza lingwistyczna wypowiedzi na forach internetowych*
(promotor: prof. dr hab. Elżbieta Sękowska)

Joanna Budkiewicz-Żeberska, *Język dziennikarzy politycznych (na podstawie programów publicystycznych TVP w latach 2011–2012)*
(promotor: prof. dr hab. Jerzy Podracki)

Małgorzata Ślarzyńska, *Obraz literatury włoskiej w PRL w świetle współczesnych teorii translatologicznych (na materiale przekładów w miesięczniku „Literatura na Świecie" w latach 1971–1989)*
(promotor: prof. dr hab. Jakub Z. Lichański)

Justyna Żulewska, *Fluencja werbalna u chorych po udarze prawej półkuli mózgu*
(promotor: dr hab. Józef Porayski-Pomsta, prof. UW)

Opracowała Ewa Kozłowska

JUBILALIA

Jako jedna z form obchodów corocznych Dni Polonistyki na Uniwersytecie Warszawskim w Instytucie Polonistyki Stosowanej odbyły się Jubilalia. 20 maja 2015 roku, podczas uroczystego spotkania pracowników, doktorantów i przyjaciół Instytutu zostały uhonorowane jubileusze trojga naszych zasłużonych Kolegów i Mistrzów, założycieli IPS.

Świętowaliśmy 75-lecie prof. dr hab. Danuty Knysz-Tomaszewskiej, wybitnej badaczki naturalizmu, komparatystki, inicjatorki i admiratorki współpracy naukowej i dydaktycznej z katedrą polonistyki na Sorbonie, Sekcją Polską w INALCO, a także katedrą polską Wolnego Uniwersytetu w Brukseli, której efektem stało się powołanie magisterskich studiów łączonych Wydziału Polonistyki UW z Uniwersytetem Paris IV – Sorbonne i współpraca w tworzeniu Polsko-Belgijskich Studiów Stosowanych z Wydziałem Filozofii i Literatur ULB. Doświadczenia naukowe, dydaktyczne i organizacyjne Jubilatki (pełniła funkcję Prodziekana Wydziału Polonistyki UW ds. Naukowych i Współpracy z Zagranicą, a w latach 2001–2004 – Dyrektora Centre de civilisation polonaise w Paryżu) okazały się inspirujące w opracowywaniu koncepcji i programów kształcenia redaktorsko-wydawniczego, glottodydaktycznego i translatorskiego studentów w ramach specjalizacji zawodowych w Instytucie Polonistyki Stosowanej.

Jubileusz 75-lecia obchodził również dr Andrzej K. Guzek, historyk literatury, znawca literatury Oświecenia, a nade wszystko niestrudzony badacz dziejów warszawskiej polonistyki. Jego szerokie doświadczenie zawodowe oraz znajomość akademickiego świata (dr Andrzej K. Guzek przez dwie kadencje, w latach 1990–1996, był Dziekanem Wydziału Polonistyki UW, a w latach 1999–2002 – Prodziekanem) jest ciągle doceniane, czego wyrazem jest powierzanie Jubilatowi przez kolejnych Dziekanów funkcji pełnomocnika w zakresie spraw administracyjnych i finansowych; od 2012 roku – Pełnomocnika Dyrektora Instytutu Polonistyki Stosowanej ds. Finansowych. Dr Guzek często i z sukcesem zaszczepia nowe pomysły badawcze i organizacyjne, o czym świadczy choćby internetowe „Pismo Warsztatowe IPS Silva Rerum", którego Jubilat był pomysłodawcą.

Jubileusz 35-lecia pracy na Uniwersytecie Warszawskim świętował doc. dr Tomasz Wroczyński, historyk literatury, znawca literatury XX wieku, metodyk, nauczyciel, autor znakomitych podręczników licealnych. Od początku swojej pracy jest zaangażowany w organizację dydaktyki na Wydziale Polonistyki (pełnił funkcję Prodziekana ds. Studenckich w latach 1990–1996 oraz 2005–2012), a także w działalność na rzecz Uniwersytetu – czego wyrazem jest powierzenie Mu po raz kolejny godności Senatora Uniwersytetu Warszawskiego

(wcześniej w kadencjach: 1993–1996 i 2012–2016). W Instytucie Polonistyki Stosowanej Jubilat kieruje Zakładem Edukacji Polonistycznej i Kształcenia Ustawicznego, angażuje się w prace nad tworzeniem koncepcji i programów kształcenia studentów, zarówno ogólnopolonistycznych, jak i w zakresie specjalizacji zawodowych; pełni funkcję Pełnomocnika Dziekana Wydziału Polonistyki ds. Krajowych Ram Kwalifikacji.

Z okazji Jubilaliów nakładem Instytutu Polonistyki Stosowanej oraz Wydziału Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego zostały wydane trzy broszury okolicznościowe poświęcone Jubilatom. Przyjaciele i uczniowie przypomnieli w nich dorobek i zasługi Jubilatów dla Wydziału Polonistyki i Instytutu Polonistyki Stosowanej, a także zestawili i opracowali bibliografie Ich prac oraz działalności naukowej i publicystycznej.

Opracowała Ewa Kozłowska

Docent doktor Maria Przybysz-Piwko
(8 grudnia 1950 – 16 października 2016)

W niedzielę 16 października 2016 r. odeszła od nas po długiej i ciężkiej chorobie doc. dr Maria Przybysz-Piwko. Człowiek jedyny w swoim rodzaju. Oddany przyjaciel, znakomity naukowiec, ceniony pedagog, ofiarny społecznik. Osoba wrażliwa, ciepła, pełna zrozumienia i chęci pomocy tym wszystkim, którzy tej pomocy potrzebowali.

Marynia, Pani Maria, Pani Docent zawsze była dla kogoś! Dla rodziny, dla przyjaciół, dla studentów, dla młodszych stażem kolegów. Zawsze można było liczyć na jej dobrą radę. Zawsze miała czas, żeby wysłuchać drugiej osoby, doradzić, w jaki sposób przeprowadzić diagnozę logopedyczną, podpowiedzieć, jak najlepiej poprowadzić terapię, jak napisać artykuł naukowy, żeby został wysoko oceniony.

Odszedł piękny człowiek. Mówi się, że nie ma ludzi niezastąpionych. To nieprawda! Maryni nie da się nikim zastąpić. Maryniu, bardzo nam Ciebie brakuje!

* * *

40 lat pracy na Uniwersytecie Warszawskim

Docent dr M. Przybysz-Piwko była bez reszty oddanym sprawie naukowcem i dydaktykiem. Przez ponad 40 lat była związana z Wydziałem Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego.

Ukończyła filologię polską na Uniwersytecie Warszawskim (1968–1973). Praca magisterska, przygotowana pod kierunkiem prof. dra hab. Stanisława Skorupki, nosiła tytuł *Neologizmy słowotwórcze i semantyczne w poezji Juliana Przybosia*. W 1973 r. podjęła pracę na stanowisku naukowo-technicznym w Instytucie Języka Polskiego PAN w Pracowni Badania Mechanizmów Mowy kierowanej przez prof. dr hab. Halinę Mierzejewską. Rok później podjęła studia doktoranckie na Wydziale Polonistyki UW. W 1976 r. została zatrudniona w Instytucie Języka Polskiego na stanowisku starszego asystenta. W 1986 r. obroniła rozprawę doktorską, napisaną pod kierunkiem prof. dr hab. H. Mierzejewskiej, zatytułowaną *Afatyczne zakłócenia leksemów polskich*. Od 1986 r. pracowała na stanowisku adiunkta, a od 2007 r. – docenta. W 2011 r. odeszła na emeryturę, lecz nadal współpracowała z macierzystym wydziałem oraz Pomagisterskim Studium Logopedycznym UW (PSLog).

M. Przybysz-Piwko stale podnosiła kwalifikacje, biorąc udział w studiach podyplomowych, szkoleniach, seminariach i stażach. W latach 1973–1975 uczestniczyła w pracach interdyscyplinarnego zespołu ds. diagnozy i terapii osób z afazją,

prowadzonych pod kierunkiem prof. H. Mierzejewskiej. W latach 1979–1981 odbyła studia podyplomowe w Pomagisterskim Studium Logopedycznym UW, gdzie uzyskała tytuł zawodowy logopedy. Uczestniczyła w seminarium neuropsychologicznym prowadzonym w Centralnym Laboratorium Badania Mózgu Bułgarskiej Akademii Nauk w Sofii (1977) oraz w stażu w Katedrze Lingwistyki i Fonetyki Uniwersytetu Karola w Pradze (1980). W latach 90. XX w. brała udział w licznych szkoleniach specjalistycznych, m.in. *Różnicowanie zaburzeń mowy w przebiegu dziecięcego porażenia mózgowego* (1991), *Terapia dzieci z uszkodzeniem mózgu* (1993), *Problemy współczesnej neuropsychologii* (1994), *Diagnoza i terapia osób z dysfagią* (1997/1998).

W trakcie pracy na UW sprawowała wielokrotnie funkcje kierownicze. W latach 1990–2003 oraz 2008–2010 pełniła funkcję kierownika Pomagisterskiego Studium Logopedycznego UW, a w latach 2002–2004 – kierownika Podyplomowego Studium Emisji Głosu UW. Dwukrotnie była kierownikiem Zakładu Fonetyki i Logopedii, działającego w ramach Instytutu Języka Polskiego, a następnie Instytutu Polonistyki Stosowanej Wydziału Polonistyki UW (2001–2003 i 2005–2006). Również dwukrotnie kierowała specjalnością „logopedia" na kierunku filologia polska.

Działalność naukowo-badawcza i dydaktyczna

Zainteresowania naukowo-badawcze doc. M. Przybysz-Piwko obejmowały zagadnienia z pogranicza lingwistyki oraz logopedii, m.in. takie jak: fonetyka i patofonetyka, ortofonia i grafetyka, trudności w pisaniu i czytaniu, zaburzenia mowy i jej rozwoju, a szczególnie afazja oraz niedokształcenie mowy pochodzenia korowego. W trakcie ponad 40-letniej pracy zawodowej doc. M. Przybysz-Piwko podejmowała sukcesywnie nowe problemy badawcze, włączając je w dotychczasowe doświadczenia i starając się uzyskać nowy ogląd zagadnień za pomocą podejścia interdyscyplinarnego.

Działalność naukowa doc. M. Przybysz-Piwko obejmowała wystąpienia na licznych krajowych i międzynarodowych konferencjach naukowych, także za granicą. W latach 1975–2011 Pani Docent wystąpiła z ok. 40 referatami, warsztatami i plakatami. Na dorobek doc. M. Przybysz-Piwko składa się również ponad 70 autorskich i współautorskich rozpraw i artykułów naukowych, publikacji pod redakcją, recenzji, sprawozdań oraz publikacji popularyzatorskich i edukacyjnych z dziedziny logopedii i emisji głosu.

Najwięcej oryginalnych rozpraw i artykułów oraz rozdziałów zamieszczonych w pracach zbiorowych poświęconych było afazji, por. *Zastosowanie wiedzy o języku w reedukacji osób z afazją* (1977), *Realizacja nagłosowych grup spółgłoskowych u osób z afazją (na materiale wyrazów polskich)* (1978), *Wznawianie funkcjonowania struktur językowych – narzędzia komunikacji werbalnej.*

Na podstawie wyników analizy afatycznych zakłóceń leksemów polskich (1982), *O leksemowej niepełności wypowiedzi osób z afazją* (1990), *Afazja. Z lingwistycznych badań empirycznych* (1993), *Polska terminologia afazjologiczno-lingwistyczna* (1994), *Rozumienie wyrażeń o charakterze przenośni przez szesnastoletnią dziewczynkę z afazją semantyczną* (1997), *Stan języka a obraz świata w świetle analizy lingwistycznej wypowiedzi osoby z afazją słuchową* (1997), *Na temat analizy lingwistycznej wypowiedzi osób z afazją* (1998), *Przywracanie sprawności językowej osobom z afazją* (1998), *Realizacja struktur językowych a podsystemy języka u osób z afazją* (2000), *Nietrwałość leksemów w świetle analizy wypowiedzi osób z afazją* (2001), *O dwóch mechanizmach kształtujących wypowiedzi osób z afazją* (2006). Drugi pod względem liczby publikacji obszar zainteresowań naukowo-badawczych doc. M. Przybysz-Piwko to trudności w pisaniu i czytaniu, por. *Dziecko z trudnościami w pisaniu. Analiza i ocena tekstu pisanego warunkiem świadomej terapii językowej* (1994), *Właściwości polskiej grafii przeszkodą w kształtowaniu się i utrwalaniu właściwych powiązań między dźwiękami mowy a literami* (1998), *Segmentacja fonemowa u dzieci z trudnościami w opanowywaniu pisania i czytania* (2002), *Utrwalanie postaci graficznej i postaci fonologicznej wyrazów – propozycja ćwiczeń* (2002), *Struktura fonotaktyczna wyrazów polskich a obraz pisma dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu* (2007), *Wspomaganie rozwoju umiejętności fonologicznych dziecka z trudnościami w opanowywaniu czytania i pisania* (2007), *Segmentacja fonemowa u dzieci z niedokształceniem mowy pochodzenia korowego a trudności w pisaniu* (2008), *Aspekt językowy trudności w nabywaniu przez dzieci umiejętności pisania* (2009), *Dzieci z trudnościami w pisaniu i czytaniu a wczesna pomoc logopedyczna* (2010), *O kryteriach doboru materiału językowego w pracy z uczniami przejawiającymi trudności w czytaniu i pisaniu* (2010), *Dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu a wczesna pomoc logopedyczna* (2012).

Docent M. Przybysz-Piwko prowadziła różnorakie zajęcia dydaktyczne – ćwiczenia, warsztaty, konwersatoria, wykłady kursowe i monograficzne, proseminaria i seminaria (dyplomowe, licencjackie, magisterskie) dla słuchaczy PSLog oraz studentów Wydziału Polonistyki. W bogatej ofercie dydaktycznej doc. M. Przybysz-Piwko znajdowały się takie przedmioty jak: lingwistyczne podstawy logopedii, wstęp do logopedii, fonetyka artykulacyjna i patoartykulacyjna, ortofonia i grafetyka, autokorekcja, zaburzenia mowy, czytania i pisania, afazja. Wszelkiego typu zajęcia prowadzone przez Panią Docent cieszyły się dużym uznaniem studentów.

Szczególnym zainteresowaniem darzyli studenci zajęcia seminaryjne prowadzone przez Panią Docent. W okresie ostatnich 20 lat wypromowała ponad 300 absolwentów PSLog – logopedów dyplomowanych.

Działalność naukowo-dydaktyczna doc. M. Przybysz-Piwko wykraczała także poza granice Polski. Wielokrotnie prowadziła zajęcia fonetyczno-korekcyjne dla studentów polonistyki Uniwersytetu Amsterdamskiego (Faculteit der Geesteswetenschappen, Slavische talen en Culturen – sectie Pools). W 2004 r. wzięła udział w realizowanym w tamtejszej uczelni w ramach Slavisch Seminarium projekcie pod nazwą *Nowe materiały dydaktyczne do nauki wymowy i intonacji języka polskiego*. Efektem prac byłapłyta CD z materiałami językowymi do ćwiczenia artykulacji i intonacji polskiej. Ponadto współpracowała z Institut für Slawistik Uniwersytetu Wiedeńskiego, dla którego konsultowała i opiniowała test przesiewowy dla dzieci polskich wychowywanych w środowisku wielojęzycznym autorstwa dr Liliany Madelskiej.

Członkostwo w gremiach naukowych i praca na rzecz rozwoju logopedii

Działalność doc. M. Przybysz-Piwko obejmowała aktywność w licznych towarzystwach naukowych i zawodowych oraz innych gremiach. Najważniejsze z nich to Polskie Towarzystwo Logopedyczne oraz Polskie Towarzystwo Językoznawcze. Była również członkiem, a w latach 90. XX w. także sekretarzem Komisji Rozwoju i Zaburzeń Mowy Komitetu Językoznawstwa PAN. Była członkiem Komisji Certyfikacyjnej Polskiego Związku Logopedów, Zespołu Konsultacyjnego ds. Logopedii przy MENiS, Zespołu Kwalifikacyjnego Głównej Komisji ds. Stopni Specjalizacji Zawodowej Nauczycieli (w zakresie logopedii), Komisji Egzaminacyjnej do Przeprowadzania Egzaminu Specjalizacyjnego w Dziedzinie „Neurologopedia" Ministerstwa Zdrowia. Częstokroć pełniła we władzach organizacji odpowiedzialne funkcje, m.in. przewodniczącej Polskiego Kolegium Logopedycznego oraz wiceprezesa Towarzystwa Kultury Języka, wiceprzewodniczącej, a następnie przewodniczącej Sekcji Logopedycznej TKJ. W 1991 r. została członkiem Sekcji Terapii Neuropsychologicznej przy Zarządzie Głównym Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, a w 1992 r. – członkiem założycielem Polskiego Towarzystwa Neurolingwistycznego. W 2001 r. została powołana na członka Rady Pracowni Terapii Neuropsychologicznej Instytutu Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego. Brała czynny udział w warsztatach naukowo-szkoleniowych organizowanych przez tę Pracownię. W latach 2009–2011 była opiekunem studenckiego Naukowego Koła Logopedycznego UW.

Przez wiele lat uczestniczyła w opracowywaniu standardów kształcenia nauczycieli oraz logopedów na studiach licencjackich, magisterskich oraz studiach podyplomowych w zakresie logopedii oraz emisji głosu. Była współautorką programów specjalizacji logopedycznej oraz specjalności „logopedia" na Wydziale Polonistyki UW. Jako jedna z pierwszych wprowadziła w drugiej połowie lat 90. XX w. do programu podyplomowych studiów logopedycznych

przedmiot pod nazwą dysfagia, ukazujący zakres pracy logopedy z osobami z zaburzeniami w połykaniu.

Wielokrotnie prowadziła warsztaty i prelekcje upowszechniające wiedzę lingwistyczną i logopedyczną, m.in. cykl zajęć dla nauczycieli języka polskiego w Wilnie na temat wychowania językowego dziecka, warsztaty dla logopedów, psychologów, pedagogów, nauczycieli i pracowników oświaty na temat językowego usprawniania dzieci i dorosłych z zaburzeniami mowy, czytania i pisania, prelekcje dla rodziców dzieci dwujęzycznych, prelekcje dla neurologów na temat zaburzeń językowych w afazji i zasadach usprawniania językowego pacjentów z zaburzeniami mowy.

Od lat 90. XX w. współorganizowała interdyscyplinarne ogólnopolskie konferencje naukowe poświęcone najważniejszym zagadnieniom współczesnej logopedii. Była redaktorem – samodzielnie bądź we współpracy – licznych materiałów pokonferencyjnych. Opiniowała do druku dla wydawnictw akademickich i naukowych monografie poświęcone fonetyce i fonologii współczesnego języka polskiego, podręczniki do logopedii, ćwiczenia usprawniające mowę. W latach 2005–2006 brała udział w projekcie Badanie Gotowości Szkolnej Sześciolatków, realizowanym przez Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.

Działalność pozaakademicka

M. Przybysz-Piwko zaangażowana była nie tylko w pracę naukową, dydaktyczną i organizacyjną na rzecz logopedii, lecz także w działalność samorządu lokalnego oraz służbę społeczną. W latach 1998–2016 była radną w Markach, mieście położonym w aglomeracji warszawskiej w powiecie wołomińskim. Przez trzy kolejne kadencje (1998–2010) przewodniczyła Radzie Miasta.

Działała również w Zarządzie Diecezjalnego Instytutu Akcji Katolickiej Diecezji Warszawsko-Praskiej oraz Zarządzie Parafialnego Oddziału Akcji Katolickiej przy parafii św. Izydora w Markach. Od chwili powstania oddziału parafialnego AK w Markach była jego siłą, organizowała jego pracę i strukturę (była w tzw. zespole inicjatywnym). W latach 1998–2008 sprawowała funkcję prezesa oddziału. Do Zarządu Diecezjalnego Instytutu AK Diecezji Warszawsko-Praskiej weszła na trzecią kadencję, w listopadzie 2004 r. Przez 11 lat była jego członkiem, a od marca 2015 r. – wiceprezesem.

Była m.in. inicjatorką Mareckiego Konkursu Międzyszkolnego „Jestem uczniem Jana Pawła II", współinicjatorką konkursu „Marki w Zieleni", Dnia Rodziny przy parafii NMP Matki Kościoła oraz jurorką w wielu konkursach artystycznych dla dzieci i młodzieży, m.in. Powiatowego Konkursu Sprawności Ortograficznej oraz Międzyszkolnego Konkursu Recytatorskiego Poezji i Prozy Patriotycznej „Witaj, Majowa Jutrzenko".

* * *

Docent doktor Maria Przybysz-Piwko została pochowana 20 października br. na cmentarzu parafii św. Izydora w Markach.

W osobie Pani Docent straciliśmy wspaniałego mistrza i dobrego człowieka. Była dla nas wszystkich niedoścignionym wzorem najlepszych cech – obowiązkowości, pracowitości i rzetelności. Pustka po jej odejściu będzie bolała długo i mocno.

Wiemy, że z góry się do nas uśmiecha... Maryniu, Pani Mario, Pani Docent – do zobaczenia.

Ewa Wolańska

BIBLIOGRAFIA PUBLIKACJI PRACOWNIKÓW INSTYTUTU POLONISTYKI STOSOWANEJ (2015)

Bąbiak G.P., 2015, *Zenon Przesmycki i Stanisław Przybyszewski jako twórcy modernistycznej prasy literacko-artystycznej w Polsce*, [w:] Matuszek G. (red.), *Przybyszewski. Rewizje i filiacje*, Kraków: Księgarnia Akademicka, s. 235-246.

Budzyńska-Daca A., 2015, *Retoryka debaty. Polskie wielkie debaty przedwyborcze 1995−2010*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Budzyńska-Daca A., Botwina R., 2015, *Pre-election TV debates − persuasive games between ethos, logos, and pathos*, [w:] Săftoiu, Răzvan, Neagu M.-I., Măda S. (red.), *Persuasive Games in Political and Professional Dialogue*, Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, s. 39-54.

Budzyńska-Daca A., Botwina R., 2015, *Dialogue in the Conflict Situation: Two Types of Rhetorical Interaction*, [w:] Dobrinescu A. (red.), *The Dialogue of Cultures*, Ploiesti: Editura Universitatii Petrol-Gaze din Ploiesti, s. 230-243.

Budzyńska-Daca A., 2015, *The rhetoric of time in the final pre-election TV debates*, „Rhetoric and Communications E-Journal", Issue 19.

Budzyńska-Daca A., 2015, *Retoryka i wiedza − wielogłos. Retoryka i edukacja*, „Res Rhetorica", nr 1, s. 1-4.

Budzyńska-Daca A., Hebdzyńska J., Kozłowska A., 2015, *Wideo-CV jako gatunek hybrydyczny (z warsztatów retorycznych)*, „ Res Rhetorica", nr 3, s. 1-7.

Budzyńska-Daca A., 2015, *Warto pomyśleć o debacie*, „Słowo i Myśl", nr 1-2, s. 3-4.

Cegieła A., Stępień M. (red.), 2015, „Studia Pragmalingwistyczne", t. VII, Warszawa: Wydział Polonistyki UW.

Cegieła A., Kuciński P., Polkowska L., Stępień M. (red.), 2015, *Studia z etyki słowa*, Warszawa: Dom Wydawniczy „Elipsa".

Chojak J., 2015, *Krótka wypowiedź o podpowiedzi*, [w:] Sokólska U. (red.), *Odkrywanie słowa. Historia i współczesność*, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, s. 49-64.

Ciecierska-Zajdel B., 2015, *Sprawozdanie z Ogólnopolskiej Konferencji Logopedycznej: „Metody i techniki terapii logopedycznej. Od teorii do praktyki", Warszawa 11−13 września 2015*, „Poradnik Językowy", z. 10, s. 87-91.

Dróżdż-Łuszczyk K. (red.), 2015, *Poradnik metodyczny nauczania języka polskiego jako obcego/drugiego dla polonijnych nauczycieli wychowania przedszkolnego*, Warszawa: Instytut Polonistyki Stosowanej UW.

Dróżdż-Łuszczyk K., 2015, *Jeszcze słów kilka o właściwościach czasownika POLEMIZOWAĆ*, [w:] Sokólska U. (red.), *Odkrywanie słowa. Historia i współczesność*, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, s. 89-102.

Dubisz S., 2015, *Językoznawcze studia polonistyczne (pisma wybrane, uzupełnione, zmienione), t. III: Stylistyka – retoryka – translatoryka*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW.

Dubisz S., Sajkowska U. (red.), 2015, *Język polski jako drugi kod komunikacyjny w Polsce*, Warszawa: Fundacja Nauki Języków Obcych „Linguae Mundi".

Dubisz S., 2015, *Kategoria pokolenia w badaniach lingwistycznych*, [w:] Wierzbicka-Piotrowska E. (red.), *Dialog pokoleń*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, s. 33-40.

Dubisz S., 2015, *„Słownik języka polskiego" – dzieło życia Samuela Bogumiła Lindego*, [w:] Cubrzyńska-Leonarczyk M., Mieczkowska H. (red.), *Bibliotheca Lindiana. Samuel Bogumił Linde (1771–1847), pierwszy dyrektor Biblioteki Uniwersyteckiej w Warszawie. W 165. rocznicę śmierci*, Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, s. 129-139.

Dubisz S., 2015, *Kategoria pokolenia w dialektologii*, [w:] Stalmaszczyk P., Jaros I. (red.), *Amor verborum nos unit. Studia poświęcone pamięci Profesora Sławomira Gali*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 67-78.

Dubisz S., 2015, *Rozwój słownictwa w dziejach języka polskiego – zarys problematyki*, „Poradnik Językowy", z. 4, s. 7-28.

Dubisz S., 2015, *„Dwadzieścia lat później" – język polski poza granicami kraju – historia badań i perspektywy*, „Poradnik Językowy", z. 8, s. 7-17.

Dubisz S., 2015, *Słowa i słówka: Dlaczego Samarytanin?*, „Poradnik Językowy", z. 7, s. 129-130.

Dubisz S., 2015, *Słowa i słówka: Stateczny statek*, „Poradnik Językowy", z. 6, s. 118-119.

Dubisz S., 2015, *Słowa i słówka: Cyber-...*, „Poradnik Językowy", z. 5, s. 119-121.

Stanisław Dubisz S., 2015, *Słowa i słówka: Styl*, „Poradnik Językowy", z. 3, s. ...

Dubisz S., 2015, *Słowa i słówka: Urzędowy bilingwizm polsko-angielski*, „Poradnik Językowy", z. 2, s. ...

Dubisz S., 2015, *Słowa i słówka: Ile mamy słów w języku polskim?*, „Poradnik Językowy", z. 1, s. 121-122.

Dziurzyński D., 2015, *Klinika objawień. O „Requiem aeternam" Stanisława Przybyszewskiego w kontekście fantastyki wewnętrznej*, [w:] Matuszek G. (red.), *Przybyszewski. Re-wizje i filiacje*, Kraków: Księgarnia Akademicka, s. 53-66.

Frużyńska J., 2015, *Groza i medycyna. O chorobach bohaterów opowiadań Edgara Allana Poego*, [w:] Saniewska D. (red.), *Emocje. Literatura. Medycyna*, Kraków: Wydawnictwo Libron, s. 67-78.

Jauer-Niworowska O., Więcek-Poborczyk I., Lipiec D., Kwasiborska-Dudek J., Golanowska M., 2015, *Znaki fonetyczne do zapisu zdeformowanych realizacji fonemów*, [w:] Kurowska M., Wolańska E. (red.), *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*, Warszawa: Dom Wydawniczy „Elipsa", s. 79-94.

Jauer-Niworowska O., 2015, *Kompleksowa, interdyscyplinarna diagnoza i terapia osób z dyzartriami – uzasadnienie podejścia holistycznego*, [w:] Kurowska M., Wolańska E. (red.), *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*, Warszawa: Dom Wydawniczy „Elipsa", s. 136-146.

Jauer-Niworowska O., 2015, *Interdyscyplinarna analiza procesów tworzenia i realizacji wypowiedzi w modelu strukturalno-funkcjonalnym*, „Poradnik Językowy", z. 5, s. 52-66.

Jędryka B., 2015, *Metodyka nauczania języka polskiego jako obcego/drugiego dzieci w wieku przedszkolnym*, Warszawa: Fundacja Nauki Języków Obcych „Linguae Mundi".

Jędryka B., 2015, *Poradnik metodyczny nauczania języka polskiego jako obcego/ drugiego dla polonijnych nauczycieli wychowania przedszkolnego*, Warszawa: Instytut Polonistyki Stosowanej UW.

Jędryka B., 2015, *Poradnik metodyczny nauczania języka polskiego jako obcego/ drugiego dla polonijnych nauczycieli pracujących w klasach 1-3*, Warszawa: Instytut Polonistyki Stosowanej UW.

Jędryka B., 2015, *Potrzeby nauczycieli wychowania przedszkolnego pracujących z dziećmi imigrantów – w poszukiwaniu rozwiązań*, [w:] Dubisz S., Sajkowska U. (red.), *Język polski jako drugi kod komunikacyjny w Polsce*, Warszawa: Fundacja Nauki Języków Obcych „Linguae Mundi", s. 51-61.

Klejnocki J., 2015, *Dziesięć powodów, dla których inni polscy poeci nienawidzą Adama Zagajewskiego / Ten Reasons Why Other Polish Poets Hate Adam Zagajewski (tłum. Soren Gaugner)*, [w:] Czabanowska-Wróbel A. (red.), *I cień i światło. O twórczości Adama Zagajewskiego / Both light and shadow. The work of Adam Zagajewski*, Kraków: a5, s. 75-88/77-90.

Klejnocki J., 2015, *Tropy nawiązań. Żywioł intertekstualizmu w poezji Jarosława Klejnockiego – próba (niecałkowitej) autodekonstrukcji*, [w:] Buryła S., Flakowicz-Szczyrba M. (red.), *Nowa poezja polska wobec tradycji*, Warszawa: IBL PAN, s. 481-494.

Klejnocki J., 2015, *Słowo wstępne*, [w:] Pogorzelska J. (red.), *Tylko szczęście jest prawdziwym życiem. Katalog wystawy Zuzanny Ginczanki*, Warszawa: Muzeum Literatury, s. 3.

Klejnocki J., 2015, *Wstęp*, [w:] Pogorzelska J. (red.), *Wiatrem rozrzucone. Wokół Juliusza Żuławskiego. Katalog wystawy*, Warszawa: Muzeum Literatury, s. 2-3.

Klejnocki J., 2014 (właściwie 2015), *Wyznania twórcy pokątnej powieści antykryminalnej. Próba autodekonstrukcji*, „Studia Pragmalingwistyczne", s. 25-34.

Klejnocki J., 2014 (właściwie 2015), *Czym jest dziś czytanie literatury?*, „Czytanie literatury. Łódzkie Studia Literaturoznawcze", nr 3, s. 503-504.

Klejnocki J., 2015, *Czytanie winno być przygodą, nie nudą*, www.project-syndicate.pl, 28.12.2014.

Klejnocki J., 2015, *Grzech pierworodny polskiego szkolnictwa*, www.project-syndicate.pl, 13.01.2015.

Klejnocki J., 2015, *Nie ma takiego przedmiotu*, www.project-syndicate.pl, 29.01.2015.

Klejnocki J., 2015, *Matura po nowemu. Sztuka interpretacji*, www.project-syndicate.pl, 12.02.2015.

Klejnocki J., 2015, *O rządowym programie wsparcia studiów zagranicznych*, www.project-syndicate.pl, 3.03.2015.

Klejnocki J., 2015, *Dla kogo szkoły niepubliczne?*, www.project-syndicate.pl, 13.03.2015.

Klejnocki J., 2015, *O (niekiedy wątpliwym) przymusie edukacyjnym*, www.project-syndicate.pl, 26.03.2015.

Klejnocki J., 2015, *CKE, czyli państwo w państwie*, www.project-syndicate.pl, 2.04.2015.

Klejnocki J., 2015, *Plaga plagiatów i ściągania*, www.project-syndicate.pl, 20.04.2015.

Klejnocki J., 2015, *Edukacja do sukcesu czy do klęski?*, www.project-syndicate.pl, 29.04.2015.

Klejnocki J., 2015, *Ruchome wakacje?*, www.project-syndicate.pl, 11.05.2015.

Klejnocki J., 2015, *Zwrot w nauczaniu*, www.project-syndicate.pl, 22.05.2015.

Klejnocki J., 2015, *Bunt humanistów*, www.project-syndicate.pl, 10.06.2015.

Klejnocki J., 2015, *Edukacja muzealna*, www.project-syndicate.pl, 24.06.2015.

Klejnocki J., 2015, *Domy dziecka – ślepy zaułek*, www.project-syndicate.pl, 9.07.2015.

Klejnocki J., 2015, *Inwestować i zarządzać – byle z głową!*, www.project-syndicate.pl, 22.07.2015.

Klejnocki J., 2015, *Eksperyment lesznowolski, czyli edukacja dzieci uchodźców*, www.project-syndicate.pl, 4.08.2015.

Klejnocki J., 2015, *Słabość polskich uczelni*, www.project-syndicate.pl, 19.08.2015.

Klejnocki J., 2015, *O systemie oceniania*, www.project-syndicate.pl, 1.09.2015.

Klejnocki J., 2015, *Tęsknota za mistrzem*, www.project-syndicate.pl, 14.10.2015.

Klejnocki J., 2015, *Co z tą matematyką?*, www.project-syndicate.pl, 4.11.2015.

Klejnocki J., 2015, *Reforma reformy*, www.project-syndicate.pl, 1.12.2015.

Klejnocki J., 2015, *Lektury kłamią?: Tyrmand poprawiony*, „Focus Historia", 2015/1, s. 72.

Klejnocki J., 2015, *Lektury kłamią?: Tajemnice „Lalki”*, „Focus Historia”, 2015/2, s. 74.

Klejnocki J., 2015, *Lektury kłamią?: Kłopoty z Urszulką*, „Focus Historia”, 2015/3, s. 74.

Klejnocki J., 2015, *Lektury kłamią?: Don Kichot na rowerze*, „Focus Historia”, 2015/4, s. 74.

Klejnocki J., 2015, *Lektury kłamią?: Zmyślny reporter*, „Focus Historia”, 2015/5, s. 72.

Klejnocki J., 2015, *Lektury kłamią?: Czterdzieści i cztery*, „Focus Historia”, 2015/6, s. 74.

Klejnocki J., 2015, *Lektury kłamią?: Literackie kochanki*, „Focus Historia”, 2015/ 7-8, s. 82.

Klejnocki J., 2015, *Lektury kłamią?: Polskie oblicza kolonializmu*, „Focus Historia”, 2015/9, s. 84.

Klejnocki J., 2015, *Lektury kłamią?: Stylizacja – drobne kłamstwo*, „Focus Historia”, 2015/10, s. 82.

Klejnocki J., 2015, *Lektury kłamią?: Pisarze bez twarzy*, „Focus Historia”, 2015/11, s. 72.

Klejnocki J., 2015, *Lektury kłamią?: Kim jest Wokulski?*, „Focus Historia”, 2015/12, s. 70.

Knysz-Tomaszewska D., 2015, *La «Bibliotheque Polonaise» de Paul Cazin (1908–1963)*, [w :] Mares A. (red.), *La France et l'Europe centrale. Mediateurs et mediations*, Paris: Institut d'etudes slaves, s. 77-89.

Kopczyński K., 2015, *Dystrybucja polskich filmów dokumentalnych w świecie – smuga cienia*, [w:] Adamczak M., Klejsa K. (red.), *Wokół zagadnień dystrybucji filmowej*, Łódź: Wydawnictwo Biblioteki Państwowej Wyższej Szkoły Filmowej, Telewizyjnej i Teatralnej, s. 159-182.

Koryciński M., Jaskulski P., Kopczyński K., 2015, *Gdy spadają anioły*, „Nowy Folder”, nr 3, s. 13.

Kozłowska E., 2015, *Bibliografia publikacji pracowników Instytutu Polonistyki Stosowanej (2014)*, „Studia Pragmalingwistyczne", t. VII, s. 223-233.

Kurowska M., Wolańska E. (red.), 2015, *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*, Warszawa: Dom Wydawniczy „Elipsa".

Kurowska M., 2015, *Badania eksperymentalne w praktyce logopedycznej*, [w:] Kurowska M., Wolańska E. (red.), *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*, Warszawa: Dom Wydawniczy „Elipsa", s. 19-31.

Kurowska M., 2015, *Rokowania dotyczące rozwoju mowy i języka u dzieci z zaburzeniami uwarunkowanymi uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*, „Poradnik Językowy", z. 5, s. 18-30.

Kurowska M., 2015, *Studium przypadku pacjenta z niedokształceniem mowy pochodzenia korowego*, „Neurolingwistyka Praktyczna", t. 1.

Lehr-Spławiński P., 2014, *Mediawijsheid. Od alfabetyzacji do mądrości, czyli holenderska droga w edukacji medialnej*, [w:] Drożdż M. (red.), *Mądrość w mediach – od bezmyślności do przemądrzałości*, Tarnów: Wydawnictwo BIBLOS, s. 137-151.

Lehr-Spławiński P., 2015, *Medialna polingwistyczność jako praktyka kulturowa*, [w:] Duda A. (red.), *Medialne reprezentacje kultury. Społeczeństwo – Polityka – Promocja t. 2*, Lublin: Wydawnictwo KUL, s. 67-76.

Lehr-Spławiński P., 2015, *Dialogowe znaczenie medialnych użyć języka*, [w:] Drożdż M. (red.), *Dialog w mediach – od fikcji do show*, Tarnów: Wydawnictwo BIBLOS, s. 149-164.

Lichański J.Z., 2015, *Niobe Konstantego Ildefonsa Gałczyńskiego. „Ty jesteś moja światłość świata..."*, Kraków: Universitas.

Lichański J.Z., Kaczorowska T. (red.), 2015, *Maciej Kazimierz Sarbiewski SJ i jego twórczość. Studia i materiały*, Pułtusk – Sarbiewo: Akademia Humanistyczna im. A. Gieysztora.

Lichański J.Z., Perełomowa H.S., Wandyszew W.N. (red.), 2015, *Ritorika: teoerticzni ta prakticzni aspekti komunikacii*, Sumy: Uniwersytet w Sumach.

Lichański J.Z., 2015, *Nietzsche i retoryka – niezrealizowany projekt*, [w:] Mielczarski C. (red.), *Antyk i współczesność: tradycja Friedricha Nietzschego*, Warszawa: Instytut Filologii Klasycznej UW, Wydawnictwo Sub Lupa, s. 81-105.

Lichański J.Z., 2015, *„Powrót prokonsula" Zbigniewa Herberta – osąd naszej współczesności*, [w:] Ruszar J.M. (red.), *Gąszcz srebrnych liści*, Kraków: Wydawnictwo JMR Transatlantyk, s. 243-260.

Lichański J.Z., 2015, *Wątki antyczne w literaturze kryminalnej: próba opisania zjawiska*, [w:] Mikołajczak A.W. (red.), *Antyk w zwierciadle literatury i kultury popularnej*, Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza, s. 24-38.

Lichański J.Z., 2015, *Zabiegi mitologizacyjne w heraldyce*, [w:] Charchalis W., Trocha B. (red.), *Mitologizacja kultury w polskiej i iberyjskiej twórczości artystycznej*, Zielona Góra: Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego, s. 133-152.

Lichański J.Z., 2014, *Richard E. Volkmann i badania nad kulturą antyczną*, [w:] Gaj B. (red.), *Antiquitate Imbuti. Uczeni dawnych ziem pruskich...*, Opole: Wydawnictwo Fundacji Nauki i Kultury Na Śląsku, s. 33-60.

Lichański J.Z., 2015, *Maciej Kazimierz Sarbiewski – między logiką a poezją*, [w:] Lichański J.Z., Kaczorowska T. (red.), *Maciej Kazimierz Sarbiewski SJ i jego twórczość. Studia i materiały*, Pułtusk – Sarbiewo: Akademia Humanistyczna im. A. Gieysztora, s. 65-78.

Lichański J.Z., 2015, *Wprowadzenie do metody krytyki retorycznej*, [w:] Lichański J.Z., Perełomowa H.S., Wandyszew W.N. (red.), *Ritorika: teoerticzni ta prakticzni aspekti komunikacii*, Sumy: Uniwersytet w Sumach, s. 10-16.

Lichański J.Z., 2015, *Miły dom – locus amoenus. Konstanty Ildefons Gałczyński w Nieborowie i Arkadii*, [w:] Morawińska A. (red.), *Nieborów i Arkadia – 70 lat Muzeum. Księga Pamiątkowa*, Nieborów, Arkadia: Muzeum w Nieborowie i Arkadii, s. 112-118.

Lichański J.Z., 2015, *Pieśni kancjonałowe – problemy atrybucyjne i redakcyjne; wybrane przykłady z tzw. Kancjonału Mazurskiego*, [w:] Dacka-Górzyńska I., Partyka J. (red.), *Staropolska literatura dewocyjna*, Warszawa: DiG, s. 103-116.

Lichański J.Z., 2015, *Retoryka debaty – A. Budzyńska-Daca, Retoryka debaty*, „Forum Artis Rhetoricae", nr 3(42), s. 67-68.

Lichański J.Z., 2015, *Filozofia formy literackiej – K. Burke, Filozofia formy literackiej*, Gdańsk 2014, „Forum Artis Rhetoricae", nr 1(40), s. 59-62.

Lichański J.Z., 2015, *Macagno, Fabrizio. Walton, Douglas. Emotive Language in Argumentation, Cambridge, New York 2014*, „Forum Artis Rhetoricae", nr 1(40), s. 63-66.

Lichański J.Z., 2015, *Arthur Schnitzler, czyli mroczne zaułki Wiednia (i niektóre dzielnice Berlina)*, „Twórczość", nr 3, s. 124-127.

Lichański J.Z., 2015, *Budzyńska-Daca, Agnieszka, Retoryka debaty. Polskie wielkie debaty przedwyborcze 1995–2010*, PWN, Warszawa 2015, „Forum Artis Rhetoricae", nr 3(42), s. 67-68.

Lichański J.Z., 2015, *Burke, Kenneth. Filozofia formy literackiej, tł. Ewa Rajewska, Gdańsk 2014*, „Forum Artis Rhetoricae", nr 1(40), s. 59-62.

Lichański J.Z., 2015, *Tuszyńska Kamila, „Dyskurs Diona z Prusy w Mowach o królestwie. Mariaż retoryki z filozofią", Poznań 2013*, „Forum Artis Rhetoricae", nr 3(42), s. 69-71.

Mikołajczuk A., 2015, *Językowy obraz świata w edukacji polonistycznej a treści nauczania w podstawie programowej i wybranych podręcznikach szkolnych*, „Poradnik Językowy", z. 1, s. 53-68.

Piasecka M. (red.), 2015, *Poradnik logopedyczny dla nauczycieli polonijnych pracujących z dziećmi w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym*, Warszawa: Instytut Polonistyki Stosowanej UW.

Piasecka M., *Dyskusja panelowa „Od imigracji do integracji"*, [w:] Dubisz S., Sajkowska U. (red.), *Język polski jako drugi kod komunikacyjny w Polsce*, Warszawa: Fundacja Nauki Języków Obcych „Linguae Mundi", s. 105-117.

Piasecka M., 2015, *Halina Wiśniewska, Milczenie i pisanie małopolskich pań w wiekach XVI–XVIII, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2013, ss. 370*, „Poradnik Językowy", z. 9, s. 127-129.

Piasecka M., 2015, *Sytuacja językowa Polaków w Norwegii*, „Poradnik Językowy", z. 10, s. 56-68.

Porayski-Pomsta J., 2015, *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*, Warszawa: Dom Wydawniczy „Elipsa".

Porayski-Pomsta J., 2015, *Rozwój mowy dziecka w sytuacji migracyjnej*, [w:] Dubisz S., Sajkowska U. (red.), *Język polski jako drugi kod komunikacyjny w Polsce*, Warszawa: Fundacja Nauki Języków Obcych „Linguae Mundi", s. 83-91.

Porayski-Pomsta J., 2015, *Językowa norma rozwojowa w ontogenezie wobec normy poprawnościowej języka polskiego*, „Poradnik Językowy", z. 5, s. 7-17.

Porayski-Pomsta J., 2015, *Działalność w Towarzystwa Kultury Języka w 2014 roku*, „Poradnik Językowy", z. 5, s. 108-113.

Przybysz-Piwko M., 2015, *Wprowadzenie*, [w:] Kurowska M., Wolańska E. (red.), *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*, Warszawa: Dom Wydawniczy „Elipsa", s. 11-15.

Sękowska E., 2015, *Charakterystyczne innowacje we współczesnej polszczyźnie*, [w:] Smirnowa L.G. (red.), *Russkaja i polskaja kartiny mira w interkulturnom diałogie*, Smolensk: Smolenskij gosudarstwiennyj uniwersytet, s. 5-13.

Sękowska E., 2015, *Charakterystyczne innowacje we współczesnej polszczyźnie (uzupełniona wersja referatu przedstawionego na konferencji w Smoleńsku)*, Kwartalnik „Polonicum", nr 19, s. 2-6.

Sękowska E., 2015, *Migracje europejskie Polaków w ramach Unii Europejskiej – przegląd badań*, „Poradnik Językowy", z. 8, s. 36-44.

Siudzińska N., 2015, *Logopedyczne aspekty pracy z dzieckiem cudzoziemskim w polskim przedszkolu*, [w:] Dubisz S., Sajkowska U. (red.), *Język polski jako drugi kod komunikacyjny w Polsce*, Warszawa: Fundacja Nauki Języków Obcych „Linguae Mundi", s. 63-73.

Siudzińska N., 2015, *Problemy z opisem derywatów modyfikacyjnych (na przykładzie ekspresywów motywowanych nazwami osobowymi)*, [w:] Sajkowska U. (red.), *Odkrywanie słowa. Historia i współczesność*, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, s. 443-464.

Siudzińska N., 2015, *O leksemie Šeima ('rodzina') w języku litewskim*, [w:] Gutiérrez Rubio E., Falkowska M., Kislova E., Stępień M. (red.), *Beiträge der Europäischen Slavistischen Linguistik (Polyslav), (seria: Die Welt der Slaven. Sammelbände)*, t. 18, München – Berlin – Leipzig – Washington/D.C.: Verlag Otto Sagner, s. 245-252.

Stępień M., Siudzińska N., 2015, *Poradnik logopedyczny dla nauczycieli polonijnych pracujących z dziećmi w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym*, Warszawa: Instytut Polonistyki Stosowanej UW.

Gutiérrez Rubio E., Falkowska M., Kislova E., Stępień M. (red.), 2015, *Beiträge der Europäischen Slavistischen Linguistik (Polyslav), (seria: Die Welt der Slaven. Sammelbände)*, t. 18, München – Berlin – Leipzig – Washington/D.C.: Verlag Otto Sagner.

Stępień M., 2015, *Niebezpieczne narzędzie w tekście – słowotwórstwo jako oręż w dyskursie publicznym*, [w:] Cegieła A., Kuciński P., Polkowska L., Stępień M. (red.), *Studia z etyki słowa*, Warszawa: Dom Wydawniczy „Elipsa", s. 69-140.

Stępień M., 2015, *To samo czy inne? Właściwości prozodyczne tzw. wyrażeń quasi-imiesłowowych*, [w:] Danielewiczowa M., Bilińska J., Doboszyńska-Markiewicz K., Zaucha J. (red.), *Sens i brzmienie. Seria: Prace Instytutu Filologii Polskiej UKSW*, Warszawa: Wydawnictwa UKSW, s. 145-169.

Stępień M., 2015, *Badanie wczesnych umiejętności echowych. Struktury językowe (tłumaczenie i adaptacja)*, [w:] Sundberg M. (red.), *VB-MAPP. Ocena osiągania kamieni milowych rozwoju i planowanie terapii. Kwestionariusz*, Warszawa: Scolaris, s. 24, 56, 68-69.

Szurek A., 2015, *Detektywi idą na wojnę. Bohaterowie kryminałów w wojennych tekstach propagandowych*, [w:] Gemra A. (red.), *Literatura kryminalna. Na tropie źródeł*, Kraków: EMG, s. 263-278.

Szurek A., 2015, *Ujawnić, upamiętnić, zrozumieć – zapomnieć? Narracje o bombardowaniu Grodziska Mazowieckiego w styczniu 1945 roku – próba analizy retorycznej*, [w:] *Ujawnić, upamiętnić, zrozumieć – zapomnieć? Narracje o bombardowaniu Grodziska Mazowieckiego w styczniu 1945 roku – próba analizy retorycznej*, Wrocław: Pracownia Literatury i Kultury Popularnej oraz Nowych Mediów, s. 138-153.

Szurek A., 2015, *Oxford Education Research Symposium – sprawozdanie z perspektywy retorycznej*, „Forum Artis Rhetoricae", nr 1(40), s. 52-57.

Szurek A., 2015, *Diversity and Locality in School Documents: The Case of Schools in Masovia*, „Forum Artis Rhetoricae", nr 2(41), s. 53-62.

Trysińska M., 2015, *Akty mowy jako klucz do interpretacji postaw rodzicielskich. Wychowawcze, edukacyjne i komunikacyjne aspekty filmów animowanych dla dzieci (na przykładzie filmów emitowanych w MimiMini+ i Cartoon Network)*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW.

Trysińska M., 2015, *Medialny obraz trzech pokoleń: dzieci, rodziców i dziadków (na przykładzie filmów animowanych dla dzieci)*, [w:] Wierzbicka-Piotrowska E. (red.), *Dialog pokoleń*, Warszawa: Wydział Polonistyki UW, s. 59-70.

Trysińska M., 2015, *Rodzina idealna – obraz rodziny w filmach animowanych dla dzieci (z nurtu edukacyjnego)*, [w:] Hofman I., Kępa-Figura D. (red.), *Medialny obraz świata. Tom 2. Studium przypadku*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 175-192.

Wdowik A., 2015, *Poezja zaangażowana lat 1730–1830? Od publicznego ku prywatnemu. Rec.: „Poezja okolicznościowa w Polsce w latach 1730–1830". T. 1: „W kręgu spraw publicznych i narodowych", T. 2: „W kręgu spraw prywatnych i środowiskowych", pod red. M. Nalepy, G. Trościńskiego, R. Magrysia, Rzeszów 2014*, „Wiek Oświecenia", t. 31.

Wdowik A., 2015, *Aktualność „Wieku Oświecenia" z perspektywy najmłodszego pokolenia badaczy*, „Wiek Oświecenia", t. 31.

Wichrowska E., 2015, *Helena Radziwiłłowa, nie tylko twórczyni Arkadii*, [w:] Morawińska A. (red.), *Nieborów i Arkadia – 70 lat Muzeum. Księga Pamiątkowa, Nieborów*, Arkadia: Muzeum w Nieborowie i Arkadii, s. 16-35.

Wichrowska E., 2015, *Pamięć Nieborowa*, [w:] Wichrowska E., Szczepan-Wojnarska A., Sendyka R., Nycz R. (red.), *Afektywne historie i polityki pamięci*, Warszawa: Wydawnictwo IBL PAN, s. 7-15.

Wolańska E., 2015, *Zaburzenia funkcji językowych w chorobach i zespołach otępiennych. Rola i cele logopedii wieku podeszłego*, „Poradnik Językowy", z. 5, s. 67-82.

Zaron Z., 2015, *O wdzięczności*, [w:] Sokólska U. (red.), *Odkrywanie słowa. Historia i współczesność*, Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, s. 203-215.

Zaron Z., 2015, *O słówku osobiście*, [w:] Roszko D., Satoła-Staskowiak D. (red.), *Semantyka a konfrontacja*, Warszawa: Instytut Slawistyki PAN, s. 355-365.

Zawadka J., 2015, *Badanie świadomości grafotaktycznej u dorosłych. Uwagi do procedur*, [w:] Kurowska M., Wolańska E. (red.), *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*, Warszawa: Dom Wydawniczy „Elipsa", s. 304-314.

Opracowała Ewa Kozłowska