

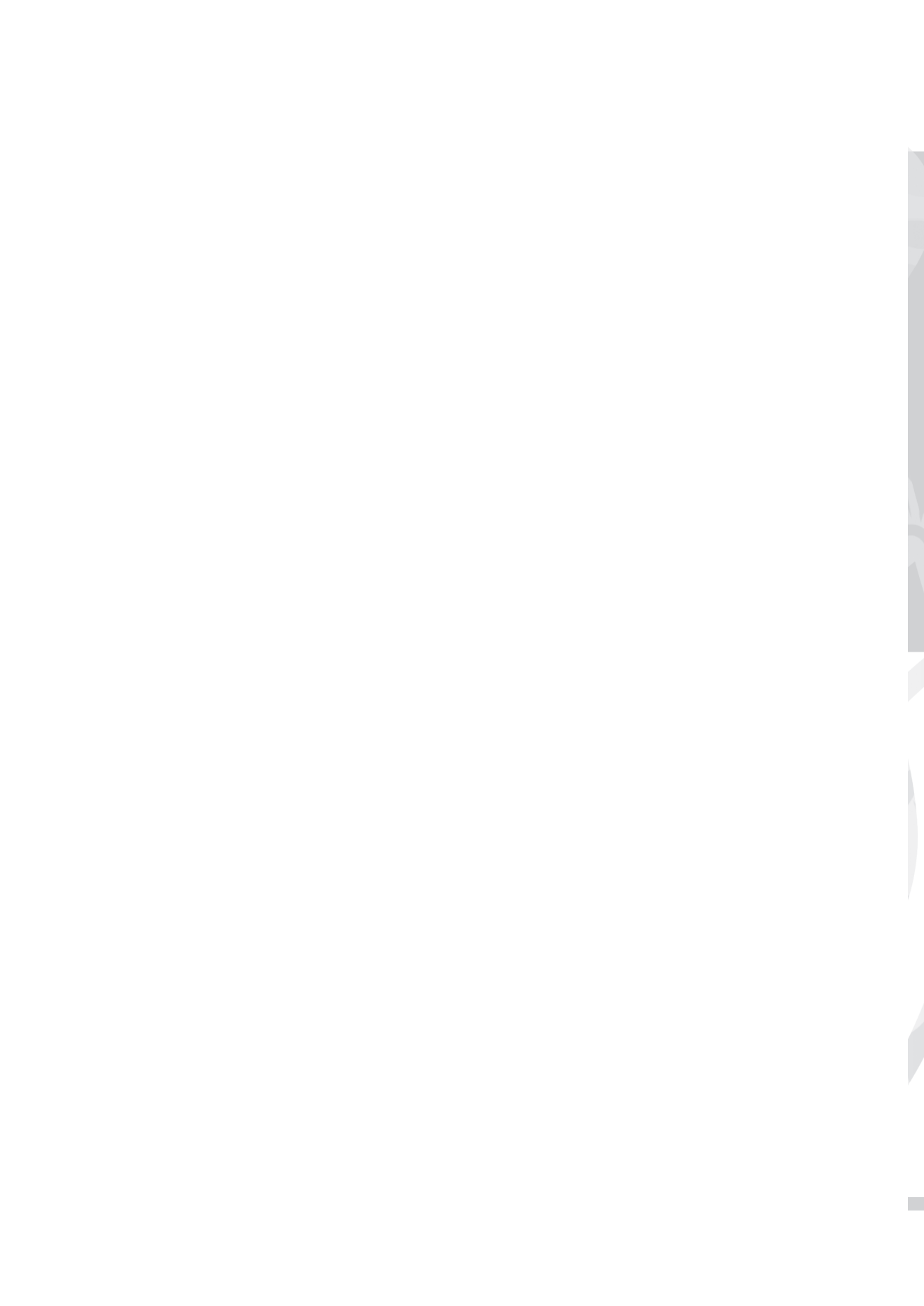
Logopedia Silesiana 11 (2)



UNIWERSYTET ŚLĄSKI
WYDAWNICTWO



Logopedia
Silesiana
11 (2)





Logopedia Silesiana 11 (2)

pod redakcją Olgi Przybyli

Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Katowice 2022

KOMITET REDAKCYJNY • EDITORIAL BOARD

Redaktor Naczelna • Editor-in-Chief

OLGA PRZYBYLA (Uniwersytet Śląski w Katowicach – olga.przybyla@us.edu.pl)

Zastępca Redaktor Naczelnej • Vice-Editor-in-Chief

PIOTR H. SKARŻYŃSKI (Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu;
Warszawski Uniwersytet Medyczny – sekretariat@piotrhenrykskarzynski.pl)

Sekretarz • Secretary

ANNA U. PILŚNIAK (Uniwersytet Śląski w Katowicach – anna.pilsniak@us.edu.pl)

Członkowie • Members

MIECZYŚLAW CHĘCIEK (Staropolska Szkoła Wyższa w Kielcach), GRAŻYNA JASTRZĘBOWSKA (Uniwersytet Opolski), KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY (Uniwersytet Gdański), BARBARA KASICA (Specjalistyczny Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji dla Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu PZG w Katowicach), KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY (Uniwersytet Gdański), TATIANA LEWICKA (Uniwersyteckie Centrum Medyczne im. prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach), ALINA MACIEJEWSKA (Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Kielcach), JOANNA SIUDA (Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach), GRZEGORZ ZEMELKA (Krakowskie Towarzystwo Popularyzowania Wiedzy o Komunikacji Językowej „Tertium” UJ)

RADA NAUKOWA • EDITORIAL COMMITTEE

MARIAN KISIEL (Uniwersytet Śląski w Katowicach) – przewodniczący Rady Naukowej,
PAUL CORTHALS (University College Ghent, Health Care Department, Belgia), DOBRINKA GEORGIEWA (South-West University, Department of Logopedie, Błagojewgrad, Bułgaria), STANISŁAW GRABIAS (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie), ELENA KITIK (Russian Academy of Education, Institute of Special Education, Moskwa, Rosja), PÉTER LAJOS (Uniwersytet Eötvös Loránd „Bárczi Gusztáv”, Faculty of Special Education, Budapeszt, Węgry), DAWID LARYSZ (Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach), STANISŁAW MILEWSKI (Uniwersytet Gdański), TATIANA NIKOLAYEVA (Russian Academy of Education, Institute of Special Education, Moskwa, Rosja), GRZEGORZ OPALA (Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach), DANUTA PLUTA-WOJCIECHOWSKA (Uniwersytet Śląski w Katowicach), JÓZEF PORAYSKI-POMSTA (Uniwersytet Warszawski), HENRYK SKARŻYŃSKI (Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu), ALDONA SKUDRZYK (Uniwersytet Śląski w Katowicach), LESZEK SZEWczyk (Uniwersytet Śląski w Katowicach), SEYHUN TOPBAS (Anadolu University, Department of Speech and Language Therapy, Turcja), KATEŘINA VITAŠKOVÁ (Uniwersytet Palackiego, Olomuniec, Czechy), TOMASZ WOŹNIAK (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie)

RADA RECENZyjNA • REVIEWERS COMMITTEE

JACEK BŁEŚZYŃSKI (Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu), IVANA BOLT (Uniwersytet w Zagrzebiu, Chorwacja), JOLANTA BUJAK-LECHOWICZ (PEDAGOGIUM, Wyższa Szkoła Nauk Społecznych w Warszawie), PAUL CORTHALS (University College Ghent, Health Care Department, Belgia), EWA CZAPLEWSKA (Uniwersytet Gdański), IVANA DOBROTOVÁ (Uniwersytet Palackiego, Olomuniec, Czechy), IVANA DOBROTOVÁ (Uniwersytet Palackiego, Olomuniec, Czechy), DOBRINKA GEORGIEWA (South-West University, Department of Logopedie, Błagojewgrad, Bułgaria), HELEN GRECH (University of Malta, Malta), JOLANTA GÓRAL-PÓŁROLA (Staropolska Szkoła Wyższa w Kielcach), MIROŚLAW HRDLICKA (Uniwersytet w Zagrzebiu, Chorwacja), JYTTE ISAKSEN (University of Southern Denmark, Dania), OLGA JAUER-NIWOROWSKA (Uniwersytet Warszawski), DAIVA KAIRIENĖ (Siauliai University, Litwa), ZDZISŁAW M. KURKOWSKI (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie), ANJA LOWIT (Uniwersytet Strathclyde, Wielka Brytania), LILIANA MADELSKA (Uniwersytet Wiedeński, Austria), MIROŚLAW MICHALIK (Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie), AGNIESZKA MYSZKA (Uniwersytet Rzeszowski), PREDRAG OBUĆINA (Uniwersytet Belgradzki, Serbia i Czarnogóra), JOLANTA PANASIUK (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie), MARTA PANČIKOVA (Uniwersytet Ostrawski, Czechy), KATARZYNA PLUTECKA (Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie), JANA RAČLAVSKÁ (Uniwersytet w Ostrawie, Czechy), MAŁGORZATA ROČLAWSKA-DANILUK (Uniwersytet Gdański), BAIBA TRINITE (Uniwersytet Lipawski, Łotwa), SVETLANA M. VALYAVKO (Moskiewski Uniwersytet Państwowy im. Michaiła W. Łomonosowa, Rosja), KATEŘINA VITAŠKOVÁ (Uniwersytet Palackiego, Olomuniec, Czechy), TATIANA VOŁODAROVNA TUMANOVA (Moskiewski Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny, Rosja), MARIA ZOFIA WTORKOWSKA (Uniwersytet w Lublanie, Słowenia)

Adres Redakcji • Contact

ul. Uniwersytecka 4, 40-007 Katowice, <https://journals.us.edu.pl/index.php/LOGOPEDIASILESIANA>

Czasopismo jest rejestrowane w bazach:

Arianta, BazHum, CEEOL, DOAJ, CEJSH, DERIH PLUS, FBC, ICI Journals Master List, INFONA, Most Wiedzy, NUKAT, Polska Bibliografia Naukowa, ŠBC, WorldCat,

Spis treści

Artykuły

OLGA JAUER-NIWOROWSKA

Rozważania nad normą w logopedii (EN/PL)

KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY

Specyfika rozwoju mowy u osób z zespołem Downa (EN/PL)

URSZULA JĘCZEŃ

Konceptualizacja kolorów w języku osób niewidomych od urodzenia i ociemniałych we wczesnym stadium rozwoju (EN/PL)

EWA HRYCYNA

Słownictwo w zaburzeniach należących do spektrum autyzmu. Część 3:
Charakterystyka jakościowa – kategoria relacji (EN/PL)

WOJCIECH LIPSKI

Zaburzenia formy i treści wypowiedzi w dialogu i narracji schizofatycznej.
Implikacje terapeutyczne (EN/PL)

MARTA KRAKOWIAK

Realizacja opisu obrazka przez dziesięciolatkę z płodowym zespołem
alkoholowym (EN/PL)

ANNA GUZY

Zachowania zdrowotne a doświadczanie trudności głosowych wśród studentów
i nauczycieli (EN/PL)

EMILIA JESIOTR, DOMINIK SIEŃKO, AGNIESZKA ZOFIA RATAJ-PIETRZAK

Edukacja akademicka a pierwsze kroki w zawodzie logopedy.
Badania ankietowe (EN/PL)

Noty o autorach (PL)

Informacje dla autorów (PL)

Contents

Articles

OLGA JAUER-NIWOROWSKA

Reflection on the concept of “the norm” in speech-language therapy (EN/PL)

KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY

Characteristics of speech development in people with Down’s syndrome (EN/PL)

URSZULA JĘCZEŃ

Conceptualization of colours in the language of congenitally blind persons and the ones who became blind in the early stage of development (EN/PL)

EWA HRYCYNA

Vocabulary in autism spectrum disorders. Part 3: Qualitative description – the category of relations (EN/PL)

WOJCIECH LIPSKI

Disturbances in the form and content of utterances in dialogue and schizophrenic narrative. Therapeutic implications (EN/PL)

MARTA KRAKOWIAK

Performance of a picture description by ten-year-olds with fetal alcohol syndrome (EN/PL)

ANNA GUZY

Health behaviors and the experience of vocal difficulties among students and teachers (EN/PL)

EMILIA JESIOTR, DOMINIK SIEŃKO, AGNIESZKA ZOFIA RATAJ-PIETRZAK

Academic education versus the first steps in the speech and language therapy profession. Questionnaire survey (EN/PL)

Notes on contributors (PL)

Information for the authors (PL)





Artykuły

Logopedia
Silesiana
11 (2)



OLGA JAUER-NIWOROWSKA

Department of Speech Therapy and Voice Emission, Institute of Applied Polish Studies,
Faculty of Polish Studies, University of Warsaw

<https://orcid.org/0000-0001-8488-2933>

Reflection on the concept of “the norm” in speech-language therapy

ABSTRACT: The article discusses various concepts of the norm in speech-language therapy. The aim of the article is to present the complexity of the topic. The author considers various determinants of linguistic and communicative behaviour in the verbal form and the related methods of describing the norm. The essential requirement for correct diagnosis and therapy of persons with speech disorders of various aetiologies is knowledge and experience sufficient to determine the meaning of individual terms designating the disorders, taking into account interdisciplinary methods of defining the norm. This explains also the importance of ensuring proper standards of education allowing to perform independent, correct and reliable diagnosis and speech-language therapy.

KEYWORDS: speech-language therapy, speech, language, norms, speech-language disorders, diagnosis

Rozważania nad normą w logopedii

STRESZCZENIE: Artykuł poświęcony jest różnym aspektom normy w logopedii. Celem założonym w artykule jest wskazanie złożoności poruszanej problematyki. Autorka rozważa uwarunkowania zachowań językowych i komunikacyjnych oraz związane z nimi sposoby opisu normy. Odnosi się do językowego, biologicznego i psychologicznego ujęcia normy. Wiedzę i doświadczenie pozwalające na uzgodnienie znaczeń dotyczących nazw zaburzeń, uwzględnienie interdyscyplinarnych sposobów definiowania normy traktuje jako niezbędny warunek poprawnej diagnozy i terapii osób z zaburzeniami mowy o różnej etiologii. Z tego wynika istotność zapewnienia odpowiednich standardów kształcenia, przygotowującego do samodzielnego, trafnego i rzetelnego diagnozowania i usprawniania logopedycznego.

SŁOWA KLUCZOWE: logopedia, mowa, język, normy, zaburzenia mowy, diagnoza

The article discusses the concept of the norm in speech-language therapy. It was written as an extension of the author’s presentation at the 17th Polish National Speech Therapy Conference, entitled “Theoretical and practical dilemmas in speech therapy”, organized on 4–5 December 2021 in Warsaw by the Institute of Applied Polish Studies at the University of Warsaw, the Society for Language

Culture and the Institute of Human Development Support and Education at the Maria Grzegorzewska University in Warsaw. It is the result of reflections based both on lecture of specialist studies and on speech-language therapeutical work with persons suffering from neurogenic speech disorders. The key part of the article features contents related to psychological aspects which should be considered in discussion of the norm. In the publication, I intentionally leave out the analysis of linguistic behaviour in written language. A comprehensive description of those issues goes beyond the scope of the present article. I do not attempt to provide a final answer to all the questions posed in the text. The aim of the article is to prove the complexity of the discussed issues.

The concept of the norm in sciences related to speech-language therapy

The concept of the norm in science involves, sometimes not fully conscious, adoption of specific theoretical assumptions allowing to establish criteria of normativity. Due to the interdisciplinary nature of speech-language therapy, I will begin the discussion of the concept of the norm in this discipline with the presentation of various approaches to the norm in sciences related to speech-language therapy, that is linguistics, psychology and pedagogics as well as in medical sciences. This order of content presentation is based on an attempt to conceptualize the norm in speech-language therapy within a paradigm which integrates the humanistic, social and medical approach. Reflection on normativity in science or lack thereof always involves adoption of theoretical assumptions which allow to evaluate specific phenomena, that is a reference to the *theoretical norm*. The inquiries described below show changes in theoretical paradigms of sciences related to speech-language therapy as well as the recent tendency to conceptualize them in functional terms, which allows to characterize individual phenomena taking into account their causes and change dynamics.

The concept of the norm in linguistics refers to the *notion of linguistic correctness among language users*, therefore, it is at the same time objective and difficult to describe in exact terms (Pisarek & Reczek, 2000, p. 253). As observed by Andrzej Markowski (2018):

[...] the norm [...] is a set of linguistic elements, that is the vocabulary, its forms and collocations as well as the inventory of the ways to create, combine, pronounce and write down words, which are in a given period acknowledged by the given community (most often, by the whole society, and mainly by its educated circles) as normative, correct or at least acceptable (p. 19).

The quoted definition of the norm is based on some fundamental assumptions concerning the language as a set of elements with various levels of complexity- and combination rules. According to the aforementioned definition, the norm is characterized by gradation, and its observable expression are selected elements of the language system which are described as correct. Magdalena Danielewiczowa emphasizes in turn that the norm understood as a convention regarding the manner of using linguistic devices constitutes, at the same time, a part of the system itself. Such a concept of the norm refers both to hidden linguistic knowledge of language users and to the custom usage (Danielewiczowa, 2016). Jarosław Liberek (2021) notes differences in approaches to the linguistic norm, from the concept of the norm understood as an abstract model located between the system and the usage, to its customary understanding. He also points out that the source of the language model should involve two mechanisms: the frequency of occurrence and the universality of usage. Such an approach means abandonment of the evaluative function of the norm for the benefit of the function describing the linguistic reality.

In social sciences related to speech-language therapy, that is in psychology and pedagogics, the *norm* is a term which can be presented in quantitative – statistical or qualitative terms. In the quantitative approach, researchers define the norm as the average value of a measured characteristic. Such a definition is based on the assumption that within a population, average values occur most commonly, whereas values deviating from the average are less common. The quantitative approach to the norm emphasizes the fact that measurements which differ significantly from the average result are considered a deviation from the norm *in plus* or *in minus* (Brzeziński, 2019). In the qualitative approach, researchers refer to the notion of *social norms*, emphasizing the typicality of normative behaviour and its consistency with the rules of living as applicable within the given community. Such an approach draws upon the cultural and axiological dimension of the norm. In sciences offering diagnosis and therapy for persons experiencing in their everyday social functioning difficulties of various origin (e.g., in social clinical psychology, special education), researchers refer to the *clinical norm*, which forms the basis for differential diagnosis of disorders. The term of the clinical norm in psychology is related to the term *mental health*. Health can be considered both on theoretical level, as a positive value, and on the empirical level, as a set of specific properties and resources, a state of subjective well-being, or as a process allowing for optimal mental functioning. *Mental health* considered from the perspective of processes is defined as a condition of a dynamic balance, allowing the individual to realize their potential and meet requirements of their environment.

The process of development is currently perceived as being influenced by multiple factors. Therefore, in the case of developmental disorders, a clear assessment of causes and pathogeneses of the observed disorders might not always be

possible (Białęcka-Pikul, 2007; Jauer-Niworowska & Emiluta-Rozya, 2021). In medical sciences, the concept of the norm is always connected to the concept of health. In the classical biological and medical paradigm, health is described as lack of illness. In that approach, the object described is the disease, which must be removed by treatment, while health remains a value which lacks description. According to the World Health Organization (1948), health is described as complete physical, mental and social well-being, and not simply as lack of illness or disability. In such an approach, health becomes an idealistic, abstract construct, which is, in fact, impossible to maintain on a long-term basis. From a realistic point of view, justified is the statement that people are never fully healthy, just not fully diagnosed. Also, the definition by WHO makes the concept of health completely subjective and difficult to operationalize, since the feeling of complete well-being may involve different conditions for each individual. A more contemporary approach proposes a conceptual model of health. Aaron Antonovsky (1991) discusses health as a dynamic process and situates it on a continuum, with one end representing ideal health, and the other end – a disease affecting the whole organism. In adopting that concept, one must agree that, in fact, people are never completely healthy or completely ill. In that approach, health is understood as a state of a dynamic balance within the organism, while a disease is a state of collapse of that balance. The functioning of the organism is determined by efficiency of internal processes which support the biopsychical balance on one hand, and on the other hand, by environmental conditions.

The autonomy of speech-language therapy with regard to related areas of science results from application of only those elements and resources of the aforementioned sciences which describe the processes of verbal interactions and determine the conditions of linguistic behaviour related to communication. In the present article, I adopt a holistic approach to speech-language therapy as a science concerning speech in all its manifestations, since in practice, speech-language therapists both support persons with speech disorders and help improve normative skills. The object of research in the field of speech-language therapy are texts created by speakers, while the subject of research and speech-language therapy is a human as a speaking being – *homo loquens*. A speech-language therapist strives to learn and improve mainly those aspects of verbal behaviour which serve to perform the communicative function. Particular attention is paid by speech-language therapists to spoken messages based on direct contact between the sender and the recipient, since that form of interaction is primary and still most common, considering communication between people of various ages and in different life situations. When analysing a spoken text, the speech-language therapist evaluates the *normativity* of pronunciation as well as lexis and grammar. Important for correct realization is the phonetic structure of the text. In the context of aesthetics and clarity of statements, deviations from the model norm

– mainly simplifications or assimilations – are considered. A benchmark for the formal evaluation are grammatical rules of the Polish language. However, it is worth considering that in the formal approach, also the context of the statement plays a significant role, since it contributes to forming of the message and affects the assessment of its normativity.

Speech-language therapy as a practical science and the concept of the norm

In speech-language therapy practice, linguistic and biophysical norms are integrated, which justifies the adoption of a dimensional concept of the norm. From the perspective of speech-language therapy practice, it seems valid to combine the assessment of the statement's correctness and recommendations as to the direction of desirable changes (prescriptive norms) with the descriptive approach. Integration of the aforementioned approaches allows to present the universality and typicality of linguistic behaviour as well as its correctness within a continuum, the one end of which is a model speech behaviour, while the other end represents a deeply disrupted behaviour. The presented method of description also allows to integrate the quantitative approach, based on statistical data analyses, with the qualitative approach. Careful and model statements can be regarded as exceeding the average usage norm *in plus*, whereas statements which are to a various extent distorted can be described as differing from the said norm *in minus*. If the aforementioned continuum was depicted as a line, the most typical and common behaviours would be placed in its middle, thus representing the manner of speaking which is consistent with the general social notion of linguistic correctness and characteristic for an average language user without any specialist education. Behaviours placed above average would include careful statements, with those corresponding to the *model norm*, as determined by educated social circles and codified by linguists, constituting the positive end of the continuum. Statements placed below the average could be ordered according to the severity of disorders. That part of the continuum would consist of: (1) statements slightly distorted in terms of lexis and grammar as well as pronunciation; (2) statements characterized by an average level of distortion in terms of vocabulary, grammar rules and/or sound structure; (3) statements significantly distorted in terms of vocabulary, grammar rules and/or articulation.

The scopes of the descriptive and the prescriptive norm are partially overlapping. The prescriptive norm includes all those realizations which meet the crite-

ria of the careful or model usage norm, but not distorted statements which the listener perceives as lacking lexical, grammatical or phonological correctness.

In the descriptive approach, which does not offer an assessment of correctness, both careful and slightly distorted statements could be recognized as realizations within the so-called *broad norm*, that is close to typical behaviour, often present among language users. As already mentioned, the most common, typical behaviour – corresponding to the population average, is also perceived by the majority of users of the Polish language as correct. As described earlier, statements which are close to the model norm, just like slightly distorted statements, are less common within the given population and also clearly deviate from typical behaviour, meaning that they significantly differ from the norm in descriptive terms. Speech-language therapy practitioners are not always aware of those dependencies, thus their astonishment at the high frequency of occurrence in the general population of spoken forms which do not meet the criterion of the *model language norm*. Depending on the type of conducted scientific analyses, one of the described approaches to the norm can be adopted to a greater extent.

Norm in the speech-language therapy practice – selected problems

At present, two major areas of practical and scientific activities can be distinguished in the area of speech-language therapy. The first one includes *artistic speech-language therapy*, the other one – *clinical speech-language therapy*. In artistic speech-language therapy, the subject of influence are persons without speech disorders, who wish to improve their manner of speaking and voice production skills. A therapist working in the area of artistic speech-language therapy supports persons who present their messages through media, using specialist equipment, as well as persons using their voice in direct contact with the recipient (e.g., teachers, lawyers, clergymen). In that field, the speech therapist refers to the *model norm* established by educated users of the Polish language. A significant criterion for evaluation of the sound correctness of a statement, since it is quite subjective, requires confirmation of accuracy and reliability of the practical assessment concerning the level of normativity. Objectivization can be ensured by intersubjective evaluation performed by several independent speech-language therapists. In such a situation, a question emerges concerning the minimum number of evaluating persons. Participation of three speech-language therapists in the assessment seems to exclude the possibility of incidental similarity of opinions. If it is not possible for three persons to participate, the absolute minimum required for scientific assessment of normativity of a statement is evaluation by two speech-

language therapists. In practice, it often happens that a single speech-language therapist individually evaluates the speech condition of the person using their help, which involves the risk of subjectiveness. In such a case, some certainty can be achieved by observing recommendations on multisensory diagnosis as well as attempting to combine subjective tests with objective ones. In intersubjective diagnosis, important is determination of the required minimum level of consistency between individual evaluations. In light of the methodology of psycho-social research, it seems justified to adopt the requirement of at least 70-percent consistency (Gorbaniuk, 2016).

Persons using services of an artistic speech-language therapist should have the potential allowing them to master model pronunciation, which according to descriptive criteria corresponds to skills exceeding the norm, meant as the high prescriptive norm. The biological foundation for model sound realization of statements includes: (1) fully functioning muscles of the respiratory, phonatory and articulatory apparatus; (2) proper level of kinaesthetic sensitivity, allowing for sensory self-control of realizations of movement sequences in a phonic series; (3) correct functioning of the hearing organ, allowing for perceptive self-control of generated sounds. The importance of auditory self-awareness in the aspect of vocal capability is emphasized by phoniatrists and audiologists (Szkielekowska & Miaškiewicz, 2014).

The aim of an artistic speech-language therapist is to achieve the desired interpretation of a text spoken before a public. Such an interpretation depends on the aforementioned biological conditions and on the cognitive and emotional abilities of the speaker, which allow them to properly understand and emphatically present the given content. The emotional state of the speaker also affects their phonatory efficiency and as a result, the prosody of the created message. Optimization of the speaker's potential should be based on a holistic approach. The aforementioned dependencies are confirmed by observations and studies in the field of medicine and speech-language therapy (Kazanecka et al., 2015; Wysocka, 2013).

Regarding the speech-language therapy practice, it seems important to consider the acceptable scope of deviations from the descriptive pronunciation norm in the *in minus* range for persons wishing to improve their diction and emission performance. In this context, Barbara Sambor (2017) mentions a *diction flaw*, defined as a minor incorrectness of articulation, which can be quickly removed. Mirosław Michalik (2020), when writing about scenic creativity, emphasises that careful pronunciation should be the starting point for improvement of emission and diction skills of actors. The functional approach does not exclude consideration of both those concepts. One can assume that clients of an artistic speech-language therapist should have a potential allowing them to achieve, in the process of speech-language therapy, realizations which finally correspond to the model linguistic, communicative and pronunciation norm.

Therapists working in the area of clinical speech-language therapy diagnose the causes and symptoms of speech disorders and offer help to persons suffering from them. The aim of activities of a speech-language therapist dealing with the problems of speech disorders may include: (1) improvement or full normalization of language and communication skills of the person using their help – if the given disorder can be removed or reduced; (2) maintenance of the current language and communication skills – in the case of progressive disorders; (3) providing the patient with auxiliary or replacement forms of communication – in a situation when the communication through the phonic channel is significantly impaired or impossible. Obviously, a complete speech-language diagnosis should include a descriptive qualitative assessment of linguistic behaviour, taking into account the maintained skills and distortions in communication, as well as their quantitative evaluation – to determine the level of the disorder. If the description of the causes or the pathogenesis of the disorder proves ambiguous, the recommended approach is a detailed description of the language and communication abilities of the patient (Czaplewska, 2012). Important for such an assessment is the optimum perceptive and cognitive disposition of the diagnostician. Constant and variable predispositions of the researcher affect their perception and interpretation of texts. Relatively constant predispositions include, among others, the functionality of sensory organs, while variable predispositions concern the level of perceptive ability depending on tiredness or external conditions. In this context, the active nature of perception should be emphasized. The recipient subconsciously fills in gaps in the perceived message – according to the content and the linguistic knowledge allowing them to correctly identify sounds and words spoken in the given language. The processes of identification and interpretation depend on the experience and knowledge of the listener. The previously gained general knowledge of the content presented in the message allows to use pre-perception, which makes it possible to foresee the next element of the message based on the already received elements. Furthermore, the recipient focused on the content of the verbal message does not notice gaps or minor sound distortions if they are not aggravated to such an extent as to cause the feeling of incorrect pronunciation or decreased understandability of the message. The reception of sound qualities of the message depends on general knowledge, the level of language skills and focus on the articulation of the message. Awareness of the impact of individual factors affecting the recipient on the process of assessment of the statement opens a discussion on the methods of a proper and reliable diagnosis in speech-language therapy. The use of tools for acoustic evaluation may support the process of assessment of articulative characteristics and help objectivise it to some extent. However, one should be aware that both directly perceived characteristics and their objectively registered record undergo a perceptive evaluation which is subjective in nature. Being aware of that fact is yet another reason for conducting intersubjective evalu-

ations. The pursuit of objectivization of the diagnosis is closely related to attempts to unify the manner and conditions of conducting research by using standardized test tools. Those tools, however, cannot be always applied. It is a well-known fact that their diagnostic utility decreases in a situation of coupled disorders which prevent the tested person from following the instructions. A hinderance in the process of determining the level of normativity of a specific linguistic behaviour is the functional dimension of the tested abilities. Their level is determined in reference to the purpose they serve. The level of normativity of a message, which in one situation is considered sufficient, may prove insufficient in a different situation – a message formed in informal speech is characterized by a lower level of realization carefulness than an official message.

The psychological perspective on describing verbal interactions involves a reflection on the *functional normativity of messages*. A *functionally normative* message or a *fully functional message* within the meaning proposed in the present publication is a message which the recipient can interpret in an adequate manner, that is consistently with the sender’s intention. The functional normativity of a specific verbal message is influenced by: (1) its linguistic and paralinguistic characteristics, (2) biopsychical conditions of the sender and the recipient, (3) relations between the sender and the recipient of the message, impacting the ability to overcome difficulties in reception and interpretation of the message – by adjustment of its content, form and communication channel to the abilities of the sender/recipient and to general requirements of the situation.

The functional normativity of a message can but does not have to be equivalent to its full normativity in terms of pronunciation and/or lexis and grammar. Linguistically correct messages are, naturally, more functionally normative than messages constructed incorrectly, however, a message which is not fully correct in terms of sound and/or grammar may still remain functional thanks to the possibility of its adequate contextual interpretation. When the sound or lexical and/or grammatical form of the message is distorted to such an extent that identification of the content and/or sound of individual linguistic elements of the message proves difficult or impossible, the functionality of the message decreases or completely disappears. In such a situation, it can be helpful to use deliberate strategies to sustain the understanding between the sender and the recipient. Communication can be broken off if it is not possible to establish intentional contact between the sender and the recipient of the message, in the case of significant irregularities in the linguistic form of the message due to various aetiologies and/or in a situation of severe motor dysfunctions. A message which is not fully functional may regain its functionality after the causes of difficulties in its reception and interpretation and/or correct construction are removed. This is called reinstatement of normative functioning of the communication. The normative functionality of a message can be also achieved thanks to intentional compensation of existing

disorders, which is called *secondary functionality* or *post-compensational functionality*. In conditions of speech pathologies, the quality of verbal communication is shaped on one hand by the type and severity of dysfunctions present in the patient – the object of a negative diagnosis, and on the other hand by resources allowing to work out effective compensation or adaptation strategies – evaluated during a positive diagnosis. In the relative approach, the resources include not only individual biopsychical conditions of the speaker but also their relations with the environment, which affect the course of interactions. When the object of interest is direct verbal contact, one cannot neglect the role of the message recipient. Their empathy, openness and multisensory sensitivity facilitate reception and interpretation of messages sent in an atypical manner. Decisive for the ability to understand the message can be also the knowledge of the conversation topic, since it allows to reconstruct a statement which is incomplete in terms of content and/or sound. In this context, a specialist background of the interlocutor is important, as it allows to support persons with special communication needs.

Summary

Speech-language diagnostics and therapy require a reference to *norms*. They allow to establish the level of development, presence of disorders and their severity. They also offer a point of reference for evaluation of the effectiveness of treatment, which can be operationalized as obtaining statements consistent with the language and communication norm or becoming more and more closer to the norm. In the case of progressing disorders, the efficiency of the therapy can be operationalized as maintenance of *status quo* regarding the level of deviation from the norm. In the functional approach to the *development norm*, development is given a relative dimension through recognition of the impact of increasing language skills on the general cognitive and emotional development. In the aforementioned approach, the process of development itself is ecologically and communicationally based, since the quality of contacts with an increasing circle of persons in the process of realization of subsequent development tasks determines the course of personal development, also in the linguistic aspect (Brzezińska, 2020; Kielar-Turska & Lasota, 2010). An adequate speech-language therapy and correctly conducted rehabilitation – based on interdisciplinary cooperation, allow persons with speech disorders to expand contacts with their surroundings. In order to ensure reliability of the diagnosis, it is necessary to reconcile the meanings of terms describing speech disorders as well as scopes of meanings assigned to the norm. In disputable cases, the speech-language therapist should have sufficient knowledge and experience to

formulate a correct diagnosis. A step in that direction would be to ensure proper standards of education, which allow to perform an independent, correct and reliable diagnostic and speech-language rehabilitation (Przybyła & Woźniak, 2015).

References

- Antonovsky, A. (1991). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. Jossey-Bass Publishers.
- Białecka-Pikul, M. (2007). O potrzebie nowego spojrzenia na zaburzenia rozwoju. *Sztuka Leczenia*, 14(1–2), 13–24.
- Brzezińska, A. I. (2020). *Rozwój w okresie dzieciństwa i dorastania. Środowisko rozwoju, zadania rozwojowe, nabywane kompetencje*. In I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, & A. R. Borkowska (Eds.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży* (pp. 63–107). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Brzeziński, J. M. (2019). *Metodologia badań psychologicznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czaplewska, E. (2012). *Diagnoza zaburzeń rozwoju artykulacji*. In E. Czaplewska, & S. Milewski (Eds.), *Diagnoza logopedyczna* (pp. 65–120). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Danielewiczowa, M. (2016). *Dosięgnąć przedmiotu. Rzecz o Ferdynandzie de Saussurze*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Gorbaniuk, O. (2016). *Wykorzystanie procedury sędziów kompetentnych w naukach społecznych i możliwości jej oceny psychometrycznej za pomocą narzędzi dostępnych w Statistica*. www.media.statsoft.pl/pdf/czytelnia/wykorzystywanie_procedury_sedziow_kompetentnych.pdf
- Jauer-Niworowska, O., & Emiluta-Rozya, D. (2021). *Logopedyczne i psychologiczne aspekty diagnozowania zaburzeń mowy*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Kazanecka, E., Borowiec, A., & Szkiełkowska, A. (2015). Czynność nadgłośniowa gardła i krtani towarzysząca wyrażaniu emocji. *Nowa Audiofonologia*, 4(1), 55–59.
- Kielar-Turska, M., & Lasota, A. (2010). Strategie komunikacyjne stosowane przez matki w interakcji z małym dzieckiem. *Psychologia Rozwojowa*, 15(1), 47–60.
- Liberek, J. (2021). Norma językowa jako fakt społeczny fundowany na uzusie. Uwagi w kontekście Słownika właściwych użyć języka. *Język Polski*, 2, 34–48. <https://doi.org/10.31286/JP.101.2.3>
- Markowski, A. (2018). *Kultura języka polskiego. Teoria zagadnienia leksykalne*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Michalik, M. (2020). *Sprawności językowe w ujęciu lingwistyki edukacyjnej a wybrane problemy logopedii artystycznej*. In B. Kamińska, & S. Milewski (Eds.), *Logopedia artystyczna* (pp. 69–77). Harmonia Universalis.
- Pisarek, W., & Reczek, J. (2000). *Norma językowa*. In S. Urbańczyk, M. Kucała (Eds.), *Encyklopedia języka polskiego* (pp. 253–254). Ossolineum.
- Przybyła, O., & Woźniak, T. (2015). Raport Projektu NetQues for Speech and Language Therapy Education in Europe. *Logopedia Silesiana*, 4, 415–438.
- Sambor, B. (2017). *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych u młodych adeptów sztuki teatralnej* [unpublished doctoral thesis]. Uniwersytet Śląski w Katowicach.
- Szkiełkowska, A., & Miaszkiewicz, B. (2014). Zastosowanie testu uwagi i lateralizacji słuchowej w dysfonii dziecięcej. *Otorynolaryngologia*, 13(4), 197–204.
- Wysocka, M. (2013). Metody terapii czynnościowych zaburzeń głosu. *Logopedia*, 42, 193–202.



OLGA JAUER-NIWOROWSKA

Uniwersytet Warszawski, Instytut Polonistyki Stosowanej,

Zakład Logopedii i Emisji Głosu

 <https://orcid.org/0000-0001-8488-2933>

Rozważania nad normą w logopedii

Reflection on the concept of “the norms” in speech-language therapy

ABSTRACT: The article discusses various concepts of the norm in speech-language therapy. The aim of the article is to present the complexity of the topic. The author considers various determinants of linguistic and communicative behaviour in the verbal form and the related methods of describing the norm. The essential requirement for correct diagnosis and therapy of persons with speech disorders of various aetiologies is knowledge and experience sufficient to determine the meaning of individual terms designating the disorders, taking into account interdisciplinary methods of defining the norm. This explains also the importance of ensuring proper standards of education allowing to perform independent, correct and reliable diagnosis and speech-language therapy.

KEYWORDS: speech-language therapy, speech, language, norms, speech-language disorders, diagnosis

STRESZCZENIE: Artykuł poświęcony jest różnym aspektom normy w logopedii. Celem założonym w artykule jest wskazanie złożoności poruszanej problematyki. Autorka rozważa uwarunkowania zachowań językowych i komunikacyjnych oraz związane z nimi sposoby opisu normy. Odnosi się do językowego, biologicznego i psychologicznego ujęcia normy. Wiedzę i doświadczenie pozwalające na uzgodnienie znaczeń dotyczących nazw zaburzeń, uwzględnienie interdyscyplinarnych sposobów definiowania normy traktuje jako niezbędny warunek poprawnej diagnozy i terapii osób z zaburzeniami mowy o różnej etiologii. Z tego wynika istotność zapewnienia odpowiednich standardów kształcenia, przygotowującego do samodzielnego, trafnego i rzetelnego diagnozowania i usprawniania logopedycznego.

SŁOWA KLUCZOWE: logopedia, mowa, język, normy, zaburzenia mowy, diagnoza

Artykuł dotyczy rozważań nad pojęciem normy w logopedii. Powstał jako rozwinięcie autorskiego wystąpienia wygłoszonego na XVII Ogólnopolskiej Konferencji Logopedycznej „Dylematy teoretyczne i praktyczne w logopedii”, zorganizowanej w dniach 4–5 grudnia 2021 r. w Warszawie przez Instytut Polonistyki Stosowanej Uniwersytetu Warszawskiego, Towarzystwo Kultury Języka i Instytut Wspomagania Rozwoju Człowieka i Edukacji Akademii Pedagogiki Specjalnej. Jest owocem refleksji wyniesionych zarówno z lektury opracowań fachowych, jak i z pracy logopedycznej z osobami z neurogennymi zaburzeniami mowy. Trzon artykułu stanowią treści związane z psychologicznymi aspektami rozważań nad

normą. W publikacji świadomie pomijam analizy zachowań językowych związanych z językiem pisanym. Pełny opis tych zagadnień przekracza ramy niniejszego artykułu. Nie dążę do udzielenia jednoznacznej odpowiedzi na wszystkie stawiane w tekście pytania. Celem założonym w artykule jest wskazanie złożoności poruszanej problematyki.

Pojęcie normy w naukach pokrewnych logopedii

Pojęcie normy w nauce wiąże się z przyjęciem, niekiedy nie do końca uświadomionym, określonych założeń teoretycznych pozwalających ustalić kryteria normatywności. Z racji interdyscyplinarności logopedii rozważania nad pojęciem normy w tej dyscyplinie rozpocznę od przedstawienia różnych ujęć normy w naukach pokrewnych logopedii – lingwistyce, psychologii i pedagogice oraz w naukach medycznych. Taka kolejność prezentacji treści jest wynikiem próby opisu norm w logopedii w paradygmacie integrującym podejścia humanistyczne, społeczne i medyczne. Refleksje nad normatywnością lub jej brakiem w nauce wiążą się zawsze z przyjęciem założeń teoretycznych pozwalających na ocenę określonych zjawisk, czyli z odniesieniem się do *normy teoretycznej*. Opisane poniżej dociekania ukazują zmiany w paradygmatach teoretycznych nauk pokrewnych logopedii oraz rysującą się ostatnio tendencję do ich funkcjonalnego ujmowania, które pozwala scharakteryzować zjawiska z uwzględnieniem ich przyczyn i dynamiki zmian.

Funkcjonujące w lingwistyce pojęcie normy odwołuje się do *poczucia językowej poprawności użytkowników języka*, jest więc zarazem obiektywne i trudne do ścisłego opisu (Pisarek i Reczek, 2000, s. 253). Jak zauważa Andrzej Markowski (2018):

[...] norma [...] to zbiór tych elementów językowych, a więc zasób wyrazów, ich form i połączeń oraz inwentarz sposobów ich tworzenia, łączenia, wymawiania i zapisywania, które są w pewnym okresie uznane przez jakąś społeczność (najczęściej przez całe społeczeństwo, a przede wszystkim przez jego warstwy wykształcone) za wzorcowe, poprawne albo co najmniej dopuszczalne (s. 19).

Podstawą cytowanej definicji normy jest przyjęcie zasadniczych założeń dotyczących języka jako zbioru elementów o różnym stopniu złożoności oraz reguł ich łączenia. W myśl cytowanej definicji normę cechuje stopniowalność, a jej obserwowalnym przejawem są wybrane elementy systemu językowego, określone jako poprawne. Magdalena Danielewiczowa z kolei podkreśla, iż norma rozumiana jako konwencja dotycząca sposobu użycia środków językowych stanowi

jednocześnie część samego systemu. Takie ujęcie normy odwołuje się zarówno do ukrytej wiedzy językowej użytkowników języka, jak i do uzusu (Danielewiczowa, 2016). Jarosław Liberek (2021) odnotowuje różnice w sposobach ujmowania normy językowej od pojęcia normy, rozumianej jako wzorzec abstrakcyjny lokujący się między systemem a uzusem, do uzualnego jej rozumienia. Wskazuje on jednocześnie, iż źródłem wzorca w języku powinny być dwa mechanizmy: frekwencji występowania i powszechności użycia. Ujęcie to oznacza odejście od oceniającej funkcji normy na rzecz funkcji opisującej rzeczywistość językową.

Norma w naukach społecznych pokrewnych logopedii, czyli w psychologii i pedagogice, jest pojęciem możliwym do ujęcia w aspekcie ilościowym – statystycznym lub jakościowym. W ujęciu ilościowym badacze definiują normę jako przeciętną, uśrednioną wartość mierzonych cechy. Tego typu definicja opiera się na założeniu, iż w populacji wartości przeciętne występują najczęściej, a wartości odbiegające od średniej są rzadsze. W ilościowym ujęciu normy akcentuje się fakt, iż pomiary istotnie różne od wyniku przeciętnego są traktowane jako odstępstwo od normy in plus lub in minus (Brzeziński, 2019). W ujęciu jakościowym badacze nawiązują do pojęcia *norm społecznych*, podkreślając typowość zachowania normatywnego oraz jego zgodność z regułami życia obowiązującymi w danej społeczności. Podejście to wiąże się z kulturowym i aksjologicznym wymiarem normy. W naukach zajmujących się diagnozą i wspieraniem osób z różnie uwarunkowanymi trudnościami w codziennym funkcjonowaniu społecznym (np. w społecznej psychologii klinicznej, pedagogice specjalnej) badacze odwołują się do *normy klinicznej* będącej podstawą w diagnostyce różnicowej zaburzeń. Z pojęciem normy klinicznej w psychologii wiąże się termin *zdrowie psychiczne*. Zdrowie można rozpatrywać zarówno na poziomie teoretycznym, jako pozytywną wartość, jak i na poziomie empirycznym, jako zbiór określonych właściwości i zasobów, stan subiektywnego dobrostanu, bądź jako proces umożliwiający optymalne funkcjonowanie psychiczne. Zdrowie psychiczne w ujęciu procesualnym definiowane jest jako stan dynamicznej równowagi pozwalającej jednostce realizować własny potencjał i sprostać wymogom otoczenia.

Proces rozwoju jest obecnie postrzegany jako wielostronnie uwarunkowany. Z tego względu w przypadku zaburzeń rozwoju nie zawsze możliwa okazuje się jednoznaczna ocena przyczyn i patomechanizmów obserwowanych zaburzeń rozwojowych (Białecka-Pikul, 2007; Jauer-Niworowska i Emiluta-Rozya, 2021). Z pojęciem normy w naukach medycznych nieodłącznie związane jest pojęcie zdrowia. W klasycznym paradygmacie biologicznym i medycznym zdrowie określano jako brak choroby. W tym ujęciu przedmiotem opisu była choroba, której objawy należało usunąć, stosując leczenie, zdrowie natomiast pozostawało wartością nieopisaną. Według Światowej Organizacji Zdrowia – WHO (1948), zdrowie określa się jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności. Przy takim podejściu zdrowie

staje się idealistycznym, abstrakcyjnym konstruktem, de facto niemożliwym do utrzymania w dłuższej perspektywie czasowej. Z realistycznego punktu widzenia zasadne jest stwierdzenie, że nie ma ludzi w pełni zdrowych, są tylko niedokładnie zdiagnozowani. Definicja WHO czyni ponadto zdrowie pojęciem na wskroś subiektywnym i trudnym do operacjonalizacji, gdyż dla każdego odczucie pełnego dobrostanu może wiązać się z odmiennymi uwarunkowaniami. Bardziej współczesne podejście wiąże się z procesualnym modelem zdrowia. Aaron Antonovsky (1991) rozpatruje zdrowie jako dynamiczny proces i sytuuje je na kontinuum, którego jednym krańcem jest idealne zdrowie, drugim zaś stan choroby obejmującej cały organizm. Przyjmując taką koncepcję, należy zgodzić się z tym, że nie ma w rzeczywistości ludzi w stu procentach zdrowych lub całkowicie chorych. Zdrowie w tym ujęciu rozumiane jest jako stan dynamicznej równowagi organizmu. Choroba jest natomiast stanem załamania się tej równowagi. Na funkcjonowanie organizmu wpływa z jednej strony wydolność procesów wewnętrznych podtrzymujących równowagę biopsychiczną, z drugiej zaś – warunki środowiskowe.

Autonomia logopedii w stosunku do nauk jej pokrewnych wynika z wykorzystania jedynie tych elementów i zasobów wskazanych nauk, które opisują procesy interakcji werbalnej i określają uwarunkowania zachowań językowych związanych z porozumiewaniem się. W niniejszym artykule ujmuję logopedię holistycznie jako naukę o mowie we wszystkich jej przejawach, gdyż logopedzi zajmują się w praktyce zarówno wsparciem osób z zaburzeniami mowy, jak i doskonaleniem umiejętności normatywnych. Przedmiotem badań logopedycznych są teksty tworzone przez mówców, z kolei podmiotem badań i terapii logopedycznej jest człowiek jako istota mówiąca – *homo loquens*. Logopeda czyni przedmiotem poznania i usprawniania głównie te aspekty zachowań werbalnych, które służą realizacji funkcji komunikacyjnej. Szczególną uwagę logopedzi poświęcają przekazom mówionym opartym na bezpośrednim kontakcie nadawcy i odbiorcy, gdyż taka forma interakcji jest pierwotna i wciąż najczęstsza, gdy weźmie się pod uwagę porozumiewanie się osób w różnym wieku i w różnych sytuacjach życiowych. W analizie tekstu mówionego logopeda dokonuje oceny *normatywności* wymawianiowej oraz leksykalno-gramatycznej. Dla poprawności realizacyjnej istotna jest struktura fonetyczna tekstu. W kontekście estetyki i wyrazistości wypowiedzi zwraca się uwagę na odstępstwa od normy wzorcowej – głównie uproszczenia lub upodobnienia. Wyznacznikiem oceny formalnej są reguły gramatyczne polszczyzny. Warto jednak uświadomić sobie, iż przy przyjęciu podejścia funkcjonalnego istotnego znaczenia nabiera kontekst wypowiedzi, który pośredniczy w kształtowaniu komunikatu i wpływa na ocenę jego normatywności.

Logopedia jako nauka praktyczna a pojęcie normy

W praktyce logopedycznej następuje integracja norm lingwistycznych i biopsychicznych, która uzasadnia przyjęcie w logopedii dymensionalnego rozumienia normy. W świetle praktyki logopedycznej zasadne wydaje się połączenie oceny poprawności wypowiedzi i wskazówek dotyczących kierunku pożądaných zmian (norm preskryptywnych) z ujęciem opisowym (deskryptywnym). Integracja wskazanych ujęć daje możliwość zobrazowania powszechności i typowości zachowań językowych oraz ich poprawności na kontinuum, którego jeden kraniec konstytuują wzorcowe zachowania mowne, drugi zaś odpowiada zachowaniom głęboko zaburzonym. Wskazany sposób opisu pozwala także zintegrować podejście ilościowe, oparte na statystycznej analizie danych, z podejściem jakościowym. Wypowiedzi staranne i wzorcowe można ująć jako wykraczające in plus poza przeciętną uzualną normę, wypowiedzi zaś w różnym stopniu zaburzone można opisać jako różniące się od tejsze normy in minus. Gdyby wskazane kontinuum zobrazować jako linię, to zachowania najbardziej typowe i powszechne znalazłyby się pośrodku niej, obrazując sposób mówienia zgodny z ogólnospołecznym poczuciem językowej poprawności i charakterystyczny dla przeciętnego, niewykształconego specjalistycznie użytkownika języka. W kategorii zachowań plasujących się powyżej przeciętnej znalazłyby się wypowiedzi staranne, wypowiedzi zaś odpowiadające *normie wzorcowej* określonej przez wykształcone warstwy społeczne i skodyfikowanej przez językoznawców stanowiłyby dodatni kraniec kontinuum. Z kolei wypowiedzi mieszczące się poniżej przeciętnej można byłoby uszeregować według narastania zaburzeń. Tę część kontinuum tworzyłyby: (1) wypowiedzi nieznacznie zaburzone pod względem leksykalno-gramatycznym i brzmieniowym, (2) wypowiedzi o średnim nasileniu nieprawidłowości w zakresie słownictwa, reguł gramatycznych i/lub struktury dźwiękowej, (3) wypowiedzi, w których odnotowuje się znaczne zaburzenia w zakresie słownictwa, reguł gramatycznych i/lub artykulacji.

Zakresy norm deskryptywnej i preskryptywnej częściowo się pokrywają. Do normy preskryptywnej można zaliczyć te wszystkie realizacje, które spełniają kryteria normy użytkowej, starannej lub wzorcowej. Nie zaliczają się do niej natomiast te wypowiedzi, w których wystąpiły nieprawidłowości powodujące u słuchacza poczucie braku poprawności leksykalnej, gramatycznej lub brzmieniowej przekazu.

W ujęciu deskryptywnym, pozbawionym oceny poprawnościowej, zarówno wypowiedzi staranne, jak i wypowiedzi nieznacznie zaburzone można byłoby uznać za realizacje mieszczące się w tzw. *szerokiej normie*, czyli bliskie zachowaniom typowym, często występującym wśród użytkowników języka. Jak już zaznaczono, zachowania najczęstsze, typowe – odpowiadające przeciętnej populacyjnej

są jednocześnie odczuwane przez większość użytkowników polszczyzny jako poprawne. Warto podkreślić wypowiedzi zbliżone do normy wzorcowej, podobnie jak wypowiedzi istotnie zaburzone, występują w populacji rzadziej i jednocześnie wyraźnie odbiegają od zachowań typowych, czyli znacząco wykraczają poza normę ujętą deskryptywnie. Logopedzi-praktycy nie zawsze mają świadomość tych zależności, stąd zdumienie dotyczące wysokiej częstotliwości występowania wymówień niespełniających kryterium wzorcowej normy językowej w populacji ogólnej. Zależnie od rodzaju prowadzonych analiz naukowych nie jest wykluczone odniesienie się w większym stopniu do jednego z opisanych ujęć normy.

Norma w praktyce logopedycznej – wybrane problemy

W logopedii rysują się obecnie dwa główne obszary działań praktycznych i naukowych. W pierwszym z nich sytuuje się *logopedia artystyczna*, w drugim – *logopedia kliniczna*. W logopedii artystycznej podmiotem oddziaływań czyni się osoby bez zaburzeń mowy, chcące doskonalić swój sposób mówienia i możliwości operowania głosem. Logopeda pracujący w obszarze logopedii artystycznej wspomaga zarówno osoby, które swój komunikat przekazują za pośrednictwem mediów, z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, jak i osoby wykorzystujące głos w bezpośrednim kontakcie z odbiorcą (np. nauczyciele, prawnicy, duchowni). W tym obszarze logopeda odwołuje się do normy wzorcowej ustanowionej przez wykształconych użytkowników polszczyzny. Istotnym kryterium oceny poprawności brzmieniowej jest estetyka wymowy (Markowski, 2018). Estetyczne kryterium normatywności wypowiedzi, jako dość subiektywne, wymaga potwierdzenia trafności i rzetelności w praktycznym zastosowaniu ocen poziomu normatywności. Obiektywizacji służyć może ocena intersubiektywna dokonywana przez kilku niezależnych logopedów. Rodzi się w tej sytuacji pytanie o minimalną liczbę osób oceniających. Możliwość udziału w ocenie trzech logopedów wydaje się wykluczać przypadkową zbieżność sądów. Przy braku możliwości uczestnictwa trzech osób bezwzględny minimum koniecznym dla naukowej oceny normatywności wypowiedzi jest ocena prowadzona przez dwóch logopedów. W praktyce często zdarza się, że logopeda samodzielnie ocenia stan mowy osoby korzystającej z jego pomocy, co wiąże się z ryzykiem subiektywizmu. Pewną ochroną są w tej sytuacji zalecenia dotyczące diagnozy wielozmysłowej oraz próba łączenia badań subiektywnych z obiektywnymi. W przypadku diagnozy intersubiektywnej ważne jest pytanie o minimalny wymagany poziom zgodności ocen. W świetle metodologii badań psychospołecznych słuszne wydaje się przyjęcie wymogu minimum 70-procentowej zgodności (Gorbaniuk, 2016).

Osoby korzystające z usług logopedy artystycznego powinny dysponować potencjałem pozwalającym osiągnąć wymowę wzorcową, odpowiadającą według kryteriów deskryptywnych umiejętnościom ponadnormatywnym, co odpowiada wysokiej normie preskryptywnej. Biologicznym podłożem wzorcowej realizacji brzmieniowej wypowiedzi są: (1) pełna sprawność mięśni aparatu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego; (2) właściwy poziom wrażliwości kinestetycznej zapewniający autokontrolę czuciową realizacji układów ruchowych w ciągu fonicznym; (3) prawidłowe funkcjonowanie narządu słuchu umożliwiające percepcyjną autokontrolę uzyskiwanych brzmień. Znaczenie autouwagi słuchowej w aspekcie wydolności głosowej podkreślają foniatry i audiolodzy (Szkielekowska i Miąskiewicz, 2014).

Celem pracy logopedy artystycznego jest uzyskanie pożądanego interpretacji wypowiedzianego publicznie tekstu. Interpretacja ta jest uzależniona od opisanych wcześniej uwarunkowań biologicznych oraz od zasobów poznawczych i emocjonalnych mówcy, umożliwiających właściwe zrozumienie i empatyczne przedstawienie danych treści. Stan emocjonalny mówcy wpływa też na jego wydolność fonacyjną, a w konsekwencji – na prozodię kreowanego przekazu. W optymalizacji potencjału mówców powinno się uwzględniać podejście holistyczne. Zależności te potwierdzają obserwacje i badania medyczne oraz logopedyczne (Kazanecka i in., 2015; Wysocka, 2013).

W odniesieniu do praktyki logopedycznej ważne wydaje się pytanie o dopuszczalny zakres odchyżeń od deskryptywnie ujętej normy wymawieniowej w obszarze in minus dla osób chcących doskonalić swoje funkcjonowanie dykcyjno-emisyjne. Barbara Sambor (2017) wspomina w tym kontekście o *skazie dykcyjnej* definiowanej jako nieznaczna, możliwa do szybkiego usunięcia nieprawidłowość artykulacji. Natomiast Mirosław Michalik (2020), pisząc o kreatywności scenicznej, podkreśla, iż wymowa staranna powinna stanowić punkt wyjścia do doskonalenia umiejętności emisyjno-dykcyjnych aktorów. Podejście funkcjonalne nie wyklucza uwzględnienia obu ujęć. Można przyjąć, iż klienci logopedy artystycznego powinni dysponować potencjałem pozwalającym w procesie terapii logopedycznej uzyskać realizację odpowiadające finalnie wzorcowej normie językowo-komunikacyjnej i wymawieniowej.

Terapeuci z zakresu logopedii klinicznej zajmują się diagnozą przyczyn i objawów zaburzeń mowy oraz pomocą osobom doświadczającym tych zaburzeń. Celem działań logopedy zaangażowanego w problematykę zaburzeń mowy może być: (1) poprawa lub pełna normalizacja umiejętności językowych i komunikacyjnych osoby korzystającej z jego pomocy – w przypadku, gdy dane zaburzenie jest możliwe do usunięcia lub redukcji; (2) podtrzymanie zastanych umiejętności językowo-komunikacyjnych – w przypadku zaburzeń o postępującym charakterze; (3) zapewnienie pacjentowi wspomagających lub zastępczych form komunikacji – w sytuacji, gdy komunikacja kanałem fonicznym jest znacząco utrudniona

lub niemożliwa. Jak wiadomo, pełna diagnoza logopedyczna powinna zawierać ocenę opisową jakościową zachowań językowych, z uwzględnieniem zachowanych umiejętności oraz zaburzeń w porozumiewaniu się, a także ich ocenę ilościową – określającą nasilenie nieprawidłowości. Gdy opis przyczyn lub patomechanizmu zaburzenia jest niejednoznaczny, podejściem postulowanym jest szczegółowa deskrypcja możliwości językowo-komunikacyjnych pacjenta (Czaplewska, 2012). W ocenie tej istotne znaczenie ma optymalna dyspozycja percepcyjno-poznawcza diagnosty. Na sposób odbioru i interpretację tekstu wpływają bowiem stałe i zmienne predyspozycje badacza. Do predyspozycji względnie stałych można zaliczyć np. sprawność narządów zmysłów, do predyspozycji zmiennych zaś – poziom wydolności percepcyjnej zależny od stopnia zmęczenia czy warunków zewnętrznych. Zaakcentować należy w tym kontekście aktywny charakter percepcji. Odbiorca podświadomie uzupełnia luki w percypowanym przekazie – stosownie do jego treści i posiadanej wiedzy językowej umożliwiającej poprawną identyfikację brzmieniową dźwięków i słów wypowiedzianych w danym języku. Procesy identyfikacji i interpretacji tekstu zależą od doświadczenia i wiedzy słuchacza. Pozyskana uprzednio ogólna wiedza dotycząca treści poruszanych w przekazie umożliwia uruchomienie percepcji uprzedzającej, czyli pozwala na przewidywanie dalszej treści komunikatu na podstawie już odebranych elementów. Ponadto, odbiorca skupiony na treści komunikatu werbalnego nie zauważa luk lub niewielkich zniekształceń brzmieniowych, jeśli nie są one w takim stopniu nasilone, by powodować poczucie niepoprawności brzmienia lub zmniejszonej zrozumiałości przekazu. Odbiór cech dźwiękowych przekazu zależy od wiedzy ogólnej, stopnia znajomości języka oraz od skupienia uwagi na brzmieniu przekazu. Uświadomienie sobie wpływu indywidualnych uwarunkowań odbiorcy na proces oceny wypowiedzi otwiera dyskusję nad sposobami prowadzenia trafnej i rzetelnej diagnozy logopedycznej. Użycie narzędzi do oceny akustycznej może wesprzeć proces oceny cech artykulacyjnych i w pewnym stopniu go zobiektywizować. Warto jednak mieć świadomość, że zarówno cechy bezpośrednio percypowane, jak i ich zarejestrowany obiektywnie zapis podlegają subiektywnej ocenie percepcyjnej. Świadomość tego faktu stanowi kolejne uzasadnienie prowadzenia ocen intersubiektywnych. Z dążeniem do obiektywizacji diagnozy wiążą się próby ujednolicenia sposobu i warunków prowadzenia badań, za pośrednictwem użycia standaryzowanych narzędzi testowych. Narzędzia te nie zawsze są jednak możliwe do zastosowania. Jak wiadomo, ich przydatność diagnostyczna maleje w sytuacji zaburzeń sprzężonych uniemożliwiających osobie badanej realizację instrukcji. Pewnym utrudnieniem w procesie ustalania poziomu normatywności konkretnych zachowań językowych jest funkcjonalny wymiar badanych umiejętności. Ich poziom określa się w odniesieniu do celu, jakiemu służą. Poziom normatywności przekazu uznawany za wystarczający w jednej sytuacji może okazać

się niewystarczający w innej – przekaz formułowany w mowie potocznej cechuje niższy poziom staranności realizacyjnej niż komunikat oficjalny.

Z psychologiczną perspektywą opisu interakcji werbalnej wiąże się refleksja nad *normatywnością funkcjonalną przekazów*. Przekaz *normatywny funkcjonalnie*, lub *przekaz w pełni funkcjonalny* w rozumieniu zaproponowanym w niniejszej publikacji, to komunikat możliwy do adekwatnej, czyli zgodnej z intencją nadawcy, interpretacji przez odbiorcę. Na normatywność funkcjonalną konkretnego komunikatu werbalnego wpływają: (1) jego cechy językowe i parajęzykowe, (2) uwarunkowania biopsychiczne nadawcy i odbiorcy, (3) relacje między nadawcą i odbiorcą komunikatu wpływające na możliwość przezwyciężenia trudności w odbiorze i interpretacji komunikatu – poprzez dostosowanie jego treści, formy oraz kanału przekazu do możliwości nadawcy/odbiorcy i do ogólnych wymogów sytuacyjnych.

Normatywność funkcjonalna przekazu może, lecz nie musi, być równoznaczna z jego pełną normatywnością wymawianiową i/lub leksykalno-gramatyczną. Komunikaty poprawne językowo są, oczywiście, bardziej normatywne funkcjonalnie niż przekazy skonstruowane niepoprawnie, jednak komunikat nie w pełni poprawny brzmieniowo i/lub gramatycznie może zachować funkcjonalność dzięki możliwościom jego adekwatnej interpretacji kontekstowej. Gdy brzmienie lub forma językowa, leksykalna i/lub gramatyczna przekazu są tak zniekształcone, że identyfikacja treściowa i/lub brzmieniowa elementów językowych przekazu okazuje się trudna lub niemożliwa, funkcjonalność komunikatu obniża się lub maleje do zera. W tej sytuacji czynnikiem wspierającym może być użycie celowych strategii podtrzymujących porozumienie nadawcy i odbiorcy. Przerwanie komunikacji może nastąpić w przypadku braku możliwości nawiązania intencjonalnego kontaktu odbiorcy i nadawcy komunikatu, znaczących nieprawidłowości dotyczących językowej formy przekazu o zróżnicowanej etiologii i/lub w sytuacji nasilonych dysfunkcji ruchowych. Komunikat nie w pełni funkcjonalny może odzyskać funkcjonalność po usunięciu przyczyn trudności w jego odbiorze i interpretacji i/lub w poprawnym skonstruowaniu. Wówczas mówimy o przywróceniu normatywnego funkcjonowania komunikacyjnego. Normatywną funkcjonalność przekazu można też uzyskać dzięki celowej kompensacji istniejących zaburzeń. Mówimy wówczas o *funkcjonalności wtórnej* lub *postkompensacyjnej*. W stanach patologii mowy jakość komunikacji werbalnej kształtują z jednej strony rodzaj i nasilenie dysfunkcji obecnych u pacjenta – przedmiot diagnozy negatywnej, z drugiej zaś – zasoby pozwalające na wypracowanie efektywnych strategii kompensacyjnych lub adaptacyjnych – oceniane podczas diagnozy pozytywnej. W ujęciu relacyjnym na zasoby składają się nie tylko indywidualne uwarunkowania biopsychiczne mówcy, lecz także jego relacje z otoczeniem wpływające na przebieg interakcji. Gdy przedmiotem zainteresowania jest bezpośredni kontakt werbalny, nie sposób pominąć roli odbiorcy komunikatu. Jego empatia,

otwartość oraz wielozmysłowa wrażliwość ułatwiają odbiór i interpretację przekazów nadawanych w atypowy sposób. O możliwości zrozumienia przekazu decydować może również znajomość tematu konwersacji pozwalająca zrekonstruować wypowiedź niepełną treściowo i/lub brzmieniowo. Ważne jest w tym kontekście przygotowanie specjalistyczne współ rozmówcy, pozwalające wspierać osoby ze specjalnymi potrzebami komunikacyjnymi.

Podsumowanie

Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne w logopedii wymaga odniesienia się do norm. Pozwalają one określić przebieg rozwoju, obecność zaburzeń oraz stopień ich nasilenia. Stanowią punkt odniesienia w ocenie skuteczności terapii, którą można zoperacjonalizować jako uzyskiwanie wypowiedzi zgodnych z normą językową i komunikacyjną lub coraz bardziej zbliżonych do normy. W przypadku zaburzeń o postępującym przebiegu skuteczność terapii może być zoperacjonalizowana poprzez utrzymanie status quo w odniesieniu do stopnia odchylenia od normy. Ujęcie funkcjonalne *normy rozwojowej* sprawia, iż rozwój zyskuje wymiar relacyjny poprzez wskazanie wpływu rosnących umiejętności językowych na rozwój ogólnopoznawczy i emocjonalny. Natomiast sam proces rozwoju zostaje we wskazanym ujęciu osadzony środowiskowo i kulturowo oraz komunikacyjnie, gdyż jakość kontaktów z coraz szerszym kręgiem osób w procesie realizacji kolejnych zadań rozwojowych decyduje o przebiegu rozwoju osobowego, także w aspekcie językowym (Brzezińska, 2020; Kielar-Turska i Lasota, 2010). Adekwatna diagnoza logopedyczna i właściwie prowadzone usprawnianie – we współpracy interdyscyplinarnej – umożliwiają osobom z zaburzeniami mowy poszerzanie kontaktów z otoczeniem. W celu zapewnienia rzetelności diagnoz konieczne jest uzgodnienie znaczeń dotyczących nazw zaburzeń mowy, zakresów znaczeń związanych z normą. W przypadkach spornych logopeda powinien dysponować wiedzą i doświadczeniem pozwalającymi na postawienie właściwej diagnozy. Krokiem we właściwym kierunku byłoby zatem zapewnienie odpowiednich standardów kształcenia umożliwiających samodzielne, trafne i rzetelne diagnozowanie i usprawnianie logopedyczne (Przybyła i Woźniak, 2015).

Bibliografia

- Antonovsky, A. (1991). *Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. Jossey-Bass Publishers.
- Bialecka-Pikul, M. (2007). O potrzebie nowego spojrzenia na zaburzenia rozwoju. *Sztuka Leczenia*, 14 (1–2), 13–24.
- Brzezińska, A. I. (2020). Rozwój w okresie dzieciństwa i dorastania. Środowisko rozwoju, zadania rozwojowe, nabywane kompetencje. W: I. Grzegorzewska, L. Cierpiakowska, A. R. Borkowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży* (s. 63–107). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Brzeziński, J. M. (2019). *Metodologia badań psychologicznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czaplewska, E. (2012). Diagnostyka zaburzeń rozwoju artykulacji. W: E. Czaplewska, S. Milewski (red.), *Diagnostyka logopedyczna* (s. 65–120). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Danielewiczowa, M. (2016). *Dosięgnąć przedmiotu. Rzecz o Ferdynandzie de Saussurze*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Gorbaniuk, O. (2016). Wykorzystanie procedury sędziów kompetentnych w naukach społecznych i możliwości jej oceny psychometrycznej za pomocą narzędzi dostępnych w Statistica. www.media.statsoft.pl/pdf/czytelnia/wykorzystywanie_procedury_sedziow_kompetentnych.pdf.
- Jauer-Niworowska, O., Emiluta-Rozya, D. (2021). *Logopedyczne i psychologiczne aspekty diagnozowania zaburzeń mowy*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Kazanecka, E., Borowiec, A., Szkiełkowska, A. (2015). Czynność nadgłośniowa gardła i krtani towarzysząca wyrażaniu emocji. *Nowa Audiofonologia*, 4(1), 55–59.
- Kielar-Turska, M., Lasota, A. (2010). Strategie komunikacyjne stosowane przez matki w interakcji z małym dzieckiem. *Psychologia Rozwojowa*, 15(1), 47–60.
- Liberek, J. (2021). Norma językowa jako fakt społeczny fundowany na uzusie. Uwagi w kontekście Słownika właściwych użyc języka. *Język Polski*, 2, 34–48. <https://doi.org/10.31286/JP.101.2.3>
- Markowski, A. (2018). *Kultura języka polskiego. Teoria. Zagadnienia leksykalne*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Michalik, M. (2020). Sprawności językowe w ujęciu lingwistyki edukacyjnej a wybrane problemy logopedii artystycznej. W: B. Kamińska, S. Milewski (red.), *Logopedia artystyczna* (s. 69–77). Harmonia Universalis.
- Pisarek, W., Reczek, J. (2000). Norma językowa. W: S. Urbańczyk, M. Kucała (red.), *Encyklopedia języka polskiego* (s. 253–254), Ossolineum.
- Przybyła, O., Woźniak, T. (2015). Raport Projektu NetQues for Speech and Language Therapy Education in Europe. *Logopedia Silesiana*, 4, 415–438.
- Sambor, B. (2017). *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych u młodych adeptów sztuki teatralnej* [niepublikowana rozprawa doktorska] Uniwersytet Śląski w Katowicach.
- Szkiełkowska, A., Miałkiewicz B. (2014). Zastosowanie testu uwagi i lateralizacji słuchowej w dysfonii dziecięcej. *Otorynolaryngologia*, 13(4), 197–204.
- Wysocka, M. (2013). Metody terapii czynnościowych zaburzeń głosu. *Logopedia*, 42, 193–202.



KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY

Institute of Speech Therapy, Department of Philology, University of Gdańsk

<https://orcid.org/0000-0003-4510-9002>

Characteristics of speech development in people with Down's syndrome

ABSTRACT: Down's syndrome is one of the most common and easily detected genetic disorders. People with Down's syndrome are characterised by multisystemic structural and functional irregularities (incl. congenital disease and heart defects, disorders of hearing and vision) appearing in life as well as a characteristic phenotype. Its phenotype characteristics include delayed psychomotor development. Children with this syndrome demonstrate a particular profile in the acquisition of communicative abilities. The level of development of communicative competence reached by children with DS is peculiar, different from that of other neuro-developmental disorders, and various in relation to the level reached by children at a similar level of cognitive functioning, but whose cognitive problems have a different etiology. This article attempts to characterise the factors determining the basis of speech development in this group and to indicate the characteristic features of communication among people with Down's syndrome.

KEYWORDS: Down's syndrome, trisomy 21, development of communicative abilities

Specyfika rozwoju mowy u osób z zespołem Downa

STRESZCZENIE: Zespół Downa jest najlepiej i najwcześniej rozpoznawalnym zespołem genetycznym. Osoby z zespołem Downa cechują wieloukładowe strukturalne i funkcjonalne nieprawidłowości (m.in. wrodzone choroby i wady serca, zaburzenia słuchu i wzroku), ujawniające się w ciągu życia, oraz charakterystyczny fenotyp. Do cech fenotypowych zalicza się m.in. opóźniony rozwój psychoruchowy. Dzieci z tym zespołem wykazują specyficzny profil przyswajania umiejętności komunikacyjnych. Poziom rozwoju kompetencji komunikacyjnej osiągnany przez dzieci z ZD jest swoisty, odmienny niż w wypadku innych zaburzeń neurorozwojowych, różny w stosunku do poziomu osiąganego przez dzieci o podobnym poziomie funkcjonowania poznawczego, lecz u których problemy w tym zakresie mają inną etiologię. W artykule podjęto próbę scharakteryzowania czynników kształtujących bazę rozwoju mowy w tej grupie oraz wskazania cech charakterystycznych komunikacji osób z zespołem Downa.

SŁOWA KLUCZOWE: zespół Downa, trisomia 21, rozwój umiejętności komunikacyjnych

Down's syndrome¹ is one of the most common genetic causes of intellectual disability (Roberts et al., 2008). As a clinical disorder it has been recognized for about 160 years. DS arises as a result of irregularities within pairs of chromo-

¹ For the reader's convenience, this article uses the abbreviations: DS – Down's syndrome, ID – intellectual disability, TD – typical development.

somes 21. Its frequency of occurrence is estimated to be 1 case in 920 births (Short-Meyerson & Benson, 2014, p. 114), while in other sources at 1 in 650–1000 births, depending on the accessibility of prenatal tests and on abortion laws. (McDuffie & Abbeduto, 2009, p. 5; Szymańska & Szczepanik, 2017, p. 36; Berry-Kravis et al., 2019, p. 266). The risk of DS occurring in a child is dependent on the mother's age.

People with Down's syndrome are characterised by multisystemic structural and functional irregularities (incl. congenital disease and heart defects, disorders of hearing and vision) appearing in life as well as a characteristic phenotype (Antonarakis & Epstein, 2006). Specific physical features are visible in the face, hands and feet, among others. It is currently estimated that approximately 200 irregularities may be characteristic for this group, though their occurrence is an individual matter and there is no feature that is present in 100% of cases. In most new-borns there appear such traits as: hypotonia (80%); weakened Moro reflex (85%); excessive joint mobility (80%); skin folds on neck (80%); flat facial region (90%); slanted palpebral fissures (80%); atypical, misshapen outer ears (60%); pelvic dysplasia (70%); dysplasia of the middle phalange of the fifth finger (60%); transverse furrow on the hand (45%) (Jones et al., 2013, p. 8).

Since DS is considered the most common chromosomal cause of ID and is recognised very early in a child's development, this group is regarded as the best known and most frequently characterised example of genetic syndrome. In most descriptions of the functioning of these people, it is emphasized that their language development and communicative abilities are particularly impaired, in comparison with other groups with ID to a similar degree (Griffer, 2012, p. 253; Smith, 2006, p. 77).

Mona Griffer and Vijayachandra Ramachandra (2012, p. 426) distinguish five elements forming the basis of children's language development. These are: intellectual potential, physical capabilities of exploring the environment, correctly functioning hearing and visual analysers, as well as social interaction. Disorders in any of these can be compensated through use of the others. In foreseeing possible language problems of a child and determining his capabilities in this area, it is important to take note of his compensatory predispositions. Their level is to a great extent determined by intellectual potential. In intending to indicate the main causes of problems with linguistic communication in people with DS, one should pay attention to the following aspects noted in this group:

- intellectual disability;
- hypotonia;
- particular structure of the speech apparatus;
- sensory problems.

Cognitive abilities of children with DS

The level of mental development is one of the most important prognostic factors in the case of children with damage to the central nervous system (Kułakowska, 2003, p. 301). As stated by Leonard Abbeduto and Andrea McDuffie (2014, p. 307), the phenotype of people with DS involves delayed cognitive processes. However, this group also includes people whose intelligence is in the so-called grey area, i.e., from 85 to 70 (Smith, 2006, p. 77). David Clarke (2006, p. 65) states that 'low normal intelligence' is confirmed in about 10% of cases; characteristic of this are cognitive problems and difficulties in learning, though not so serious as to be qualified as ID. However, most people with this syndrome function at the level of ID to a mild or moderate degree. The IQ in this group usually varies from 30 to 70 and the average is 50 (McDuffie & Abbeduto, 2009, p. 45; Abbeduto & Murphy, 2004, p. 79; Abbeduto & McDuffie, 2014, p. 307). "It is considered that intellectual disability in DS is connected to pathology of particular brain areas and worse performance of particular cognitive tasks" (Abbeduto & McDuffie, 2014, p. 307).

In the literature it is emphasized that a downward trend of intellectual development has been observed in this group. The highest IQ values occur in the infant period, and with age these results become lower (Hodapp, 1999; as cited in Blankenship & Weston, 2012, p. 340). Research has indicated that the intelligence quotient of people with DS, which was at an average of 50 at the age of 5–7 years, fell to an average of 41 in 7–9-year-olds and 37 in youth at the age of 13–15 years (Hodapp, 1999; as cited in Blankenship & Weston, 2012, p. 340). Such people experience limitations in cognitive capabilities, worsening with the passage of time; the syndrome is in fact connected to a hundred percent chance of early development of Alzheimer's disease, with the disease symptoms appearing as early as around 35 years of age (McDuffie & Abbeduto, 2009, p. 45). Before the age of 60, from 50% to 70% of people with DS experience dementia (Jones et al. 2013, p. 8). Therefore, it is of great importance to begin therapeutic activities and those supporting the child's development as early as possible; in fact, particularly visible results are obtained in the period of the first 4 to 5 years of life (Jones et al. 2013, p. 8).

Another problem increasing together with age is the occurrence of depression. In comparison with other groups with ID, adults with DS have higher rates of this problem. The frequency of depression varies from 2.7% to 11.4%, which can be compared with adults with ID of other bases, among whom this rate is 1.1%–1.7% (Dykens, 2007, p. 274). Depression is not only an illness with serious consequences, but also a state which worsens the course of many other diseases, affecting their prognoses. Depression in people with DS is accompanied by biological and behavioural problems, such as withdrawal, mutism, psychomotor delays, worsened mood, passivity, reduced appetite and insomnia. In differential

diagnosis it is important to distinguish the beginnings of depression from symptoms of dementia in DS patients (Deb et al., 2007).

Most children with DS function quite well in a known home environment or with peers. Their social functioning is usually on a higher level (by 3½ years) than that expected at a given mental age (Jones et al., 2013, p. 8).

The subject literature has perpetuated a stereotypical image of people with DS as being cheerful, calm and empathetic. However, the latest behavioural studies do not fully confirm such a characterisation, drawing attention to the frequent obstinacy and obsessive behaviour in this group. Most of these people react negatively to changes in their environment affecting their habits and preferences (Clarke, 2006, p. 65). Although in comparison with the general population there is noted a higher risk of occurrence of behavioural, emotional and psychiatric problems (18%–23%), this risk is lower than in the case of those with ID of a different basis, in whose case it is at the level of 30–40% (Dykens, 2007, p. 273; Berry-Kravis et al., 2019, p. 273). In the periods of childhood and youth, among people with DS there is noted a higher rate of occurrence of provocative behaviour (e.g., 73% disobedience, 65% quarrelsomeness and 50% the will to draw attention to themselves), though aggressive behaviour rarely occurs. There have also been observed frequent problems with concentration and impulsiveness. 6%–8% are diagnosed with ADHD, while in 8–10% problems with behaviour are noted, mainly oppositional behaviour, manifesting itself through ignoring rules, disobedience and aggression (Dykens, 2007, p. 273; Berry-Kravis et al., 2019, p. 273). Research conducted by Elisabeth M. Dykens and her co-workers (2002) indicated a relatively low risk of occurrence of serious cases of aggression, e.g., physical violence (6%). Unfortunately, developmental problems in 7%–16% of children with DS may exacerbate disorders of autism spectrum, noted here more often than in the general population (Richards et al., 2015, p. 4). It is interesting to note that diagnosis of these disorders occurs considerably later in their case than in the those of TD, as no earlier than between 6 and 16 years of age (Rasmussen et al., 2001; Szymańska and Szczepanik, 2013).

Muscle tension in children with DS

The subject literature refers to four types of muscle tension:

- resting (the form of tension which is present during awake rest);
- static, i.e., passive (assessed during passive movements of an immobile muscle);
- postural (allowing one to counter the force of gravity, enabling the maintenance of a stable body position in space);

- dynamic (released in a phased manner during automatic movements, e.g., walking) (Olchowik et al., 2012, p. 66).

In the case of people with DS, one may speak of lowered muscle tension in each of its forms (Olchowik et al., 2012, p. 66). It is certain that the lowered muscle tension that is observed in the clear majority of children with DS is a problem having a significant effect on the course of psychomotor development. As Dawid Larysz and Konstancja Lubowiecka (2014) write: "Motor skills can be called the 'foundation of psychomotor development'. In fact, each modality of development has its basis in the development of motor functions" (p. 126). In the case of children with SD, the occurring muscle hypotonia, excessive elasticity of the ligament and joint apparatus lead to significant disorders of the antigravitational mechanism. They are also the cause of disorders in feeling the body in space (Dytrych, 2015, p. 29). Thus, the acquisition of further motor skills is considerably delayed in this group. For example, children with SD master walking a year later in relation to their peers of TD (Payne et al., 2010, p. 17)

The delays in motor development observed in those with SD also influence the development of cognitive functions. Slower acquisition of abilities to change position, verticalize and move around coincide with limitations in observation of the surroundings, including the behaviour of caregivers and their reactions, also those which are an attempt to establish interaction with the child or are a response to his activity. The child with lowered muscle tension is often sleepy, not very active, with restricted interest in the world, less need of movement and exploration of the surroundings. He is often referred to by the parents as a "good child", that is quiet, calm, not having problems with falling asleep. Unfortunately, it is difficult to regard these traits as promising in psychomotor development. Hypotonia is also responsible for weaker reflexes and their atypical development and integration (Masgutova et al., 2016, p. 2). Moreover, hypotonia is a problem that becomes evident in the functioning of speech organs, also influencing their structure.

Functioning of hearing and sight organs

Sensory disorders occurring in this group have a considerable influence on their development. One of the most frequently noted are irregularities in hearing. They are diagnosed in as many as 66%-98% of people with DS (Blankenship and Weston, 2012, p. 338). These can affect one side or both and to a varied degree: from light (25%) and moderate (42%), to severe (6%) (Roizen, 2003, p. 89). Other irregularities in the anatomical structure of the hearing organ include: malfor-

mation of the Eustachian tube, stenosis of the inner ear canal and hypoplasia of the mastoid part of the temporal bone. Taking into consideration the particular structure of the hearing organ, systemic tests are recommended for this group: until 3 years of age every 6 months, among older children – each year (Joint Committee on Infant Hearing, 2000).

Unfortunately, not only the hearing apparatus is burdened with a high risk of damage occurring. In as many as 60% of those with DS, ophthalmological problems are noted, requiring long-term observation and treatment (Blankenship & Weston, 2012, p. 338; Roizen, 2003, p. 90). However, only in 38% of children are these problems diagnosed before reaching their twelfth month of age. 5% of them are born with innate cataracts, while 27% have misaligned eyes (Blankenship & Weston, 2012, p. 338; Roizen, 2003, p. 90). Because of difficulties in diagnosis, many problems are not revealed until specialist tests are conducted. The results of longitudinal studies, conducted among children with DS aged 2 months to 12 years, revealed that as many as 35% of ophthalmological tests positively assessed by pediatricians indicated the existence of eye disorders (Blankenship & Weston, 2012, p. 338; Roizen, 2003, p. 90). With particular frequency this concerned cataracts and refraction disorders. The most common problems of this group include blurred vision (30%-62%), amblyopia (so-called lazy eye syndrome; 3%-20%), strabismus (20%-60%), and nystagmus (10%-20%) (Berry-Kravis et al., 2019, p. 268).

Structure and functioning of the speech apparatus

Phenotype characteristics of the skull of the child with DS include brachycephaly (short skull), underdevelopment of the paranasal and frontal sinuses, delayed growth of the middle section of the face, including jaw underdevelopment, obtuse angle of mandible and shortened mandible branch, which is generally described as a flat profile. In the majority of children, the head maintains proportional traits of the infant (Matthews-Brzozowska et al., 2009, p. 253). Functional differences are also characteristic in this area. In the majority of this group, the following are noted: open mouth, hypotonic circular lip muscle, lowered tension in the face muscles, hypotonic tongue with limited range of movement, lying in an irregular resting position, narrow jaw, often high-arched palate². The morphology of the hard palate, developing differently at every level, is treated as part of the characteristic phenotype of SD patients (Abeleira et al., 2015, p. 213). Character-

² Antoni Monner Diéguez (2008, p. 17) states that Gothic palate, small mouth, prognathic jaw, hypoplasia of the jaw and crossbite are noted in ca. 69% of people with DS.

istic is the variance in time of formation of the hard palate. Infants with DS may demonstrate underdevelopment of the jaws, though maintaining correct shape of the palate vaulting and alveolar processes (Kaczorowska & Kaczorowski, 2020). However, the morphology of the hard palate changes with age.

It is considered that macroglossia, i.e., an abnormally large tongue, causing it to stick out of the alveolar processes or dental arches (or part of the mandible alveolus in the case of lack of teeth) in the resting position, is one of the most common features of this group. In cases of exacerbated macroglossia, the patient is not able to close his mouth (Monner Diéguez, 2008, p. 17). Among children with DS, however, there is more frequently noted relative (or alleged) macroglossia, in which histological changes are not observed in the tongue tissues. Observed protruding of the tongue from the mouth does not result from its size, but from lowered muscle tension in the tongue and a small oral cavity in relation to the tongue size (Guimaraes et al., 2008, p. 1062).

However, regardless of the causes, the relatively small space of the oral cavity and hypotonic tongue lead to difficulties in receiving food, breathing, and influence the bite and dental conditions. (Prawidiastuti et al., 2018, p. 911). They are also the cause of common difficulties in understanding the utterances of children with DS. Their pronunciation is often referred to as unclear and mumbling (Kumin, 1994). The consequences of macroglossia, both real as well as alleged, also include jaw deformations, malocclusions and obstruction of the respiratory tract. (Kaczorowska & Kaczorowski, 2021). An irregular resting position of the tongue and difficulties in closing the lips hinder effective swallowing, which affects the course of feeding (both breast-feeding as well as with a bottle), drinking from a glass, consuming solid food, as well as, of course, speech. Difficulties in receiving foods may be connected to the risk of aspiration into the respiratory tract.

Dental irregularities also pose a significant hindrance in the correct reception of food. Teething in children with DS is usually delayed. These delays may last even 2–3 years. Teeth may also appear in atypical order and in an atypical number. As stated by Kelly M. Blankenship and Christina Weston (2012, p. 339), tooth crowding and other diseases of the teeth occur in 60%–100% of this group. This may cause problems in the transition to a solid diet, which requires safe mastication of certain foods. A further dental problem is microdontia and a particular tooth shape, which may not be very visible in a small oral cavity.

People with DS require regular dental care and must develop proper habits of mouth hygiene. The main problems that they suffer include gum inflammation and periodontitis. An additional problem may be the frequent bruxism. It is interesting to note that in this group there are fewer cases of caries (58%, while among peers of TD it is 78%) (Berry-Kravis et al., 2019, p. 268). Despite the numerous occlusal problems existing in this group, orthodontic apparatuses are rarely used; this is partly because of the shortness and particular shape of tooth roots.

An open mouth, lowered mandible and low resting position result in breathing through the oral channel (Kumin, 1994). The noticeable tendency of the appearance of mouth cracks, irritation in its corners and the tongue may result from this habit. This phenomenon may be a factor contributing to the occurrence of halitosis.

The effectiveness of therapeutic interactions in the orofacial sphere is often affected by oversensitivity to tactile stimuli. Additionally, the reception of food and articulation are influenced by problems in mastering isolated movements within mobile parts of the articulatory organs. These are also affected by difficulties with coordination, precision and synchronisation of movements, a restricted range of movement, its precision and the speed of its performance.

General state of health

A child's development in any area, certainly including the development of communicative skills, is affected by their general state of health, and above all the occurrence of chronic illnesses making surgical treatment and hospitalisation necessary. The state of health of people with DS is decidedly not their strong side. Nancy J. Roizen (2003) remarks that a long list of medical problems is noted in them, influencing their development and functioning. It is particularly worth considering congenital heart defects, damage to the hearing organ and eye problems. The risk of each of these occurring in this group is as high as 44%. Periodic tests for coeliac disease and thyroid illnesses are also necessary. Hypothyroidism occurs in 10%–40% of cases. Since symptoms of hypothyroidism may be mistaken for other characteristics of DS, the beginning of the disease may pass unnoticed. Therefore, annual screening tests are recommended. Obesity is also often observed in people with DS (50%–60% of cases). It is possible that a sedentary lifestyle, hypothyroidism, low metabolism and lack of movement contribute to this (Blankenship & Weston, 2012, p. 339).

Congenital hearts defects occur in ca. 50% of new-borns with this syndrome. A considerable majority of children are hospitalised in relation to cardiological problems, but also many other illnesses (mainly pneumonia, bronchitis or other respiratory diseases), especially frequent during the first months of life. At a later period, children with DS suffer from leukemia more often than their peers. The health problems occurring in this group are correlated with average length of life. However, taking into consideration progress in medical science and generally better living conditions, one should not be surprised by changes occurring in this measure. In the period from 1950 to 2010, the average age reached by these people rose from 4 to over 58 years (Berry-Kravis et al., 2019, p. 266; cf. Volkmar et al.,

2018, p. 1211). About 25% of those in this group have a lifespan of over 62.9 years. Congenital heart defects are regarded as the main cause of death, though the risk of death due to respiratory tract diseases, mainly pneumonia, is significantly higher than in the general population (Jones et al., 2013, p. 8). Other difficulties noted in this group more often than in the general population include arthritis, diabetes, obesity, and sleep apnea.

Development of communicative abilities in children with DS

The development of communication and its level reached by children with DS is peculiar, different from the level of other neuro-developmental disorders, and various in relation to children at a similar level of cognitive functioning, but with a different etiology of these problems (Gerenser and Forman, 2007, p. 566). An example of this characteristic is the fact that the child with Down's syndrome up to 8 years old presents a relatively high level of social skills and ability of establishing relations with the environment in comparison to his communicative skills. Another characteristic trait is the changeability in communicative skills over life; they can both improve with age as well as suffer regress. For example, there are studies confirming progress noted in the area of syntactic abilities, but also others which indicate limitation or regress in the area of understanding syntactic structures (Abbeduto et al., 2007, p. 248).

Based on their conducted research, Maria Cristina Caselli and her team (1998, p. 1125) stated that children with DS demonstrate serious delays in comparison with their peers of TD in reaching subsequent stages of development. In these children there was a clear difference between comprehension and speaking, with perception at a considerably higher level. Meanwhile, the research results confirmed a similar level of development of passive vocabulary and use of gestures. Characteristic for this group are significant delays in the appearance of the first words and limitations of active vocabulary in comparison with the mental age of the child. Eva Berglund, Mårten Eriksson and Iréne Johansson (2001, p. 182) claimed, on the basis of analysis of parent reports, that the first word is spoken about a year after birth in 10% of children in this group, while in 80% of cases it appears after finishing the second year of life. In the age group of 3 to 5 years, ca. 10%–20% of children with this syndrome use less than 10 words, but there are also those children who use none at all. A range of 50 words is available to ca. 25% of children with DS at the age of 3 years, ca. 50% of 4-year-olds and ca. 75% of 5-year-olds. Joanne E. Roberts, Johanna Price and Cheryl Malkin (2007), studying the age group of 4 to 15-year-olds, observed restrictions in active vocabulary

also in older boys. Studies concerning the range of words understood are not so conclusive and do not allow confirmation of whether this range is adequate for the mental age of those studied (Short-Meyerson & Benson, 2014, p. 115). Development of the range of speech sounds is a characteristic feature of this group. Research indicates wide variance in the age at which particular sounds appear in the speech of children with DS. It has also been confirmed that the order of their acquisition is not typical. The capability of uttering certain speech sounds appeared even 5 years later than in children of TD (Kumin et al., 1994, p. 300).

Syntax is an exceptional challenge for children with this syndrome, and the use of syntactic structures is delayed relative to the mental age. The use of these structures is situated at a somewhat lower level than their comprehension. Mastering grammar, in its active as well as passive aspects, is more difficult for these children than enriching the range of vocabulary (Law and Bishop, 2003). However, since ca. 87% of children in this group use words and gestures simultaneously, they are well understood by people in their surroundings despite a poor range of vocabulary (Berglund et al., 2001, p. 182).

Regarding skills of combining words, research has shown that the mean length of utterance of study subjects with DS at the age of 2.6–6.9 years is comparable with that presented by children of TD at an age of 1.5 to 2.5 years (Harris, 1983; as cited in Berglund et al., 2001, p. 182). Around 5%–10% of those in this group begin combining words at the age of 2–2.6 years, and ca. 70% demonstrate this ability at the age of 5.6 years (Harris, 1983; as cited in Berglund et al., 2001, p. 182).

The profile of pragmatic and social skills among these children is not conclusive, though certain studies have indicated that children with DS demonstrated a similar level as children of TD in the same developmental age in giving answers to questions, comments or protests (Beeghly et al., 1990; as cited in Short-Meyerson & Benson, 2014, p. 115). This group demonstrates greater difficulties and limitations in the area of narrative skills, as the utterances of its members are considered difficult to understand. Table 1 summarises the strong and weak sides of the communication of people with DS.

TABLE 1.
Characteristics of communicative abilities in people with DS

Strong sides	Deficits
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Early phonological development in the infant period near the level reached by children of TD. ▪ The tendency to use mimicry and gestures before developing verbal abilities, which are delayed. ▪ Relatively good ability at imitation and pragmatic skills. ▪ Speech comprehension generally better than speaking, despite delays noted in the early childhood period. ▪ Relatively good passive vocabulary at adolescent age (which may depend on life experiences). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ The general profile indicates an uneven level of understanding and speech. ▪ A relatively high level of speech comprehension, though particular problems with the syntactic and morphological aspects of language. ▪ Deficits in phonological awareness and auditory-verbal memory. ▪ Difficulties noted at a higher level of pragmatics. ▪ Deficits in comprehension and use of abstract language. ▪ Deficits of visual and sensory processing. ▪ Relatively weaker language expression skills, especially in the area of syntax. ▪ Articulatory disorders, making speech incomprehensible. ▪ Increasing delays in expressive language (e.g., limited vocabulary, reduced use of grammatical morphemes resulting in syntactic limitations) and in non-verbal cognitive skills at pre-school and school age. ▪ Increasing delays in understanding syntax in comparison to vocabulary and non-verbal skills – increasingly evident in adolescence. ▪ Deficits in short-term auditory verbal memory, contributing to a particular language profile evident in adolescence. ▪ Problems in the area of theory of mind. ▪ Increased risk of hearing and otolaryngological problems due to structural anomalies and chronic inflammation of the middle ear. ▪ Hearing problems (65%–80% of people with DS), loss of hearing (21%– 58% of people with DS).

SOURCE: B. Dodd, & S. Crosbie (2011). Language and cognition: Evidence from disordered language. In U. Goswami (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of childhood cognitive development* (pp. 605–625). Wiley-Blackwell; J. Gerenser, & B. Forman (2007). Speech and language deficits in children with developmental disabilities. In J. W. Jacobson, J. A. Mulick, & J. Rojahn (Eds.), *Handbook of intellectual and developmental disabilities: Issues on clinical child psychology* (pp. 563–580). Springer; M. R. Griffer (2012). Language and children with intellectual disabilities. In V. A. Reed (Ed.), *An introduction to children with language disorders. Fourth edition* (pp. 229–272). Pearson; K. Kaczorowska-Bray (2021). Dziecko z niepełnosprawnością intelektualną w przedszkolu i na etapie edukacji wczesnoszkolnej. In A. Domagała, & U. Mirecka (Eds.), *Logopedia przedszkolna i wczesnoszkolna. T. 2: Diagnozowanie i terapia zaburzeń mowy* (pp. 454–497). Harmonia Universalis; K. Short-Meyerson, & G. Benson (2014). Intellectual disability and communication. In L. Cummings (Ed.), *The Cambridge handbook of communication disorders* (pp. 109–124). Cambridge University Press; H. Tager-Flusberg (2007). Atypical language development: Autism and other neurodevelopmental disorders. In E. Hoff, & M. Shatz (Eds.), *Blackwell handbook of language development* (pp. 432–453). Blackwell Publishing.

The language skills of people with DS are not simply a consequence of their level of non-verbal intelligence. Speaking is considered to be a particular challenge, as it is usually more impaired than understanding the utterances of others (Law & Bishop, 2003; Roberts et al., 2007). In the case of small children, expression is at a lower level than could be expected, considering their mental age, in contrast to children of ID of other etiology or those of TD. It is interesting to note that this gap between expressive and receptive abilities tends to increase in school age (Roberts et al., 2008; as cited in Short-Meyerson & Benson, 2014, p. 115). Given the high risk of dementia occurring in this group, a clear indication should be given for constant logopaedic care of people with DS, regardless of their age. It is necessary that diagnosis be conducted as early as possible, allowing the formation of a program of therapy fully meeting the patient's needs, changing over time. This must include assistance of the course of primary functions, constituting the basis for developing communicative capabilities. Considering the particular structure and functioning of the articulatory apparatus, in therapy it is necessary to set such goals as will be possible to realize, and to care for the development of competencies and skills not only linguistic, but also (and perhaps above all) communicative, which will allow the person with DS to become an active and satisfied member of the community.

References

- Abbeduto, L., & McDuffie, A. (2014). Zespoły genetyczne związane z niepełnosprawnością intelektualną. In C. L. Armstrong, & L. Morrow (Eds.), *Neuropsychologia medyczna* (B. Mroziak, transl., vol. 1, pp. 305–350). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Abbeduto, L., & Murphy, M. M. (2004). Language, social cognition, maladaptive behavior, and communication in Down syndrome and fragile X syndrome. In M. L. Rice, & S. F. Warren (Eds.), *Developmental language disorders: From phenotypes to etiologies* (pp. 77–98). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Abbeduto, L., Warren, S. F., & Conners, F. A. (2007). Language development in Down syndrome: From the prelinguistic period to the acquisition of literacy. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 247–261.
- Abeleira, M. T., Outumuro, M., Diniz, M., Limeres, J., Ramos, I., & Diz, P. (2015). Morphometry of the hard palate in Down's syndrome through CBCT – image analysis. *Orthodontics and Craniofacial Research*, 18, 212–220.
- Antonarakis, S. E., & Epstein, D. J. (2006). The challenge of Down syndrome. *Trends in Molecular Medicine*, 12, 473–479.
- Berglund, E., Eriksson, M., & Johansson, I. (2001). Parental reports of spoken language skills in children with Down syndrome. *Journal of Speech and Hearing Research*, 44(1), 179–191.
- Berry-Kravis, E., Myers, K., & Roizen, N. J. (2019). Down syndrome and fragile X syndrome. In M. L. Batshaw, N. J. Roizen, & L. Pellegrino (Eds.), *Children with disabilities. Eighth edition* (pp. 265–284). Paul H. Brookes Publishing Co.

- Blankenship, K. M., & Weston, Ch. (2012). Syndromes of intellectual disability. In J. P. Gentile, & P. M. Gillig (Eds.), *Psychiatry of intellectual disability* (pp. 338–365). John Wiley & Sons, Ltd.
- Caselli, C. M., Vicari, S., Longobardi, E., Lami, L., Pizzoli, C., & Stella, G. (1998). Gestures and words in early development of children with Down syndrome. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41, 1125–1135.
- Clarke, D. (2006). Common syndromes and genetic disorders. In A. Roy, M. Roy, & D. Clarke (Eds.), *The psychiatry of intellectual disability* (pp. 63–80). Radcliffe Publishing.
- Deb, S., Hare, M., & Prior, L. (2007). Symptoms of dementia among adults with Down's syndrome: A qualitative study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(9), 726–739.
- Dodd, B., & Crosbie, S. (2011). Language and cognition: Evidence from disordered language. In U. Goswami (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of childhood cognitive development* (pp. 605–625). Wiley-Blackwell.
- Dykens, E. M. (2007). Psychiatric and behavioral disorders in persons with Down syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 272–278.
- Dykens, E. M., Shah, B., Sagun, J., Beck, T., & King, B. H. (2002). Maladaptive behaviour in children and adolescents with Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 484–492
- Dytrych, G. E. (2015). Wpływ stymulacji metodą Vojty na rozwój psychoruchowy dzieci z zespołem Downa. *Neurologia Dziecięca*, 24(48), 29–35.
- Gerenser, J., & Forman, B. (2007). Speech and language deficits in children with developmental disabilities. In J. W. Jacobson, J. A. Mulick, & J. Rojahn (Eds.), *Handbook of intellectual and developmental disabilities: Issues on clinical child psychology* (pp. 563–580). Springer.
- Griffer, M. R. (2012). Language and children with intellectual disabilities. In V. A. Reed (Ed.), *An introduction to children with language disorders: Fourth edition* (pp. 229–272). Pearson.
- Griffer, M. R., & Ramachandra, V. (2012). Language and other special populations of children. In V. A. Reed (Ed.), *An introduction to children with language disorders: Fourth edition* (pp. 412–437). Pearson.
- Guimaraes, C. V., Donnelly, L. F., Shott, E. S., Amin, R. S., & Kalra, M. (2008). Relative rather than absolute macroglossia in patients with Down syndrome: Implications for treatment of obstructive sleep apnea. *Pediatric Radiology*, 38, 1062.
- Joint Committee on Infant Hearing (2000). Year 2000 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*, 106, 798–816.
- Jones, K. L., Crandall Jones, M., & Del Campo, M. (2013). *Smith's recognizable patterns of human malformation: Seventh edition*. Elsevier.
- Kaczorowska-Bray, K. (2021). Dziecko z niepełnosprawnością intelektualną w przedszkolu i na etapie edukacji wczesnoszkolnej. In A. Domagała, & U. Mirecka (Eds.), *Logopedia przedszkolna i wczesnoszkolna. Vol. 2: Diagnostowanie i terapia zaburzeń mowy* (pp. 454–497). Harmonia Universalis.
- Kaczorowska, N., & Kaczorowski, K. (2020). Pacjenci z zespołem Downa w aspekcie ortodontycznym. *Stomatologia po Dyplomie*, 11–12.
- Kułałowska, Z. (2003). Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. *Od neurofizjologii do rehabilitacji*. Folium.
- Kumin, L. (1994). Intelligibility of speech in children with Down syndrome in natural settings: Parents' perspective. *Perceptual and Motor Skills*, 78, 307–313.
- Kumin L., Councill, C., & Goodman, M. (1995). The pacing board: A technique to assist the transition from single word to multiword utterances. *Infant-Toddler Intervention*, 5, 23–29.
- Larysz, D., & Lubowiecka, K. (2014) Neuropsychological determinants of Down's syndrome. *Logopedia Silesiana*, 3, 125–132.
- Laws, G., & Bishop, D. V. M. (2003). A comparison of language abilities in adolescents with Down syndrome and children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language and*

- Hearing Research*, 46, 1324–1339. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2003/103\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2003/103))
- Masgutova, S., Akhmatova, N., & Sadowska, L. (2016). Reflex profile of children with Down syndrome; improvement of neurosensorimotor development using the MNRI® Reflex Integration Program. *International Journal of Neurorehabilitation*, 3(1), 1–9. 10.4172/2376-0281.1000197
- Matthews-Brzozowska, T., Walasz, J., & Matthews, Z. (2009). Zespół Downa – wczesna terapia ortodontyczna płytką stymulacyjną Castillo-Moralesa. *Nowiny Lekarskie*, 78(3–4), 253–255.
- McDuffie, A., & Abbeduto, L. (2009). Language disorders in children with mental retardation of genetic origin: Down syndrome, fragile X syndrome, and Williams syndrome. In R. G. Schwartz (Ed.), *Handbook of child language disorders* (pp. 44–66). Psychology Press.
- Monner Diéguez, A. (2008). Macroglossia and Down syndrome. *International Medical Journal on Down Syndrome*, 12(3), 17.
- Olchowik, B., Sendrowski, K., Śmigielska-Kuzia, J., Jakubiuk-Tomaszuk, A., & Sobaniec, PP. (2012). Neurofizjologiczne podłoże hipotonii mięśniowej w zespole Downa. *Neurologia Dziecięca*, 21(43), 65–69.
- Payne, V. G., Yan, J. H., & Block, M. (2010). *Human motor development in individuals with and without disabilities*. Nova Science Publishers, Inc.
- Prawidiastuti, R., Sasmita, I.S., Herdiyati, Y., Indriyanti, R., & Soewondo, W. (2018). Prevalence of macroglossia in children with Down syndrome in Dental and Oral Hospital of Unpad FKG. *Journal of International Dental and Medical Research*, 11(3), 911–915.
- Rasmussen, P., Borjesson, O., Wentz, E., & Gillberg, C. (2001). Autistic disorders in Down syndrome: Background factors and clinical correlates. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43, 750–754.
- Richards, C., Jones, C., Groves, L., Moss, J., & Oliver, C. (2015). Prevalence of autism spectrum disorder phenomenology in genetic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 2, 909–916.
- Roberts, J. E., Chapman, R. S., Martin, G. E., & Moskowitz, L. (2008). Language of preschool and school-age children with Down syndrome and fragile X syndrome. In J. E. Roberts, R. S. Chapman, & S. F. Warren (Eds.), *Speech and language development and intervention in Down syndrome and fragile X syndrome* (pp. 77–115). Paul Brookes Publishing.
- Roberts, J. E., Price, J., & Malkin, C. (2007). Language and communication development in Down syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 26–35.
- Roizen, N. J. (2003). The early interventionist and the medical problems of the child with Down syndrome. *Infants & Young Children*, 16(1), 88–95.
- Short-Meyerson, K., & Benson, G. (2014). Intellectual disability and communication. In L. Cummings (Ed.), *The Cambridge handbook of communication disorders* (pp. 109–124). Cambridge University Press.
- Smith, M. (2006). *Mental retardation and developmental delay: Genetic and epigenetic factors*. Oxford University Press.
- Szymańska, K., & Szczepanik, E. (2017). Opóźnienie rozwoju psychoruchowego. In B. Steinborn (Ed.), *Neurologia wieku rozwojowego* (pp. 28–48). Wydawnictwa Lekarskie PZWL.
- Tager-Flusberg, H. (2007). Atypical language development: Autism and other neurodevelopmental disorders. In E. Hoff & M. Shatz (Eds.), *Blackwell handbook of language development* (pp. 432–453). Blackwell Publishing.
- Volkmar, F. R., Dykens, E. M., & Hodapp, R. M. (2018). Intellectual disability. In A. Martin, R. A. Ritvo, M. H. Bloch, & F. R. Volkmar (Eds.), *Lewis's child and adolescent Psychiatry: A comprehensive textbook* (pp. 1197–1223). Wolters Kluwer.



KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY

Uniwersytet Gdański, Instytut Logopedii, Wydział Filologiczny

<https://orcid.org/0000-0003-4510-9002>

Specyfika rozwoju mowy u osób z zespołem Downa

The characteristics of speech development in people with Down's syndrome

ABSTRACT: Down's syndrome is one of the most common and easily detected genetic disorders. People with Down's syndrome are characterised by multisystemic structural and functional irregularities (incl. congenital disease and heart defects, disorders of hearing and vision) appearing in life as well as a characteristic phenotype. Its phenotype characteristics include delayed psychomotor development. Children with this syndrome demonstrate a particular profile in the acquisition of communicative abilities. The level of development of communicative competence reached by children with DS is peculiar, different from that of other neuro-developmental disorders, and various in relation to the level reached by children at a similar level of cognitive functioning, but whose cognitive problems have a different etiology. This article attempts to characterise the factors determining the basis of speech development in this group and to indicate the characteristic features of communication among people with Down's syndrome.

KEYWORDS: Down's syndrome, trisomy 21, development of communicative abilities

STRESZCZENIE: Zespół Downa jest najlepiej i najwcześniej rozpoznawalnym zespołem genetycznym. Osoby z zespołem Downa cechują wieloukładowe strukturalne i funkcjonalne nieprawidłowości (m.in. wrodzone choroby i wady serca, zaburzenia słuchu i wzroku), ujawniające się w ciągu życia, oraz charakterystyczny fenotyp. Do cech fenotypowych zalicza się m.in. opóźniony rozwój psychoruchowy. Dzieci z tym zespołem wykazują specyficzny profil przyswajania umiejętności komunikacyjnych. Poziom rozwoju kompetencji komunikacyjnej osiągnany przez dzieci z ZD jest swoisty, odmienny niż w wypadku innych zaburzeń neurorozwojowych, różny w stosunku do poziomu osiąganego przez dzieci o podobnym poziomie funkcjonowania poznawczego, lecz w których problemy w tym zakresie mają inną etiologię. W artykule podjęto próbę scharakteryzowania czynników kształtujących bazę rozwoju mowy w tej grupie oraz wskazania cech charakterystycznych komunikacji osób z zespołem Downa.

SŁOWA KLUCZOWE: zespół Downa, trisomia 21, rozwój umiejętności komunikacyjnych

Zespół Downa¹ to jedna z wiodących genetycznych przyczyn niepełnosprawności intelektualnej (Roberts i in., 2008). Jako jednostka kliniczna rozpoznawany

¹ Dla wygody czytelnika w artykule stosowane będą skróty: ZD – zespół Downa, NI – niepełnosprawność intelektualna, RT – rozwój typowy.

jest od ok. 160 lat. ZD powstaje w wyniku nieprawidłowości w obrębie chromosomów pary 21. Częstość występowania określa się jako 1 przypadek na 920 narodzin (Short-Meyerson i Benson, 2014, s. 114), w innych zaś źródłach – 1 na 650 – 1000 narodzin, w zależności od dostępności badań prenatalnych oraz przepisów prawa aborcyjnego (Berry-Kravis i in., 2019, s. 266; McDuffie i Abbeduto, 2009, s. 5; Szymańska i Szczepanik, 2017, s. 36). Ryzyko wystąpienia ZD u dziecka jest zależne od wieku matki.

Osoby z zespołem Downa cechują wieloukładowe strukturalne i funkcjonalne nieprawidłowości (m.in. wrodzone choroby i wady serca, zaburzenia słuchu i wzroku) ujawniające się w ciągu życia oraz charakterystyczny fenotyp (Antonarakis i Epstein, 2006). Specyficzne cechy fizyczne widoczne są m.in. w obrębie twarzy, dłoni i stóp. Obecnie szacuje się, że dla tej grupy charakterystycznych może być ok. 200 nieprawidłowości, przy czym ich występowanie jest sprawą indywidualną i nie ma takiej cechy, która byłaby obecna w 100% przypadków. U większości noworodków ujawniają się takie cechy, jak: hipotonia (80%); osłabiony odruch Moro (85%); nadmierna ruchliwość stawów (80%); fałd skórny na szyi (80%); płaska część twarzowa (90%); ukośne ustawienie szpar powiekowych (80%); nietypowe, zniekształcone małżowiny uszne (60%); dysplazja miednicy (70%); dysplazja środkowego paliczka piątego palca (60%); bruzda poprzeczna na dłoni (45%) (Jones i in., 2013, s. 8).

Ponieważ ZD jest uznawany za najczęstszą chromosomalną przyczynę NI i rozpoznawany bardzo wczesnie w rozwoju dziecka, tę grupę uznaje się za stosunkowo najlepiej poznaną i najczęściej charakteryzowaną jako przykład zespołu genetycznego. W większości opisów funkcjonowania tych osób podkreśla się, że ich rozwój językowy i umiejętności komunikacyjne są szczególnie zaburzone w porównaniu do innych grup z NI podobnego stopnia (Griffer, 2012, s. 253; Smith, 2006, s. 77).

Mona Griffer i Vijayachandra Ramachandra (2012, s. 426) wyróżniają pięć elementów tworzących bazę rozwoju językowego dziecka. Są to: potencjał intelektualny, możliwości fizycznej eksploracji otoczenia, prawidłowo funkcjonujące analizatory słuchu i wzroku oraz interakcje społeczne. Zaburzenia w obrębie każdego z nich mogą być kompensowane dzięki wykorzystaniu pozostałych. W przewidywaniu ewentualnych problemów językowych dziecka i określeniu jego możliwości w tym zakresie ważne jest zdanie sobie sprawy z jego predyspozycji kompensacyjnych. O ich poziomie w dużej mierze decyduje potencjał intelektualny. Chcąc wskazać główne przyczyny problemów w komunikacji językowej osób z ZD, należałoby zwrócić uwagę na notowane w tej grupie:

- niepełnosprawność intelektualną;

- hipotonię;
- specyficzną budowę aparatu mowy;
- problemy sensoryczne.

Możliwości poznawcze dzieci z ZD

Poziom rozwoju umysłowego jest jednym z najważniejszych czynników rokowniczych w przypadku dzieci z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (Kułakowska, 2003, s. 301). Jak stwierdzają Leonard Abbeduto i Andrea McDuffie (2014, s. 307), na fenotyp osoby z ZD składa się m.in. upośledzenie procesów poznawczych. W grupie tej jednakże znajdują się także osoby, których inteligencja mieści się w tzw. szarej strefie, a więc od 70 do 85 (Smith, 2006, s. 77). David Clarke (2006, s. 65) podaje, że u ok. 10% stwierdza się „niską normalną inteligencję”, dla której charakterystyczne są problemy poznawcze i trudności w uczeniu się, choć nie tak głębokie, aby można było je zakwalifikować jako NI. Większość osób z tym syndromem funkcjonuje jednak na poziomie NI stopnia lekkiego i umiarkowanego. IQ w tej grupie waha się zazwyczaj w granicach od 30 do 70 i średnio wynosi 50 (Abbeduto i McDuffie, 2014, s. 307; Abbeduto i Murphy, 2004, s. 79; McDuffie i Abbeduto, 2009, s. 45). „Uważa się, że niepełnosprawność intelektualna w ZD wiąże się z patologią konkretnych okolic mózgu i gorszym wykonywaniem określonych zadań poznawczych” (Abbeduto i McDuffie, 2014, s. 307).

W literaturze podkreśla się, że dla tej grupy zaobserwowano spadkową trajektorię rozwoju intelektualnego. Najwyższe wartości IQ występują w okresie niemowlęcym, wraz z wiekiem wyniki stają się niższe (Hodapp, 1999; za: Blankenship i Weston, 2012, s. 340). Badania wykazały, iż iloraz inteligencji osób z ZD, który wynosił średnio 50 w wieku 5–7 lat, spadł do średnio 41 u 7–9-latków i 37 u dzieci w wieku 13–15 lat (Hodapp, 1999; za: Blankenship i Weston, 2012, s. 340). Osoby te doświadczają ograniczeń w możliwościach poznawczych, pogłębiających się wraz z upływem czasu, zespół ten bowiem łączy się ze stuprocentowym ryzykiem wczesnego rozwoju choroby Alzheimera, przy czym objawy chorobowe ujawniają się już około 35. roku życia (McDuffie i Abbeduto, 2009, s. 45). Przed 60. rokiem życia od 50% do 70% osób z ZD doświadczają demencji (Jones i in., 2013, s. 8). Dlatego też ogromnie istotne jest jak najwcześniejsze rozpoczęcie działań terapeutycznych i wspomagających rozwój dziecka, szczególnie widoczne rezultaty uzyskuje się bowiem w okresie od pierwszych 4 do 5 lat życia (Jones i in. 2013, s. 8).

Problemem narastającym wraz z wiekiem jest także występowanie depresji. W porównaniu z innymi grupami osób z NI dorośli z ZD mają wyższy jej wskaźnik. Częstość występowania depresji wynosi tu od 2,7% do 11,4%, w porówna-

niu z dorosłymi z NI o innym podłożu, u których wskaźnik ten wynosi 1,1–1,7% (Dykens, 2007, s. 274). Depresja zaś jest nie tylko chorobą o groźnych konsekwencjach, lecz także stanem, który w dużym stopniu pogarsza przebieg wielu innych chorób, wpływając na ich rokowania. Depresji u osób z ZD towarzyszą problemy biologiczne i behawioralne, takie jak wycofanie, mutyzm, opóźnienie psychoruchowe, obniżony nastrój, bierność, zmniejszony apetyt i bezsenność. W diagnostyce różnicowej ważne jest odróżnienie początku depresji od objawów otępienia u pacjentów z ZD (Deb i in., 2007).

Większość dzieci z ZD dość dobrze funkcjonuje w znanym sobie środowisku domowym czy rówieśniczym. Ich funkcjonowanie społeczne jest zazwyczaj na poziomie wyższym (o 3½ roku) niż oczekiwane w danym wieku umysłowym (Jones i in., 2013, s. 8).

W literaturze przedmiotu utrwalony jest stereotypowy wizerunek osoby z ZD szczęśliwej, pogodnej, spokojnej oraz empatycznej. Jednakże najnowsze badania behawioralne nie potwierdzają w pełni takiej charakterystyki, wskazując na częsty w tej grupie upór i zachowania obsesyjne. W większości osoby te negatywnie także reagują na zmiany w otoczeniu, wpływające na ich nawyki i upodobania (Clarke, 2006, s. 65). Choć w porównaniu z populacją generalną notuje się wyższe ryzyko wystąpienia problemów behawioralnych, emocjonalnych i psychiatrycznych (18–23%), to jest to ryzyko niższe niż w przypadku grup z NI o innym podłożu, w których przypadku kształtuje się ono na poziomie 30–40% (Berry-Kravis i in., 2019, s. 273; Dykens, 2007, s. 273). W okresie dzieciństwa i młodości u osób z ZD notuje się wysoki wskaźnik występowania zachowań prowokacyjnych (np. 73% nieposłuszeństwo, 65% kłótniwość i 50% chęć zwrócenia na siebie uwagi), z jednocześnie rzadko występującymi zachowaniami agresywnymi. Do tego obserwowane są często problemy w koncentracji uwagi i impulsywność. U 6–8% diagnozuje się ADHD, u 8–10% notowane są problemy w zachowaniu, głównie zachowania opozycyjne, przejawiające się ignorowaniem zasad, nieposłuszeństwem i agresją (Berry-Kravis i in., 2019, s. 273; Dykens, 2007, s. 273). Badania prowadzone przez Elisabeth M. Dykens i jej współpracowników (2002) wykazały stosunkowo niskie ryzyko wystąpienia poważnych przypadków agresji, np. przemocy fizycznej (6%). Niestety, problemy rozwojowe u 7–16% dzieci z ZD pogłębiać mogą zaburzenia ze spektrum autyzmu, notowane tu częściej niż w populacji generalnej (Richards i in., 2015, s. 4). Co ciekawe, diagnoza tych zaburzeń zapada w ich przypadku znacznie później niż w grupie o RT, ponieważ dopiero między 6. a 16. rokiem życia (Rasmussen i in., 2001; Szymańska i Szczepanik, 2013).

Napięcie mięśniowe u dzieci z ZD

W literaturze przedmiotu pisze się o czterech typach napięcia mięśniowego:

- spoczynkowym (postać napięcia, która jest obecna w czasie czuwania w spoczynku);
- statycznym, czyli biernym (ocenianym podczas biernych ruchów nieruchomego mięśnia);
- posturalnym (pozwalającym na przeciwstawienie się sile grawitacji, co pozwala na utrzymanie stabilnej pozycji ciała w przestrzeni);
- dynamicznym (wyzwalanym w sposób fazowy podczas automatycznych ruchów, np. chodzenia) (Olchowik i in., 2012, s. 66).

W przypadku osób z ZD można mówić o obniżeniu napięcia mięśniowego w każdej z tych postaci (Olchowik i in., 2012, s. 66). Z całą pewnością obniżenie napięcia mięśniowego, które obserwowane jest u zdecydowanej większości dzieci z ZD, stanowi problem rzutuujący w zasadniczym stopniu na przebieg rozwoju psychoruchowego. Jak piszą Dawid Larysz i Konstancja Lubowiecka (2014): „Motorykę można nazwać «fundamentem rozwoju psychoruchowego». Właściwie każda modalność rozwoju ma swoje podłoże w rozwoju funkcji motorycznych” (s. 126). W przypadku dzieci z ZD występująca hipotonia mięśniowa, nadmierna elastyczność aparatu więzadłowego oraz stawowego powodują znaczne zaburzenia mechanizmu antygravitacyjnego. Są także przyczyną zaburzenia poczucia ciała w przestrzeni (Dytrych, 2015, s. 29). Nabywanie więc kolejnych umiejętności ruchowych jest w tej grupie znacząco opóźnione. I tak przykładowo dzieci z ZD chodzenie opanowują rok później w stosunku do rówieśników o RT (Payne i in., 2010, s. 17).

Opóźnienia w rozwoju ruchowym, widoczne w grupie z ZD, rzutują także na rozwój funkcji poznawczych. Wolniejsze zdobywanie umiejętności zmiany położenia, pionizowania się, przemieszczania idzie w parze z ograniczeniami w obserwacji otoczenia, w tym zachowania opiekunów i ich reakcji, także tych, które są próbą nawiązania interakcji z dzieckiem bądź są odpowiedzią na jego aktywność. Dziecko o obniżonym napięciu mięśniowym to często maluch ośpały, przysypiający, mało aktywny, o ograniczonym zainteresowaniu światem, o mniejszej potrzebie ruchu i eksploracji otoczenia. Określane jest często przez rodziców jako „dobre dziecko”, a więc ciche, spokojne, niemające problemów z zasypianiem. Niestety, trudno uznać te cechy za dobrze rokujące w rozwoju psychoruchowym. Hipotonia odpowiada także za słabsze wyrażanie reakcji odruchowych oraz ich specyficzny, odbiegający od typowego, rozwój i integrację (Masgutova i in., 2016, s. 2). Hipotonia jest też problemem uwidaczniającym się w funkcjonowaniu narządów mowy, a poprzez to wpływającym także na ich strukturę.

Funkcjonowanie narządów słuchu i wzroku

Zaburzenia sensoryczne występujące w tej grupie w zasadniczy sposób rzutują na jej rozwój. Do najczęściej notowanych zalicza się nieprawidłowości w obrębie narządu słuchu. Diagnozuje się je aż u 66-98% osób z ZD (Blankenship i Weston, 2012, s. 338). Mogą one przyjmować postać jedno- bądź obustronną o różnym stopniu: od lekkiego (25%), przez umiarkowany (42%), do głębokiego (6%) (Roizen, 2003, s. 89). Wśród innych nieprawidłowości w budowie anatomicznej narządu słuchu można wymienić: malformacje trąbki słuchowej, zwężenie przewodu słuchowego zewnętrznego oraz hipoplazję wyrostka sutkowatego. Biorąc pod uwagę specyficzną budowę narządu słuchu zalecane są systematyczne badania w tej grupie: do 3. roku życia co 6 miesięcy, u dzieci starszych zaś – co roku (Joint Committee on Infant Hearing, 2000).

Niestety, nie tylko narząd słuchu jest obciążony wysokim ryzykiem wystąpienia uszkodzenia. Aż u 60% grupy z ZD notuje się problemy okulistyczne, wymagające długotrwałej kontroli i podjęcia działań leczniczych (Blankenship i Weston, 2012, s. 338; Roizen, 2003, s. 90). Jednakże jedynie u 38% dzieci problemy te diagnozuje się przed ukończeniem przez nie 12. miesiąca życia. 5% spośród nich przyszło na świat z wrodzoną zaćmą, z kolei 27% ma zeza (Blankenship i Weston, 2012, s. 338; Roizen, 2003, s. 90). Trudności w diagnozie powodują, że wiele problemów ujawnia dopiero badanie specjalistyczne. Wyniki badań longitudinalnych, prowadzonych w grupie dzieci z ZD w wieku od 2. miesięcy do 12 lat, ujawniły, że u aż 35% pozytywnie ocenionych przez pediatrów badanie okulistyczne wykazało istnienie zaburzeń narządu wzroku (Blankenship i Weston, 2012, s. 338; Roizen, 2003, s. 90). Szczególnie często dotyczyło to zaćmy i zaburzeń refrakcji. Do najczęstszych problemów tej grupy zalicza się zaburzenia ostrości widzenia (30-62%), ambliopię (tzw. zespół leniwego oka; 3-20%), zeza (20-60%), oczopląs (10-20%) (Berry-Kravis i in., 2019, s. 268).

Budowa i funkcjonowanie aparatu mowy

Do cech fenotypowych w obrębie czaszki dziecka z ZD można zaliczyć brachycefalię (krótka czaszka), niedorozwój zatok obocznych nosa i czołowych, upośledzony wzrost środkowego piętra twarzy, w tym niedorozwój szczęki, rozwarty kąt żuchwy i skróconą gałąź żuchwy, co ogólnie jest opisywane jako płaski profil. Głowa u przeważającej liczby dzieci zachowuje cechy proporcji czaszki niemowlęcej (Matthews-Brzozowska i in., 2009, s. 253). Charakterystyczne są także

różnice funkcjonalne w tym obszarze. U większości tej grupy notuje się: otwarte usta, hipotoniczny mięsień okrężny warg, obniżone napięcie mięśniowe w obrębie mięśni twarzy, hipotoniczny język z ograniczeniem zakresu ruchu, zalegający w nieprawidłowej pozycji spoczynkowej, wąską szczękę, często podniebienie gotyckie². Morfologię podniebienia twardego, rozwijającego się odmiennie w każdej płaszczyźnie, traktuje się jako część charakterystycznego fenotypu pacjentów z ZD (Abeleira i in., 2015, s. 213). Charakterystyczna jest zmienność w czasie ukształtowania się podniebienia twardego. Niemowlęta z ZD mogą wykazywać niedorozwój szczęki, lecz z zachowanym prawidłowym kształtem sklepienia podniebiennego i wyrostków zębodołowych (Kaczorowska i Kaczorowski, 2020). Morfologia podniebienia twardego zmienia się jednak wraz z wiekiem.

Przyjęło się uważać, że makroglosja, a więc nienormalnie duże rozmiary języka, powodujące jego wystawianie poza wyrostek zębodołowy lub łuki zębowe (bądź część zębodołową żuchwy w przypadku bezzębia) w pozycji spoczynkowej, jest jedną z najbardziej rozpowszechnionych cech tej grupy. W przypadkach nasilonej makroglosji pacjent nie jest w stanie domknąć ust (Monner Diéguez, 2008, s. 17). U dzieci z ZD notuje się jednakże częściej tzw. makroglosję względną (bądź rzekomą), w której nie stwierdza się w tkankach języka zmian histologicznych. Obserwowane wysuwanie języka poza obręb jamy ustnej wynika nie z jego rozmiarów, lecz z obniżonego napięcia mięśniowego języka i niewielkiej objętości jamy ustnej w stosunku do rozmiarów języka (Guimaraes i in., 2008, s. 1062).

Niezależnie jednak od przyczyny, stosunkowo mała przestrzeń jamy ustnej i hipotoniczny język powodują trudności w przyjmowaniu pożywienia, oddychaniu oraz wpływają na warunki zgryzowe i zębowe (Prawidiastuti i in., 2018, s. 911). Odpowiadają także za powszechne trudności w zrozumieniu wypowiedzi dzieci z ZD. Ich wymowę określa się często jako zamazaną i bełkotliwą (Kumin, 1994). Do konsekwencji makroglosji, zarówno rzeczywistej, jak i rzekomej, zaliczyć można również deformacje żuchwy, zaburzenia zgryzu czy niedrożność dróg oddechowych (Kaczorowska i Kaczorowski, 2021). Nieprawidłowa pozycja spoczynkowa języka i trudności w domknięciu warg utrudniają efektywne połykanie, co wpływa na przebieg karmienia (zarówno piersią, jak i z butelki), picie z kubeczka, spożywanie pokarmów stałych oraz, co oczywiste, na mowę. Trudności w przyjmowaniu pokarmów mogą łączyć się z ryzykiem aspiracji do dróg oddechowych.

Zasadniczym utrudnieniem w prawidłowym przyjmowaniu pokarmu są też nieprawidłowości w użębieniu. Wyrzynanie się zębów u dzieci z ZD jest zwykle opóźnione. Opóźnienia te mogą wynosić nawet 2–3 lata. Zęby mogą także pojawiać się w nietypowej kolejności i nietypowej liczbie. Jak podają Kelly M. Blan-

² Antoni Monner Diéguez (2008, s. 17) podaje, że podniebienie gotyckie, małe usta, prognatyczna szczeka, hipoplazja szczęki i zgryz krzyżowy notowane są u ok. 69% osób z ZD.

kenship i Christina Weston (2012, s. 339), stłoczenia zębów i inne ich schorzenia występują u 60–100% tej grupy. Powodować to może problemy w przejściu na dietę stałą, która wymaga bezpiecznego przeżuwania niektórych pokarmów. Problemem stomatologicznym są także mikrodoncja i specyficzny kształt zębów, co w niewielkiej jamie ustnej może nie być szczególnie widoczne.

Osoby z ZD wymagają stałej opieki dentystycznej i wykształcenia nawyku dbałości o higienę jamy ustnej. Do głównych problemów, z którymi się borykają, należą zapalenia dziąseł i choroby przyzębia. Dodatkowym problemem może być częsty bruksizm. Co ciekawe, w grupie tej mniej liczne są przypadki próchnicy (58%, w grupie rówieśników o RT zaś 78%) (Berry-Kravis i in., 2019, s. 268). Mimo istniejących w tej grupie licznych problemów zgryzowych rzadko stosuje się aparatowanie ortodontyczne, czego powodem jest m.in. krótkość i specyficzne ukształtowanie korzeni zębów.

Rozchylone usta, opuszczona żuchwa i niska pozycja spoczynkowa skutkują oddychaniem torem ustnym (Kumin, 1994). Zauważalna w tej grupie tendencja do powstawania pęknięć ust, podrażnień ich kącików i języka może wynikać z tego właśnie nawyku. Zjawisko to może być czynnikiem sprzyjającym zaistnieniu halitozy.

Na efektywność oddziaływań terapeutycznych w sferze orofacjalnej ograniczająco wpływa częsta nadwrażliwość na bodźce dotykowe. Tym, co rzutuje zarówno na przebieg przyjmowania pokarmu, jak i na artykulację, są problemy w opanowaniu ruchów izolowanych w obrębie ruchomych części narządów artykulacyjnych, a także trudności w koordynacji, dokładności i synchronizacji ruchów, ograniczenia zakresu ruchu, jego precyzji i szybkości jego wykonywania.

Ogólny stan zdrowia

Na rozwój dziecka w każdym zakresie, w tym oczywiście na rozwój umiejętności komunikacyjnych, wpływa ogólny stan zdrowia, a przede wszystkim występowanie przewlekłych schorzeń, wymuszających oddziaływania chirurgiczne i hospitalizacje. Stan zdrowia osób z ZD zdecydowanie nie jest ich mocną stroną. Nancy J. Roizen (2003) stwierdza, że notuje się u nich całą długą listę problemów medycznych, które wpływają na ich rozwój i funkcjonowanie. Szczególnie należy mieć na uwadze wrodzone wady serca, uszkodzenia narządu słuchu i problemy okulistyczne. Ryzyko wystąpienia każdego z nich wynosi w tej grupie aż 44%. Konieczne są także okresowe badania pod kątem celiakii oraz schorzeń tarczycy. Niedoczynność tarczycy występuje u 10–40% przypadków tej grupy. Ponieważ objawy niedoczynności tarczycy można pomylić z innymi cechami ZD, początek choroby łatwo można przeoczyć. Dlatego też zaleca się coroczne badanie przesie-

wowe. Otyłość jest również często obserwowana u osób z ZD (50–60% przypadków). Możliwe, że przyczyniają się do niej: siedzący tryb życia, niedoczynność tarczycy, niski metabolizm i brak ruchu (Blankenship i Weston, 2012, s. 339).

Wrodzone wady serca występują u ok. 50% noworodków z tym syndromem. Znaczna większość dzieci jest hospitalizowana w związku z problemami kardiologicznymi, ale też wieloma innymi (przeważnie zapalenia płuc, zapalenia oskrzeli albo inne schorzenia oddechowe), szczególnie często w ciągu pierwszych miesięcy życia. W okresie późniejszym dzieci z ZD częściej niż rówieśnicy zapadają na białaczkę. Występujące w tej grupie problemy zdrowotne korelują ze średnią długością życia. Biorąc jednak pod uwagę postępy nauk medycznych oraz ogólnie lepsze warunki życia, nie powinny dziwić zachodzące w tej mierze zmiany. W okresie od 1950 do 2010 roku średni wiek, którego dożywały te osoby, wzrósł z 4 do ponad 58 lat (Berry-Kravis i in., 2019, s. 266; por. Volkmar i in., 2018, s. 1211). Około 25% osób z tej grupy dożywa wieku powyżej lat 62,9. Za główną przyczynę zgonu uznaje się wrodzone wady serca, choć ryzyko śmierci z powodu chorób układu oddechowego, głównie zapalenie płuc, jest znacznie wyższe niż populacyjne (Jones i in., 2013, s. 8). Inne trudności notowane w tej grupie częściej niż w populacji generalnej to m.in. wspomniane już artretyzm, cukrzyca, otyłość, bezdech nocny.

Rozwój umiejętności komunikacyjnych dzieci z ZD

Rozwój komunikacji i osiągniany przez dzieci z ZD jej poziom jest swoisty, odmienny od poziomu innych zaburzeń neurorozwojowych, różny w stosunku do dzieci o podobnym poziomie funkcjonowania poznawczego, lecz innej etiologii tych problemów (Gerenser i Forman, 2007, s. 566). Jako przykład tej specyfiki podaje się fakt, że dziecko z zespołem Downa w wieku do 8. roku życia prezentuje relatywnie wysoki w stosunku do swoich umiejętności komunikacyjnych poziom umiejętności społecznych oraz zdolności do nawiązywania relacji z otoczeniem. Charakterystyczną cechą jest także zmienność umiejętności komunikacyjnych w biegu życia, przy czym mogą one wraz z wiekiem zarówno poprawić się, jak i ulec regresowi. Przykładowo, istnieją badania poświadczające postęp notowany w zakresie umiejętności składniowych, ale i takie, które wskazują na ograniczenia bądź wręcz regres w zakresie rozumienia struktur składniowych (Abbeduto i in., 2007, s. 248).

Maria Cristina Caselli i zespół (1998, s. 1125) stwierdzili na podstawie przeprowadzanych przez siebie badań, że dzieci z ZD prezentują poważne opóźnienia w porównaniu z rówieśnikami o RT w osiąganiu kolejnych etapów rozwoju. U dzieci tych wyraźnie zaznaczyła się różnica między rozumieniem a nadawaniem mowy, przy czym wyraźnie wyższy poziom prezentuje percepcja. Wyniki badań

potwierdziły natomiast zbliżony poziom rozwoju słownictwa biernego i stosowania gestów. Charakterystyczne dla tej grupy są znaczące opóźnienia w pojawieniu się pierwszych słów i ograniczenia czynnego słownictwa w porównaniu z wiekiem umysłowym dziecka. Eva Berglund, Mårten Eriksson i Iréne Johansson (2001, s. 182) na podstawie analizy rodzicielskich raportów stwierdzili, że pierwsze słowo występuje ok. roku po narodzinach u 10% dzieci z tej grupy, w 80% przypadków zaś po ukończeniu 2. roku życia. W grupie wiekowej od 3 do 5 lat ok. 10–20% dzieci z tym syndromem ma zasób słów poniżej 10, ale są też i takie, które nie używają ich w ogóle. Zasobem 50 słów dysponuje ok. 25% dzieci z ZD w wieku 3 lat, ok. 50% 4-latków oraz ok. 75% 5-latków. Joanne E. Roberts, Johanna Price i Cheryl Malkin (2007), badając grupę wiekową 4–15 lat, ograniczenie w czynnym zasobie słownictwa zaobserwowały także u starszych chłopców. Studia dotyczące zasobu słów rozumianych nie są już tak jednoznaczne i nie pozwalają na stwierdzenie, czy zasób ten jest adekwatny do wieku umysłowego badanych (Short-Meyerson i Benson, 2014, s. 115). Rozwój zasobu głosek jest w tej grupie specyficzny. Badania wskazują na duże zróżnicowanie wieku pojawiania się poszczególnych głosek w mowie dzieci z ZD. Stwierdzono także, że kolejność ich nabywania jest odmienna od typowej. Umiejętność wypowiadania niektórych głosek wystąpiła nawet o 5 lat później niż u dzieci o RT (Kumin i in., 1994, s. 300).

Składnia jest wyjątkowym wyzwaniem dla dzieci z tym zespołem, a stosowanie struktur składniowych – opóźnione w stosunku do wieku umysłowego. Ich wykorzystanie sytuuje się przy tym na relatywnie niższym poziomie niż ich rozumienie. Opanowanie gramatyki, zarówno w sensie czynnym, jak i biernym, jest trudniejsze dla tej grupy dzieci niż bogacenie zasobu słownictwa (Law i Bishop, 2003). Ponieważ jednak ok. 87% dzieci tej grupy posługuje się jednocześnie wyrazami i gestami, to mimo uboższego zasobu słownictwa są one zupełnie dobrze rozumiane przez otoczenie (Berglund i in., 2001, s. 182).

Jeśli chodzi o umiejętności łączenia wyrazów, badania udowodniły, że średnia długość wypowiedzi (*mean length of utterance* – MLU) badanych z ZD w wieku 2,6–6,9 lat jest porównywalna z tym, co prezentują dzieci o RT w wieku od 1,5 do 2,5 lat (Harris, 1983; za: Berglund i in., 2001, s. 182). Około 5–10% osób z grupy zaczyna łączyć wyrazy w okresie 2–2,6 lat, a ok. 70% wykazuje tę umiejętność w wieku 5,6 lat (Harris, 1983; za: Berglund i in., 2001, s. 182).

Profil umiejętności pragmatycznych i społecznych jest w tej grupie dzieci niejednoznaczny, choć niektóre badania wykazały, że dzieci z ZD prezentowały podobny poziom, co dzieci o RT w tym samym wieku rozwojowym w udzielaniu odpowiedzi na pytania, komentarzach czy protestach (Beeghly i in., 1990; za: Short-Meyerson i Benson, 2014, s. 115). Większe trudności i ograniczenia grupa ta wykazuje w zakresie umiejętności narracyjnych, wypowiedzi jej członków określane są bowiem jako trudne do zrozumienia. W tabeli 1 ujęto syntetycznie mocne i słabe strony komunikacji osób z ZD.

TABELA 1

Charakterystyka możliwości komunikacyjnych osób z ZD

Mocne strony	Deficyty
<ul style="list-style-type: none"> ▪ wczesny rozwój fonologiczny w okresie niemowlęctwa zbliżony do poziomu osiąganego przez dzieci o RT; ▪ tendencja do posługiwania się mimiką i gestykulacją przed rozwinięciem umiejętności werbalnych, które są opóźnione; ▪ względnie dobra zdolność naśladowania i umiejętności pragmatyczne; ▪ rozumienie mowy generalnie lepsze niż nadawanie, mimo opóźnień notowanych w okresie wczesnego dzieciństwa; ▪ relatywnie dobre słownictwo bierne w okresie dorastania (co może być zależne od doświadczeń życiowych) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ogólny profil wskazuje na nierównomierny poziom rozumienia i nadawania mowy; ▪ relatywnie wyższy poziom rozumienia mowy, choć szczególne problemy z syntaktycznym i morfologicznym aspektem języka; ▪ deficyty w świadomości fonologicznej i pamięci słuchowo-werbalnej; ▪ trudności notowane na wyższym poziomie pragmatyki; ▪ deficyty w rozumieniu i używaniu języka abstrakcyjnego; ▪ deficyty wzrokowego i sensorycznego przetwarzania; ▪ relatywnie słabsze umiejętności ekspresji językowej, szczególnie w zakresie składni; ▪ zaburzenia artykulacyjne, powodujące niezrozumiałość mowy; ▪ narastające opóźnienia ekspresyjnego języka (np. ograniczenie słownictwa, redukowanie użycia morfemów gramatycznych, co w konsekwencji powoduje ograniczenia składniowe) i niewerbalnych umiejętności kognitywnych w okresie przedszkolnym i szkolnym; ▪ narastające opóźnienia w rozumieniu składni w porównaniu do słownictwa i umiejętności niewerbalnych – coraz bardziej widoczne w okresie dorastania; ▪ deficyty w słuchowej krótkoterminowej pamięci werbalnej, przyczyniające się do specyficznego profilu językowego widocznego w okresie dorastania; ▪ problemy w zakresie teorii umysłu; ▪ zwiększone ryzyko problemów słuchowych i otolaryngologicznych z powodu anomalii strukturalnych i chronicznego zapalenia ucha środkowego; ▪ problemy słuchowe (65–80% osób z ZD), utrata słuchu (21–58% osób z ZD).

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: B. Dodd i S. Crosbie (2011). Language and cognition: Evidence from disordered language. In U. Goswami (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of childhood cognitive development* (pp. 605–625). Wiley-Blackwell; J. Gerenser, B. Forman (2007). Speech and language deficits in children with developmental disabilities. W: J. W. Jacobson, J. A. Mulick, J. Rojahn (eds.), *Handbook of intellectual and developmental disabilities: Issues on clinical child psychology* (s. 563–580). Springer; M. R. Griffer (2012). Language and children with intellectual disabilities. W: V. A. Reed (ed.), *An introduction to children with language disorders. Fourth Edition edition* (s. 229–272). Pearson; K. Kaczorowska-Bray (2021). Dziecko z niepełnosprawnością intelektualną w przedszkolu i na etapie edukacji wczesnoszkolnej. W: A. Domagała, U. Mirecka (eds.), *Logopedia przedszkolna i wczesnoszkolna. T. 2: Diagnostowanie i terapia zaburzeń mowy* (s. 454–497). Harmonia Universalis; K. Short-Meyerson, G. Benson (2014). Intellectual disability and communication. W: L. Cummings (ed.), *The Cambridge handbook of communication disorders* (s. 109–124). Cambridge University Press; H. Tager-Flusberg (2007). Atypical language development: Autism and other neurodevelopmental disorders. W: E. Hoff, M. Shatz (eds.), *Blackwell handbook of language development* (s. 432–453). Blackwell Publishing.

Umiejętności językowe osób z ZD nie są prostą konsekwencją poziomu inteligencji niewerbalnej. Za szczególne wyzwanie uważa się nadawanie mowy, które jest zazwyczaj bardziej zaburzone niż rozumienie wypowiedzi otoczenia (Law i Bishop, 2003; Roberts i in., 2007). W przypadku małych dzieci ekspresja sytuuje się na poziomie niższym, niż można byłoby tego oczekiwać, biorąc pod uwagę ich wiek umysłowy, w przeciwieństwie do dzieci o NI o innej etiologii oraz tych o RT. Co ciekawe, ten rozróżnienie między umiejętnościami ekspresyjnymi i recepcyjnymi ma tendencję do pogłębiania się w wieku szkolnym (Roberts i in., 2008; za: Short-Meyerson i Benson, 2014, s. 115). Zważywszy na duże zagrożenie zmianami otępiennymi w tej grupie, należałoby wyraźnie sformułować wskazanie stałej opieki logopedycznej, sprawowanej nad osobami z ZD, niezależnie od ich wieku. Konieczna jest jak najwcześniej przeprowadzona diagnoza, która pozwoli na skonstruowanie programu terapii, w pełni odpowiadającego potrzebom pacjenta, zmieniającym się wraz z upływem czasu. Konieczne jest ujęcie w nim wspomaganie przebiegu funkcji prymarnych, stanowiących bazę dla rozwijających się możliwości komunikacyjnych. Biorąc pod uwagę specyficzną budowę i funkcjonowanie aparatu artykulacyjnego, w terapii należy postawić sobie takie cele, które będą możliwe do zrealizowania, i zadbać o rozwój kompetencji oraz sprawności nie tylko językowej, ale i (a może nade wszystko) komunikacyjnej, co pozwoli osobie z ZD stać się aktywnym i zadowolonym członkiem społeczności.

Bibliografia

- Abbeduto, L., McDuffie, A. (2014). Zespoły genetyczne związane z niepełnosprawnością intelektualną. W: C. L. Armstrong, L. Morrow (red.), *Neuropsychologia medyczna* (B. Mroziak, tłum., t. 1, s. 305–350). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Abbeduto, L., Murphy, M. M. (2004). Language, social cognition, maladaptive behavior, and communication in Down syndrome and fragile X syndrome. W: M. L. Rice, S. F. Warren (eds.), *Developmental language disorders: From phenotypes to etiologies* (s. 77–98). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Abbeduto, L., Warren, S. F., Conners, F. A. (2007). Language development in Down syndrome: From the prelinguistic period to the acquisition of literacy. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 247–261.
- Abeleira, M. T., Outumuro, M., Diniz, M., Limeres, J., Ramos, I., Diz, P. (2015). Morphometry of the hard palate in Down's syndrome through CBCT – image analysis. *Orthodontics and Craniofacial Research*, 18, 212–220.
- Antonarakis, S. E., Epstein, D. J. (2006). The challenge of Down syndrome. *Trends in Molecular Medicine*, 12, 473–479.
- Berglund, E., Eriksson, M., Johansson, I. (2001). Parental reports of spoken language skills in children with Down syndrome. *Journal of Speech and Hearing Research*, 44(1), 179–191.

- Berry-Kravis, E., Myers, K., Roizen, N. J. (2019). Down syndrome and fragile X syndrome. W: M. L. Batshaw, N. J. Roizen L., Pellegrino (eds.), *Children with disabilities*. Eighth edition (s. 265–284). Paul H. Brookes Publishing Co.
- Blankenship, K. M., Weston, Ch. (2012). Syndromes of intellectual disability. W: J. P. Gentile, P. M. Gillig (eds.), *Psychiatry of intellectual disability* (s. 338–365). John Wiley & Sons, Ltd.
- Caselli, C. M., Vicari, S., Longobardi, E., Lami, L., Pizzoli, C., Stella, G. (1998). Gestures and words in early development of children with Down syndrome. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 41, 1125–1135.
- Clarke, D. (2006). Common syndromes and genetic disorders. W: A. Roy, M. Roy, D. Clarke (eds.), *The psychiatry of intellectual disability* (s. 63–80). Radcliffe Publishing.
- Deb, S., Hare, M., Prior, L. (2007). Symptoms of dementia among adults with Down's syndrome: A qualitative study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(9), 726–739.
- Dodd, B., Crosbie, S. (2011). Language and cognition: Evidence from disordered language. W: U. Goswami (ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of childhood cognitive development* (s. 605–625). Wiley-Blackwell.
- Dykens, E. M. (2007). Psychiatric and behavioral disorders in persons with Down syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 272–278.
- Dykens, E. M., Shah, B., Sagun, J., Beck, T., King, B. H. (2002). Maladaptive behaviour in children and adolescents with Down's syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 484–492.
- Dytrych, G. E. (2015). Wpływ stymulacji metodą Vojty na rozwój psychoruchowy dzieci z zespołem Downa. *Neurologia Dziecięca*, 24(48), 29–35.
- Gerenser, J., Forman, B. (2007). Speech and language deficits in children with developmental disabilities. W: J. W. Jacobson, J. A. Mulick, J. Rojahn (eds.), *Handbook of intellectual and developmental disabilities: Issues on clinical child psychology* (s. 563–580). Springer.
- Griffer, M. R. (2012). Language and children with intellectual disabilities. W: V. A. Reed (ed.), *An introduction to children with language disorders* (s. 229–272). Pearson.
- Griffer, M. R., Ramachandra, V. (2012). Language and other special populations of children. W: V. A. Reed (ed.), *An introduction to children with language disorders. Fourth edition* (s. 412–437). Pearson.
- Guimaraes, C. V., Donnelly, L. F., Shott, E. S., Amin, R. S., Kalra, M. (2008). Relative rather than absolute macroglossia in patients with Down syndrome: Implications for treatment of obstructive sleep apnea. *Pediatric Radiology*, 38, 1062–1067.
- Joint Committee on Infant Hearing (2000). Year 2000 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*, 106, 798–816.
- Jones, K. L., Crandall Jones, M., Del Campo, M. (2013). *Smith's recognizable patterns of human malformation*. Seventh Edition. Elsevier.
- Kaczorowska-Bray, K. (2021). Dziecko z niepełnosprawnością intelektualną w przedszkolu i na etapie edukacji wczesnoszkolnej. W: A. Domagała, U. Mirecka (red.), *Logopedia przedszkolna i wczesnoszkolna. T. 2: Diagnostowanie i terapia zaburzeń mowy* (s. 454–497). Harmonia Universalis.
- Kaczorowska, N., Kaczorowski, K. (2020). Pacjenci z zespołem Downa w aspekcie ortodontycznym. *Stomatologia po Dyplocie*, 11–12.
- Kułałowska, Z. (2003). *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*. Folium.
- Kumin, L. (1994). Intelligibility of speech in children with Down syndrome in natural settings: Parents' perspective. *Perceptual and Motor Skills*, 78, 307–313.
- Kumin, L., Councill, C., Goodman, M. (1995). The pacing board: A technique to assist the transition from single word to multiword utterances. *Infant-Toddler Intervention*, 5, 23–29.
- Larysz, D., Lubowiecka, K. (2014) Neuropsychologiczne uwarunkowania zespołu Downa. *Logopedia Silesiana*, 3, 125–132.

- Laws, G., Bishop, D. V. M. (2003). A comparison of language abilities in adolescents with Down syndrome and children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 46, 1324–1339. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2003/103\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2003/103))
- Masgutova, S., Akhmatova, N., Sadowska, L. (2016). Reflex profile of children with Down syndrome improvement of neurosensorimotor development using the MNRI® Reflex Integration Program. *International Journal of Neurorehabilitation*. https://www.researchgate.net/publication/298336481_Reflex_Profile_of_Children_with_Down_Syndrome_Improvement_of_Neurosensorimotor_Development_Using_the_MNRIR_Reflex_Integration_Program.
- Matthews-Brzozowska, T., Walasz, J., Matthews, Z. (2009). Zespół Downa – wczesna terapia ortodontyczna płytką stymulacyjną Castillo-Moralesa. *Nowiny Lekarskie*, 78(3–4), 253–255.
- McDuffie, A., Abbeduto, L. (2009). Language disorders in children with mental retardation of genetic origin: Down syndrome, fragile X syndrome, and Williams syndrome. W: R. G. Schwartz (ed.), *Handbook of Child Language Disorders* (s. 44–66). Psychology Press.
- Monner Diéguez, A. (2008). Macroglossia and Down syndrome. *International Medical Journal on Down Syndrome*, 12(3), 17.
- Olchowik, B., Sendrowski, K., Śmigielska-Kuzia, J., Jakubiuk-Tomaszuk, A., Sobaniec, P. (2012). Neurofizjologiczne podłoże hipotonii mięśniowej w zespole Downa. *Neurologia Dziecięca* 21(43), 65–69.
- Payne, V. G., Yan, J. H., Block, M. (2010). *Human motor development in individuals with and without disabilities*. Nova Science Publishers, Inc.
- Prawidiastuti, R., Sasmita, I. S., Herdiyati, Y., Indriyanti, R., Soewondo, W. (2018). Prevalence of macroglossia in children with Down syndrome in dental and oral hospital of unpad FKG. *Journal of International Dental and Medical Research* 3.
- Rasmussen, P., Borjesson, O., Wentz, E., Gillberg, C. (2001). Autistic disorders in Down syndrome: Background factors and clinical correlates. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43, 750–754.
- Richards, C., Jones, C., Groves, L., Moss, J., Oliver, C. (2015). Prevalence of autism spectrum disorder phenomenology in genetic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 2, 909–916.
- Roberts, J. E., Chapman, R. S., Martin, G. E., Moskowitz, L. (2008). Language of preschool and school-age children with Down syndrome and fragile X syndrome. W: J. E. Roberts, R. S. Chapman, S. F. Warren (eds.), *Speech and language development and intervention in Down syndrome and fragile X syndrome* (s. 77–115). Paul Brookes Publishing.
- Roberts, J. E., Price, J., Malkin, C. (2007). Language and communication development in Down syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 26–35.
- Roizen, N. J. (2003). The early interventionist and the medical problems of the child with Down syndrome. *Infants & Young Children* 16(1), 88–95.
- Short-Meyerson, K., Benson, G. (2014). Intellectual disability and communication. W: L. Cummings (ed.), *The Cambridge handbook of communication disorders* (s. 109–124). Cambridge University Press.
- Smith, M. (2006). *Mental retardation and developmental delay. Genetic and epigenetic factors*. Oxford University Press.
- Szymańska, K., Szczepanik, E. (2017). Opóźnienie rozwoju psychoruchowego. W: B. Steinborn (red.), *Neurologia wieku rozwojowego* (s. 28–48). PZWL.
- Tager-Flusberg, H. (2007). Atypical language development: Autism and other neurodevelopmental disorders. W: E. Hoff, M. Shatz (eds.), *Blackwell handbook of language development* (s. 432–453). Blackwell Publishing.
- Volkmar, F. R., Dykens, E. M., Hodapp, R. M. (2018). Intellectual disability. W: A. Martin, R. A. Ritvo, M. H. Bloch, F. R. Volkmar (eds.), *Lewis's child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (s. 1197–1223). Wolters Kluwer.



URSZULA JĘCZEŃ

Department of Logopedics and Applied Linguistics, Faculty of Languages, Literatures and Cultures,
Maria Curie-Skłodowska University

<https://orcid.org/0000-0002-4523-7322>

Conceptualization of colours in the language of congenitally blind persons and the ones who became blind in the early stage of development

ABSTRACT: The subject of the paper is the way of conceptualization, linguistic depiction of the names of colours by adult persons who were born blind and the ones who became blind at the age of 3–5 and kept some visual images in their memories. The material for the study was obtained by conversations via phone. The respondents were nine randomly chosen members of a Facebook group “The blinds and the visually impaired ones – let’s be together!”, namely 4 women and 5 men. As the results of the study show, the extent and way of using other senses for describing colours depends on the moment when the sight was lost. The congenitally blind people defined the colours relying on the senses of smell and touch rather than sound, while the ones who became blind in the early childhood find the sense of taste the most helpful and the sense of smell the least useful in that.

KEYWORDS: the blinds, colours, cognitive linguistics, conceptualization

Konceptualizacja kolorów w języku osób niewidomych od urodzenia i ociemniałych we wczesnym stadium rozwoju

STRESZCZENIE: Przedmiotem rozważań w artykule są sposoby konceptualizacji, językowego obrazowania nazw kolorów przez dorosłe osoby niewidome od urodzenia oraz osoby ociemniałe, które utraciły wzrok między 3. a 5 rokiem życia i w swojej pamięci zachowały obrazy wzrokowe. Materiał językowy pozyskany został na drodze wywiadu, poprzez rozmowy telefoniczne. Badaniami zostały objęte osoby z grupy „Niewidomi i Niedowidzący – Bądźmy razem!” na portalu facebook.com. W badaniach wzięło udział 9 osób dobranych na zasadzie doboru losowego, w tym 4 kobiety oraz 5 mężczyzn. Z przeprowadzonych badań wynika, że wykorzystanie innych zmysłów do charakterystyki kolorów jest zależne od okresu utraty wzroku. W przypadku osób niewidomych od urodzenia najczęściej używanymi zmysłami w definiowaniu kolorów były zapach i dotyk, a najrzadziej utożsamiano barwę z dźwiękiem. U osób ociemniałych najbardziej „wyostrzonym” zmysłem w utożsamianiu barw był zmysł smaku, najmniej pomocny zaś okazał się węch.

SŁOWA KLUCZOWE: osoby niewidome, osoby ociemniałe, barwy, językoznawstwo kognitywne, konceptualizacja

The literature concerning colours¹ is exceptionally rich. Using a wide range of methodology, this subject has been analyzed from various perspectives, starting with the formation and the visual perception of colours, through their influence on human psyche and emotions² up to the literary depiction of colours in the works of poets and novelists. The symbolism of colours is connected with a psychological aspect, and “the impact the world of colours has on a human being and which is visible in all he creates” (Jakubowicz, 2017, p. 212). The names of colours make quite a complex scope of research for linguists. Some noteworthy publications on this topic are Ryszard Tokarski’s *Semantyka barw we współczesnej polszczyźnie* (2004) and a bit older *Nazwy barw w dialektach i historii języka polskiego* (1954) by Alfred Zaręba. The objective of linguists’ studies is how names are depicted by language. Asking for a word’s meaning is asking for what is in one’s mind while using a certain word (Tokarski, 2004, p. 22). The crucial is a matter of nomenclature. Where do the names of colours originate from? May we call them fundamental, unmotivated words or rather the derivative ones? If so, what do they derive from? Are their names based on some primary images like snow, fire, blood, ground, water, grass, the sky or the sun? According to Mariola Jakubowicz (2017) “analyzing the names of colours in various languages show that it is not commonly applied while naming the basic colours. In Polish, the only name referring to such a primary image is *niebieski* (blue)” (p. 213). In Anna Wierzbicka’s opinion, the colour stability should be linked to the stability of particular situations, models and be derived from some “universals of human experience”, namely: day and night, fire, the sun, plants, the sky and the ground (Wierzbicka, 1990, p. 99).

The studies concerning colour categorization were conducted in a bygone century (Taylor, 2001). The pioneering publication on that subject was *Basic level terms. Their universality and evolution* (1969) by American linguists and anthropologists Brent Berlin and Paul Kay.

Colours seem to belong to *image concepts*. It was Joseph Grady who distinguished between *image concepts* and *response concepts* (1997). The image concepts are definitely more objective and intersubjective than the response concepts since the second ones rely on the personal experience (e.g. “smell” belongs to response concepts).

Cognitive linguistics is said to be based on a claim that the language, and thus the linguistic conceptualization³ are an essential part of cognitive process in general. In cognitive linguistics, it is assumed that meanings do not exist freely

¹ In the following article, terms “colour” and “dye” are to be used alternatively.

² The relation between the human psyche and body and particular colours is the subject of interest of chromotherapy – a method of treatment that uses colours to cure diseases.

³ The meaning is conceptualization (Langacker, 1991, p. 2). In cognitivism, the conceptualization is meaning (Nowakowska-Kępną, 1993, p. 162).

in the outer area but, as parts of cognizer's mind, they interact with the external world (Skrzypczak, 2008, p. 111). According to this author:

[...] cognitive linguistics, as well as much of psychological tradition, beginning with *Gestaltpsychologie* which was the first to set some barriers to the concepts of behavioral psychology, assumes that the act of perception is the act of construction, and the mind – is the process, thus the meaning and conceptualization are identical. The non-linguistic (conceptualization) and the linguistic construction (the one of semantics, which is an essential part of conceptual space) happens through the acts of comparing the figure and its background on numerous levels, what resembles a multiplicity of patterns on a Persian rug. Linguistically, it is known as the image of grammar and the grammar of image (Skrzypczak, 2008, p. 111).

The cognitive linguists assume that the language exists in speakers' minds, thus, it is a part of human cognitive system. The whole process of cognition is held from a human's perspective and the recognized reality is conditioned by the mechanisms of perception and categorization (Buczowska, 2004, pp. 259–277). Therefore, the language reflects the cognitive processes of human brain: “[...] there is a specific feedback between the conceptualization (notions) and the language (a set of symbolic phrases)” (Przybylska, 2002, p. 28). According to George Lakoff, the concepts governing our thought are not only the matter of the intellect but also, they are inseparable part of human existence since “our concepts structure what we perceive, how we get around the world, and how we relate to other people” (Lakoff & Johnson, 2011, p. 3).

The subject of the study

In accordance to the assumptions of cognitive linguistics, the conceptualization is a result of multifaceted experience and cognition: the biological processes, the cultural recognition, some social interactions and plenty of other factors that complete the human knowledge about the world. As it is claimed by Katarzyna Kaczorowska-Bray and Stanisław Milewski (2020), the process of speech development of people who are visually impaired “has a very specific course of action. [...] What may seem weird, though, is the fact that this assumption is not entirely agreed on by the subject literature” (p. 261). There are two extreme views concerning that subject matter. According to some of the researchers, the visual disability do not cause any significant speech disorders since the sense of hearing is functioning properly (Majewski, 2002; Sękowska, 2001). The opposite point of view

is supported by Ewa Dilling-Ostrowska (1982) who states that “at first, the child not only hear but also see the words, and mimes the position and movements of the speech organs” (p. 19). There is no doubt, a child who is somehow visually impaired has a limited ability to observe the surrounding world and learns to speak without a chance to maintain the eye contact or watch the interlocutor’s facial expressions. According to Kaczorowska-Bray and Milewski (2020, p. 265), and some other researchers, the speech disorders are more common among the children with visual disabilities than among their sighted peers. Delayed speech development, some lexical-semantic problems, verbalism and echolalia⁴ are said to appear along with the visual impairment.

The vocabulary of blind children has been an interesting subject matter for umpteen researchers. Most of them admit that acquiring the first 50 words happens in a regular way and expanding the vocabulary is a process that looks the same with both the blind and the sighted children (Kaczorowska-Bray and Milewski, p. 271). Some information concerning the meaning of colours and its recognition by blind kids can be found there as well. “Color terms appear in the same position as other qualifying adjectives, and children can catch these positional regularities; that is, they can draw meaning from grammatical information as they acquire experience with language” (Perez-Pereira, 2006, p. 358)

The authors emphasize also the obstacles the visually impaired children encounter while learning new words, namely some greater difficulties in defining them. Zofia Sękowska once wrote (1982) that: “[...] the gaps in sensorial experiencing the reality by a blind child make the acts of generalization and categorization more difficult. The blind children tend to generalize to a great extent since they define new words using some random features” (p. 77).

What has to be clarified about the blind children is the term of overgeneralization. As stated in Kaczorowska-Bray and Milewski’s publication, it is mainly applied to identify “the objects experienced auditorily more than visually” (p. 273).

The *verbalism* as related to the blinds means using the words which are “meaningless” since the blinds do not obtain any visual information about such designata. It is thought to be the biggest difference in the lives of the blind and the sighted people. Detailed studies concerning the comprehension of words by the blinds usually focus on some “visual” lexical units: the name of the colour,

⁴ In literature on the subject of logopedics, only a few publications analyzing the impact of visual impairment on speech development, including the one by Jadwiga Szela-Kędzia (1998) and some articles on language and social skills of the blind children edited by Kaczorowska-Bray (2014, pp. 57–84) and Milewski and Kaczorowska-Bray (2015, pp. 31–44, 2020, pp. 260–283). While considering the literature on linguistics, the publication of Nawoja Mikołajczak-Matyja ought to be mentioned. It discusses the subject of vocabulary of visually disabled children (2008).

the light, some activities linked to seeing⁵ (Mikołajczak-Matyja, 2011, p. 325). Verbalism may cause some cognitive obstacles for the blinds, what is pointed out by Kornelia Czerwińska and Izabella Kucharczyk (2019). According to them, it is crucial for a child to use not only the memory and mental processes but also combine the already acquired knowledge with some background, imagination, sensorial experiences as well as to use analogies, comparisons and surrogate images. Otherwise, the child is not able to produce logical and reasonable comments which are suitable in particular contexts and situations (Czerwińska & Kucharczyk, 2019, p. 62). The researchers agree that surrogate images are created by analogies and the process of synesthesia.

Synesthesia is a specific form of experience. It is like a unity of impressions (Greek, *syn* – together with, *aisthesis* – to perceive). Synesthesia is a phenomenon in which one stimulus leads to involuntary application of two or more senses in the act of perception e.g. a person who hears a sound can see the colour as well (Rogowska, 2002, p. 465). The most frequent is chromesthesia (sound-to-colour synesthesia) in which sound evokes an experience of colour⁶. Quite a general definition is presented by Magdalena Senderecka (2006) who claims that “synesthesia is identified when a monosensuous stimulus (visual, auditory, tactile etc.)

⁵ Nawoja Mikołajczak-Matyja conducted some interesting studies on that subject matter (2011, pp. 325–336). It focused on 20 nouns of different categories and the importance the sense of sight has in the process of their acquisition by the sighted people. Those nouns included some concrete nouns naming the products of human creation (a bus, a computer, a statue, beer, spray, glass, a café, a tenement house, a roof, a ceiling), words connected with nature (an eye, blood, a tomato, autumn), names of actions and sounds (a step, a whistle) and some abstract nouns (a team, an egoist, surprise, honesty). The features linked to the visual perception, the ones that could make it harder to recognize them, were: the colour/transparency (beer, a tomato, blood, autumn), the size (a tenement house, a café, a bus, a roof, a ceiling, a statue), the availability (a roof, a ceiling) and the liquidity (beer, blood). It was noticed that the blind sometimes define the words in a slightly different way than a usual one, or at least, they are not as precise as they should be. The perfect example of that is defining and differentiating between the concepts of a roof and a ceiling – both terms cannot be accurately distinguished since there has been no prior visual experience.

⁶ There are 20 forms of synesthesia which combine various senses as tactile-gustatory, olfactory-visual, auditory-tactile synesthesia. The name of each type of synesthesia consists of 2 components. The first one refers to a trigger, an “inducer” and the second names the additional experience, “concurrent”. Synesthesia is a unique and individual phenomenon as there are no two persons who have exactly the same connotations. Surely, some associations are similar e.g. the first letter of a word triggers the image of a colour, but each of synesthetes has its own “alphabet of colours” (Rogowska, 2002, pp. 465–474). “A synesthet encounters multisensorial experiences for instance while listening to the specific sounds of scale, he or she can get some gustatory or visual impressions. In the same circumstances, another synesthet may feel something through other senses e.g. the sense of smell. The phenomenon described above is often referred to as confusion of the senses but it must not be perceived in terms of a mental disorder” (Prochowicz, 2013, p. 57).

leads to involuntary and simultaneous perception of it through at least two sensuous modes” (p. 260).

Synesthesia is present in describing the colours by means of touch, *a soft pink* or perceived temperature, *warm and cold colours*, by referring to space, *a deep blue, a rich green* or by auditory mode e.g. *a squeaky red* (Skrzypczak, 2008, p. 114). Although synesthesia is a rare phenomenon, as it involves only 3% of the population, the examples of it may be found in lots of everyday expressions, *like warm/cold colours, squeaky colours, sharp sounds* or *a soft voice*. According to the researches, it is the consequence of human tendency to combine various sensuous impressions together, e.g. sounds with non-musical colours, what is mentioned by Aleksandra Rogowska (2002, p. 465). The studies concerning synesthetic metaphors and depicting the world through senses in children’s or juvenile literature were carried out by Bernadeta Niesporek-Szamburska (2017, pp. 13–32) Alina Maciejewska (2021, pp. 219–239).

Vilayanur Ramachandran claims (2011, p. 310, 2012) that there is some evidence of relation between synesthesia and metaphor. Yet, he admits that he: [...] “link between synesthesia and metaphor has already been alluded to. The nature of the link remains elusive given that synesthesia involves arbitrarily connecting two unrelated things (such as colour and number), whereas in metaphor there is a nonarbitrary conceptual connection between two things (for example, Juliet and the sun)”. Consequently, synesthesia and metaphor are not fully synonymous, although, they are often used alternatively. Synesthesia with its neuronal roots is distinguished from a synesthetic metaphor, more common in spoken language. A synesthetic metaphor undergoes the same processes as a metaphor defined by George Lakoff and Mark Johnson (2010) and is the result of transferring concepts from a source domain into a target domain. In terms of synesthetic metaphors, a source domain is the perceptive one while a target domain may concern some sensuous as well as non-sensuous experience. It is based on an innate human ability to associate certain sensuous impressions with other, either sensuous or non-sensuous. Synesthetic metaphors might be divided into conventional and non-conventional ones. A conventional metaphor is commonly used in everyday language, e.g. *a light sound, a warm voice, a bitter smell*, without us paying attention to how naturally it combines various modes⁷ in one (Ginter, 2020, pp. 69–70).

Metaphors, along with categorization, conceptualization, concept profiling, cognitive perspective etc. play important roles in cognitive linguistics. Metaphorical thinking is equated with conceptual thinking, thus, first and foremost,

⁷ Anna Ginter edited an interesting article, based on some Internet blog posts about perfumes, (2020, pp. 67–82) on how synesthetic metaphors referring to fragrances function in contemporary Russian language.

a metaphor is an act of “human mental activity, and only then, it is expressed with language” (Chlewiński, 1999, p. 273).

The respondents, the aim and the course of research

Nine randomly selected persons were asked to conceptualize seven colours (yellow, orange, red, blue, green, white and black). The respondents were the people of both sexes (4 women and 5 men) aged 18–56. The first group included congenitally blind persons who can only sense light and have no visual memories. In order to discover certain similarities and differences in defining words or expressions, the research was also carried out on the group of five people who lost their sight in the early childhood, at the age of 3–5⁸.

What seems to be crucial and useful for the study, is the notion of conceptual variants, which are the result of a personal, subjective perception of an item that has been “modeled” differently by people who are visually impaired (Bartmiński, 1990, pp. 109–127). On a linguistic basis, the definition of a concept is imposed by the everyday experience but cognitively, it may be interpreted with terms of *experiential gestalt* and *family resemblance* (Lakoff and Johnson, 2010). Thanks to analyzing particular conceptualization acts applied in respondents’ statements, one can identify some cognitive contents fixed in a language as well as the conceptual system of a tested person (Bartmiński, 1988).

All human beings – both with or without disabilities – are equipped with senses, which allow them to gain subjective, specific and unique knowledge (Przybyła, 2016, p. 112). Only language allows them to somehow organize their experiences, according to the intersubjective rules concerning linguistic structures, as it “transforms individual experience of a particular person into an objective social experience” (Grabias, 2016, p. 174).

The research was conducted via phone calls, as a conversation between the researcher and the respondent only. The aim of the research was explained to each respondent prior to the conversation. No time limit was specified and consequently, the length of conversations varied from 15 to 35 minutes as the respondents needed different amounts of time to answer the questions. All the questions

⁸ In Poland, the blinds are called the people who were born blind or became blind in the early childhood (up to the age of 5) and the visually impaired persons are identified as those who lost sight after the age of 5 (Kuczyńska-Kwapisz, 2004, pp. 88–103). Deborah D. Smith (2008, p. 133) defined the *adventitiously blind* as the ones who lost sight after the age of 2.

asked were connected with colours, especially if and how the colours could be associated with certain sounds, flavours, emotions, textures or fragrances.

According to the sources, “sight is the main tool of perception” (Walthers, 2007, p. 16). 80% of all the information is gained through the sight. It is thought to be “the most important informative sense” (Walthers, 2007, p. 16). The question posed in the study was the following: What is the image of the world in terms of colours⁹ if the whole process of perceiving information of the world is limited, altered or virtually impossible since the most important cognitive tool, the sight, is missing? Can it be compensated with intelligence, memory, other cognitive tools or senses? What would become the most significant: touch, the sense of hearing or maybe emotions? How do the blinds conceptualize colours? Is it right to say that the eyes are the window of the soul?

Although the research¹⁰ was conducted on a very small group of respondents and does not allow to draw far-reaching conclusions, its results might be useful for linguistics and speech therapy. Since they provide some insight into the blind people’s vocabulary range, they reveal the multisensory way of perceiving the reality as well as the heightening of other senses, like hearing and taste, in experiencing the world, without means of vision.

The analysis

The conceptualization of colors by congenitally blind persons

Yellow

Among the blind, “yellow” is commonly identified with: *the sun, heat, lovely weather, something nice and positive*. Such concepts seem to be in accordance

⁹ I would like to mention an extract from Leo Tolstoy’s tale (s.a.) *The blind man and the milk* which is a perfect depiction of the subject analyzed: “A Man born blind asked a Seeing Man: Of what colour is milk? The Seeing Man said: The colour of milk is the same as that of white paper. The Blind Man asked: Well, does the colour rustle in your hands like paper? The Seeing Man said: No, it is as white as white flour. The Blind Man asked: Well, is it as soft and as powdery as flour? The Seeing Man said: No, it is simply as white as a white hare. The Blind Man asked: Well, is it as fluffy and soft as a hare? The Seeing Man said: No, it is as white as snow. The Blind Man asked: Well, is it as cold as snow? And no matter how many examples the Seeing Man gave, the Blind Man was unable to understand what the white colour of milk was like”.

¹⁰ The part of the material was collected for a dissertation. The author would like to thank Monika Gontarz for sharing it.

with the popular vision of the world. It is a form of prototype conceptualization¹¹ as well as the stereotypical one – yellow is generally perceived as a warm colour.

The analyzed dye connotes – *the sound of the violin* in “*The Four Seasons*” by Vivaldi or *the sound of squeaking chicks*. It is also associated with some natural flavour of *citrus fruit, lemons, melons or bananas* (yellow fruit), and, frequently, with a sour taste, too.

Ambiguous feelings are reported when a sense of touch is taken into consideration. According to the respondents, the texture of this colour is quite diversified – from *cold* (perceived temperature), *sleek, shiny* through *warm* and *soft* to *withered, wilted leaves* and *crumpled paper*. The emotions evoked by a yellow dye are labelled as *positive, touching, pleasant, cheerful* and *carefree*. All of these adjectives are marked positively, thus, this colour connotes only positive emotions among the blind.

Just like it has been with the flavours, the smell associated with a yellow dye is the one of *citrus fruit* and *lemons*. The respondents mention *the daffodils* as well. The connotations of this colour are *the summer, the sun, lemons, leaves, lovely weather*.

Orange

As a colour, orange is imagined by the people who were born blind as *an orange (a juicy, round fruit), something special*. It is compatible with the name of the colour.

“Orange” is associated with *the intensive sound of the flute (clear, pleasant, non-aggressive, gentle sounds)*. While considering the taste, the respondents answer unanimously that it is the one of *an orange, a tangerine, their juice squeezed*, but also a flavour of *spices (cinnamon)*. The analyzed colour itself evokes *positive emotions*. It brings back the pictures of *winter* and *Christmas, when people are willing to buy those fruit and add cinnamon to the dishes*. The texture of this colour resembles *the orange peel – rough, uneven but still interesting and sensuous*. An orange dye is linked to *an orange, Christmas, warmth, something pleasant, a family atmosphere*.

¹¹ According to Eleanor Rosch’s theory (1978) that we tend to “categorize things in terms of prototypes”, a prototype is the best example of the category (pp. 27–48). Some cognitive linguists emphasize that what is crucial for human mental activity is not only the concept of a model example (a prototype) but also its evaluation – a stereotype (Wiśniewska-Kin, 2007).

Red

A red colour is conceptualized as very complex. It is described as *more explicit than yellow and orange, the most intensive of those three, as hot as fire* (perceived temperature), *a beautiful flower like a peony or a rose, blisters on the skin after getting burnt* but also like *a red light or a heart*. Some of those images refer to the intensity of the colour (the place in the colour palette).

The sound of “red” is associated with *the drums and the sounds of a car (the engine, the horn)*. Therefore, a red dye is perceived as a clear, loud sound which might be brash or even warning. The taste related to this colour is the one of *hot spices*, but some connotations to juicy fruit are mentioned too (an apple, a strawberry). A red dye is reported to evoke ambiguous feelings. Some of respondents perceive it as something *stimulating, impulsive, energetic*, while for others it embodies *impatience, hurry, alertness, insecurity, irritation, provocations*. While considering the texture, “red” is *rough*, but also *sleek and slippery (like a blister)*. Its smell resembles *the flowers (intensive, distinctive fragrance) and the burnt wood*, but also *the smell of blood*. The images that it brings into one’s mind are: *coloured lips, the fire, the sun, the bonfire and the pain*.

Green

The people who were born blind associate “green” with *grass, holidays, the spring, meadows, birds*. What is commonly conceptualized, is in accordance with its definition: “[...] having the colour of fresh grass or an emerald” (Doroszewski, s.a.). The sounds of “green” are linked to the sounds of nature (*the forest, the meadow*), especially in the summertime (*rustling trees or leaves, singing birds, the murmur of the water*). A green colour is said to sound like a music instrument – *the oboe*, very intensive and clear, and to taste like the fruit of the summer (*apples, wild strawberries*) or *green tea*. There is a relation between a green dye and the feelings it evokes, namely *relaxation, calmness* since “green” is *soothing, relaxing, beamish*. While being touched, “green” is *smooth and warm*. Its smell is *the most intensive* of all colours, though sometimes *with a hint of bitterness*. It is *fresh*, like *freshly cut grass*. The green dye reminds the respondents about *Fiona* (a heroine of a very popular computer-animated cartoon, Shrek’s wife).

Blue

The conceptualization of a blue colour is not so complex. According to the respondents, there are not many “blue” things signified in the surroundings. It is a dye of a low turnout in the outside world. The ideas recognized with this colour are *the sea, the sky, something cold, practical and spacious*.

The sounds of “blue” are the sounds of nature, like *thunders, storms, the sound of the waves and the sea*. Its sound was compared to the low tones of a person playing the guitar (*low sounds*). The taste resembles *the ice candies* (the blue ones). A blue dye may evoke both positive (*something cool*) and negative feelings, for instance *indifference, emotional distance, coldness*. When it comes to the sense of touch, a blue colour is *cool, even cold*, like satin (*slippy, smooth, cool*) or the light summer clothes: *dresses or shirts for men*.

White

The congenitally blind perceive a white colour through experiences with *snow, milk, clouds, walls and the winter*; this dye is also *something very light, fluffy, cool and something complex*.

The sound of the saxophone reflects “white” best. It is *calm, peaceful, festive*. While considering the taste, a white colour is like *milk or chalk*. The emotions it evokes are highly *positive, soothing, solemn, cheerful*. When the texture is considered, a white dye is *cold, sleek, slippy* (like *satin, ice*), and *fluffy* (like *the snow*). For some of the respondents it embodies the winter weather (*the snow, the frost*), while for others *the rural milk*. A white colour is associated with *the snow, Christmas, the winter, cleanliness, concerts*.

Black

According to the respondents, “black” is a *dark, universal and classical colour*. It is associated with *the ground, the coal and the night*. The sounds linked to this dye are ambiguous. Some of the people questioned imagine black as an intensive sound (*the piano, a flying plane*) while for others it is *the sound of silence*. For the ones born blind, “black” tastes like *chocolate*. However, this dye evokes extremely negative feelings of *sadness, mourning, seriousness, isolation*. The texture of “black” is *unpleasant, coarse, wounding*. The smell is described as foul. A black colour connotes *dark clothes, a funeral and the coal*.

The conceptualization of colours by persons who became blind at the age of 3–5

Yellow

People who lost their sight in the early childhood associate a yellow colour with *the sun, warmth, the sunspots or something light*. It proves that a yellow dye is strongly linked to a perceived temperature (the sun gives us warmth, it is hot in the summer). According to a dictionary, it is a colour “having a tone of a lemon,

buttercups, egg yolk” (Doroszewski, s.a.). A yellow dye connotes the squeaking chicks. It has *the taste of citrus fruit*, which is *sour* and *wincing*. “Yellow” evokes some positive and pleasant feelings: *tenderness, joy, relaxation* as well as it brings back the childhood memories (*the favourite car, dress*). While considering the texture, it is perceived as *something slippy, uneven like a lemon peel* and even having a similar *oval shape*, but, on the other hand, as *something feathery, soft like chick’s feathers*. The smell identified as “yellow” is the smell of *citrus fruit, flowers* and the summer (*the scent of air after a boiling hot day, the mixture of everything that blooms in this season, the odour of ground evaporating after a scorching day*). A yellow dye reminds people of *chicks, something joyful, bringing back their childhood memories* (the remembered images), but also of *sunsets on the summer evenings*.

Orange

The conceptualization of an orange colour is strictly connected with its place in the colour palette. By the respondents, it was defined as *something between yellow and red, halfway between yellow and red, colder and darker than yellow but lighter than red, irregular, warm, between the sun and roses*. It seems adequate to what a definition says – “yellow with red colouring, related to an orange, referring to an orange” (Doroszewski, s.a.). An orange dye does not connote any sound. It is said to have the taste of *oranges, citrus fruit* – the flavours of childhood e.g. *lemonade* or *soda*. Although the respondents do not enumerate any particular emotions, an orange dye is claimed to evoke positive feelings. Its texture resembles *an orange peel (coarse, uneven)*. Its smell is related to *citrus fruit* and *flowers*. “Orange” connotes *the sunset on the summer evenings, an orange fruit, some favourite childhood staff (a dress)*.

Red

A red colour is imagined as *something controversial, brave, provocative, fiery* and, simultaneously, *something homogenous and flat, darker than yellow and orange*. Its sound is defined as *squeaky* and *irregular* (the sound of *the burning fire*). It is said to have both *sour* and *sweet* flavour (like *the lollipops eaten as a kid*). A red dye evokes quite mixed feelings. On the one hand, it is identified as positive, *stimulating, energetic* but on the other hand, it connotes something negative – *insecurity, warning, mysteriousness, aggression, irritation*. As it was stated by one of the respondents, *a red colour is significant for Polish secondary school graduates as it is believed to bring good luck with the exams if one wears red underwear during the prom*. The texture of “red” is *even* and *sleek*. While describing its smell, the respondents refer to *the sweetness of ripe raspberries* or *the smell of blood*. Associating a red dye with blood appears in its definition as well (Doro-

szewski, s.a.). Referring to their childhood memories and the general knowledge about the world, the respondents list such objects as “red”: *a car, a dress worn as a child, a lollipop, a rag to the bull and the blood.*

Green

A green colour is imagined as *something warm, calming, quiet, like a valuable jewel e.g. emerald. It is a very rich, deep colour.* The sounds of “green” are those of nature (*the rustle of the forest, singing birds*). The taste is defined as the one of green vegetables (*lettuce, chives*) and *fruit, lollipops and green tea.* A green dye evokes positive emotions: *it relaxes, soothes, calms, gives hope, peace,* “green” means *carefreeness and a shelter. In our culture, a green colour is perceived as reassuring and soothing.* Its texture resembles the texture of *grass and leaves, something delicate and fleeting.* Its smell is associated with *freshly cut grass, growing plants and herbs.* A green colour connotes mainly: *spring, a clear day, grass, a hospital bedding and peace.*

Blue

A blue colour recollects the images connected mostly with the sky – *clear, cloudless summer sky,* or the water – *the ocean* and the perceived temperature: *cold, frost (ice).* “Blue” is thought to mean *quietness, the melody of silence.* The respondents could not name any particular taste they associate with this colour. It might be caused by the fact that in our surroundings there are not many food products which are blue (fruit or vegetables, etc.). In terms of emotions, “blue” means *calculation, coldness, being emotionless* for some of the respondents, while for others it is *relaxing, even cheerful.* Touching “blue” is like touching *something smooth and soft,* though in some statements it is defined as *cold, hard and slippery.* A blue dye is not conceptualized in terms of smell. It connotes the images of *the night, the sky, sister’s room and the sea.*

White

According to the respondents, “white” might be described as *transparent, consisting of many colours, the lightest, warm,* but at the same time, resembling *the snow (pleasantly chilly).* The sound of a white dye is like *the melody of little bells or the rustle of nature.* Its taste is *sweet, not bland, milky, delicate, creamy, like ice cream and milk.* Only part of the respondents admits some feelings evoked by this colour. These are mainly positive ones, like: *joy, innocence, calmness, unawareness, peace.* In European culture, “white” symbolizes *purity and chastity.* According to two respondents’ opinion, *it is a neutral colour that evokes no emotions.* Its tex-

ture is like *warm* or *chilly fluff, smooth, even, soft like rabbit's fur, light, plain; like snow, milk and paper*. A white dye smells *intensively of rural milk*. It reminds of *snow, bedding, a sheet of paper and a tablecloth*.

Black

A black dye recollects the images of *the night, the nocturnal landscape*, it is *the darkest of all colours*. Such a definition complies with what a dictionary says. "Being the darkest colour of all, corresponding with no sunrays reflected e.g. soot, coal" – (Doroszewski, s.a.). Concurrently, a black dye embodies *something terrifying, dangerous, lurking in the dark, mysterious*. The sound of "black" is *clear and intensive*. It resembles the sound of *a motorcycle, metal music or a cat's purr*. It is hard to categorized this colour in terms of taste. While considering emotions, it evokes *fear, insecurity, anxiety, mysteriousness, terror, unpredictability*. Three respondents perceive black as *soothing, relaxing, bringing back memories*. When it comes to the sense of touch, it feels like *cat's fur, a fur, something flat, coarse*. "Black" smells of *dark, brewed coffee and wholemeal bread*. The images it recalls are connected with *death, a funeral, mourning*. Only one person finds it *elegant, luxurious and chic*. Another one associates this colour with *villains and black cats that bring bad luck*.

Conclusion

Using other senses to describe the colours depends on the time of losing sight. People who are congenitally blind apply the senses of smell and touch the most frequently, but they seldom match the colour with the sound. People who became blind at the certain age rely on the heightened sense of taste the most, and on the sense of smell the least.

The analysis of the responses in both groups show that the people who lost their sight at a certain age tend to provide more vivid descriptions, use more poetic similies or synesthetic metaphors, eg.: white - *the melody of little bells*, blue - *the melody of silence*, green connotes *silence*, orange - *the sound of the burning fire*, yellow is *the scent of the air* and black has *a choking smell*. These respondents are also able to place the colours in the colour palette. Moreover, they refer to the images kept in the memories. Their statements abound in both numerous multisensory impressions as well as in defining particular emotions evoked by a certain colour and transferring them onto it.

The connotations used in descriptions are very often autobiographical. The respondents frequently refer to their own experience or to their relatives' experi-

ence connected with a certain colour. It is found in the statement of one woman: *a red colour is significant for Polish secondary school graduates as it is believed to bring good luck with the exams if one wears red underwear during the prom.* The other examples are: *rural milk, a red car, dark, brewed coffee*; black meaning something *elegant, luxurious and chic, villains and black cats that bring bad luck.*

The language of congenitally blind people and these who got blind in their early childhood is impoverished when it comes to describing colours. Therefore, they try using the expressions “borrowed” from other sensory modalities to fix such deficiencies. By creating some synesthetic metaphors, especially the non-conventional ones, they find analogies between the experiences gained through the senses of touch, taste, hearing, sight and smell.

Conceptualizing colours by associating them with the reality and the emotions were the most frequent among the respondents. The most problematic was defining colours by sounds. The blind tried to refer to musical instruments: *the intensive sound of the flute* (an orange colour), *the guitar* (a blue colour), *the oboe* (a green colour), *the piano* (a black colour), *the saxophone* (a white colour) or alternatively, to *a car horn* (a red colour), *the sound of water* (a blue colour), some pieces of music like Vivaldi’s *The Four Seasons: Spring* (a yellow colour).

In individual cases, the blind create some polysemic expressions by combining a few perceptual modalities at once: *the sound of squeaking chicks* (a yellow colour), *the sound of silence* (a black colour), *withered, wilted leaves* (a yellow colour), *the melody of little bells* (a white colour). The respondents (of both groups) create some synesthetic expressions describing colours in reference to the experiences gained through the senses of touch: white is *soft like rabbit’s fur*, taste: *citrus fruit*, smell: *the soil, the smell of blood, the smell with a hint of bitterness*, hearing: *squeaky red* or space: *deep green*; namely, through other modes of perception.

People who became blind in their early childhood conceptualize colours through sounds, mainly those of nature: (a white colour) *the melody of little bells*, (a blue colour) like *quietness, the melody of silence*, (a green colour) *the rustle of the forest, singing birds*, (a black colour) *a cat’s purr* or the sound of *a motorcycle*. To the greatest extent, they rely on emotions or connotations. Yet, they find it hard to define colours through smells.

References


- Bartmiński, J. (1988). Definicja kognitywna jako narzędzie opisu konotacji. In J. Bartmiński (Ed.), *Konotacja* (pp. 169–183). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Bartmiński, J. (1990). Punkt widzenia, perspektywa, językowy obraz świata. In J. Bartmiński (Ed.), *Językowy obraz świata* (pp. 109–127). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

- Berlin, B., Kay, P. (1969). *Basic color terms: Their universality and evolution*. University of California Press.
- Buczowska, J. (2004). Pojęcia i znaczenia. Kilka uwag na temat językoznawstwa kognitywnego. *Studia Philosophiae Christianae*, 40(2), 259–277.
- Chlewiński, Z. (1999). *Umysł, dynamiczna organizacja pojęć. Analiza psychologiczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czerwińska, K., Kucharczyk, I. (2019). *Tyflopsychologia*. Wydawnictwo Naukowe PWN
- Doroszewski, W. (Ed.). *Słownika języka polskiego* PWN. <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/lista>
- Dilling-Ostrowska, E. (1982). Rozwój i zaburzenia mowy w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego. In J. Szumska (Ed.), *Zaburzenia mowy u dzieci* (pp. 18–31). Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Ginter, A. (2020). Metafory synestezyjne w opisach doznań zapachowych we współczesnym języku rosyjskim (na podstawie wpisów na blogach o tematyce perfumeryjnej). *Linguodidactica*, 24, 67–82.
- Grabias, S. (2016). Język w diagnozowaniu logopedycznym. In E. Domagała-Zyś, A. Borowicz, R. Kołodziejczyk (Eds.), *Język i wychowanie. Księga jubileuszowa z okazji 45-lecia pracy naukowej Profesora Kazimierza Krakowiaka* (pp. 173–184). Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Grady, J. (1997). *Foundations of meaning: Primary metaphors and primary scenes*. University of California.
- Jakubowicz, M. (2017). Pochodzenie nazw barw w językach słowiańskich. In D. Filar, P. Krzyżanowski (Eds.), *Barwy słów. Studia lingwistyczno-kulturowe* (pp. 211–227). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kaczorowska-Bray, K. (2014). Trudności w rozwoju komunikacji werbalnej i niewerbalnej dzieci niewidomych. In A. Hamerlińska-Latecka, & M. Karwowska (Eds.), *Interdyscyplinarność w logopedii* (pp. 57–84). Komlogo.
- Kaczorowska-Bray, K., Milewski, S. (2020). Specyfika rozwoju umiejętności komunikacyjnych dzieci z uszkodzeniami narządu wzroku. In K. Kaczorowska-Bray, & S. Milewski (Eds.). *Wczesna interwencja logopedyczna* (pp. 260–283). Harmonia Universalis.
- Kuczyńska-Kwapisz, J. (2004). Pedagogika osób słabo widzących i niewidomych. In D. M. Piekut-Brodzka, & J. Kuczyńska-Kwapisz (Eds.), *Pedagogika specjalna dla pracowników socjalnych*. (pp. 88–103). Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Lakoff, G., Johnson, M. (2010). *Metafory w naszym życiu* (T. P. Krzeszowski, transl.). Aletheia.
- Langacker, R. (1991). *Concept, image and symbol: The cognitive basis of grammar*. Mouton de Gruyter.
- Maciejewska, A. (2021). Zmysłowe opisywanie świata. In A. Maciejewska (Ed.), *Narracja w diagnozie i terapii logopedycznej* (pp. 219–239). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego.
- Majewski, T. (2002). *Tyflopsychologia rozwojowa. Psychologia dzieci niewidomych i słabo widzących*. Polski Związek Niewidomych.
- Mikołajczak-Matyja, N. (2008). *Hierarchiczna struktura leksykonu umysłowego. Relacje semantyczne w leksykonie widzących i niewidomych użytkowników języka*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- Mikołajczak-Matyja, N. (2011). Definicje formułowane przez niewidomych i widzących jako przyczynek do rozważań nad zjawiskiem werbalizmu. *Szkoła Specjalna*, 5, 325–336.
- Milewski, S., Kaczorowska-Bray, K. (2015). Logopedyczne aspekty przyswajania języka przez dzieci niewidome. *Poradnik Językowy*, 5, 31–44.
- Niesporek-Szamburska, B. (2017). O zmyśle dotyku w komunikacji i języku dzieci i dorosłych. In J. Wojciechowska, & B. Kazek (Eds.), *Zmysły w komunikacji. Mowa i jej uwarunkowania* (pp. 13–32). Harmonia Universalis.

- Nowakowska-Kempna, I. (1993). Definiowanie znaczenia wyrażen w kognitywizmie. Wybrane zagadnienia. In J. Bartmiński, & R. Tokarski (Eds.), *O definicjach i definiowaniu* (pp. 161–180). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Pérez-Perira, M. (2006). Language development in blind children. In K. Brown (Ed.), *Encyclopedia of language and linguistics*, 6, 357–361.
- Prochowicz, A. (2013). Jak mówimy o śpiewaniu? Metafory synestezyjne jako element językowego obrazu śpiewu ludzkiego w polszczyźnie. *Linguarum Silva*, 2, 55–70.
- Przybyła, O. (2016). Procesy przetwarzania sensorycznego w stymulowaniu rozwoju małego dziecka. In K. Kaczorowska-Bray, & S. Milewski (Eds.), *Wczesna interwencja logopedyczna* (pp. 100–117). Harmonia Universalis.
- Przybylska, R. (2002). *Polisemia przymków polskich w świetle semantyki kognitywnej*. Universitas.
- Rogowska, A. (2002). U źródeł synestezji: podstawy fizjologiczne i funkcjonalne. *Przegląd Psychologiczny*, 45(4), 465–474.
- Rosch, E. (1978). Principles of categorization. In E. Rosch, & B. Lloyd (Eds.), *Cognition and categorization* (pp. 27–48). Lawrence Erlbaum.
- Ramachandran, V. S. (2011). *The tell-tale brain: A brief tour of human consciousness: Phantoms in the brain*. W. W. Norton & Company.
- Ramachandran, V. S. (2012). *Neuro nauka o podstawach człowieczeństwa. O czym mówi mózg?* (A. Binder, M. Binder, & E. Józefowicz, transl.). Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Senderecka, M. (2006). Synestezja – od psychofizycznych badań do filozoficznych implikacji. In S. Wszolek, & R. Janusz (Eds.), *Wyzwania racjonalności*. Wydawnictwo Apostolstwa Modlitwy.
- Sękowska, Z. (1982). *Pedagogika specjalna. Zarys*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Sekowska, Z. (2001). *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Skrzypczak, W. (2008). Myśl ucieleśniona i myśl imaginacyjna. Wymiary obrazowania w języku i zasady porządkujące. *Litteraria Copernicana*, 2, 111–127.
- Smith, D. D. (2008). *Pedagogika specjalna* (A. Firkowska-Mankiewicz, & G. Szums, Eds.). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szela-Kędzia, J. (1998). *Terapia logopedyczna dziecka niewidomego i słabowidzącego*. Krakowska Szkoła Niewidomych.
- Taylor, R. J. (2001). *Kategoryzacja w języku. Prototypy w teorii językoznawczej*. Universitas.
- Tokarski, R. (2004). *Semantyka barw we współczesnej polszczyźnie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Tolstoy, L. (s.a.). *The blind man and the milk*. https://braanz.news/the-blind-man-and-the-milk/?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=the-blind-and-the-milk
- Walthers, R. (2007). *Tyflopedagogika*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wierzbicka, A. (1990). The meaning of color terms: semantics, culture and cognition. *Cognitive Linguistics*, 1(1), 99–15.
- Wiśniewska-Kin, M. (2007). *“Chcieć, pragnąć, myśleć, widzieć” – rozumienie pojęć przez dzieci*. Impuls.
- Zaręba, A. (1954). *Nazwy barw w dialektach i historii języka polskiego*. Ossolineum.



URSZULA JĘCZEŃ

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie,
Wydział Filologiczny, Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego
 <https://orcid.org/0000-0002-4523-7322>

Konceptualizacja kolorów w języku osób niewidomych od urodzenia i ociemniałych we wczesnym stadium rozwoju

Conceptualization of colours in the language of congenitally blind persons and the ones, who became blind in the early stage of development

ABSTRACT: The subject of the paper is the way of conceptualization, linguistic depiction of the names of colours by adult persons who were born blind and the ones who became blind at the age of 3–5 and kept some visual images in their memories. The material for the study was obtained by conversations via phone. The respondents were nine randomly chosen members of a Facebook group “The blinds and the visually impaired ones – let’s be together!”, namely 4 women and 5 men. As the results of the study show, the extent and way of using other senses for describing colours depends on the moment when the sight was lost. The congenitally blind people defined the colours relying on the senses of smell and touch rather than sound, while the ones who became blind in the early childhood find the sense of taste the most helpful and the sense of smell the least useful in that.

KEYWORDS: the blinds, colours, cognitive linguistics, conceptualization

STRESZCZENIE: Przedmiotem rozważań w artykule są sposoby konceptualizacji, językowego obrazowania nazw kolorów przez dorosłe osoby niewidome od urodzenia oraz osoby ociemniałe, które utraciły wzrok między 3. a 5 rokiem życia i w swojej pamięci zachowały obrazy wzrokowe. Materiał językowy pozyskany został na drodze wywiadu, poprzez rozmowy telefoniczne. Badaniami zostały objęte osoby z grupy „Niewidomi i Niedowidzący – Bądźmy razem!” na portalu facebook.com. W badaniach wzięło udział 9 osób dobranych na zasadzie doboru losowego, w tym 4 kobiety oraz 5 mężczyzn. Z przeprowadzonych badań wynika, że wykorzystanie innych zmysłów do charakterystyki kolorów jest zależne od okresu utraty wzroku. W przypadku osób niewidomych od urodzenia najczęściej używanymi zmysłami w definiowaniu kolorów były zapach i dotyk, a najrzadziej utożsamiano barwę z dźwiękiem. U osób ociemniałych najbardziej „wyostrzonym” zmysłem w utożsamianiu barw był zmysł smaku, najmniej pomocny zaś okazał się węch.

SŁOWA KLUCZOWE: osoby niewidome, osoby ociemniałe, barwy, językoznawstwo kognitywne, konceptualizacja

Literatura dotycząca kolorów¹ jest nadzwyczaj bogata. Tematykę tę analizowano z różnych perspektyw, co wiąże się z różnymi metodologiami opisu, poczynając

¹ W niniejszym artykule słów „barwa” i „kolor” będę używała zamiennie.

od sposobu powstawania i odbioru optycznego barw, przez wpływ poszczególnych kolorów na psychikę człowieka i jego emocje², na literackim obrazie kolorów w twórczości poetów i prozaików kończąc. Z aspektem psychologicznym związana jest symbolika barw, a „odziaływanie świata barw na człowieka sprawia, że są one obecne we wszystkich jego wytworach” (Jakubowicz, 2017, s. 212). Dla językoznawców nazwy barw stanowią niezwykle rozbudowane pole badawcze. Na szczególną uwagę zasługuje praca Ryszarda Tokarskiego *Semantyka barw we współczesnej polszczyźnie* (2004) oraz nieco starsza Alfreda Zaręby *Nazwy barw w dialektach i historii języka polskiego* (1954). Pytanie, na które starają się znaleźć odpowiedź językoznawcy, dotyczy tego, w jaki sposób nazwy są „oddawane” przez język. Pytanie o znaczenie słowa jest pytaniem o to, co ludzie rozumieją, co mają na myśli, gdy danego słowa używają (Tokarski, 2004, s. 22). Zagadnienie niezwykle istotne stanowi problem nominacji. Skąd biorą się nazwy kolorów? Czy można je zaliczyć do wyrazów pierwotnych, tzn. niemotywowanych, czy raczej do wyrazów pochodnych? Jeśli należą do drugiej grupy, to od czego derywowane są najczęściej? Czy ich podstawą są nazwy prototypowych obiektów skojarzeń, jak śnieg, ogień, krew, ziemia, niebo, woda, trawa, słońce? Jak pisze Mariola Jakubowicz (2017), „prześledzenie nazw kolorów w różnych językach pokazuje, że to źródło z rzadka tylko jest wykorzystywane przy tworzeniu nazw podstawowych barw. W języku polskim jedynym takim wyrazem jest *niebieski*” (s. 213). Zdaniem Anny Wierzbickiej stabilność barw winna się wiązać ze stabilnością pewnych stanów rzeczy, wzorców prototypowych, pojęcia barw zakotwiczone są w pewnych „uniwersaliach ludzkiego doświadczenia” i uniwersalia te można identyfikować jako: dzień i noc, ogień, słońce, roślinność, niebo i ziemię (Wierzbicka, 1990, s. 99).

Badania dotyczące kategoryzacji barw były prowadzone w połowie minionego wieku (Taylor, 2001). Pracą pionierską w tej dziedzinie okazała się książka *Basic level terms. Their universality and evolution* (1969) napisana przez amerykańskich językoznawców-antropologów Brenta Berlina i Paula Kaya.

Wydaje się, że barwy należą do klasy pojęć obrazowych (ang. *image concepts*). Pojęcia obrazowe i pojęcia reaktywne (ang. *response concepts*) wyróżnione zostały przez Joshepa Grady’ego (1997). Pojęcia obrazowe są wyraźniej obiektywne oraz zdecydowanie bardziej intersubiektywne niż pojęcia reaktywne, które są subiektywnymi przeżyciami danej osoby (np. „zapach” należy do klasy pojęć reaktywnych).

Zdaniem badaczy podstawową tezę językoznawstwa kognitywnego jest stwierdzenie, że język, a zatem również konceptualizacja językowa³, są integralną częścią ogólnych procesów poznawczych. W językoznawstwie kognitywnym zakłada się

² Do zależności między psychiką, organizmem ludzkim a konkretnymi barwami odwołują się zwolennicy chromoterapii – paramedycznej dyscypliny zajmującej się leczeniem barwami.

³ Znaczenie równa się konceptualizacji (Langacker, 1991, s. 2). Konceptualizacja jest równoznaczna ze znaczeniem w kognitywizmie (por. Nowakowska-Kempna, 1993, s. 162).

bowiem, że znaczenia nie są zawieszane „obiektywnie” w przestrzeni zewnętrznej, lecz są udziałem doświadczenia umysłu podmiotu poznającego, pozostającego w interakcyjnej relacji ze światem zewnętrznym (Skrzypczak, 2008, s. 111). Jak pisze dalej autor,

językoznaństwo kognitywne, a także spora część tradycji psychologicznej, poczynając od psychologii postaci (*Gestaltpsychologie*), która postawiła pierwszą tamę zamysłom psychologii behawioralnej, zakłada, że akt percepcji jest aktem konstrukcji, a umysł – procesem, zatem znaczenie jest tożsame z konceptualizacją. Konstruowanie znaczenia pozajęzykowego (konceptualizacja) i językowego (semantycznego, które jest w rzeczy samej integralną częścią przestrzeni konceptualnej) odbywa się na zasadzie aktów porównywania pomiędzy figurą a tłem na różnych poziomach, co przypomina bogactwo wzorów na perskim dywanie. W języku zjawisko to znane jest pod postaciami gramatyki jako obrazu oraz obrazowania (Skrzypczak, 2008, s. 111).

Językoznawcy kognitywni zakładają, że język istnieje w umysłach użytkowników języka, tym samym jest elementem systemu poznawczego człowieka. Wszelkie poznanie dokonuje się z perspektywy człowieka, a rzeczywistość daną w poznaniu warunkują mechanizmy percepcji i kategoryzacji (por. Buczkowska, 2004, s. 259–277). Język odzwierciedla tym samym procesy poznawcze zachodzące w umyśle człowieka: „[...] między konceptualizacją (pojęciami) a językiem (zbiorem wyrażeń symbolicznych) istnieje swoista relacja sprzężenia zwrotnego” (Przybylska, 2002, s. 28). Zdaniem George’a Lakoffa „sposób, w jaki nasz umysł funkcjonuje, od natury myśli po rozumienie znaczenia języka, jest nierozzerwalnie związany z ciałem – jak odbieramy świat, jak się w nim poruszamy i co czujemy” (Lakoff i Johnson, 2012, s. 9).

Problematyka badań

Zgodnie z założeniem lingwistyki kognitywnej znaczenie językowe (konceptualizacja) to efekt integracji wielu płaszczyzn doświadczenia i poznania: procesów biologicznych, wiedzy kulturowej, doświadczeń społecznych i innych czynników, tworzących całościową wiedzę człowieka o świecie. Jak stwierdzają Katarzyna Kaczorowska-Bray i Stanisław Milewski (2020), u osób z uszkodzonym narządem wzroku rozwój mowy od urodzenia „musi przebiegać w sposób specyficzny. [...] Jednakże, co może dziwić, w literaturze przedmiotu nie ma pełnej zgodności w tej kwestii” (s. 261). Okazuje się, że istnieją dwa skrajne poglądy na ten temat. Zwolennicy pierwszego stanowiska są zdania, iż uszkodzenie narządu wzroku

nie powoduje znaczących zaburzeń w rozwoju mowy, ze względu na chociażby prawidłowo funkcjonujący narząd słuchu (por. Majewski, 2002; Sękowska, 2001). Odmienne stanowisko reprezentuje Ewa Dilling-Ostrowska (1982), której zdaniem „dziecko pierwsze słowa nie tylko słyszy, ale i »widzi«, naśladowując ułożenia i ruchy narządów artykulacyjnych” (s. 19). Nie ulega wątpliwości, że dziecko z uszkodzonym narządem wzroku ma ograniczone możliwości oglądu otaczającego świata, uczy się mówić bez możliwości nawiązywania kontaktu wzrokowego i obserwowania twarzy rozmówcy. Jak piszą Kaczorowska-Bray i Milewski (2020, s. 265), powołując się również na innych badaczy, w przypadku tej grupy dzieci zaburzenia mowy występują znacznie częściej niż w przypadku dzieci widzących. Wraz z zaburzeniami widzenia stwierdzamy opóźniony rozwój mowy, zaburzenia leksykalno-semantyczne, werbalizm i echolalie⁴.

Słownictwo dzieci niewidomych stało się przedmiotem zainteresowań wielu badaczy. Większość z nich wskazuje na normalne nabywanie pierwszych 50 słów, a poszerzanie leksykonu w obrębie różnych kategorii semantycznych jest także zbliżone do przebiegu tego procesu u widzących rówieśników (por. Kaczorowska-Bray i Milewski, 2020, s. 271). W przywołanym opracowaniu odnajdujemy również informacje na temat rozumienia znaczenia kolorów przez dzieci z uszkodzonym narządem wzroku. „Wiedzą, że jest to konkretna cecha przedmiotów, których nie widzą. Mogą same zadać pytanie o kolor danego przedmiotu. Dzieci dostrzegają również określone regularności (słowa oznaczające kolory znajdują się w zdaniu w tym samym miejscu, co inne przymiotniki), a więc budują znaczenie, opierając się na informacjach gramatycznych” (Pérez-Pereira, 2006, za: Kaczorowska-Bray i Milewski, 2020, s. 271–272). Autorzy zwracają również uwagę na inne swoiste cechy pojawiające się na drodze nabywania słownictwa przez dzieci niewidome, mianowicie – większe trudności w ustaleniu zakresu znaczeniowego wyrazów. W nawiązaniu do słów Zofii Sękowskiej (1982): „[...] luki w zmysłowym doświadczeniu niewidomego dziecka znacznie utrudniają procesy uogólnienia i systematyzacji przedmiotów. Ponieważ mało znane przedmioty dziecko niewidome uogólnia według przypadkowych cech, w procesie tym dochodzi często do omyłek oraz zbyt szerokiego i bezpośredniego uogólnienia” (s. 77).

Powołując się na doniesienia z pracy Kaczorowskiej-Bray i Milewskiego (2020), należy zauważyć, że nieco odmiennie przebiega w grupie dzieci niewidomych zjawisko nadmiernego rozszerzania semantycznego (nadmiernej generalizacji),

⁴ W publikacjach logopedycznych można znaleźć tylko kilka poświęconych problematyce wpływu uszkodzenia wzroku na rozwój mowy, w tym: Jadwigi Szeli-Kędzi (1998), oraz obszernie artykuły poświęcone problematyce umiejętności językowych i komunikacyjnych dzieci z uszkodzeniem narządu wzroku, np. w opracowaniu Kaczorowskiej-Bray (2014, s. 57–84) oraz Milewskiego i Kaczorowskiej-Bray (2015, s. 31–44, 2020, s. 260–283). W literaturze językoznawczej zaś na szczególną uwagę zasługuje opracowanie autorstwa Nawoi Mikołajczak-Matyj odnoszące się do problematyki słownictwa dzieci z uszkodzeniem narządu wzroku (2008).

ma ono miejsce w odniesieniu do „przedmiotów poznawanych dotykiem bądź słuchem, rzadziej natomiast dotyczy rzeczy poznawanych wzrokiem” (s. 273).

Termin *werbalizm* w odniesieniu do języka niewidomych oznacza posługiwanie się przez tę grupę osób wyrazami „pustymi znaczeniowo” z powodu braku informacji wzrokowej dotyczącej ich desygnatów i stanowi ten aspekt języka, który teoretycznie powoduje największą różnicę w funkcjonowaniu językowym niewidomych i widzących. Szczegółowe badania nad rozumieniem wyrazów przez osoby niewidome dotyczą zazwyczaj „wzrokowych” jednostek leksykalnych: nazw koloru, światła, czynności związanych z widzeniem⁵ (Mikołajczak-Matyja, 2011, s. 325). Na zjawisko werbalizmu jako przyczynę trudności na drodze nabywania pojęć przez osoby niewidome zwracają uwagę Kornelia Czerwińska i Izabella Kucharczyk (2019). Zdaniem autorek, aby dziecko mogło adekwatnie do kontekstu wypowiedzi zastosować pojęcia i wypowiadać się w sposób logiczny i zrozumiały, musi zaangażować nie tylko pamięć i procesy myślowe, ale również połączyć posiadaną wiedzę z doświadczeniami, odwołać się do wyobrażeń, zintegrować dane pochodzące z różnych zmysłów oraz stosować analogie, porównania i wyobrażenia surogatowe (zastępcze) (Czerwińska, Kucharczyk, 2019, s. 62). Zdaniem badaczy, do powstania wyobrażeń surogatowych przyczynia się, oprócz analogii, zjawisko synestezji.

Synestezja jest szczególnym rodzajem doświadczenia. Termin *synestezja* oznacza jedność wrażeń (z gr. *syn* – razem, *aisthesis* – czucie). Zjawisko synestezji występuje wtedy, kiedy jednomodalny bodziec zmysłowy wywołuje mimowolnie jednoczesne wrażenie w dwu lub więcej modalnościach zmysłowych, np. słysząc dźwięk, osoba z synestezją widzi kolor (Rogowska, 2002, s. 465). Najbardziej powszechną formą jednokierunkowej synestezji jest synestezja kolorowego słysze-

⁵ Bardzo interesujące badania zostały przeprowadzone przez Nawoję Mikołajczuk-Matyję (2011, s. 325–336) na materiale 20 rzeczowników różnicowanych pod względem przynależności do pól leksykalnych i roli wzroku w poznawaniu ich desygnatów przez osoby widzące. Materiał leksykalny stanowiły: rzeczowniki konkretne, desygnujące różnorodne wytwory człowieka (autobus, komputer, posąg, piwo, dezodorant, szkło, kawiarnia, kamienica, dach, sufit) lub związane z szeroko rozumianym światem przyrody (oko, krew, pomidor, jesień), nazwy czynności i dźwięku (krok, gwizd) oraz wyrazy o wyższym stopniu abstrakcyjności (drużyna, egoista, zdziwienie, uczciwość). Cechy związane z percepcją wzrokową, które mogły stanowić ważny element znaczenia części tych wyrazów lub utrudnić poznanie desygnatów, to przede wszystkim: kolor/przezroczystość (piwo, pomidor, krew, jesień), wielkość (kamienica, kawiarnia, autobus, dach, sufit, posąg), dostępność (dach, sufit) oraz płynność (piwo, krew). W wyniku przeprowadzonych badań zaobserwowano, iż u osób niewidomych nieco częściej znaczenia wyrazów kształtują się w sposób niezgodny z uporządkowaniem ogólnie przyjętym w języku lub przynajmniej znaczenia niektórych wyrazów są tak niedokładnie różnicowane, że stają się podstawą do tworzenia osobliwych sformułowań w sytuacji definiowania. Szczególnie interesującym dowodem takiego stwierdzenia wydają się definicje hasła „sufit” i, w mniejszym stopniu, hasła „dach”, wskazujące, że brak doświadczeń wzrokowych może powodować niedokładne ukształtowanie i różnicowanie ich znaczeń.

nia (ang. *coloured-hearing synaesthesia*), zwana również chromostezją lub synopsją, w której dźwięki wywołują wrażenie koloru⁶. Ogólną jej definicję przedstawia Magdalena Senderecka (2006): „[...] występowanie zjawiska synestezji stwierdza się wówczas, gdy jednozmysłowy bodziec (wzrokowy, słuchowy, dotykowy itd.) wywołuje w sposób mimowolny i automatyczny jednoczesne wrażenie w co najmniej dwóch modalnościach zmysłowych” (s. 260).

Synestezja jest obecna w charakteryzacji kolorów poprzez domenę dotyku, np. *miękki róż* czy też bardziej specyficznie temperatury, *kolory ciepłe i chłodne*, poprzez domenę przestrzeni: *głęboki błękit*, *głęboka zieleń* lub też poprzez domenę słuchową *krzyżująca czerwień* (Skrzypczak, 2008, s. 114). Synestezja jest zjawiskiem stosunkowo rzadkim – dotyczy około 3% populacji. Jak zatem wyjaśnić obecność w codziennym języku takich połączeń międzymodalnych, jak *ciepłe/chłodne kolory*, *krzykliwe kolory*, *ostre dźwięki* czy *aksamitny głos*? Jak dowiodły prowadzone w tym kierunku badania, są one rezultatem ogólnych tendencji kojarzenia różnych rodzajów doznań sensorycznych, m.in. dźwięku, z barwą niemuzyczną, o czym pisze w swoim artykule Aleksandra Rogowska (2002, s. 465). Badania nad metaforą synestezyjną oraz zmysłowym opisywaniem świata w twórczości językowej dzieci i młodzieży zostały przeprowadzone przez Bernadetę Niesporek-Szamburską (2017, s. 13–32) oraz Alinę Maciejewską (2021, s. 219–239).

Zdaniem Vilayanura Ramachandrana, (2012) istnieją przesłanki, które przemawiają za istnieniem związku synestezji z metaforą. Badacz przyznaje jednak, że „trudno uchwycić charakter tego związku, ponieważ o ile synestezja polega na tworzeniu arbitralnych kombinacji dwóch niepowiązanych rzeczy (jak np. barwa i cyfra), o tyle w metaforze oba człony łączone są pojęciowo w niearbitralny sposób (np. Julia i słońce)” (s. 329, za: Ginter, 2020, s. 69). Synestezja nie jest więc synonimem metafory, choć w wielu pracach obydwie te terminy używane są zamiennie. Synestezja jako zjawisko o podłożu neuronalnym jest odróżniana od powszechnej w języku naturalnym metafory synestezyjnej, która podlega tym samym mechanizmom co metafora w ujęciu George’a Lakoffa i Marka Johnsona

⁶ Istnieje 20 potencjalnych form jednokierunkowej synestezji, stanowiących kombinację różnych zmysłów, jak np. synestezja dotykowo-smakowa, kolorystyczno-zapachowa czy dotykowo-słuchowa. W nazwie formy synestezji drugi człon odnosi się do rodzaju zmysłowej stymulacji, natomiast pierwszy człon określa wyzwolone tym bodźcem współodczucie. Synestezja jest zjawiskiem jednostkowym i indywidualnym. Nie ma dwóch osób, które miałyby dokładnie takie same skojarzenia, jakkolwiek poszczególne elementy czy ogólne sposoby kojarzenia mogą być podobne, np. u niektórych osób pierwsza litera słyszanego słowa wywołuje kolor, choć każdy synestetyk ma własny „alfabet kolorów” (za: Rogowska, 2002, s. 465–474). „Osoba obdarzona zdolnościami synestezyjnymi doznaje zwielokrotnionych wrażeń zmysłowych, co objawia się np. w trakcie słuchania poszczególnych dźwięków gamy, które u synestetyka mogą powodować wrażenia smakowe bądź wzrokowe. W innych przypadkach poszczególne wyrazy mogą kojarzyć się z dźwiękiem lub zapachem. Opisywane zjawisko częstokroć w literaturze określane jest jako *pomieszanie zmysłów*, jednak nie należy łączyć tego wyrażenia z potoczną nazwą choroby psychicznej” (Prochowicz, 2013, s. 57).

(2010) i powstaje w rezultacie rzutowania pojęć z domeny źródłowej (wyjściowej) na domenę docelową. Metafora synestezyjna rozumiana więc jest jako metafora, której domena źródłowa jest domeną percepcyjną, natomiast domena docelowa może dotyczyć doznań zarówno percepcyjnych, jak i niezwiązanych z wrażeniami zmysłowymi. Jest ona rezultatem powszechnej wrodzonej zdolności ludzi do kojarzenia pewnych wrażeń zmysłowych z innymi doznaniem zmysłowymi lub niezmysłowymi. Wśród metafor synestezyjnych można wyróżnić dwa ich rodzaje: metafory konwencjonalne i metafory niekonwencjonalne (żywe, autorские). Pierwsze z nich to metafory używane w codziennym języku, takie jak *jasny dźwięk*, *ciepły głos* czy *gorzki zapach*, dziś już często nawet nieodczuwane czy uświadamiane jako niezwykle połączenia doznań pochodzących z odmiennych modalności⁷ (Ginter, 2020, s. 69–70).

W językoznawstwie kognitywnym, obok takich procesów, jak kategoryzacja, konceptualizacja, profilowanie pojęć, perspektywa poznawcza itp., istotne miejsce zajmuje metafora, a myślenie metaforyczne jest tożsame z myśleniem pojęciowym. W takim ujęciu metafora stanowi przede wszystkim przejaw „aktywności myślowej człowieka, a dopiero potem – niejako wtórnie – wyraża się w języku” (Chlewiński, 1999, s. 273).

Respondenci oraz cel i przebieg badań

O konceptualizację siedmiu barw (żółtej, pomarańczowej, czerwonej, zielonej, niebieskiej, białej i czarnej) poproszono ogółem 9 osób dobranych na zasadzie doboru losowego, w tym 4 kobiety oraz 5 mężczyzn w wieku od 18 do 56 lat. Pierwszą grupę stanowiły osoby całkowicie niewidome lub jedynie z poczuciem światła, bez zachowanych wspomnień wzrokowych. W celu ustalenia podobieństw oraz różnic w sposobach budowania znaczeń wyrazów badanie przeprowadzono także z udziałem 5 osób ociemniałych, które utraciły wzrok między 3. a 5. rokiem życia⁸.

Przydatne i istotne w badaniach wydaje się pojęcie wariantów konceptualnych, jako wyniku subiektywnej konceptualizacji przedmiotu odmiennie „wymode-

⁷ Niezwykle interesujący artykuł w opracowaniu Anny Ginter (2020, s. 67–82) dotyczy mechanizmu funkcjonowania metafor synestezyjnych określających zapach we współczesnym języku rosyjskim na materiale pochodzącym z wpisów na blogach internetowych o tematyce perfumeryjnej.

⁸ W Polsce za osoby niewidome uznaje się te, które nie widzą od urodzenia lub straciły wzrok we wczesnym dzieciństwie (do 5. roku życia). Druga grupa to ociemniałi, czyli osoby, które utraciły wzrok po 5. roku życia (wyróżniam za Kuczyńską-Kwapisz, 2004, s. 88–103). Deborah D. Smith (2008, s. 133) podaje, iż w przypadku osób z nabytą ślepotą (*adventitiously blind*) utrata wzroku nastąpiła po ukończeniu dwóch lat.

lowanego” w języku przez osoby z uszkodzonym narządem wzroku (Bartmiński, 1990, s. 109–127). Językowe ujęcie myśli narzuca użytkownikowi codzienne doświadczenie, w terminologii kognitywnej pozwalają interpretować to ujęcie terminy *doświadczeniowy „gestalt”* i *podobieństwo rodzinne* (Lakoff i Johnson, 2010). Dzięki analizie konkretnych konceptualizacji w wypowiedziach badanych, opartej na rekonstrukcji struktury kognitywnej pojęcia, można wskazać treści poznawcze utrwalone w języku, można też w efekcie rozpoznać system konceptualny badanej osoby (Bartmiński, 1988).

Każdy człowiek – zarówno w pełni sprawny, jak i z pewnymi ograniczeniami – wyposażony jest w zmysły, które dostarczają wiedzy subiektywnej, jednostkowej i niepowtarzalnej (por. Przybyła, 2016, s. 112). Tylko język umożliwia nam uporządkowanie tych doznań, zgodnie z intersubiektywnymi regułami zawartymi w strukturach językowych, „przemienia indywidualne doznania poszczególnych osób w zobiektywizowane doświadczenia społeczne” (Grabias, 2016, s. 174).

Badanie zostało przeprowadzone w formie rozmowy telefonicznej, w której uczestniczyli tylko badacz i ankietowany. Przystępując do badania, każdej osobie wyjaśniono jego cel. Czas udzielania odpowiedzi przez ankietowanego był zróżnicowany, badacz nie narzucał czasu na uzyskanie odpowiedzi; rozmowa trwała od 15 do 35 minut. Rozbieżność czasowa wynikała z różnic w długości odpowiedzi udzielanych przez ankietowanych. Pytania, które zadawał ankieter, dotyczyły tego, czym jest kolor? W szczególności: Czy kolory można kojarzyć z określonymi dźwiękami/smakami/emocjami/fakturą oraz zapachem?

Z literatury wynika, że „wzrok jest głównym narzędziem spostrzegania” (Walthers, 2007, s. 16). Przez wzrok odbieramy 80% wszystkich informacji, jest on uważany za „najważniejszy zmysł informacyjny” (Walthers, 2007, s. 16). W artykule postawiono następujące pytanie. Skoro odbieranie informacji o świecie jest ograniczone, zmienione lub całkowicie niemożliwe, ponieważ brakuje najważniejszego „narzędzia poznania” w postaci zmysłu wzroku, to jaki jest obraz świata w odniesieniu do barw?⁹ Czy inteligencja, pamięć, inne zdolności poznawcze i zmysły zrekompensują ów brak? Czy dotyk będzie odgrywał rolę priorytetową, czy też słuch, a może emocje? Jak zatem będą wyglądały konceptualizacje kolorów w wykonaniu dorosłych osób niewidomych i ociemniałych? Czy oczy słusznie są nazywane „zwierciadłem duszy”?

⁹ W tym miejscu chciałabym przywołać fragment bajki autorstwa Lwa Tolstoja (1957) pt. *Niewidzący i mleko*, która w doskonały sposób obrazuje problematykę, o której mowa w artykule: „Pewien niewidzący od urodzenia zapytał widzącego: Jakiej barwy jest mleko? / Widzący rzekł: Mleko jest takiej barwy jak biały papier. / Niewidzący zapytał: A czy ta barwa szeleści pod ręką jak papier? / Widzący rzekł: Nie, jest biała jak biała mąka. / Niewidzący zapytał: A czy jest tak samo miękka i sypka jak mąka? / Widzący rzekł: Nie, jest po prostu biała, jak zając bielak. / Niewidzący zapytał: Czy jest puszysta i miękka jak zając? / Widzący rzekł: Nie, barwa biała jest dokładnie taka jak śnieg. / Niewidzący zapytał: Czy jest zimna jak śnieg?” (s. 109).

Wydaje się, że wyniki tego typu badań, choć przeprowadzone na bardzo małej grupie i niepozwalające na sformułowanie daleko idących wniosków, mogą okazać się przydatne z językoznawczego i logopedycznego punktu widzenia. Dostarczają bowiem informacji na temat słownictwa osób z uszkodzonym narządem wzroku, pokazują multimodalny sposób percypowania rzeczywistości oraz swoiste wyostrzenie innych zmysłów, w tym słuchu i smaku, w postrzeganiu świata.

Analiza materiału

Konceptualizacja kolorów w wypowiedziach osób niewidomych od urodzenia¹⁰

Żółty

Osoby niewidome stosują dość powszechną praktykę definiowania, kiedy mówią, że wyobrażają sobie kolor żółty w postaci: *słońca, ciepła, pięknej pogody, lata, czegoś fajnego i pozytywnego*. Wyobrażenia takie wydają się zgodne z potoczną wizją świata. Jest to postać konceptualizacji prototypowej¹¹ oraz stereotypowej – żółty jest „ciepłym” kolorem w świadomości użytkowników języka.

Analizowany kolor przywodzi na myśl – *dźwięk skrzypiec z „Czterech pór roku” Vivaldiego oraz... piszczących żółtych kurczaków*. W wypowiedziach nie brakuje oczywistych nawiązań do doświadczeń smakowych: *smaku cytryn, cytrusów i melonów, bananów* (zatem owoców koloru żółtego). Często jest to smak kwaśny.

Dość zróżnicowane odczucia związane są z dotykiem. Faktura tej barwy, zdaniem badanych, jest bardzo zróżnicowana – od *zimnej* (odczucia termiczne), *gładkiej, świecącej, poprzez ciepłą, delikatną, aż po zwiędnięte, woskowate liście i pomarszczony papier*. Emocje, jakie wywołuje barwa żółta, ankietowani określają jako *pozytywne, rozczulające, przyjemne, radosne oraz beztroski stan*. Wszystkie wymienione tu przymiotniki są nacechowane dodatnio, zatem kolor żółty budzi w osobach niewidomych wyłącznie pozytywne emocje.

¹⁰ Część materiału językowego została zebrana na potrzeby pisanie pracy dyplomowej. Autorka składa podziękowania Pani Monice Gontarz za jego udostępnienie.

¹¹ W myśl teorii zaproponowanej przez Eleanor Rosch (1978) „kategoryzujemy rzeczy w terminach prototypów”, prototyp jest najlepszym egzemplarzem danej kategorii (s. 27–48). Przedstawiciele lingwistyki kognitywnej zwrócili uwagę na jeszcze jeden ważny aspekt ludzkiego myślenia, zgodnie z którym w świadomości użytkowników języka utrwalone jest nie tylko wyobrażenie typowego egzemplarza (prototypu), ale również jego ocena – stereotyp (Wiśniewska-Kin, 2007).

Zapach tej barwy jest postrzegany analogicznie do smaku, to *zapach cytryn, cytrusów*. Badane osoby przywołują również *żonkile*. Skojarzenia, jakie przychodzą im na myśl, to: *lato, słońce, cytryna, liście, piękna pogoda*.

Pomarańczowy

Wyobrażenie koloru pomarańczowego w umyśle osób niewidzących od urodzenia ma postać *pomarańczy (soczysty, okrągły owoc), czegoś wyjątkowego*. Wyobrażenie to wydaje się zgodne z analizą nazwy koloru.

Kolor pomarańczowy jest utożsamiany z dźwiękiem *intensywnego fletu (wyraźne, przyjemne, nieagresywne dźwięki)*. Co do smaku, badani odpowiadają jednomyślnie, że barwa pomarańczowa ma smak *owocu pomarańczy, mandarynki, soku z tych owoców, a także przyprawy – cynamonu*. Kolor wywołuje *pozytywne emocje*. Przywołuje obrazy *zimowej aury* oraz *Świąt Bożego Narodzenia, kiedy z upodobaniem kupuje się wspomniane owoce, a do potraw dodaje się cynamon*. W dotyku kolor pomarańczowy przypomina *skórkę pomarańczy – chropowatą, niejednorodną, ale jednocześnie ciekawą, dostarczającą miłych doznań dotykowych*. Badani kojarzą kolor pomarańczowy z *owocem pomarańczy, ze Świątami Bożego Narodzenia, z ciepłem, z czymś przyjemnym, z rodzinną atmosferą*.

Czerwony

Konceptualizacja koloru czerwonego jest bardzo bogata. Ankietowani charakteryzują tę barwę jako *kolor bardziej konkretny niż żółty i pomarańczowy, najintensywniejszy z tych trzech, gorący jak ogień* (odczucia termiczne), *jak piękny, intensywny kwiat między piwonią a różą, bąble wypełnione płynem po oparzeniu, ale także jak czerwone światło i serce*. Część wyobrażeń odnosi się do intensywności tej barwy (umiejscowienie w gamie kolorów).

Dźwięk kojarzony z tą barwą utożsamiany jest z *bębnami* oraz z dźwiękami wydawanymi przez *samochód (silnik, klakson)*. Opis ten wskazuje na postrzeganie koloru w kategorii dźwięku wyraźnego, głośnego, czasem nieprzyjemnego dla ucha, ostrzegawczego. Smak dotyczy *przypraw ostrych i pikantnych*, choć zdarza się postrzeganie smaku jako *czegoś soczystego (jabłko, truskawka)*. Barwa czerwona wywołuje dość zróżnicowane emocje. Część osób postrzega ją pozytywnie jako *coś pobudzającego, impulsywnego, energetyzującego*, inni zaś wymieniają takie postawy, jak: *niecierpliwość, pośpiech, ostrzegawczość, niepewność, rozdrażnienie, prowokacje*. W dotyku kolor ten jest *chropowaty, ale także gładki i śliski (jak bąbel)*. Zapachem przypomina *kwiaty (zapachy wyraźne, intensywne)*, a także zapachy związane z *palonym drewnem*, a dla części osób kolor wiąże się również z *zapachem krwi*. Skojarzenia, jakie przychodzą im na myśl, kiedy słyszą „czerwony”, to: *pomalowane usta, pożar, słońce, ognisko i ból*.

Zielony

Osoby niewidome od urodzenia utożsamiają tę barwę z *trawą, wakacjami, wiosną, łąką, ptakami*. Ta potoczna konceptualizacja jest zgodna z definicją słownikową koloru zielonego: „[...] mający barwę świeżej trawy lub szmaragdu” (Doroszewski, s.a.). Dźwięki kojarzone z kolorem zielonym nawiązują do dźwięków natury (*las, łąka*) zwłaszcza w okresie letnim (*szum drzew, liści, śpiew ptaków, szmer wody*). Został utożsamiony również z instrumentem muzycznym – *obój* jako *bardzo intensywny, wyraźny*. Smak koloru zielonego kojarzony jest ze smakiem letnich owoców – *jabłek, poziomek*, a także *zielonej herbaty*. O związku między doświadczeniem koloru a emocjami świadczą analogie pomiędzy zielenią a takimi stanami, jak: *odprężenie, uspokojenie, wyciszenie*, zielen jest *kojąca, relaksująca, a również wywołująca ogólną radość*. W dotyku kolor zielony jest *gładki* oraz *ciepły*. Zapach *najintensywniejszy* z całej gamy kolorów, czasami z nutą *goryczy*. Kojarzy się z zapachem *świeżych owoców*, ale także ze *świeżo skoszoną trawą*. Skojarzenia związane z kolorem zielonym przywodzą na myśl filmową bohaterkę *Fionę* (żonę Shreka) z bardzo znanej bajki.

Niebieski

Konceptualizacja barwy niebieskiej nie jest rozbudowana. Badani zwracają uwagę na to, że w otoczeniu znajdujemy niewiele niebieskich desygnatów. To kolor o niskiej frekwencji zewnętrznej. Konceptualizacja koloru niebieskiego łączy się z *morzem, niebem* oraz *czymś zimnym, praktycznym i przestrzennym*.

Dźwięki kojarzone z barwą niebieską dotyczą odgłosów natury, są to: *uderzenia piorunów, burza, szumu fal, szum morza*. Dźwięk został porównany również do niskich tonów, jakie wydobywa ktoś grający na gitarze (*niższe dźwięki*). Smak przypomina *cukierki lodowe* (niebieskie). Wywołuje emocje pozytywne, tj. *coś fajnego*, ale również negatywne, tj. *obojętność, dystans emocjonalny, chłód* emocje. W dotyku jest *chłodny*, a czasami wręcz *bardzo zimny*, podobny do *satyny* (*śliski, gładki, chłodny*), przypominający także zwiewne letnie ubrania: *sukienki* i *męskie koszule*.

Biały

Osoby niewidome od urodzenia kolor biały postrzegają przez doświadczenia związane ze *śniegiem, mlekiem, obłokami, ścianami*, a także z *zimą*; biały to również *coś jaśniętkiego, puszystego, chłodnego* oraz *coś, co ma wiele twarzy*.

Dźwięk *saksofonu* najtrafniej oddaje kolor biały. Jest on *spokojny, dostojny, uroczy*. W smaku przypomina *mleko* oraz *kredę*. Emocje, jakie wywołuje kolor biały, są *bardzo pozytywne, kojące, podniosłe, radosne*. W dotyku jest *zimny, śliski*,

gładki (jak satyna, lód) oraz puszysty (jak śnieg). Zapach dla niektórych stanowi odzwierciedlenie zimowej aury (śnieg, mróz), u innych przywołuje skojarzenie wiejskiego mleka. Skojarzenia związane z kolorem to śnieg, święta, zima, czystość, koncert.

Czarny

Osoby badane wyobrażają sobie kolor czarny jako *barwę ciemną, uniwersalną, klasyczną*. Kojarzony jest z *ziemią, węglem oraz nocą*. Dźwięki łączone z czernią są postrzegane dwojako. Dla części badanych jest to dźwięk intensywny – *fortepian, lecący samolot*, a dla innych dźwięk *głębokiej ciszy*. Kolor czarny dla osób niewidomych od urodzenia ma smak *czokolady*. Wywołuje bardzo negatywne emocje – *smutek; ma charakter pogrzebowy, poważny, odcina od świata*. W dotyku jest *nieprzyjemny, szorstki, raniący*. Zapach ma *duszący*. Przywodzi ma myśl *czarne ubrania, pogrzeb oraz węgiel*.

Konceptualizacja kolorów w wypowiedziach osób ociemniałych między 3. a 5. rokiem życia

Żółty

Osoby, które straciły zdolność widzenia w późniejszym okresie (między 3. a 5. rokiem życia), mają w swojej świadomości obraz tej barwy w postaci *słońca, ciepła, lata, plam słonecznych oraz czegoś jasnego*. Wyobrażenie to świadczy o postrzeganiu barwy żółtej w silnym powiązaniu z odczuciami termicznymi (*słońce daje ciepło, w lecie jest ciepło*). Według słownikowej definicji kolor żółty to „mający barwę owocu cytryny, jaskrów, żółtka” (Doroszewski, s.a.). Barwa żółta kojarzy się z *piszczącymi kurczaczkami*. Ma smak *cytrusów*, który jest *kwaśny, wykrzywiający*. Emocje wzbudza pozytywne i przyjemne: *rozczulenie, radość, rozluźnienie* oraz skłania do wspomnień z dzieciństwa (*ulubiony samochódzik, sukienka*). W dotyku jest utożsamiany z jednej strony z *czymś śliskim* lub *chropowatym jak skórka cytryny* i jak cytryna mającym *owalny kształt*, a jednocześnie jest *pierzasty, miękki jak upierzenie kurczaków*. Zapach identyfikowany z barwą żółtą to *woń cytrusów, kwiatów* oraz *zachodzących w czasie lata procesów (zapach powietrza po upalnym dniu, ciepłe lato, mieszanina wszystkiego, co kwitnie w lecie, zapach parującej ziemi po upalnym dniu)*. Kolor ten kojarzy się z *kurczaczkami, z czymś radosnym, budzącym wspomnienia z dzieciństwa (zapamiętany obraz rzeczywistości)*, a także z *zachodem słońca w letni wieczór*.

Pomarańczowy

Wyobrażenie koloru pomarańczowego jest ściśle związane z umiejscowieniem go w paletce barw. Ankietowani dokonali następującej konceptualizacji koloru pomarańczowego: *coś pomiędzy żółtym a czerwonym, pośrodku żółtego i czerwonego, zimniejszy i ciemniejszy od żółtego, ale jaśniejszy od czerwonego, nieregularny, ciepły, między słońcem a różami*. Przedstawiona charakterystyka wydaje się adekwatna do słownikowej definicji tej barwy – „[...] żółty z czerwonym zabarwieniem, mający związek z pomarańczą, odnoszący się do pomarańczy” (Doroszewski, s.a.). Opisywana barwa nie kojarzy się badanym z żadnym dźwiękiem. W smaku przypomina *pomarańcze, cytrusy* – kojarzy się ze smakami dzieciństwa, tj. *oranżadki i lemoniady*. Emocje wzbudza *pozytywne*, aczkolwiek badani nie podają w swoich wypowiedziach konkretnych stanów emocjonalnych. W dotyku przypomina *skórę pomarańczy (chropowata, tępa)*. Ma zapach *cytrusów oraz kwiatów*. Kojarzy się z *zachodzącym słońcem w letni wieczór, owocem pomarańczy, ulubionymi przedmiotami z dzieciństwa (sukienka)*.

Czerwony

Kolor czerwony konceptualizowany jest jako *coś kontrowersyjnego, odważnego, wyzywającego, płomienistego, gorącego*, a przy tym *jednolitego i płaskiego, ciemniejszego od żółtego i pomarańczowego*. Dźwięk kojarzony z tą barwą jest *piskliwy oraz nieregularny (odgłos płonącego ogniska)*, czerwień jest *krzycząca*. W smaku kolor czerwony jest *kwaśny*, ale jednocześnie *słodkawy (lizaki jedzone w dzieciństwie)*. Emocje budzi bardzo mieszane. Z jednej strony wywołuje pozytywne odczucia, tj. *pobudzający do działania, dający energię*, a z drugiej – negatywne: *niepewność, ostrzeżenie, tajemniczość, agresja, rozdrażnienie*. Na podstawie jednej z wypowiedzi dowiadujemy się, że w *środowisku polskich maturzystów kolor czerwony ma szczególne znaczenie, albowiem przynosi szczęście podczas egzaminu, dlatego w trakcie balu absolwenta uczniowie zakładają bieliznę w tym kolorze*. W dotyku jest *gładki i jednolity*. Podczas charakteryzowania zapachu badani podają, że jest: *słodki jak dojrzałe maliny*, inny kojarzą z *zapachem krwi*. Skojarzenie koloru czerwonego z krwią jest również obecne w słownikowej definicji barwy (Doroszewski, s.a.). W odwołaniu do wspomnień z dzieciństwa oraz wiedzy o świecie badani wymieniają takie przedmioty, jak: *czerwony samochodek, sukienka z dzieciństwa, lizak, płachta na byka oraz krew*.

Zielony

Barwa zielona jest konceptualizowana jako *coś ciepłego, coś, co uspokaja, coś, co przypomina ciszę, jest jak drogi szlachetny kamień, np. szmaragd*. To kolor *głę-*

boki. Dźwięk kojarzony z kolorem zielonym związany jest z odgłosami przyrody (szum lasu, śpiew ptaków). Smak utożsamiany jest z zielonymi warzywami (sałata, szczypiorek), a także z owocami, lizakami oraz zieloną herbatą. Wywołuje bardzo pozytywne emocje: uspokaja, koi, wycisza, daje nadzieję, spokój, kolor zielony to beztraska i azyl. W naszej kulturze barwie zielonej przypisuje się działania uspokajające oraz wyciszające. W dotyku kojarzy się z trawą, liśćmi, z czymś delikatnym, ulotnym. Zapach jest łączony z wonią koszonej trawy oraz kwitnących roślin i ziół. Skojarzenia, jakie wywołuje, to przede wszystkim: wiosna, pogodny dzień, trawa, szpitalna pościel oraz spokój.

Niebieski

Konceptualizacja barwy niebieskiej związana jest przede wszystkim z niebem – *spokojne, bezchmurne letnie niebo*, z wodą – *ocean* oraz odczuciami termicznymi: *zimny, chłodny (lód)*. Barwa utożsamiana jest z *ciszą, milczącą melodią*. Respondenci z tej grupy nie potrafili wskazać smaku, który kojarzy im się z kolorem niebieskim. Zależność ta może wynikać z faktu, iż nie mamy w swoim otoczeniu niebieskich produktów spożywczych (owoców, warzyw itd.). Kolor niebieski jest łączony z *wyrachowaniem, zimnym spokojem, bezuczuciowością*, dla innych z kolei jest *uspokajający*, a nawet *radosny*. W dotyku przypomina coś charakteryzującego się *gładkością i miękkością*. W wypowiedziach innych osób jest *zimny, twardy i śliski*. Barwa niebieska nie jest konceptualizowana w kategoriach zapachowych. We wspomnieniach powraca pod postacią *nocy, nieba, pokoju siostry i morza*.

Biały

Kolor biały w wypowiedziach osób badanych przejawia się jako *coś bezbarwnego, składającego się z wielu barw, najjaśniejszego, coś ciepłego*, ale jednocześnie przypominającego *śnieg (przyjemny chłód)*. Dźwięk kojarzony z tą barwą to *melodia drobnych dzwoneczków oraz szelest/szum przyrody*. W smaku jest *słodkawy, ale nie mdlący, mleczny, delikatny, śmietankowy, jak lody śmietankowe i mleko*. Emocje wywołuje tylko u części badanych. Są to odczucia pozytywne, takie jak: *radość, niewinność, wyciszenie, nieświadomość, spokój*. *Biel w kulturze europejskiej jest symbolem czystości i niewinności*. W opinii dwóch osób *jest to kolor neutralny, który nie wzbudza żadnych emocji*. W dotyku przypomina *ciepły lub chłodny puszek, gładki, jednolity, delikatny, miękki jak futerko królika, leciutki, niechropowaty, jak śnieg, mleko i papier*. Biały swoim zapachem *przypomina intensywną woń wiejskiego mleka*. Kojarzy się ze *śniegiem, pościelą, kartką papieru oraz obrusem*.

Czarny

Konceptualizacja koloru czarnego ma obraz *nocy, nocnego pejzażu natury, najciemniejszego ze wszystkich kolorów*. Opis ten pokrywa się ze słownikową definicją koloru. „Będący koloru najciemniejszego ze wszystkich, odpowiadającego brakowi odbitych promieni świetlnych np. sadza, węgiel” – (Doroszewski, s.a.). Jednocześnie kolor czarny utożsamiany jest z *czymś przerażającym, groźnym, czymś, co czai się w ciemnościach, tajemniczym*. Dźwięk łączony z kolorem czarnym jest bardzo wyraźny i intensywny. Kojarzony jest z odgosem *motocykla, muzyki metalowej* czy *mruczeniem kota*. Trudno jest mówić badanym osobom o barwie czarnej w kategoriach smakowych. Barwa czarna wywołuje *lęk, niepewność, obawę, niepokój, tajemniczość, grozę, przerażenie, nieprzewidywalność*. Zdaniem trojga badanych *czern* wycisza, *uspokaja, przywołuje wspomnienia*. W dotyku przypomina *sierść kota, futro* oraz *coś płaskiego, chropowatego*. Czarny łączony jest z zapachem *gorzkiej, parzonej kawy* oraz *razowego chleba*. Kolor ten przychodzi na myśl skojarzenia związane ze *śmiercią, pogrzebem, żałobą*. Zdaniem jednej z badanych osób *czern* to *elegancja, luksus i szyk*. Jeszcze inna osoba połączyła ten kolor z *czarnym charakterem* i *czarnym kotem, który przynosi nieszczęście*.

Podsumowanie

Wykorzystanie innych zmysłów do charakterystyki kolorów jest zależne od okresu utraty wzroku. U osób niewidomych od urodzenia najczęściej używanymi zmysłami w definiowaniu kolorów były węch i dotyk, najrzadziej utożsamiali barwę z dźwiękiem. U osób ociemniałych najbardziej „wyostrzonym” zmysłem w utożsamianiu barw jest zmysł smaku, najmniej pomocnym zaś okazał się węch.

W analizie odpowiedzi obu grup można zauważyć tendencję do bogatszych opisów barw w grupie osób ociemniałych, często przywołują poetyckie porównania lub metafory synestezyjne, np.: *biały – to melodia drobnych dzwoneczków, niebieski – milcząca melodia*, kolor zielony przypomina *ciszę*, pomarańczowy – *odgłos płonącego ogniska, jest gdzieś między słońcem a różą*, *żółty to zapach powietrza*, *czarny ma duszący zapach*. Potrafią również wskazać miejsce danego koloru w gamie barw. Często w swoich wypowiedziach przywołują zachowane jeszcze obrazy. Oprócz zawartych w wypowiedziach licznych wrażeń multisensorycznych, uwagę zwracają też określenia stanów emocjonalnych wywoływanych przez określoną barwę oraz swoiste przeniesienie na nią charakterystycznych emocji.

Skojarzenia wykorzystane w opisach kolorów mają często charakter autobiograficzny. Badani powołują się na mniej lub bardziej uświadamiane własne

doświadczenia życiowe lub doświadczenia bliskich osób związane z daną barwą. Dowodzi tego wypowiedź jednej z kobiet: *w środowisku polskich maturzystów kolor czerwony ma szczególne znaczenie, albowiem przynosi szczęście podczas egzaminu, dlatego w trakcie balu absolwenta uczniowie zakładają bieliznę w tym kolorze. Ponadto: zapach wiejskiego mleka, czerwony samochódzik, zapach gorzkiej parzonej kawy; czerni to elegancja, luksus i szyk; czarny charakter i czarny kot, który przynosi nieszczęście.*

Język osób niewidomych od urodzenia i ociemniałych w dzieciństwie jest zubożony o wyrażenia opisujące kolory, dlatego użytkownicy próbują wypełnić tę lukę, opisując doznania związane z barwami za pomocą określeń „zapożyczonych” od innych modalności sensorycznych. Tworząc metafory synestezyjne, zwłaszcza w ich niekonwencjonalnej odmianie, znajdują niejako analogie między doświadczeniami dotykowymi, smakowymi, słuchowymi, wzrokowymi i zapachowymi.

Osoby niewidome w konceptualizacji kolorów najczęściej odpowiedzi udzieliły w kategorii skojarzeń barwy z otaczającą rzeczywistością oraz w kategorii emocji. Największy problem pojawił się podczas tworzenia analogii z dźwiękiem. Dokonując konceptualizacji barw w odniesieniu do dźwięków, przywoływały najczęściej dźwięki instrumentów muzycznych, np.: *intensywny dźwięk fletu* (pomarańczowy), *gitara* (niebieski), *obój* (zielony), *fortepian* (czarny), *saksofon* (biały); ewentualnie: *samochodowy klakson* (czerwony), *odgłos wody* (niebieski), utwory muzyczne – „*Wiosna*” z „*Czterech pór roku*” Vivaldiego (żółty).

W indywidualnych wariantach konceptualizacjach niewidomi budują wyrażenia polisemiczne poprzez połączenie kilku modalności percepcyjnych jednocześnie: *piszczące żółte kurczaki* (żółty), *głęboka cisza* (czarny), *zwiędnięte woskowate liście* (żółty), *melodia drobnych dzwoneczków* (biały). Badani (z jednej i z drugiej grupy) budują konstrukcje synestezyjne kolorów w odniesieniu do doznań związanych z: dotykem, np. *biały jest miękki jak futerko królika*, smakiem, np. *smak cytryn*, zapachem, np. *zapach ziemi*, *zapach krwi*, *zapach z nutą goryczy*, do doznań słuchowo-muzycznych, np. *krzycząca czerwień*, lub przestrzennych, np. *głęboka zieleń*, a zatem charakteryzują kolory poprzez inne domeny: dotyku, słuchu, smaku, zapachu i przestrzeni.

Osoby ociemniałe dokonują konceptualizacji barw przez przywołanie dźwięków, które są dźwiękami natury: (biały) *to melodia drobnych dzwoneczków*, (niebieski) *jest, jak milcząca melodia, cisza*; (zielony) *przypomina ciszę, szum lasu, śpiew ptaków*; (czarny) *miauczenie kota*, a także *warkot motocykla*. W charakterystyce barw najczęściej opierają się na opisach emocji oraz skojarzeniach. Najwięcej trudności przysporzyło im porównanie barw z zapachem.


Bibliografia

- Bartmiński, J. (1988). Definicja kognitywna jako narzędzie opisu konotacji. W: J. Bartmiński (red.), *Konotacja* (s. 169–183). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Bartmiński, J. (1990). Punkt widzenia, perspektywa, językowy obraz świata. W: J. Bartmiński (red.), *Językowy obraz świata* (s. 109–127). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Berlin, B., Kay, P. (1969). *Basic color terms. Their universality and evolution*. University of California Press.
- Buczowska, J. (2004). Pojęcia i znaczenia. Kilka uwag na temat językoznawstwa kognitywnego. *Studia Philosophiae Christianae*, 40(2), 259–277.
- Chlewiński, Z. (1999). *Umysł, dynamiczna organizacja pojęć. Analiza psychologiczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czerwińska, K., Kucharczyk, I. (2019). *Tyflopsychologia*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Doroszewski, W. (red.). *Słownik języka polskiego PWN*. (s.a.). <https://sjp.pwn.pl/doroszewski/lista>
- Dilling-Ostrowska, E. (1982). Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego. W: J. Szumska (red.), *Zaburzenia mowy u dzieci* (s. 18–31). Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Ginter, A. (2020). Metafory synestezyjne w opisach doznań zapachowych we współczesnym języku rosyjskim (na podstawie wpisów na blogach o tematyce perfumeryjnej). *Linguodidactica*, 24, 67–82.
- Grabias, S. (2016). Język w diagnozowaniu logopedycznym. W: E. Domagała-Zyś, A. Borowicz, R. Kołodziejczyk (red.), *Język i wychowanie. Księga jubileuszowa z okazji 45-lecia pracy naukowej Profesora Kazimierza Krakowiaka* (s. 173–184). Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Grady, J. (1997). *Foundations of meaning: Primary metaphors and primary scenes*. University of California.
- Jakubowicz, M. (2017). Pochodzenie nazw barw w językach słowińskich. W: D. Filar, P. Krzyżanowski (red.), *Barwy słów. Studia lingwistyczno-kulturowe* (s. 211–227). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kaczorowska-Bray, K. (2014). Trudności w rozwoju komunikacji werbalnej i niewerbalnej dzieci niewidomych. W: A. Hamerlińska-Latecka, M. Karwowska (red.), *Interdyscyplinarność w logopedii* (s. 57–84). Komlogo.
- Kaczorowska-Bray, K., Milewski, S. (2020). Specyfika rozwoju umiejętności komunikacyjnych dzieci z uszkodzeniem narządu wzroku. W: K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski (red.), *Wczesna interwencja logopedyczna* (s. 260–283). Harmonia Universalis.
- Kuczyńska-Kwapisz, J. (2004). Pedagogika osób słabo widzących i niewidomych. W: D. M. Piekut-Brodzka, J. Kuczyńska-Kwapisz (red.), *Pedagogika specjalna dla pracowników socjalnych*. (s. 88–103). Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Lakoff, G., Johnson, M. (2010). *Metafory w naszym życiu*. Tłum. T. P. Krzeszowski. Aletheia.
- Langacker, R. (1991). *Concept, image and symbol. The cognitive basis of grammar*. Mouton de Gruyter.
- Maciejewska, A. (2021). Zmysłowe opisywanie świata. W: A. Maciejewska (red.), *Narracja w diagnozie i terapii logopedycznej* (s. 219–239). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego.
- Majewski, T. (2002). *Tyflopsychologia rozwojowa. Psychologia dzieci niewidomych i słabo widzących*. Polski Związek Niewidomych.
- Mikołajczak-Matya, N. (2008). *Hierarchiczna struktura leksykonu umysłowego. Relacje semantyczne w leksykonie widzących i niewidomych użytkowników języka*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza.

- Mikołajczak-Matya, N. (2011). Definicje formułowane przez niewidomych i widzących jako przyczynę do rozważań nad zjawiskiem werbalizmu. *Szkola Specjalna*, 5, 325–336.
- Milewski, S., Kaczorowska-Bray, K. (2015). Logopedyczne aspekty przyswajania języka przez dzieci niewidome. *Poradnik Językowy*, 5, 31–44.
- Niesporek-Szamburska, B. (2017). O zmysle dotyku w komunikacji i języku dzieci i dorosłych. W: J. Wojciechowska, B. Kazek (red.), *Zmysły w komunikacji. Mowa i jej uwarunkowania* (s. 13–32). Harmonia Universalis.
- Nowakowska-Kempna, I. (1993). Definiowanie znaczenia wyrażań w kognitywizmie. Wybrane zagadnienia. W: J. Bartmiński, R. Tokarski (red.), *O definicjach o definiowaniu* (s. 161–180). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Pérez-Pereira, M. (2006). Language development in blind children. W: K. Brown (ed.), *Encyclopedia of language and linguistics*. Vol. 6 (s. 357–361). Elsevier.
- Prochowicz, A. (2013). Jak mówimy o śpiewaniu? Metafory synestezyjne jako element językowego obrazu śpiewu ludzkiego w polszczyźnie. *Linguarum Silva*, 2, 55–70.
- Przybyła, O. (2016). Procesy przetwarzania sensorycznego w stymulowaniu rozwoju małego dziecka. W: K. Kaczorowska-Bray, S. Milewski (red.), *Wczesna interwencja logopedyczna* (s. 100–117). Harmonia Universalis.
- Przybylska, R. (2002). *Polisemia przyimków polskich w świetle semantyki kognitywnej*. Universitas.
- Rogowska, A. (2002). U źródeł synestezji. Podstawy fizjologiczne i funkcjonalne. *Przegląd Psychologiczny*, 45(4), 465–474.
- Rosch, E. (1978). Principles of categorization. W: E. Rosch, B. Lloyd (eds.), *Cognition and categorization* (s. 27–48). Lawrence Erlbaum.
- Ramachandran, V. S. (2012). *Neuronauka o podstawach człowieczeństwa. O czym mówi mózg?* (A. Binder, M. Binder, E. Józefowicz, tłum.). Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Senderecka, M. (2006). Synestezja – od psychofizjologicznych badań do filozoficznych implikacji. W: Wszołek S., Janusz R. (red.), *Wyzwania racjonalności*. Wydawnictwo Apostolstwa Modlitwy.
- Sękowska, Z. (1982). *Pedagogika specjalna. Zarys*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Sękowska, Z. (2001). *Wprowadzenie do pedagogiki specjalnej*. Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Skrzypczak, W. (2008). Myśl ucieleśniona i myśl imaginacyjna. Wymiary obrazowania w języku i zasady porządkujące. *Litteraria Copernicana*, 2, 111–127.
- Smith, D. D. (2008). *Pedagogika specjalna* (A. Firkowska-Mankiewicz i G. Szums, red. nauk., J. A. Korbel, Z. S. Litwińska, M. E. Litwiński, tłum.). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szela-Kędzia, J. (1998). *Terapia logopedyczna dziecka niewidomego i słabowidzącego*. Krakowska Szkoła Niewidomych.
- Taylor, R. J. (2001). *Kategoryzacja w języku. Prototypy w teorii językoznawczej*. (A. Skucińska, tłum.). Universitas.
- Tokarski, R. (2004). *Semantyka barw we współczesnej polszczyźnie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Tołstoj, L. (1957). Niewidzący i mleko. W: *Dzieła. Opowiadania*. (C. Jastrzębiec, tłum.). Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Walthers, R. (2007). *Tyflopedagogika*. (J. Mink, tłum.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wierzbicka, A. (1990). *The meaning of color terms: Semantics, culture and cognition*. *Cognitive Linguistics*, 1(1), 99–15.
- Wiśniewska-Kin, M. (2007). „Chcieć, pragnąć, myśleć, wiedzieć” – rozumienie pojęć przez dzieci. Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Zaręba, A. (1954). *Nazwy barw w dialektach i historii języka polskiego*. Ossolineum.



EWA HRYCYNA

The University of Warmia and Mazury in Olsztyn,
Department of the Polish Language and Speech Therapy
 <https://orcid.org/0000-0002-2932-1313>

Vocabulary in autism spectrum disorders Part 3: Qualitative description – the category of relations

ABSTRACT: The article is the third part of a study concerned with vocabulary in autism spectrum disorders. The subject of interest in this article is the category of relations and its lexical exponents. The author presents various types of linguistically expressed relations. She discusses how they are represented in the language of people with autism spectrum disorders and devotes a separate fragment to parts of speech. The acquisition of relational concepts and their lexical exponents is a significant development challenge; especially difficult for people with autism. In the category of relations the differences between the vocabularies of typically developing people and people with autistic disorders are the most pronounced. Other conclusions from the analysis carried out are in line with those in the second part of the study concerning the category of things and events.

KEYWORDS: autism, semantic category, relation, adjective, adverb, numeral, pronoun, preposition, conjunction, particle

Słownictwo w zaburzeniach należących do spektrum autyzmu.

Część 3: Charakterystyka jakościowa – kategoria relacji

STRESZCZENIE: Artykuł jest trzecią częścią studium poświęconego słownictwu w zaburzeniach ze spektrum autyzmu. Przedmiotem zainteresowań w artykule jest kategoria relacji i jej leksykalnych wykładników. Autorka przedstawia różne typy wyrażanych językowo relacji. Omawia, w jaki sposób są one reprezentowane w języku osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, poświęcając osobny fragment częściom mowy. Przyswajanie pojęć relacyjnych i właściwych im wykładników leksykalnych stanowi istotne wyzwanie rozwojowe; szczególnie trudne dla osób z autyzmem. Właśnie w obszarze tej kategorii różnice między słownikami osób typowo się rozwijających i osób z zaburzeniami autystycznymi są najwyraźniejsze. Pozostałe wnioski z przeprowadzonej analizy pokrywają się z tymi z drugiej części studium, dotyczącej kategorii rzeczy i zdarzeń.

SŁOWA KLUCZOWE: autyzm, kategoria semantyczna, relacja, przymiotnik, przysłówek, liczebnik, zaimek, przymimek, spójnik, partykuła

The article is a continuation of the previous two parts of the study (part 1: *Research directions, areas and methods*; part 2: *Qualitative description – the category of things and events*), published in “Logopedia Silesiana” 2021, 10(1), and 2022, 11(1). It deals with the category of relations and its lexical exponents in language and speech of people with autism.

Methodological basis

It is worth reminding that the objective of the entire study is a qualitative synthesis of the current knowledge about vocabulary in autistic disorders and an interpretation of the lexical phenomena in autism, with special focus on the linguistic perspective. The articles have a character of a review. The analytical and interpretative methods are used to achieve the objective of the research. The material was collected in a traditional manner and through systematic search of PubMed database according to the key words: *autism* and *vocabulary* (537 results), *lexical* (159), *noun* (32), *verb* (43), *adjective* (21), *adverb* (4), *numeral* (7), *pronoun* (62), *preposition* (18), *particle* (87), *conjunction* (251). The records corresponding to the research objective, that is characteristic of vocabulary in autism, were selected. Due to the qualitative character of the study, still a relatively limited state of research in this area, as well as significant and profound methodological diversification of source works, no selection was made based on criteria other than those mentioned.

As I pointed out in the previous parts, autism spectrum is a very complex and internally diverse phenomenon. Research on autism, including language in autism, is based on various methodological concepts and variables understood in different ways, so even very similar studies are sometimes difficult to compare. The original idea was to prepare a table which would present the methodological details of the research on which the works selected for analysis were based. However, due to the extensiveness of the study, the table shall be enclosed with the last part as an annex. Nevertheless, in my presentation of the research results, I highlighted methodological issues concerning age, intellectual functioning level and autism spectrum degree – if they were specified clearly in a source text.

The analysed literature is based primarily on studies of English language speakers; the passages referring to the Polish language will be appropriately marked. The following English abbreviations are used for particular developmental disorders: autism spectrum disorder (ASD), Asperger syndrome (AS), high-functioning autism (HFA), typical development (TD), late talkers (LT), developmental language disorder (DLD), intellectual disability (ID).

Results are published according to the semantic key, which is a continuation of part 2 of the study.

Category: relation

A relation (an association) can be understood as any subordination of something to something else, expressed either as an act of reference, or as a way of being between the ends of reference. The following components can be identified in such subordination: 1) the subject of the relation – what is subordinated; 2) the end (object) of the relation – what the subject is subordinated to; 3) the cause of the relation (*ratio ad* and *ratio in*) – the reason why the subordination exists (Podsiad, 2001, p. 754). Among relations expressed in language, the following can be distinguished: 1) relations occurring in the reality the subject talks about: property, amount/number, affinity, similarity, opposite, equivalence; location (spatial relations), temporal succession, logical order; parallelism, alternative, opposition, concession contrast; resultativity, conditionality, causality, purposefulness; possession and others; 2) the speaker's attitude to the content of speech: modality (truthfulness, obligation, existence, emotional attitude); valuation; 3) anchoring the meaning of an utterance in a context – deixis; 4) relations between communication partners. At the lexical level, relations are expressed through: adjectives, adverbs, numerals (a group of words with independent meanings), prepositions, pronouns, conjunctions, particles (a group of words with no independent meanings). Furthermore, meanings of verbs and some nouns (e.g. names of affinity) have a relational character.

* * *

The development of the concept of relation, as well as comprehension and proper use of its linguistic exponents are difficult in ASD (Menyuk & Quill, 1985, p. 133). Only some issues connected with this very extensive and complex problem have been discussed in the literature so far. The conclusions from these studies are presented below.

1. Relations occurring in the reality the subject talks about:

Colour: *Observations, analysis of spontaneous speech:* names of colours were noticeably present in vocabularies of children with ASD. The semantic feature encoded in colour names has a static character (see point 1: the category of things, in the previous article). [Polish language:] *Questionnaire test:* a boy with ASD had some difficulty in naming colours (Urban, 2019, p. 428).¹

¹ During an attempt at correct naming, researcher's hints were necessary. The boy named colours hesitantly, sidestepped questions and made filled pauses. He named the basic colours correctly, but brown and purple were a problem. Not knowing the correct name, he described the referent as a *crayon* (Urban, 2019, p. 428).

Size: comprehension and use of size names or size as a semantic feature of word meanings have not been studied separately. However, Paula Menyuk and Kathleen Quill argue that in ASD difficulties may occur in the acquisition and encoding of features which go beyond the purely perceptual parameter. Using the examples of attribute+object expressions: *big boy, little boy*, they demonstrate that such expressions can be acquired and kept in memory as a whole, rather than generated from divisible and combinable units (Menyuk & Quill, 1985, p. 131).

Shape: according to one of the hypotheses explaining delay and/or disturbance of the lexical development in children with ASD, these children do not focus on shape at learning names of new objects, or this process is delayed. However, it has not been studied separately how names of shapes are processed.

Function, intention of the creator of an object: functional attributes imply relations between objects, agents and instruments. While learning word meanings, children with ASD do not rely on the function of objects as a categorization criterion; they encounter difficulties in understanding function-based meaning relations (Menyuk & Quill, 1985, p. 131). In the research by Lynn Waterhouse and Deborah Fein, when a child with ASD did not know the name of an object, he or she gave a similar sounding name or a name from the same semantic category. On the other hand, TD children described a function or showed with gestures how to use an object. No such strategies were noticed in children with ASD (Waterhouse, Fein, 1982, after: Menyuk & Quill, 1985, p. 132). *Analysis of conversations:* adults with ASD made mistakes in names of **artefacts** [groups of names based on functions of an object and/or intentions of its creator], but these were rare in comparison to what had been presumed earlier (Perkins et al., 2006, p. 802).

Amount/number: names of numbers were clearly present in vocabularies of children with ASD (see point 1, the category of things in the previous article), but in the cases described by Leo Kanner they did not denote anything specific (Kanner, 1943, p. 243).

Property – mental features: *Analysis of narration:* children with ASD, aged 10–13, using verbal language, with normative IQ, used a similar number of adjectives describing mental states as TD children (Bang et al., 2013, p. 1736). *Experimental tests:* children with ASD performed worse than TD children and children with schizophrenia [S] in a task checking comprehension of adjectives, both neutral and emotional. In a task which consisted in defining emotional adjectives, children with ASD formulated immature definitions, typical of younger TD children, used fewer synonyms and generalizations, and gave more specific or wrong answers (the groups did not include children with developmental level or IQ below 40) (Van Lacker et al., 1991, pp. 14–15).

Superiority–subordination: this relation is represented in language of children with ASD, although there are certain differences in comparison to typical development. This issue shall be discussed in a further part of the study.

Similarity, opposite, affinity – children with ASD may have difficulty in learning meanings of adjectives that require comparison (Menyuk & Quill, 1985, p. 136). *Analysis of discourse*: a group of children with ASD did not use in their discourse any exponents of coherence related to comparison, as opposed to TD and SLI groups (groups were matched in terms of linguistic skills) (Baltaxe & D'Angiola, 1996, p. 252). Furthermore, children with ASD have difficulty in understanding and using names of affinity. [Polish language:] *Observations*: children with AS (toddlers and preschoolers) still do not use names of family members; or if these names are present, they are not used to address people directly or to call them (Korendo, 2013, p. 73).

Equivalence: difficulty in understanding function-based equivalence (Menyuk & Quill, 1985, p. 131), see above – function, intention of the creator of an object.

Causality: *Analysis of narration*: when children with ASD were compared to TD and ID children, it was found that in narratives of children with ASD there were no causal statements (groups were matched in terms of linguistic skills in vocabulary) (Tager-Flusberg, 1995, p. 53). In further studies, when groups of similar, high linguistic skills (not only in the area of vocabulary but also grammar) were compared, no differences of this type were noticed. However, when after a narrative task questions were asked about internal states of protagonists, children with ASD had difficulty in explaining them (Tager-Flusberg & Sullivan, 1995, p. 253). Similarly, later studies by other authors demonstrated lack of differences between children with ASD and children with developmental delay (groups using verbal language were matched in terms of mental age and IQ level) as far as a general level of using linguistic exponents of causality was concerned, although children with ASD specified causes of protagonists' internal states less frequently (Capps et al., 2000, p. 201). Furthermore, difficulty in causal language was also found in very high-functioning children with ASD and AS (Losh & Capps, 2003, p. 248). See also: the previous part of the article, category: event, subcategory: causation. [Polish language:] *Observation*: Marta Korendo found limitations pertaining to causal thinking and language in children with Asperger syndrome (Korendo, 2013, pp. 96–97).

Time: *Analysis of conversations*: Mick Perkins and others verified a prediction that in autism there are problems with relative names of time, whereas absolute names of time are understood and used correctly.² The researchers found that in conversations of adults with ASD there was no quantitative imbalance (underrepresentation) between the use of absolute and relative names of time. Mistakes

2 Relative names of time – their temporal location is specified in relation to the temporal location of the speaker or other events/individuals, e.g. *now, yesterday, before*. On the other hand, the meaning of the “absolute” names of time is independent of the temporal location of the speaker or other participants/events/individuals, e.g. *names of days of the week, months, seasons*.

were made in both categories, as well as in aspectual meaning and grammatical category of time. The group was very diverse. According to the inclusion criteria, all participants of the research used a comprehensive verbal language to some extent (Perkins et al., 2006, p. 800). *Analysis of narration*: adults (with HFA or AS) had difficulty in using “pragmatic markers” of time in their utterances (Colle et al., 2008, pp. 37–38).

Space: *Inventories*: children with z ASD had a poorer understanding of locative names and used fewer of them than TD children (Charman et al., 2003, pp. 224–225). *Experimental tests*: low-functioning children with ASD had problems with understanding and using expressions concerning spatial relations (Ricks & Wing, 1975). On the other hand, high-functioning people (aged 9–27) had difficulty in recalling descriptions of spatial relations (Bochynska et al., 2020, p. 1747). *Analysis of conversations*: adults with ASD frequently made mistakes in using absolute and relational spatial names and expressions. The group was quite diverse. According to the inclusion criteria, all participants of the research used a comprehensive verbal language to some extent (Perkins et al., 2006, p. 800). *Test study*: children with ASD with normal IQ or above the norm had considerable difficulty in understanding spatial relations (Ohta, 1987, pp. 59, 61); whereas high-functioning people with ASD (aged 9–27) had certain difficulty in producing spatial names, such as: projective prepositions (left/right, front/back), source path terms (out of/down off), proximal terms (near/far); while prepositions acquired earlier in ontogenesis were used correctly (Bochynska et al., 2020, p. 1747). *Analysis of narration*: children and adults with HFA/AS had problems with using “pragmatic markers” of space in their utterances (Colle et al., 2008, pp. 37–38).

2. Speaker’s attitude to the content of speech:

Epistemic modality, that is speaker’s attitude to the content of an utterance: a) modal verbs – see Part 1 of the article *Vocabulary in Autism Spectrum Disorders*, category: event; b) particles: Kanner observed that children with ASD took a long time to learn the word *yes* (Kanner, 1943, p. 244); c) interrogative pronouns: preschoolers with ASD understood structures with *wh-* pronouns (Naigles & Tek, 2017, p. 6). [Polish language:] *Observation*: children with Asperger syndrome encountered problems with understanding and asking questions (Korendo, 2013, p. 95); while in adults with schizoid and obsessive-compulsive subtypes of AS there were abnormalities in performing the modal function, and in the neurotic subtype there was lack of ability to perform the modal function (Panasiuk & Kaczyńska-Haładaj, 2015, p. 530).

Expressive component (evaluation, valuing, emotions): *Analysis of narration*: children with ASD did not differ in general proportions of exponents of subjective attitudes and emotions (evaluative devices) from TD children and children with developmental delay (groups using verbal language were matched in terms of mental age and IQ level); however, the scope of these exponents was

limited in the case of children with ASD and children with developmental delay (Capps et al., 2000, p. 201). [Polish language:] in adults with AS there were abnormalities in performing the emotional function (Panasiuk & Kaczyńska-Haładaj, 2015, p. 530). At the word-formation level the following observations were made: in the schizoid subtype: frequent use of expressively loaded structures (diminutives, augmentatives, hypocorisms); in the neurotic subtype: lack of expressively loaded structures; in the obsessive-compulsive subtype: scarcity of expressively loaded structures (Panasiuk & Kaczyńska-Haładaj, 2015, p. 529).

3. Anchoring the meaning of an utterance in a context – **deixis**: personal – see below: pronouns; temporal – see above: time; connected with a place – see: space, pronouns; see also: deictic verbs in parts 1 and 2 of the study *Vocabulary in autism spectrum disorder*, category: event.

4. Relations between communication participants.

Inventory studies: words connected with social practices and everyday behaviour were less present in children with ASD using verbal language and it was one of the most pronounced differences between preschoolers with ASD and TD ones, with various levels of non-verbal IQ (Charman et al., 2003, pp. 224–225); similar regularities were observed in children with vocabulary of 1–310 words (Rescorla & Safyer, 2013, p. 58). See also: parts 1 and 2 of the study *Vocabulary in autism spectrum disorders*, category: event, subcategory: communication.

* * *

Acquisition of lexemes expressing relations is fundamental to the linguistic development (Göksun et al., 2009, p. 1). Their comprehension and use require advanced linguistic and meta-linguistic skills, including efficient processing of the linguistic and non-linguistic context. These lexemes are strongly marked semantically, grammatically and pragmatically. They fulfil an important function in everyday communication, creation of coherent utterances and texts, and text transformation operations.

Children with ASD have difficulty in understanding and using relational lexemes (Eskes et al., 1990, p. 71; Menyuk & Quill, 1985, p. 128; Parish-Morris, 2011; Polish language: Korendo, 2013, p. 73), the meaning of which changes depending on the context and speaker. People with ASD use fewer prepositions, conjunctions, articles, morphological exponents of time and auxiliary verbs; their use of complex syntax is limited, including interjections, objective clauses and relative clauses (Boucher, 2012, pp. 222, 224; Kelley et al., 2006, p. 808; Ricks & Wing, 1975, p. 208).

Parts of speech expressing relations in language and speech of people with ASD:

Defining lexemes – adjective and adverb: limited comprehension and use of defining lexemes – adjectives and adverbs – were observed. They are probably understood more as names for sets of objects which share the same feature rather

than names of relations between people or objects; more as attributes represented in memory as a specific perceptual image and context rather than as potential attributes of objects (Menyuk & Quill, 1985, p. 136). *Inventory studies*: preschoolers with ASD with various levels of non-verbal IQ had a poorer understanding of defining lexemes than TD children (Charman et al., 2003, pp. 224–225). *Analysis of conversations*: in discourse, children with ASD did not use exponents of cohesion referring to comparisons – comparative and superlative adverbs: *-er, -est* (Baltaxe & D’Angiola, 1996, p. 252). In typical development of speech [in the English language] adverbs facilitate the acquisition of verbs (Syrett et al, 2014). [Polish language:] *Experimental tests*: speech of a boy with ASD contained very few adjectival and adverbial phrases (Boksa, 2017, p. 107). *Analysis of narration*: older preschoolers and younger school children with ASD, using verbal language, with normal IQ, produced fewer utterances, used fewer words and included a more limited range of diverse verbs and adjectives in their speech, in comparison to TD children (Siller et al., 2014, p. 594). *Analysis of spontaneous speech*: in a case study by Tim Williams, based on worksheets for recording words appearing in a child’s speech, filled in by parents, and on a test carried out by the researcher in which the child named objects and activities, nouns appeared first in the little boy’s speech, followed by adjectives and adverbial modifiers, contrary to research by other authors, where the second most represented part of speech (following nouns) was action words (Williams, 1993, p. 189). [Polish language:] *Questionnaire test*: some more or less evident difficulties in understanding and using adjectives and especially adverbs were noticed (Urban, 2019, p. 428).

Numerals: [Polish language:] *Experimental tests*: nouns and verbs predominated in sentences uttered by a boy with ASD, while adjectives, adverbs, numerals and pronouns were rare (Boksa, 2017, p. 107); see also above: amount/number. *Questionnaire test*: a boy with ASD understood and named ordinal numbers (Urban, 2019, p. 428).

Pronouns: their comprehension and use require appropriate semantic, grammatical and social skills. As follows from a meta-analysis by Elizabeth Finnegan et al. (taking into account research also on materials in languages other than English), people with autism use fewer pronouns than TD people. However, this phenomenon is complex and more subtle than presumed in early studies (Finnegan et al., 2020, p. 2). Moreover, deaf children with ASD use pronouns less frequently than TD deaf children, even though pronouns in the sign language are semantically transparent, that is point to the referent (Shield et al., 2015). Some research suggests that mistakes in using pronouns are more common in children with HFA than with AS (Szatmari et al., 1989, p. 718).

Personal pronouns: limited use of personal pronouns, resulting from exact repetition of utterances without adjusting them for context, was described by Kanner as a characteristic and typical feature of autistic children’s speech

(Kanner, 1943, p. 244). In subsequent years, an interpretation of errors in personal pronouns as symptoms of language disorders and incorrect use of language became widespread. These hypotheses were verified. On the basis of various experimental tests and interviews with teachers, Anthony Lee and colleagues highlighted the issue of understanding pronouns and suggested that the pattern of using personal pronouns by children and young adults with ASD is rather untypical than incorrect (Lee et al., 1994, p. 172).

In their review work, Morton Ann Gernsbacher and co-authors state that incorrect use of pronouns is a natural stage in the speech acquisition process; typical of ASD but also of intellectual disability, hearing impairment etc., and occurring also in typical development, although lasting for a shorter time and subsiding more easily. When the examined groups were selected carefully and matched in terms of advanced language comprehension skills, understanding of pronouns was not weaker in people with ASD than in TD people. Difficulties in producing pronouns are more frequent in complex sentences, but this is not a typical feature of children with ASD, either (Gernsbacher et al., 2016, p. 4). [Polish language:] *Questionnaire tests, interview*: the majority of children did not use the pronoun *I*; no correlation was shown between the use of *I* pronoun and gender of the respondents. There was an increase in the presence or absence of this pronoun with the child's growing age, irrespective of gender. Parents of children who used this pronoun pointed to the fact that it developed when the children were between 4 and 10 years old. In the case of non-verbal children, the phrase *I want* was replaced with a gesture, while children using speech replaced the pronoun *I* with their proper names (Błeszyński, 1998, p. 124).

* * *

Types of mistakes:

Pronoun reversal, that is the use of 1st person instead of 2nd and 2nd person instead of 1st: *Analysis of conversations / spontaneous speech recorded during play*: there were no considerable differences in proportions between little children with ASD using verbal speech and TD children, reversal occurred in less than 10% of all personal pronouns used, but children with ASD (generally for the group and individually) reversed pronouns more often and during a higher number of sessions (Naigles et al., 2016, p. 11). The older the ASD preschoolers with high language skills, the more personal pronouns referring to themselves and their parents they use, and reversal occurs rarely. It means that difficulties with pronouns in ASD may not be present for a long time and may not be as frequent as previously supposed (Barokova & Tager-Flusberg, 2019, p. 9). *Interviews with teachers*: in everyday situations, children with ASD used personal pronouns incorrectly more often than demonstrated by tests (Lee et al., 1994, pp. 171, 175). Deaf children

with ASD using ASL as a natural language did not commit any pronoun reversal mistakes (Shield et al., 2015); [Polish language:] *Experimental tests*: two boys with ASD did not use personal pronouns in their speech. They repeated utterances of another person without relevant modification (Boksa, 2017, p. 107).

Preference for proper names: *Tests*: children with ASD tended to use the pronoun *I* instead of *me*; furthermore, children with lower skills tended to use proper names instead of pronouns while referring to themselves and to third persons (Jordan, 1989, p. 176; Lee et al., 1994, p. 175). *Analysis of narration*: adults with HFA and AS referred to the protagonists using nouns rather than personal pronouns, which made narration less fluent and in some cases pedantic (Colle et al., 2008, p. 37).

Ambiguous use, that is such where the recipient is unable to determine the reference on the basis of an utterance: People with ASD tend to use pronouns in more ambiguous manner than TD people (Finnegan et al., 2020, p. 10). *Analysis of conversations recorded during play*: in the case of 1st and 2nd person pronouns, the group of verbal children with ASD had a higher share of ambiguous references than TD children³ (Naigles et al., 2016, p. 5). *Analysis of narration*: while retelling a story, children with ASD aged from 6 years and 1 month to 14 years and 3 months used 3rd person pronouns correctly, whereas when they created their own stories, ambiguous references were more frequent (Novogrodsky & Edelson, 2016); adults with HFA/AS used pronouns in an ambiguous way more often. When a protagonist was not mentioned in a story for some time, the speakers, referring to the protagonist again, used a pronoun instead of a full name phrase (Colle et al., 2008, p. 37).

Understanding personal pronouns: *Experimental tests*: all participants of the research, children and young adults with ASD, in principle understood personal pronouns during tests and made few reversal mistakes. However, some subtle differences were revealed, suggesting that there are certain irregularities in comprehension of the pronouns *I*, *you*, *me* and something untypical about their use (Lee et al., 1994, pp. 172, 175). Other studies reveal that, from the listener's perspective, children with ASD (in comparison to TD and ID children) show complete or virtually complete understanding of the pronoun *you* as referring to them. Furthermore, most of the children understand also the pronoun *me* as referring to the speaker in this situation. Children do not have problems with understanding these pronouns as referential labels. From the speaker's perspective, there are considerable differences between children with ASD and TD and ID children. In experimental tasks, instead of using the pronouns *me* and *you*, children with ASD, contrary to others, tended to use proper names or wrong pronouns (Jordan, 1989,

3 In the research analysis it was indicated that ambiguity of pronouns is a natural feature of discourse anchored in a context.

pp. 176–177). Children with ASD had difficulty in understanding personal pronouns, although not different than in a group of TD children matched in terms of verbal and non-verbal skills (Perovic et al., 2013a, p. 830). *Inventory studies*: preschoolers with ASD with various levels of non-verbal IQ had a poorer understanding of personal pronouns than TD children (Charman et al., 2003, pp. 224–225).

Pronouns according to the category of a person: *Analysis of conversations with the experimenter*: children with ASD and the other two groups (TD children and children with SLI) used 1st person pronoun most often,⁴ followed by 3rd and 2nd person pronouns (this could result from the situation of dialogue and unequal social status of the researcher and the subject of the research). Children with ASD used 1st person pronoun less often than the other two groups, and committed an error of omission most frequently. The use of 2nd person pronoun was correct. In the case of 3rd person pronouns, the pattern was the same in all groups (correct uses, errors and proportions of errors to correct uses), but in the autistic group there were proportionally more errors than correct uses. These were typically ambiguity errors (Baltaxe & D’Angiola, 1996, pp. 255–256). *Analysis of narration*: while retelling a story, adults correctly used 3rd person pronouns (Novogrodsky & Edelson, 2016). *Tests*: children with ASD tended to use the pronoun *I* instead of *me* (Lee et al., 1994, p. 175).

Demonstrative pronouns: *Analysis of conversations*: children with ASD did not make mistakes, at the same time these pronouns demand the least advanced abstract thinking from the speaker in comparison to e.g. personal pronouns (Baltaxe & D’Angiola, 1996, p. 255).

Clitic pronouns: *Meta-analysis*: there are significant differences in understanding this group of pronouns between people with ASD and TD people (Finnegan et al., 2020). School children with ASD, with normal intellectual capacity, had difficulty in using clitic pronouns appropriately to the context (Naigles & Tek, 2017, p. 6).

Reflexive pronouns: *Meta-analysis*: people with ASD have a poorer understanding of reflexive pronouns than TD people (Finnegan et al., 2020; see also: Bochynska et al., 2020, p. 1747). *Experimental tests*: The pattern of difficulty in understanding reflexive pronouns in ASD is not typical of any stage of correct speech development and indicates impaired grammar skills rather than being related to language delay or cognitive deficits (Perovic et al., 2013a, p. 830, 2013b, p. 151);

Interrogative pronouns – see: modality.

Prepositions: already during early research on autism, it was demonstrated that children with ASD had difficulty in understanding and using prepositions (Menyuk

4 The authors point out that from the pragmatic perspective the 1st person pronoun is identified with the role of the speaker, 2nd person – with the role of the listener, 3rd person – with topic and comments.

& Quill, 1985, p. 136). *Inventory studies*: preschoolers with ASD with varying levels of non-verbal IQ had limitations with respect to understanding prepositions (Charman et al., 2003, pp. 224–225). *Analysis of spontaneous speech*: preposition omission occurred in low-functioning children with ASD (Ricks & Wing, 1975, p. 208). *Experiment*: children with ASD had a better understanding of the manner in which an action is performed than its path, while the latter is expressed with the use of prepositions in the English language (Parish-Morris, 2011, p. 84). *Analysis of narration*: difficulties with prepositions may persist in children with ASD who achieved standard results in language tests evaluating vocabulary and grammar (Kelley et al., 2006, p. 825). [Polish language:] *Experimental tests*: a child with ASD used prepositional phrases in object structures to a limited extent (Boksa, 2017, p. 105).⁵

Conjunctions: see above: temporal and spatial relations; [Polish language:] *Experimental tests*: incorrect use of conjunctions expressing spatial relations occurred in the speech of boys with ASD; paratactic connections, mainly with the conjunction *and*, were used the most frequently (Boksa, 2017, pp. 107, 108).

Conclusions

1. Similarly, as in the category of things and events, described in the second part of the article *Vocabulary in autism spectrum disorders. Part 2: Qualitative description – the category of things and events*, the category of relations and corresponding lexical exponents are represented in vocabulary with people with ASD. At the same time, there are differences between people with ASD, TD people and people with other disorders. These differences are more profound and distinct than in the category of things and events.

2. Content associated with relations and linguistic means of its expression pose a significant developmental challenge which may be especially difficult for people with ASD.

3. Within the category of relations in language and speech of people with ASD, the following trends are noticed:

- a) relations occurring in the reality the subject talks about:
 - subcategories which are typically less present in people with ASD than in TD people: function of an object / intention of the creator of an object; time; space;
 - subcategories within which the results are varied: causality; expressive component; superiority–subordination.

5 One of the boys corrected them appropriately.

- b) attitude of the speaker to the content of speech:
 - subcategories which can be less present than in TD people: modality, expressive component;
 - c) anchoring the meaning of an utterance in a context – weaker than in TD people;
 - d) relations between communication participants – weaker than in TD people.
4. As far as parts of speech associated with relations are concerned, they are less present in language and speech of people with ASD than in TD people. This pertains especially to function words: preposition, pronoun, particle; but also adjective and adverb.

5. The conclusions drawn on the basis of the analysis of vocabulary referring to relations are convergent with the ones pertaining to the category of things and events; these will be cited in brief as they are described in more detail in the first part of this article. Some phenomena considered before to be specific of people with ASD are similar to those observed in typical development. At the same time, there are features specific solely of autism, persistent also in high-functioning people. The existence of differences within a particular semantic or grammatical category is usually ambiguous. The interference of biological, mental and emotional, environmental and cultural factors in the acquisition, comprehension and use of vocabulary requires advanced research on each of these factors and their mutual connections. The content encoded in words, thought operations and concepts behind them, and the nature of words as linguistic symbols can also be mutually influential, therefore conclusions must be formulated with caution.

In vocabularies of people with ASD and TD people, the same content is encoded, but in various manners and to a different extent. Differences between vocabularies of people with ASD and TD people are usually not sharp. They are revealed especially in the qualitative aspect.

References

- Baltaxe, C. A. M., & D'Angiola, N. (1996). Referencing skills in children with autism and specific language impairment. *European Journal of Disorders of Communication*, 31, 245–258. <https://doi.org/10.3109/13682829609033156>
- Bang, J., Burns, J., & Nadig, A. (2012). Brief report: Conveying subjective experience in conversation: Production of mental state terms and personal narratives in individuals with high functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(7), 1772–1738. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1716-4>
- Barokova, M., & Tager-Flusberg, H. (2019). Person-reference in autism spectrum disorder: Developmental trends and the role of linguistic input. *Autism Research*, 3(6), 959–969. <https://doi.org/10.1002/aur.2243>

- Błęszyński, J. (1998). *Mowa i język dzieci z autyzmem. Wybrane zagadnienia*. Wydawnictwo Uczelniane WSP.
- Bochynska, A., Coventry, K. R., & Vulchanov, V. (2020). Tell me where it is: Selective difficulties in spatial language on the autism spectrum. *Autism*, 24(7), 1740–1757. <https://doi.org/10.1177/1362361320921040>
- Boksa, E. (2017). The relations between the elements of a sentence in utterances of autistic children formulated in the Polish language. *Respectus Philologicus*, 32(37), 101–111. <https://doi.org/10.15388/RESPECTUS.2017.32.37.10>
- Boucher, J. (2012). Research review: Structural language in autistic spectrum disorder – characteristics and causes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 219–233. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02508.x>
- Capps, L., Losh, M., & Thurber, Ch. (2000). “The frog ate the bug and made his mouth sad”: Narrative competence in children with autism. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 193–204. <https://doi.org/10.1023/A:1005126915631>
- Charman, T., Drew, A., Baird, C., & Baird, G. (2003). Measuring early language development in preschool children with autism spectrum disorder using the MacArthur communicative development inventory (infant form). *Journal of Child Language*, 30(1), 213–26. <https://doi.org/10.1017/S0305000902005482>
- Colle, L., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., & Lely, H.K.J. van der (2008). Narrative discourse in adults with high-functioning autism or Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 28–40. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0357-5>
- Eskes, G. A., Bryson, S. E., & McCormick, T. (1990). Comprehension of concrete and abstract words autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20(1), 61–73. <https://doi.org/10.1007/BF02206857>
- Finnegan, E. G., Asaro-Saddler, K., & Zajic, M. C. (2021). Production and comprehension of pronouns in individuals with autism: A meta-analysis and systematic review. *Autism*, 1–15, <https://doi.org/10.1177/1362361320949103>
- Gernsbacher, M. A., Morson, E. M., & Grace, E. J. (2016). Language and speech in autism. *Annual Review of Linguistics*, 2, 413–425. <https://doi.org/10.1146/annurev-linguistics-030514-124824>
- Göksun, T., Hirsh-Pasek, K., & Golinkoff, R. M. (2009). Trading spaces: Carving up events for learning language. *Perspectives on Psychological Science*. https://www.researchgate.net/publication/237384398_Trading_Spaces_Carving_Up_Events_for_Learning_Language_Perspectives_on_Psychological_Science
- Jordan, R. R. (1989). An experimental comparison of the understanding and use of speaker-addressee personal pronouns in autistic children. *British Journal of Disorders of Communication*, 24, 169–179. <https://doi.org/10.3109/13682828909011954>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250.
- Kelley, E., Paul, J. J., Fein D., & Naigles, L. R. (2006). Residual language deficits in optimal outcome children with a history of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 807–828. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0111-4>
- Korendo, M. (2013). *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach osób z zespołem Aspergera*. Omega Stage Systems – Jędrzej Cieszyński.
- Lee, A., Hobson, P. R., & Chiat, S. (1994). I, you, me and autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(2), 155–176. <https://doi.org/10.1007/BF02172094>
- Losh, M., & Capps, L. (2003). Narrative ability in high-functioning children with autism and Asperger’s syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(3), 239–251. <https://doi.org/10.1023/A:1024446215446>
- Menyuk, P., & Quill, K. (1985). Semantic problems in autistic children. In E. Shopler, & G. Mesi-

- bov (Eds.), *Communication problems in autism* (pp. 127–144), Springer Science+Business Media.
- Naigles, L. R., & Tek, S. (2017). “Form is easy, meaning is hard” revisited: (re)characterizing the strengths and weaknesses of language in children with autism spectrum disorder. *WIREs Cognitive Science*, e1438. <https://doi.org/10.1002/wcs.1438>
- Naigles, L. T., Cheng, M., Rattansone, N. X., Tek, S., Khetrupal, N., Fein, D., & Demuth, K. (2016). “You’re telling me!”: The prevalence and predictors of pronoun reversals in children with autism spectrum disorders and typical development. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 27, 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.03.008>
- Novogrodsky, R., & Edelson, L. R. (2016). Ambiguous pronoun use in narratives of children with autism spectrum disorders. *Child Language Teaching and Therapy*, 32(2), 241–252. <https://doi.org/10.1177/0265659015602935>
- Ohta, M. (1987). Cognitive disorders of infantile autism: A study employing the WISC, spatial relationship conceptualization and gesture imitations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17(1), 45–62. <https://doi.org/10.1007/BF01487259>
- Panasiuk, J., & Kaczyńska-Haładaj, M. (2015). Postępowanie logopedyczne w przypadku osób dorosłych z zespołem Aspergera. In S. Grabias, J. Panasiuk, & T. Woźniak (Eds.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (pp. 517–554). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Parish-Morris, J. (2011). *Relational vocabulary in preschoolers with autistic spectrum disorder: The role of dynamic spatial concepts and social understanding*. <https://scholarshare.temple.edu/handle/20.500.12613/2099>
- Perkins, M., Boucher, J., Dobbinson, S., Boucher, J., Bol, S., & Bloom, P. (2006). Lexical knowledge and lexical use in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 795–805. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0120-3>
- Perovic, A., Modyanova, N., & Wexler, K. (2013a). Comprehension of reflexive and personal pronouns in children with autism: A syntactic or pragmatic deficit? *Applied Psycholinguistic*, 34, 813–835. <https://doi.org/10.1017/S0142716412000033>
- Perovic, A., Modyanova, N., & Wexler, K. (2013b). Comparison of grammar in neurodevelopmental disorders: The case of binding in Williams syndrome and autism with and without language impairment. *Language Acquisition*, 20, 133–154. <https://doi.org/10.1080/10489223.2013.766742>
- Podsiad, A. (2001). *Słownik pojęć i terminów filozoficznych*. Pax.
- Rescorla, L. A., & Safyer, P. (2013). Lexical composition in children with autism spectrum disorder (ASD). *Journal of Child Language*, 40(1), 47–68. <https://doi.org/10.1017/S0305000912000232>
- Ricks, D. R., & Wing, L. (1975). Language, communication, and the use of symbols in normal and autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 5(3), 191–221.
- Shield, A., Meier, R. P., & Tager-Flusberg, H. (2015). The use of sign language pronouns by native-signing children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(7), 2128–2145. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2377-x>
- Siller, M., Swanson, M. R., Serlin, G., & Teachworth, A. G. (2014). Internal state language in the storybook narratives of children with and without autism spectrum disorder: Investigating relations to theory of mind abilities. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 589–596. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.02.002>
- Syrett, K., Arunchalam, S., & Waxman, S. R. (2014). Slowly but surely: Adverbs support verb learning in 2-year-olds. *Language Learning and Development*, 10(3), 263–278. <https://doi.org/10.1080/15475441.2013.840493>
- Szatmari, P., Bartolucci, G., & Bremner, R. (1989). Asperger’s syndrome and autism: Comparison of early history and outcome. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 31(6), 709–720. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1989.tb04066.x>
- Tager-Flusberg, H. (1995). „Once upon a ribbit”: Stories narrated by autistic children. *British Jour-*

- nal of Developmental Psychology*, 13, 45–59. <https://doi.org/10.1111/j.2044-835X.1995.tb00663.x>
- Tager-Flusberg, T., & Sullivan, K. (1995). Attributing mental states to story characters: A comparison of narratives produced by autistic and mentally retarded individuals. *Applied Psycholinguistics*, 16, 241–256. <https://doi.org/10.1017/S0142716400007281>
- Urban, A. (2019). Ocena językowych i komunikacyjnych możliwości dziecka z autyzmem na podstawie wybranych narzędzi diagnostycznych. Studium przypadku. *Logopedia*, 48(2), 421–447. <https://doi.org/10.24335/fnav-jr93>
- Van Lacker, D., Cornelius, C., & Needleman, R. (1991). Comprehension of verbal terms for emotions in normal, autistic, and schizophrenic children. *Developmental Neuropsychology*, 7(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/87565649109540474>
- Williams, T. I. (1993). Brief report: Vocabulary development in an autistic boy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23(1), 185–191.



EWA HRYCYNA

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie,

Katedra Języka Polskiego i Logopedii

 <https://orcid.org/0000-0002-2932-1313>

Słownictwo w zaburzeniach należących do spektrum autyzmu Część 3: Charakterystyka jakościowa – kategoria relacji

Vocabulary in autism spectrum disorders

Part 3: Qualitative characteristics – the category of relations

ABSTRACT: The article is the third part of the study concerned with vocabulary in autism spectrum disorders. The subject of interest in this article is the category of relations and its lexical exponents. The author presents various types of linguistically expressed relations. It discusses how they are represented in the language of people with autism spectrum disorders, devoting a separate fragment to parts of speech. Acquiring relational concepts and their lexical exponents is a significant development challenge; especially difficult for people with autism. In category of relations the differences between the dictionaries of typically developing people and people with autistic disorders are the most pronounced. The remaining conclusions from the analysis carried out are in line with those in the second part of the study concerning the category of things and events.

Keywords: autism, semantic category, relation, adjective, adverb, numeral, pronoun, preposition, conjunction, particle

STRESZCZENIE: Artykuł jest trzecią częścią studium poświęconego słownictwu w zaburzeniach ze spektrum autyzmu. Przedmiotem zainteresowań w artykule jest kategoria relacji i jej leksykalnych wykładników. Autorka przedstawia różne typy wyrażanych językowo relacji. Omawia, w jaki sposób są one reprezentowane w języku osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, poświęcając osobny fragment częściom mowy. Przystawianie pojęć relacyjnych i właściwych im wykładników leksykalnych stanowi istotne wyzwanie rozwojowe; szczególnie trudne dla osób z autyzmem. Właśnie w obszarze tej kategorii różnice między słownikami osób typowo się rozwijających i osób z zaburzeniami autystycznymi są najwyraźniejsze. Pozostałe wnioski z przeprowadzonej analizy pokrywają się z tymi z drugiej części studium, dotyczącej kategorii rzeczy i zdarzeń.

SŁOWA KLUCZOWE: autyzm, kategoria semantyczna, relacja, przymiotnik, przysłówki, liczebnik, zaimki, przyimek, spójnik, partykuła.

Niniejszy artykuł stanowi kontynuację tekstu: *Słownictwo w zaburzeniach należących do spektrum autyzmu* poprzednich dwóch części studium (część 1: *Kierunki, obszary i metody badań*, część 2: *Charakterystyka jakościowa – kategoria*

rzeczy i zdarzeń), opublikowanych w czasopiśmie „Logopedia Silesiana” 2021, 10(1), i 2022, 11(1). Dotyczy kategorii relacji i jej wykładników leksykalnych w języku i mowie osób z autyzmem.

Podstawy metodologiczne

Przypomnę, że celem całego studium jest synteza jakościowa aktualnej wiedzy o słownictwie w zaburzeniach autystycznych oraz interpretacja zjawisk leksykalnych w autyzmie ze szczególnym uwzględnieniem perspektywy lingwistycznej. Artykuły mają charakter przeglądowy. Realizacji celu badawczego służą metody analityczna oraz interpretacyjna. Materiał badawczy zebrano w sposób tradycyjny oraz przez systematyczne przeszukanie bazy danych PubMed, według słów kluczowych: *autism* oraz: *vocabulary* (537 rezultatów), *lexical* (159), *noun* (32), *verb* (43), *adjective* (21), *adverb* (4), *numeral* (7), *pronoun* (62), *preposition* (18), *particle* (87), *conjunction* (251). Z wyszukanych rekordów wybrano te odpowiadające celowi badań, czyli charakteryzujące słownik w autyzmie. Z uwagi na jakościowy charakter studium, stosunkowo skromny jeszcze stan badań w tym obszarze, a także znaczne i głębokie zróżnicowanie metodologiczne prac źródłowych nie dokonywano selekcji opartej na kryteriach innych niż wspomniane.

Jak zaznaczyłam w poprzednich częściach, spektrum autyzmu jest zjawiskiem bardzo złożonym i wewnątrznie zróżnicowanym. Badania nad autyzmem, w tym nad językiem w autyzmie, opierają się na różnych koncepcjach metodologicznych, różnie rozumianych zmiennych; nawet bardzo zbliżone badania są niekiedy trudne do jednoznacznego porównania. W pierwotnym zamyśle sporządzano tabelę obrazującą szczegóły metodologiczne badań, na których opierały się wybrane do analizy prace. Z uwagi jednak na obszerność studium tabela zostanie dołączona do ostatniej części jako aneks. Przedstawiając natomiast wyniki badań, zaznaczałam kwestie metodologiczne dotyczące wieku, poziomu funkcjonowania intelektualnego, stopnia spektrum autyzmu – jeśli zostały one wyraźnie dookreślone w tekście źródłowym.

Analizowana literatura przedmiotu w głównej mierze opiera się na badaniach osób posługujących się językiem angielskim; będą odpowiednio oznaczać te fragmenty, które odnoszą się do języka polskiego. Przyjmuję skróty angielskie dla określonych zaburzeń rozwojowych: spektrum autyzmu (ASD), zespół Aspergera (AS), autyzm wysokofunkcjonujący (HFA), rozwój typowy (TD), opóźnienie rozwoju mowy (LT), zaburzenie rozwoju mowy (DLD), niepełnosprawność intelektualna (ID).

Wyniki są publikowane według klucza semantycznego, co jest kontynuacją 2. części studium.

Kategoria: relacja

Relacja (stosunek) może być rozumiana jako jakiegokolwiek przyporządkowanie czegoś czemuś, ujmowane bądź jako czynność odniesienia, bądź jako sposób bytowania pomiędzy kresami odniesienia. W przyporządkowaniu takim wyróżnia się następujące składniki: 1) podmiot relacji — to, co jest przyporządkowane; 2) kres (przedmiot) relacji — to, czemu przyporządkowany jest podmiot; 3) powód relacji (*ratio ad* i *ratio in*) — to, ze względu na co zaistniało przyporządkowanie (Podsiad, 2001, s. 754). Wśród relacji wyrażanych językowo daje się wyróżnić: 1) relacje zachodzące w rzeczywistości, o której mówi podmiot: właściwość, ilość/liczba, pokrewieństwo, podobieństwo, przeciwieństwo, ekwiwalencja; umiejscowienie (stosunki przestrzenne), następstwo czasowe, porządek logiczny; równoległość, alternatywa, przeciwstawność, koncesjonowany kontrast; wynikowość, warunkowość, przyczynowość, celowość; posiadanie i inne; 2) stosunek mówiącego do treści tego, o czym mówi: modalność (prawdziwość, powinność, istnienie, stosunek emocjonalny); wartościowanie; 3) zakotwiczenie sensu wypowiedzi w kontekście – deiksa; 4) relacje między uczestnikami komunikacji. Na poziomie leksykalnym, relacje wyrażane są przez przymiotniki, przysłówki, liczebniki (grupa wyrazów samodzielnoznaczeniowych), przyimki, zaimki, spójniki, partykuły (grupa wyrazów niesamodzielnoznaczeniowych). Nadto relacyjny charakter mają znaczenia czasowników oraz niektórych rzeczowników (np. nazw pokrewieństwa).

* * *

Kształtowanie się pojęcia relacyjności oraz rozumienie i właściwe używanie jej językowych wykładników jest w ASD utrudnione (Menyuk i Quill, 1985, s. 133). Dotąd w literaturze przedmiotu poruszono niektóre tylko kwestie związane z tym bardzo obszernym i złożonym problemem. Poniżej zestawiam wnioski z tych badań.

1. Relacje zachodzące w rzeczywistości, o której mówi podmiot.

Kolor: *Obserwacje, analiza mowy spontanicznej:* nazwy kolorów były wyraźnie obecne w leksykonach dzieci z ASD. Cecha semantyczna kodowana w nazwach kolorów ma charakter statyczny (zob. punkt 1, kategoria: rzeczy – w poprzednim

artykule). [język polski:] *Badanie kwestionariuszowe*: chłopiec z ASD wykazywał pewne trudności w nazywaniu kolorów (Urban, 2019, s. 428)¹.

Wielkość: nie badano osobno rozumienia i używania nazw wielkości ani wielkości jako cechy semantycznej znaczeń słów, natomiast Paula Menyuk i Kathleen Quill podają, że w ASD mogą występować trudności z przyswajaniem i kodowaniem cech, które wykraczają poza parametr czysto perceptualny. Na przykładzie wyrażenia atrybut + obiekt: *duży chłopiec*, *mały chłopiec* badaczki pokazują, że wyrażenia te mogą być przyswajane i przechowywane w pamięci jako całość raczej niż jako wygenerowane z podzielnych i podlegających kombinacjom jednostek (Menyuk i Quill, 1985, s. 131).

Kształt: jedna z hipotez wyjaśniających opóźnienia i/lub zaburzenia w rozwoju leksykalnym dzieci z ASD głosi, że dzieci te nie wykazują nastawienia na kształt w przyswajaniu nowych nazw obiektów lub dzieje się to u nich z opóźnieniem. Jednak dotąd nie opracowano jeszcze osobno, jak realizowane są nazwy kształtów.

Funkcja, intencja twórcy przedmiotu: atrybuty funkcjonalne implikują relacje między obiektami, agensami, instrumentami. Dzieci z ASD nie polegają na funkcji obiektów jako kryterium kategoryzacji w uczeniu się znaczeń słów; wykazują trudności z rozumieniem związków znaczeniowych opartych na funkcji (Menyuk i Quill, 1985, s. 131). W badaniach Lynn Waterhouse i Deborah Fein gdy dziecko z ASD nie znało nazwy obiektu, podawało nazwę podobnie brzmiącą lub nazwę z tej samej kategorii semantycznej. Z kolei dzieci TD opisywały funkcję, pokazywały gestami, jak używa się przedmiotu. U dzieci z ASD takich strategii nie zauważono (Waterhouse i Fein, 1982 za: Menyuk i Quill, 1985, s. 132). *Analiza rozmów*: osoby dorosłe z ASD popełniały błędy w nazwach artefaktów [grupy nazw opartych na funkcjach obiektu i/lub intencjach ich kreatora], ale nieliczne w stosunku do tego, co wcześniej przewidywano (Perkins i in. 2006, s. 802).

Ilość/liczba: nazwy liczb były wyraźnie obecne w leksykonach dzieci z ASD (zob. punkt 1, kategoria: rzeczy – w poprzednim artykule), jednak w przypadkach opisanych przez Leo Kanner nie denotowały niczego specyficznego (Kanner, 1943, s. 243).

Właściwość – cechy psychiczne: *Analiza narracji*: dzieci w wieku 10–13 lat z ASD posługujące się językiem werbalnym, z normatywnym IQ, używały podobnej jak dzieci TD liczby przymiotników nazywających stany mentalne (Bang i in., 2013, s. 1736). *Próby eksperymentalne*: dzieci z ASD gorzej radziły sobie niż dzieci TD i dzieci ze schizofrenią [S] w zadaniu sprawdzającym rozumienie przymiotników, zarówno neutralnych, jak i emocjonalnych; w zadaniu polegają-

1 Próba poprawnego nazywania wymagała podpowiedzi ze strony badającego. Chłopiec nie-pewnie nazywał poszczególne kolory, dokonywał uników, pauz wypełnionych, podstawowe barwy nazwał dobrze, problemem okazały się kolory: brązowy, fioletowy. Nie znając poprawnej nazwy, nazywał desygnat słowem: *kredka* (Urban, 2019, s. 428).

cym na definiowaniu przymiotników emocjonalnych, dzieci z ASD formułowały definicje niedojrzałe, właściwe dzieciom młodszym TD, używały mniej synonimów i uogólnień, więcej zaś konkretnych lub błędnych odpowiedzi (w grupy nie włączano dzieci o poziomie rozwoju lub IQ niższym niż 40) (Van Lancker i in., 1991, s. 14–15).

Nadrzędność–podrzędność: w języku dzieci z ASD relacja taka jest reprezentowana, zachodzą pewne różnice względem rozwoju typowego, ale kwestia ta zostanie omówiona w kolejnej części studium.

Podobieństwo, przeciwieństwo, pokrewieństwo: u dzieci z ASD mogą występować trudności w przyswajaniu znaczeń przymiotników wymagających porównywania (Menyuk i Quill, 1985, s. 136). *Analiza dyskursu:* grupa dzieci z ASD w dyskursie nie używała wykładników spójności związanych z porównywaniem, w przeciwieństwie do grup TD i SLI (grupy dopasowano pod względem umiejętności językowych) (Baltaxe i D’Angiola, 1996, s. 252). U dzieci z ASD występują również trudności z rozumieniem i używaniem nazw pokrewieństwa. [język polski:] *Obserwacje:* u dzieci z ZA (małych i później w wieku przedszkolnym) nadal nie pojawiają się w nazwy członków rodziny; jeśli występują, nie są używane w celu bezpośredniego zwracania się do osób lub ich przywoływania (Korendo, 2013, s. 73).

Ekwiwalencja: trudności z rozumieniem ekwiwalencji opartej na funkcji (Menyuk i Quill, 1985, s. 131), zob. wyżej – funkcja, intencja twórcy przedmiotu .

Przyczynowość: *Analiza narracji:* gdy porównano dzieci z ASD z dziećmi TD i ID, stwierdzono, że w narracjach dzieci z ASD nie występowały stwierdzenia przyczynowe (*causal statement*) (grupy dopasowano pod względem umiejętności językowych w zakresie słownictwa) (Tager-Flusberg, 1995, s. 53). Gdy w kolejnych badaniach porównywano z sobą grupy o zbliżonych, wysokich umiejętnościach językowych (dotyczących nie tylko słownika, ale też gramatyki), różnic tego typu nie zauważono, jednak gdy po zadaniu narracyjnym zadawano pytania o stany wewnętrzne bohaterów, dzieci z ASD miały trudności z ich wyjaśnianiem (Tager-Flusberg i Sullivan, 1995, s. 253). Podobnie w późniejszych badaniach innych autorów: stwierdzono brak różnic między dziećmi z ASD i dziećmi z opóźnieniem rozwojowym (grupy dopasowane pod względem wieku mentalnego i poziomu IQ, posługujące się językiem werbalnym), jeśli chodzi o ogólny poziom używania językowych wykładników przyczynowości, choć dzieci z ASD rzadziej określały przyczynę wewnętrznych stanów bohatera (Capps i in., 2000, s. 201). Trudności w zakresie języka przyczynowego stwierdzono także u bardzo wysokofunkcjonujących dzieci z ASD i AS (Losh i Capps, 2003, s. 248). Zob. też poprzednią część artykułu, kategoria: zdarzenie, podkategoria kauzacja. [język polski:] *Obserwacja:* u dzieci z zespołem Aspergera Marta Korendo odnotowała ograniczenia w myśleniu i języku przyczynowym (Korendo, 2013, s. 96–97).

Czas: *Analiza rozmów:* Mick Perkins i inni sprawdzali predykcję, zgodnie z którą w autyzmie występują trudności z relatywnymi nazwami czasowymi,

nazwy czasowe absolutne zaś są rozumiane i używane prawidłowo². Badacze stwierdzili, że w rozmowach osób dorosłych z ASD nie ma nierównowagi ilościowej (niedoreprezentowania) między użyciem nazw czasowych absolutnych i relatywnych. W obrębie jednych i drugich występują błędy. Błędy dotyczyły także znaczenia aspektualnego i gramatycznej kategorii czasu. Grupa cechowała się dużym zróżnicowaniem. Według przyjętych kryteriów włączających, każdy z uczestników badania miał w jakimś stopniu rozwinięty rozumiały język werbalny (Perkins i in., 2006, s. 800). *Analiza narracji*: u osób dorosłych (z HFA lub z AS) występowały trudności w zakresie używania w wypowiedzi „pragmatycznych markerów” czasu (Colle i in., 2008, s. 37–38).

Przestrzeń: Inwentarze: dzieci z ASD gorzej rozumiały nazwy lokatywne i używały mniejszej ich liczby niż dzieci TD (Charman i in., 2003, s. 224–225). *Próby eksperymentalne:* u dzieci niskofunkcjonujących z ASD występowały problemy z rozumieniem i używaniem wyrażen dotyczących relacji przestrzennych (Ricks i Wing, 1975). U osób wysokofunkcjonujących (w wieku 9–27 lat) występowały trudności z odtwarzaniem opisu relacji przestrzennych z pamięci (Bochynska i in., 2020, s. 1747). *Analiza rozmów:* u osób dorosłych z ASD odnotowano częste błędy w użyciu absolutnych i relacyjnych nazw i wyrażen przestrzennych. Grupa cechowała się dużym zróżnicowaniem. Według przyjętych kryteriów włączających, każdy z uczestników badania miał w jakimś stopniu rozwinięty rozumiały język werbalny (Perkins i in., 2006, s. 800). *Badanie testowe:* u dzieci z ASD z IQ w normie lub powyżej normy wystąpiły znaczące trudności w rozumieniu relacji przestrzennych (Ohta, 1987, s. 59, 61); u osób wysokofunkcjonujących z ASD (w wieku 9–27 lat) – wybiórcze trudności w produkowaniu nazw przestrzennych, takich jak: *projective prepositions (left/right, front/back), source path terms (out of/down off), proximal terms (near/far)*; przyimki przyswajane wcześniej w ontogenezie były używane prawidłowo (Bochynska i in., 2020, s. 1747). *Analiza narracji:* u dzieci i osób dorosłych z HFA/AS stwierdzono trudności w zakresie używania w wypowiedzi „pragmatycznych markerów” przestrzeni (Colle i in., 2008, s. 37–38).

2. Stosunek mówiącego do treści tego, o czym mówi:

Modalność epistemiczna, czyli postawa mówiącego wobec treści wypowiedzenia: a) czasowniki modalne – zob. część 1 artykułu *Słownictwo w zaburzeniach należących do spektrum autyzmu*, kategoria: zdarzenie; b) partykuły: Kanner zaobserwował, że dzieci z ASD długo uczą się słowa *yes* (Kanner, 1943, s. 244); c) zaimki pytajne: dzieci z ASD w wieku przedszkolnym rozumiały konstrukcje z zaimkami *wh-* (Naigles i Tek, 2017, s. 6). [język polski:] *Obserwacja:* u dzieci

2 Nazwy czasu relatywne (względne) – ich lokalizacja temporalna jest określona do lokalizacji temporalnej mówiącego lub innych zdarzeń/jednostek, np. *teraz, wczoraj, przedtem*. Nazwy czasowe „absolutne” mają znaczenie niezależne od lokalizacji temporalnej mówcy lub innych uczestników zdarzeń/jednostek, np. *nazwy dni tygodnia, miesiący, pór roku*.

z zespołem Aspergera występują trudności w rozumieniu i zadawaniu pytań (Korendo, 2013, s. 95); u osób dorosłych z ZA nieprawidłowości w realizowaniu funkcji modalnej wystąpiły w subtypach schizoidalnym i obsesyjno-kompulsyjnym, brak zdolności do realizowania funkcji modalnej – w subtypie neurotycznym (Paniasiuk i Kaczyńska-Haładaj, 2015, s. 530).

Nacechowanie ekspresywne (ocena, wartościowanie, emocje): *Analiza narracji*: dzieci z ASD nie różniły się w ogólnych proporcjach wykładników subiektywnych postaw i emocji (*evaluative devices*) od dzieci TD i dzieci z opóźnieniem rozwojowym (grupy były dopasowane pod względem wieku mentalnego i poziomu IQ, posługujące się językiem werbalnym), jednak zakres tych wykładników w przypadku dzieci z ASD i dzieci z opóźnieniem rozwojowym był ograniczony (Capps i in., 2000, s. 201). [język polski:] *Obserwacja*: u osób dorosłych z ZA wystąpiły nieprawidłowości w realizowaniu funkcji emocjonalnej (Paniasiuk i Kaczyńska-Haładaj, 2015, s. 530); na poziomie słowotwórczym zaobserwowano: w subtypie schizoidalnym – częste używanie struktur nacechowanych ekspresywnie (zdrobnień, zgrubień, spieszczeń); w subtypie neurotycznym – brak struktur nacechowanych ekspresywnie; w subtypie obsesyjno-kompulsyjnym – niedobór struktur nacechowanych ekspresywnie (Paniasiuk i Kaczyńska-Haładaj, 2015, s. 529).

3. Zakotwiczenie sensu wypowiedzi w kontekście – **deiksa**: osobowa – zob. niżej zaimki; czasowa – zob. wyżej czas; związana z miejscem – zob. przestrzeń, zaimki; zob. też czasowniki deiktyczne w części 1 i 2 artykułu *Słownictwo w zaburzeniach należących do spektrum autyzmu*, kategoria: zdarzenie.

4. Relacje między uczestnikami komunikacji.

Badania inwentarzowe: u dzieci mówiących z ASD niżej reprezentowane były słowa związane z praktykami społecznymi, codziennymi zachowaniami, i była to jedna z najbardziej wyraźnych różnic między dziećmi ASD i TD w wieku przedszkolnym o zróżnicowanym poziomie niewerbalnego IQ (Charman i in., 2003, s. 224–225); podobne prawidłowości zaobserwowano u dzieci ze słownikami od 1 do 310 słów (Rescorla i Safyer, 2013, s. 58). Zob. też część 1 i 2 artykułu *Słownictwo w zaburzeniach należących do spektrum autyzmu*, kategoria: zdarzenie, subkategoria: komunikowanie się.

* * *

Przyswojenie leksemów wyrażających relacje jest fundamentalne dla rozwoju językowego (Göksun i in., 2009, s. 1). Ich rozumienie i używanie wymaga zaawansowanych umiejętności językowych i metajęzykowych, w tym sprawnego przetwarzania kontekstu językowego i pozajęzykowego. Są to leksemy silnie nacechowane semantycznie, gramatycznie i pragmatycznie. Pełnią istotną funkcję w codziennej komunikacji, tworzeniu spójnych wypowiedzi i tekstów, operacjach transformacji tekstu.

U dzieci z ASD zauważa się trudności w rozumieniu i używaniu leksemów relacyjnych (Eskes i in., 1990, s. 71; Menyuk i Quill, 1985, s. 128; Parish-Morris, 2011; język polski: Korendo, 2013, s. 73), których znaczenie zmienia się zależnie od kontekstu i osoby mówiącej. Osoby z ASD używają mniej przymiotników, spójników, przedimków, morfologicznych wykładników czasu, czasowników posiłkowych; w małym stopniu używają złożonej składni, włączając w to zdania wtrącone, zdania dopełnieniowe i względne (Boucher, 2012, s. 222, 224; Kelley i in., 2006, s. 808; Ricks i Wing, 1975, s. 208).

Części mowy wyrażające relacje w języku i mowie osób z ASD:

Leksemy określające: przymiotnik i przysłówek – zaobserwowano ograniczenia w rozumieniu i używaniu leksemów określających: przymiotników i przysłówków. Są one rozumiane prawdopodobnie raczej jako nazwy zbioru obiektów, które łączy ta sama cecha, niż jako nazwy relacji między osobami czy obiektami; raczej jako atrybuty reprezentowane w pamięci stanowiące konkretny obraz perceptualny i konkretny kontekst, niż jako potencjalny atrybut obiektu (Menyuk i Quill, 1985, s. 136). *Badania inwentarzowe*: dzieci z ASD w wieku przedszkolnym o zróżnicowanym poziomie niewerbalnego IQ wykazały gorsze rozumienie leksemów określających niż dzieci TD (Charman i in., 2003, s. 224–225). *Analiza rozmów*: dzieci z ASD w dyskursie nie używały wykładników spójności odnoszących się do porównań – przysłówków porównawczych i superlatywnych: *-er, -est* (Baltaxe i D’Angiola, 1996, s. 252). W typowym rozwoju mowy [w języku angielskim] przysłówki ułatwiają przyswajanie czasowników (Syrett i in., 2014). [język polski:] *Próby eksperymentalne*: w mowie chłopca z ASD pojawiało się bardzo niewiele fraz przymiotnikowych i przysłówkowych (Boksa, 2017, s. 107). *Analiza narracji*: dzieci w wieku starszym przedszkolnym i wczesnym wieku szkolnym z ASD, posługujące się językiem werbalnym, z IQ normatywnym, w porównaniu do dzieci TD produkowały mniejszą liczbę wypowiedzi, używały mniej słów i włączały do wypowiedzi mniejszy zakres zróżnicowanych czasowników i przymiotników (Siller i in., 2014, s. 594). *Analiza mowy spontanicznej*: w studium przypadku autorstwa Tima Williamsa, opartym na wypełnionych przez rodziców arkuszach rejestrujących słowa pojawiające się w mowie dziecka, oraz w przeprowadzonej przez autora próbie polegającej na nazywaniu przez dziecko rzeczy i czynności, w rozwoju mowy małego chłopca najpierw pojawiły się rzeczowniki, a następnie przymiotniki, przysłówki (*modifiers*), inaczej niż w badaniach innych autorów, gdzie drugą najwyżej reprezentowaną po rzeczownikach częścią mowy były czasowniki akcjonalne (*action words*) (Williams, 1993, s. 189). [język polski:] *Badanie kwestionariuszem*: stwierdzono pewne bardziej lub mniej wyraźne trudności w rozumieniu i używaniu przymiotników i w większym stopniu przysłówków (Urban, 2019, s. 428).

Liczebniki – [język polski:] *Próby eksperymentalne*: zdania w wypowiedziach chłopca z ASD były zdominowane przez rzeczowniki i czasowniki; przymiotniki,

przysłówki, liczebniki, zaimki występowały rzadko (Boksa, 2017, s. 107); zob. też wyżej ilość/liczba. *Badanie kwestionariuszem*: chłopiec z ASD rozumiał i nazywał liczebniki porządkowe (Urban, 2019, s. 428).

Zaimki – ich rozumienie i używanie wymaga odpowiednich sprawności semantycznych, gramatycznych, społecznych. Jak wynika z metaanalizy Elizabeth Finnegan i in. (uwzględniającej badania także na materiale języków innych niż angielski), osoby z autyzmem używają mniej zaimków niż TD, przy czym zjawisko to jest złożone i bardziej subtelne niż przyjmowano w początkowych badaniach (Finnegan i in., 2020, s. 2). Także dzieci głuche z ASD rzadziej używają zaimków niż dzieci głuche TD, mimo że zaimki w języku migowym są semantycznie transparentne, tzn. wskazują kierunkowo na referenta (Shield i in., 2015). Niektóre wyniki badań sugerują, że błędy w używaniu zaimków są bardziej powszechne u dzieci z HFA niż z AS (Szatmari i in., 1989, s. 718).

Zaimki osobowe – ograniczenia w używaniu zaimków osobowych, wynikające z dokładnego powtarzania usłyszanych wypowiedzi, bez dostosowania ich do kontekstu, Kanner opisał jako charakterystyczną i swoistą cechę mowy dzieci autystycznych (Kanner, 1943, s. 244). W kolejnych latach upowszechniło się interpretowanie nieprawidłowości w zaimkach osobowych jako objawów zaburzeń językowych, niewłaściwego używania języka. Hipotezy te poddano weryfikacjom. Anthony Lee i współpracownicy, opierając się na różnego typu próbach eksperymentalnych i wywiadach z nauczycielami, zwrócili uwagę na problemy rozumienia zaimków oraz zasugerowali, że wzorzec użycia zaimków osobowych u dzieci i młodych dorosłych z ASD jest raczej nietypowy, niż że użycia są niewłaściwe (Lee i in., 1994, s. 172).

Morton Ann Gernsbacher i in. w pracy przeglądowej stwierdzają, że błędne używanie zaimków jest naturalnym etapem procesu przyswajania mowy; charakterystycznym dla ASD, ale też dla niepełnosprawności intelektualnej, niedosłuchu itp. oraz występującym w rozwoju typowym, tyle że w rozwoju typowym etap ten trwa krócej i łatwiej ustępuje. Gdy starannie dobierano grupy badawcze, dopasowując je pod względem zaawansowanych umiejętności rozumienia języka, także rozumienie zaimków nie było u osób z ASD słabsze niż u TD. Trudności w produkowaniu zaimków są częstsze w odniesieniu do bardziej złożonych zdań, ale również nie jest to cechą swoistą grupy dzieci z ASD (Gernsbacher i in., 2016, s. 4). [język polski:] *Badania kwestionariuszowe, wywiad*: u większości dzieci nie występował zaimek *ja*; wykazano brak zależności występowania zaimka *ja* w korelacji z płcią badanych. Zarysowały się tendencje wzrostowe występowania lub braku tego zaimka wraz z wiekiem dziecka, niezależnie od płci. U dzieci, u których zaimek ten występował, rodzice zwracali uwagę na to, że kształtował się on między 4. a 10. rokiem życia. W przypadku braku mowy u dziecka wyrażenie *ja chcę* zamieniano na gest, natomiast u dzieci mówiących zaimek *ja* zamieniano na imię własne (Błeszyński, 1998, s. 124).

* * *

Rodzaje błędów:

Odwracanie zaimków (*pronouns reversal*), czyli używanie 1. os. zamiast 2. os., 2. os. zamiast 1. os.: *Analiza rozmów / mowy spontanicznej nagranych podczas zabawy*: nie było dużych różnic w proporcjach między małymi dziećmi z ASD posługującymi się mową werbalną a dziećmi TD, odwracanie stanowiło mniej niż 10% wszystkich użyć zaimków osobowych, ale dzieci z ASD (ogólnie dla grupy i indywidualnie) odwracały zaimki częściej i podczas większej liczby sesji (Naigles i in., 2016, s. 11); im dzieci z ASD w wieku przedszkolnym z wysokimi umiejętnościami językowymi są starsze, tym więcej używają zaimków osobowych – w odniesieniu do siebie samych i do swoich rodziców; rzadko pojawia się odwracanie. Oznacza to, że trudności z zaimkami w ASD mogą nie występować przez długi czas i mogą nie być tak powszechne, jak wcześniej myślano (Barokova i Tager-Flusberg, 2019, s. 9). *Wywiady z nauczycielami*: w codziennych sytuacjach u dzieci z ASD występuje więcej nieprawidłowych użyć zaimków osobowych, niż wskazywały próby testowe (Lee i in., 1994, s. 171, 175). Głuche dzieci z ASD posługujące się ALS jako językiem naturalnym nie popełniły żadnego błędu polegającego na odwracaniu zaimków (Shield i in., 2015); [język polski:] *Próby eksperymentalne*: dwaj chłopcy z ASD nie używali zaimków osobowych w wypowiedzi. Powtarzali wypowiedzi innej osoby bez odpowiedniej modyfikacji (Boksa, 2017, s. 107). **Preferowanie nazw własnych**: *Próby testowe*: u dzieci z ASD występowała skłonność do używania zaimka *ja* zamiast *mnie*; dodatkowo dzieci o niższych umiejętnościach przejawiały skłonność używania nazw własnych wobec siebie i osoby trzeciej zamiast zaimków (Jordan, 1989, s. 176; Lee i in., 1994, s. 175). *Analiza narracji*: dorośli z HFA i z AS częściej odnosili się do bohatera za pomocą nazw rzeczownikowych, a nie zaimków osobowych, co czyniło narracje mniej płynnymi i w niektórych przypadkach pedantycznymi (Colle i in., 2008, s. 37). **Użycia wieloznaczne**, czyli takie, gdy odbiorca na podstawie wypowiedzi nie może ustalić referencji. Osoby z ASD są bardziej skłonne do wieloznacznego używania zaimków niż TD (Finnegan i in., 2020, s. 10). *Analiza rozmów nagranych podczas zabawy*: w przypadku zaimków 1. i 2. os. grupa mówiących dzieci z ASD miała większy procent wieloznacznych użyć niż TD³ (Naigles i in., 2016, s. 5). *Analiza narracji*: podczas odtwarzania usłyszonej historii u dzieci z ASD w wieku od 6 lat i 1 miesiąca do 14 lat i 3 miesięcy zaimki 3. os. były realizowane w sposób prawidłowy, w tworzeniu własnej historii występowało więcej użyć o niejasnym odniesieniu (Novogrodsky, Edelson, 2016); dorośli z HFA/AS częściej używali zaimków w sposób niejednoznaczny. Gdy bohater przez jakiś czas nie pojawiał się w historii,

3 W analizie badań zaznaczono, że wieloznaczność zaimków jest naturalną cechą dyskursu zakotwiczonego w kontekście.

wracając do niego, używali zaimka zamiast pełnej frazy nominalnej (Colle i in., 2008, s. 37). **Rozumienie zaimków osobowych:** *Próby eksperymentalne:* wszyscy uczestnicy badania, dzieci i młodzi dorośli z ASD, zasadniczo rozumieli zaimki osobowe w sytuacji testowej i wystąpiło niewiele błędów polegających na ich odwracaniu. Jednak ujawniły się subtelne różnice, sugerujące, że występują pewne nieprawidłowości w sposobie rozumienia zaimków *ja, ty, mnie* oraz coś nietypowego w ich użyciu (*I, you, me*) (Lee i in., 1994, s. 172, 175). W innych badaniach wskazano, że patrząc z perspektywy słuchającego, dzieci z ASD (w porównaniu do TD i ID) wykazują pełne (lub prawie pełne) (*complete or virtually complete*) rozumienie zaimka *you* jako stosowanego w odniesieniu do nich. Większość dzieci także rozumie zaimek *me* jako stosowany w odniesieniu do mówiącego w tej sytuacji. Dzieci nie mają problemów z rozumieniem tych zaimków jako etykiet referencjalnych (*referential labels*). Z punktu widzenia mówiącego, występują znaczące różnice między dziećmi z ASD a TD i ID. Zamiast wypowiedziania zaimków *me* i *you* w zadaniach eksperymentalnych, dzieci z ASD, inaczej niż pozostałe, miały tendencję do używania nazw własnych lub błędnych zaimków (Jordan, 1989, s. 176–177). Dzieci z ASD miały trudności w rozumieniu zaimków osobowych, ale nie były one inne niż w grupie dzieci TD dopasowanej pod względem umiejętności werbalnych i niewerbalnych (Perovic i in., 2013a, s. 830). *Badania inwentarzowe:* dzieci z ASD w wieku przedszkolnym o zróżnicowanym poziomie niewerbalnego IQ gorzej rozumiały zaimki osobowe niż dzieci TD (Charman i in., 2003, s. 224–225).

Zaimki wg kategorii osoby: *Analiza rozmów z eksperymentatorem:* dzieci z ASD i pozostałe dwie grupy (TD i SLI) używały najczęściej zaimka pierwszoosobowego⁴, następnie trzecio- i drugoosobowego (mogło to wynikać z sytuacji dialogowej i nierównej pozycji społecznej między badającym i badanym). Dzieci z ASD używały zaimka 1. os. rzadziej niż pozostałe dwie grupy, popełniały przy tym najczęściej błąd pomijania. Użycia drugoosobowe były prawidłowe. W przypadku 3. os. wzorec był taki sam we wszystkich grupach (poprawne użycia, błędy i proporcje błędów do poprawnych użyć), ale w autystycznej grupie stwierdzono proporcjonalnie więcej błędów niż poprawnych użyć. Były to przeważnie błędy wieloznaczności (Baltaxe i D'Angiola, 1996, s. 255–256). *Analiza narracji:* dorośli w odtwarzaniu historii prawidłowo używali zaimków 3. os. (Novogrodsky i Edelson, 2016). *Próby testowe:* u dzieci z ASD występowała skłonność do używania zaimka *I* zamiast *me* (Lee i in., 1994, s. 175).

Demonstratywy: *Analiza rozmów:* u dzieci z ASD nie stwierdzono błędów, zaimki te zarazem wymagają od mówiącego najmniej zaawansowanego abs-

4 Autorzy zaznaczają, że z pragmatycznego punktu widzenia zaimek 1. os. jest identyfikowany z rolą mówiącego, 2. os. – z osobą słuchającego, 3. os. – z tematem i komentowaniem.

trahowania w porównaniu np. do zaimków osobowych (Baltaxe i D'Angiola, 1996, s. 255).

Zaimki klityczne: *Metaanaliza:* zachodzą istotne różnice w rozumieniu tej grupy zaimków między osobami ASD i TD (Finnegan i in., 2020). Dzieci z ASD w wieku szkolnym, w normie intelektualnej, miały trudności w użyciu zaimków klitycznych odpowiednio do kontekstu (Naigles i Tek, 2017, s. 6).

Zaimki zwrotne: *Metaanaliza:* osoby z ASD gorzej rozumieją zaimki zwrotne niż osoby TD (Finnegan i in., 2020; zob. też Bochynska i in., 2020, s. 1747). *Próby eksperymentalne:* Wzorzec trudności w rozumieniu zaimków zwrotnych w ASD nie jest charakterystyczny dla żadnego etapu prawidłowego rozwoju mowy i wskazuje na zaburzone umiejętności gramatyczne, nie jest zaś powiązany z opóźnieniem języka ani deficytami poznawczymi (Perovic i in., 2013a, s. 830; 2013b, s. 151);

Zaimki pytajne – zob. modalność.

Przyimki: już we wczesnych latach badań nad autyzmem stwierdzono u dzieci z ASD trudności w rozumieniu i używaniu przyimków (Menyuk i Quill, 1985, s. 136). *Badania inwentarzowe:* u dzieci z ASD w wieku przedszkolnym o zróżnicowanym poziomie niewerbalnego IQ wystąpiły ograniczenia w rozumieniu przyimków (Charman i in., 2003, s. 224–225). *Analiza mowy spontanicznej:* u dzieci niskofunkcjonujących z ASD występowało opuszczanie przyimków (Ricks i Wing, 1975, s. 208). *Eksperyment:* dzieci z ASD lepiej rozumieją pojęcie sposobu, w jaki czynność jest wykonywana (*manner*), niż jej kierunku (*path*), te drugie zaś w języku angielskim są wyrażane z użyciem przyimków (Parish-Morris, 2011, s. 84). *Analiza narracji:* trudności z przyimkami mogą utrzymywać się u dzieci z ASD, które uzyskały normatywne wyniki w testach językowych oceniających słownik i gramatykę (Kelley i in., 2006, s. 825). [język polski:] *Próby eksperymentalne:* u dziecka z ASD wystąpiły ograniczenia w używaniu wyrażen przyimkowych w konstrukcjach dopełnieniowych (Boksa, 2017, s. 105)⁵.

Spójniki: zob. wyżej relacje czasowe, przestrzenne; [język polski:] *Próby eksperymentalne:* w mowie chłopców z ASD wystąpiły niewłaściwe użycia spójników wyrażających relacje przestrzenne; najczęściej stosowane były połączenia parataktyczne, głównie ze spójnikiem *i* (Boksa, 2017, s. 107, 108).

Podsumowanie

1. Podobnie jak w przypadku kategorii rzeczy i zdarzeń, opisanych w pierwszej części artykułu, *Słownictwo w zaburzeniach należących do spektrum autyzmu*.

5 Jeden z chłopców właściwie je poprawiał.

Część 2 *Charakterystyka jakościowa – kategoria rzeczy i zdarzeń*: w słowniku osób z ASD kategoria relacji oraz odpowiadające jej wykładniki leksykalne są reprezentowane. Jednocześnie zarysowują się różnice między grupą osób z ASD a osobami TD i osobami z innymi zaburzeniami. Są one bardziej znaczące i wyraźne niż w przypadku kategorii rzeczy czy zdarzeń.

2. Treści dotyczące relacji i językowe środki ich wyrażania stanowią istotne wyzwanie rozwojowe, które może być szczególnie trudne dla osób z ASD.

3. W obrębie kategorii relacji w języku i mowie osób z ASD zauważono następujące tendencje:

- a) relacje zachodzące w rzeczywistości, o której mówi podmiot:
 - podkategorie, które najczęściej są reprezentowane słabiej u osób z ASD niż u osób TD: funkcja obiektu/intencja twórcy przedmiotu; czas; przestrzeń;
 - podkategorie, w których obrębie wyniki są zróżnicowane: przyczynowość; nacechowanie ekspresywne; nadrzędność–podrzędność.
- b) stosunek mówiącego do treści tego, o czym mówi:
 - podkategorie, które mogą być reprezentowane słabiej niż u TD: modalność, nacechowanie ekspresywne;
- c) zakotwiczenie sensu wypowiedzi w kontekście – słabsze niż u TD;
- d) relacje między uczestnikami komunikacji – słabsze niż u TD.

4. Jeśli chodzi o części mowy odnoszące się do relacji, w języku i mowie osób z ASD są one reprezentowane słabiej niż u TD. Dotyczy to szczególnie wyrazów funkcyjnych: przyimka, zaimka, partykuły; ale także przymiotnika i przysłówka.

5. Wnioski wypływające z analizy słownictwa odnoszącego się do kategorii relacji są zbieżne z tymi dotyczącymi kategorii rzeczy i zdarzeń; przytoczę je w skrócie, szerzej opisałam je w pierwszej części niniejszego artykułu. Niektóre zjawiska uważane dotąd za specyficzne dla osób z ASD są podobne do tych obserwowanych w rozwoju typowym. Jednocześnie istnieją cechy specyficzne wyłącznie dla autyzmu, utrzymujące się także u osób wysokofunkcjonujących. Występowanie różnic w obrębie określonej kategorii semantycznej czy gramatycznej zazwyczaj jest niejednoznaczne. Interferencja czynników biologicznych, umysłowych i emocjonalnych, środowiskowych i kulturowych w przyswajaniu słownictwa, sposobie jego rozumienia i używania wymaga zaawansowanych badań w odniesieniu do każdego z tych czynników, a także do ich wzajemnych powiązań. Treści kodowane w słowach, stojące za nimi operacje myślowe i pojęcia oraz natura słów jako symboli językowych również mogą na siebie wzajemnie wpływać, dlatego konieczna jest ostrożność w formułowaniu wniosków.

W słownikach osób z ASD i TD kodowane są takie same treści, ale w różny sposób, w różnym stopniu. Różnice między słownikami osób z ASD i TD zwykle nie są ostre. Ujawniają się zwłaszcza w aspekcie jakościowym.

Bibliografia

- Baltaxe, C. A. M., D'Angiola, N. (1996). Referencing skills in children with autism and specific language impairment. *European Journal of Disorders of Communication*, 31, 245–258. <https://doi.org/10.3109/13682829609033156>
- Bang, J., Burns, J., Nadig, A. (2012). Brief report: Conveying subjective experience in conversation: Production of mental state terms and personal narratives in individuals with high functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(7), 1772–1738. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1716-4>
- Barokova, M., Tager-Flusberg, H. (2019). Person-reference in autism spectrum disorder: Developmental trends and the role of linguistic input. *Autism Research*, 3(6), 959–969. <https://doi.org/10.1002/aur.2243>
- Błęszyński, J. (1998). *Mowa i język dzieci z autyzmem. Wybrane zagadnienia*. Wydawnictwo Uczelniane WSP.
- Bochynska, A., Coventry, K. R., Vulchanov, V. (2020). Tell me where it is: Selective difficulties in spatial language on the autism spectrum. *Autism*, 24(7), 1740–1757. <https://doi.org/10.1177/1362361320921040>
- Boksa, E. (2017). The relations between the elements of a sentence in utterances of autistic children formulated in the Polish language. *Respectus Philologicus*, 32(37), 101–111. <https://doi.org/10.15388/RESPECTUS.2017.32.37.10>
- Boucher, J. (2012). Research review: Structural language in autistic spectrum disorder – characteristics and causes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 219–233. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02508.x>
- Capps, L., Losh, M., Thurber, Ch. (2000). “The frog ate the bug and made his mouth sad”: Narrative competence in children with autism. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 193–204. <https://doi.org/10.1023/A:1005126915631>
- Charman, T., Drew, A., Baird, C., Baird, G. (2003). Measuring early language development in preschool children with autism spectrum disorder using the MacArthur communicative development inventory (infant form). *Journal of Child Language*, 30(1), 213–26. <https://doi.org/10.1017/S0305000902005482>
- Colle, L., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Lely, H. K. J. van der (2008). Narrative discourse in adults with high-functioning autism or Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 28–40. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0357-5>
- Eskes, G. A., Bryson, S. E., McCormick, T. (1990). Comprehension of concrete and abstract words autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20(1), 61–73. <https://doi.org/10.1007/BF02206857>
- Finnegan, E. G., Asaro-Saddler, K., Zajic, M. C. (2021). Production and comprehension of pronouns in individuals with autism: A meta-analysis and systematic review. *Autism*, 1–15. <https://doi.org/10.1177/1362361320949103>
- Gernsbacher, M. A., Morson, E. M., Grace, E. J. (2016). Language and speech in autism. *Annual Review of Linguistics*, 2, 413–425. <https://doi.org/10.1146/annurev-linguistics-030514-124824>
- Göksun, T., Hirsh-Pasek, K., Golinkoff, R. M. (2009). Trading spaces: Carving up events for learning language. *Perspectives on Psychological Science*. https://www.researchgate.net/publication/237384398_Trading_Spaces_Carving_Up_Events_for_Learning_Language_Perspectives_on_Psychological_Science

- Jordan, R. R. (1989). An experimental comparison of the understanding and use of speaker-addressee personal pronouns in autistic children. *British Journal of Disorders of Communication*, 24, 169–179. <https://doi.org/10.3109/13682828909011954>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217–250.
- Kelley, E., Paul, J. J., Fein, D., Naigles, L. R. (2006). Residual language deficits in optimal outcome children with a history of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 807–828. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0111-4>
- Korendo, M. (2013). *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach osób z zespołem Aspergera*. Omega Stage Systems – Jędrzej Cieszyński.
- Lee, A., Hobson, P. R., Chiat, S. (1994). I, you, me, and autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(2), 155–176. <https://doi.org/10.1007/BF02172094>
- Losh, M., Capps, L. (2003). Narrative ability in high-functioning children with autism and Asperger's syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(3), 239–251. <https://doi.org/10.1023/A:1024446215446>
- Menyuk, P., Quill, K. (1985). Semantic problems in autistic children. W: E. Shopler, G. Mesibov (Eds.), *Communication problems in autism* (s. 127–144), Springer Science+Business Media, Llc.
- Naigles, L. R., Tek, S. (2017). “Form is easy, meaning is hard” revisited: (re)characterizing the strengths and weaknesses of language in children with autism spectrum disorder. *WIREs Cognitive Science*, e1438. <https://doi.org/10.1002/wcs.1438>
- Naigles, L. T., Cheng, M., Rattansone, N. X., Tek, S., Khetrpal, N., Fein, D., Demuth, K. (2016). “You’re telling me!”: The prevalence and predictors of pronoun reversals in children with autism spectrum disorders and typical development. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 27, 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.03.008>
- Novogrodsky, R., Edelson, L. R. (2016). Ambiguous pronoun use in narratives of children with autism spectrum disorders. *Child Language Teaching and Therapy*, 32(2), 241–252. <https://doi.org/10.1177/0265659015602935>
- Ohta, M. (1987). Cognitive disorders of infantile autism: A study employing the WISC, spatial relationship conceptualization and gesture imitations. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 17(1), 45–62. <https://doi.org/10.1007/BF01487259>
- Panasiuk, J., Kaczyńska-Haładyj, M. (2015). Postępowanie logopedyczne w przypadku osób dorosłych z zespołem Aspergera. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 517–554). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Parish-Morris, J. (2011). *Relational vocabulary in preschoolers with autistic spectrum disorder: The role of dynamic spatial concepts and social understanding*. <https://scholarshare.temple.edu/handle/20.500.12613/2099>
- Perkins, M., Boucher, J., Dobbinson, S., Boucher, J., Bol, S., Bloom, P. (2006). Lexical knowledge and lexical use in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 795–805. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0120-3>
- Perovic, A., Modyanova N., Wexler, K. (2013a). Comprehension of reflexive and personal pronouns in children with autism: A syntactic or pragmatic deficit? *Applied Psycholinguistic*, 34, 813–835. <https://doi.org/10.1017/S0142716412000033>
- Perovic, A., Modyanova, N., Wexler, K. (2013b). Comparison of grammar in neurodevelopmental disorders: The case of binding in Williams syndrome and autism with and without language impairment. *Language Acquisition*, 20, 133–154. <https://doi.org/10.1080/10489223.2013.766742>
- Podsiad, A. (2001). *Słownik pojęć i terminów filozoficznych*. Pax.
- Rescorla, L. A., Safyer, P. (2013). Lexical composition in children with autism spectrum disorder (ASD). *Journal of Child Language*, 40(1), 47–68. <https://doi.org/10.1017/S0305000912000232>

- Ricks, D. R., Wing, L. (1975). Language, communication, and the use of symbols in normal and autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 5(3), 191–221.
- Shield, A., Meier, R. P., Tager-Flusberg, H. (2015). The use of sign language pronouns by native-signing children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(7), 2128–2145. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2377-x>.
- Siller, M., Swanson, M. R., Serlin, G., Teachworth, A. G. (2014). Internal state language in the storybook narratives of children with and without autism spectrum disorder: Investigating relations to theory of mind abilities. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8, 589–596. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2014.02.002>
- Syrett, K., Arunchalam, S., Waxman, S. R. (2014). Slowly but surely: Adverbs support verb learning in 2-year-olds. *Language Learning and Development*, 10(3), 263–278. <https://doi.org/10.1080/15475441.2013.840493>
- Szatmari, P., Bartolucci, G., Bremner, R. (1989). Asperger's syndrome and autism: Comparison of early history and outcome. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 31(6), 709–720. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1989.tb04066.x>
- Tager-Flusberg, H. (1995). „Once upon a ribbit”: Stories narrated by autistic children. *British Journal of Developmental Psychology*, 13, 45–59. <https://doi.org/10.1111/j.2044-835X.1995.tb00663.x>
- Tager-Flusberg, T., Sullivan, K. (1995). Attributing mental states to story characters: A comparison of narratives produced by autistic and mentally retarded individuals. *Applied Psycholinguistics*, 16, 241–256. <https://doi.org/10.1017/S0142716400007281>
- Urban, A. (2019). Ocena językowych i komunikacyjnych możliwości dziecka z autyzmem na podstawie wybranych narzędzi diagnostycznych. Studium przypadku. *Logopedia*, 48(2), 421–447. <https://doi.org/10.24335/fnav-jr93>
- Van Lancker, D., Cornelius, C., Needleman, R. (1991). Comprehension of verbal terms for emotions in normal, autistic, and schizophrenic children. *Developmental Neuropsychology*, 7(1), 1–18. <https://doi.org/10.1080/87565649109540474>
- Williams, T. I. (1993). Brief report: Vocabulary development in an autistic boy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 23(1), 185–191.



WOJCIECH LIPSKI

Department of Logopedics and Applied Linguistics, Faculty of Languages, Literatures and Cultures,
Maria Curie-Skłodowska University

<https://orcid.org/0000-0003-4445-9940>

Disturbances in the form and content of utterances in dialogue and schizophrenic narrative Therapeutic implications

ABSTRACT: Language disorders in schizophrenia are a natural occurrence in the classifications of language disorders. However, there are still no standards of speech therapy that provide efficient therapeutic procedure. In the presented article, the author referred to schizophasia interpreted as a disorder of the content and form of expression. Both these phenomena should be the subject of speech therapy for schizophrenic people. A speech therapist may be a fully fledged member of the therapeutic team together with a psychiatrist, psychologist, psychotherapist, occupational therapy specialist, and other medical staff.

KEYWORDS: schizophrenia, schizophasia, schizophasia therapy

Zaburzenia formy i treści wypowiedzi w dialogu i narracji schizofatycznej Implikacje terapeutyczne

STRESZCZENIE: Zaburzenia językowe w schizofrenii mają stałe miejsce w klasyfikacjach zaburzeń językowych. Wciąż jednak brakuje standardów postępowania logopedycznego pozwalających na przeprowadzenie sprawnej procedury terapeutycznej. Autor w prezentowanym artykule odniósł się do schizofazji interpretowanej jako zaburzenie treści i formy wypowiedzi. Zarówno treść, jak i forma wypowiedzi powinny stanowić przedmiot terapii logopedycznej osób schizofatycznych. Logopeda może być pełnoprawnym członkiem zespołu terapeutycznego wraz z lekarzem psychiatrą, psychologiem/psychoterapeutą czy terapeutą terapii zajęciowej i innymi osobami z personelu medycznego.

SŁOWA KLUCZOWE: schizofrenia, schizofazja, terapia schizofazji

Identifying language disorders in schizophrenia from the perspective of symptoms constitutes, on a par with causes (Styczek, 1970, 1979) and speech therapy procedures (Grabias, 2019), the most important perspective for describing language disorders in Polish speech therapy. The initial classifications of speech disorders (from the 18th century onwards) were based primarily on the description of symptoms that divided speech and language disorders (Grabias, 2001).

Schizophrenia – the essence of the phenomenon

The most developed symptomatic classification was presented by Leon Kaczmarek (1975). He distinguished in it: I) disorders of content, II) disorders of language (linguistic form) and III) disorders of substance (at the segmental, suprasegmental, segmental, and suprasegmental levels). In this classification, the picture of language disorders in schizophrenia was extensively described for the first time. The author of the *Klasyfikacja zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się* (this is the name Kaczmarek gave to his classification; in English: Correlational classification of disorders of verbal and written communication) places schizophrenia among speech disorders resulting from content disorders, differentiating it from disorders of language (linguistic form) and disorders of substance.

The division of content disorders follows the division proposed by Bluma W. Zeigarnik (1969), who distinguishes between 1) disorders of the process of generalization and abstraction, 2) disorders of the logical train of thought, and 3) disorders of directed thinking.

The characterization of schizophrenia in the content disorders distinguished by Kaczmarek concerned these three categories:

1. Disorders of the generalization and abstraction process:

a) a lowering of the level of generalization, i.e.: inability to classify, inability to abstract, difficulty in understanding metaphors and proverbs, and inability to understand the conventionality in a sentence, thus a narrow range of relationships and poverty of associations; they are characteristic in oligophrenia, in early epilepsy, after severe forms of encephalitis, in progressive supranuclear palsy;

b) distortion of the generalization process: a large number of associations, but undirected and random.

2. Lack of logic in constructed texts:

“slips”¹ – periodic disturbances of the consistency of judgments: the sick person starts to be guided by random indicators that are unclear in a given situation.

3. Abnormalities in the orientation of thinking:

a) “multiplanarity”: simultaneous existence of snapshots in different aspects, although the patient correctly understands instruction and can carry out mental operations such as comparison, generalization, and abstraction;

b) distraction: lack of communication and connections between the different parts of the patient’s speech.

¹ The concept of slips was used in the most recent American Psychiatric Association DSM-5 classification, under the diagnostic category “speech disorganization” (American Psychiatric Association, 2013, pp. 96–105).

Content disorders involve more or less severe abnormalities of language functioning, for example, diagrammatic, bizarre, and unintelligible neologisms, echolalia, verbigeration (i.e. nonsensical word associations), “word salad” (i.e. completely nonsensical utterances), as well as distortion of graphic substance (i.e. pathography) or phonics (Kaczmarek, 1975, 6–7).

Schizophasia is associated with a way of thinking and a pathological perception and conceptualization of reality. A person with schizophasia constructs grammatically correct statements (Lipski, 2018), but semantically incorrect and illogical. The incorrectness is not due to morphological or functional abnormalities within the speech and hearing apparatus, which would disturb the realization of the phonological system (Woźniak, 2000). The symptoms of realization disorders are not a marker of the disorder.

Schizophasia primarily affects chronically ill patients but may also manifest itself at the onset of psychosis. It can also occur outside schizophrenia, e.g. under the influence of psychoactive substances such as hallucinogens (phencyclidine, LSD, MDMA) or stimulants (amphetamine). Changes in the content and form of speech in altered states of consciousness in people under the influence of LSD have been confirmed by numerous studies (Grof, 2012; Hofmann, 2019). In the event of poisoning with such substances, their impact on speech will be short-lived.

When introducing therapy for schizophasia for patients with schizophrenia, the age factor must be taken into account. Speech therapy procedures for VEOS (very early onset of schizophrenia), when the psychosis manifests before the age of 13, will be different from procedures for EOS (early onset of schizophrenia) when it manifests in adolescents between the ages of 13 and 18, and adults with schizophrenia. In the case of adolescents and adults, there is a breakdown of competence, and regarding children (VEOS), competence does not develop sufficiently for the proper implementation of linguistic behaviour (both internal – cerebration and external – linguistic communication). Therefore, children’s schizophrenia can be treated as a neurodevelopmental disorder (Woźniak, 2015). The paradigm of symptoms of children is different compared to adolescents and adults (Woźniak & Kaczyńska-Haładyj, 2003; Woźniak, 2016). Some of the symptoms are common, but their different paradigm in children and adults is revealed. In a matter of children with schizophrenia, there cannot be a breakdown of something that has not yet formed. For that reason, it is appropriate to speak of under-formation rather than disintegration.

Language and communication difficulties in schizophrenia manifest themselves on the levels of:

- communicative – they prevent or impede verbal and non-verbal communication and the implementation of intentions;
- linguistic – they significantly affect the structure of utterances, manifesting themselves in a reduced level of coherence;

- emotional – a clear problem of reduced affect (post-schizophrenic depression), autism, anxiety, and increased risk of suicide;
- cognitive – deficit symptoms (including alogia, anhedonia, avolition, and autism) are less amenable to pharmacological treatment than production symptoms (hallucinations, delusions);
- neurophysiological – motor difficulties, spasticity, dyskinesias, sensory disturbances.

Schizophrenia manifests itself both in dialogue with the patient and in narration when the patient is the sole author of the text. Below I present examples of statements by schizophrenic patients with schizophrenia of a severe degree.

Teresa, born 13 June 1970, the onset of illness: 1990, secondary education.

Dialogue:

A: *do you agree to talk to me for a moment?*

B: *yhm, yes son//*

A: *good//*

B: *(laughs)*

A: *what is your name?*

B: *teresa g.//*

A: *can you tell me something about your family?*

B: *my family/ I can tell you everything//*

A: *then tell me something//*

B: *ewy/ 2'/ ewy injection it's all jesus christ/ and this/ ah it's me I can/ it's me I'll already be/ where I was it's all just that oh yes oh this is the one (unintelligible) I drew this jacket with my paints I anointed it/ I'/ this poster this kind of painting/ on canvas with wooden frames with rio ramq/ it's her/5'/ she gave me a grade of 3 plus and even after telling her so-called stupidity//*

Roland, born 25 December 1962, the onset of illness: 1988, primary education. Dialogue:

A: *and can you talk to the devil as if he was a god?*

B: *with the devil/ these are not the times to talk with the devil yet/ death has come and is cooking some blocks as they say//*

A: *death cooks blocks?*

B: *that's what they say/ but you know/ I don't want to talk too much on this/ about death/ because I'm about to have my creditors/ as they say//*

A: *who are the creditors?*

B: *there's always someone standing by me wherever I turn/ some colleague/ right/ it's going to pay off for me/ it's always the man who devises/ they want a job/ I'll get them/ he's taken an ambulance of those white syllabuses and they're going to run errands/ the computer they're putting in place I'm pressing these/ pilaw/ overloaded all the computer in the world//*

A: *what overloaded?*

B: *all the panacea and people there!*

A: *what is a panacea, Mr Roland?*

B: *panacea is like/ like a guinness book//*

A: *like a guinness book?*

B: *something like a guinness book, similar/ autopsies/ and sir, I'll tell you something/ I don't know whether to say it or not/ but not too connected/ I'll have a beating//*
Jerzy, born 16 April 1955, the onset of illness: 1979, university education. Narration:

A: *mr jerzy, please tell me about your revelations because it is very interesting//*

B: *so/ it was in 1992/ I went out to the shore of our lake piaseczno and saw/ I raised my eyes and saw on the other side of the lake/ then it was said by the pond there g. (surname)/ mr g./ a huge ball of light with a space somewhere/ with a diameter of thirty-three meters/ and I asked/ or rather holy michael who was inside me asked/ who you were/ and this spiritual person said I come from above/ for what?! to/ 4'/ help you/ and I said then come and help// the next morning I woke up early in front of all my family members and knelt down to pray and when I reached the words hail mary I felt mary enter through my head in such a beautiful sine wave and she stayed in me/ and she was/ lived in me/ taught us/ healed us/ defended us/ strengthened our positive qualities/ behaviour/ [...] she lived in me for two years// once I was at a market in u. (locality) and one of the women/ a woman I didn't know started laughing because mother god rides a donkey!! oh mother god rides a donkey!! and I replied to her so in the spirit/ so that you know how this donkey is happy/ that mother god chose me and in this way and dwelt in me// I was once walking in r. (locality) in a shop near the penny store/ there were two young men and two girls sitting on a bench/ and I said/ father, they shouldn't be together/ I took a step/ I looked around/ and the girls were already in the shop and the men were outside the fence/ one of them said to me/ but you are strong/ but you are strong/ and it wasn't me, it was saint michael whose power separated them in a flash!! well how long does it take to take one step?! it was a miracle//...*

As can be seen from the statements quoted, in both dialogue and narrative, it is not only the content that is disturbed but also the form of the language. This is an extremely important aspect to be taken into account in the therapy process of schizophrenic patients.

Diagnosing schizophrenia

Diagnosing language disorders is extremely important in the diagnostic process of schizophrenia. Disorganized speech, along with delusions and hallucinations, is one of the most important symptoms of schizophrenia (American

Psychiatric Association, 2019). The diagnosis of schizophrenia should include disturbances in both content and linguistic form. Currently, two tools are used to assess language impairment in schizophrenia. The first is the Scale for the assessment of thought, language, and communication (TLC) by Nancy C. Andreasen (1986; Czernikiewicz, 1998), the second is the KSOS scale (Krótka skala oceny schizofazji – Short scale for the assessment of schizophrenia) by Tomasz Woźniak and Andrzej Czernikiewicz (2002/2003).

The TLC classification distinguishes the following linguistic phenomena:

1. Poverty of speech (laconic speech, poverty of thought) – quantitative reduction in spontaneous speech, which makes the answers to the questions short and devoid of additional information.

2. Poverty of content of speech (poverty of thought, alogia, verbigeration, negative formal thought disorder) – utterances are adequate in length, but provide little information; the language becomes obscure, overly abstract, or specific, with repetitions (of words and sentences) and stereotypes (a recapitulation of certain movements, grimaces).

3. Pressure of speech – quantitative increase in spontaneous speech compared to situational or social expectations; loud, emphatic utterances that are difficult to interrupt at a speed exceeding 150 words per minute.

4. Distractible speech – during a speech or discussion, the speaker suddenly interrupts the utterance focusing interest on the current external stimuli.

5. Tangentiality – the patient's answer to the question is from the beginning collateral (stepwise) or not related to the topic at all.

6. Derailment (loose associations, flight of ideas) – patterns of spontaneous speech in which utterances deviate from the main plot; several unrelated texts are observed in one statement.

7. Incoherence (word salad, jargon aphasia, schizophasia, paragrammatism) – speech patterns in which the text is broken down at the level of sentences (utterances), often in contradiction to grammar rules.

8. Illogicality – speech patterns where conclusions are not reached logically.

9. Clanging – speech patterns in which sounds are decisive in the choice of words.

10. Neologisms – new verbal formations, the origin of which seems incomprehensible.

11. Word approximations (paraphasia, metonyms) – using ordinary words in a new, often “private” way or creating new terms from commonly known words.

12. Circumstantiality – indirect speech patterns overloaded with details, but without Pressure of Speech.

13. Loss of goal – inability to bring the utterance to its end – to end it naturally (but without obvious signs of Derailment).

14. Perseveration – the constant use of words or sentences based on repetitions (except for socially conditioned repetitions).

15. Echolalia – speech patterns in which the recipient echoes the phrases of the interrogator, usually with his/her intonation.

16. Blocking – breaking sentence sequences with blocks of at least a few seconds, but the speaker is not aware of the occurrence of these breaks.

17. Stilted speech – artificial, formal, phraseological, preaching statements, in a style different than expected.

18. Self-Reference – converting thematic statements back to the speaker, despite the general or neutral topic of the given text (Czernikiewicz, 2004, pp. 73–93).

Not all the phenomena mentioned must occur in the case of a single patient. Some of them, such as perseveration, poverty of speech, and its minuteness, referring to oneself, can be observed in the utterances of people not suspected of any mental disorder. In the utterances of schizophrenics, these phenomena occur exceedingly frequently, making them strange and incomprehensible. The patients themselves often do not recognize themselves on pre-recorded tapes after the symptoms of psychosis have passed (Czernikiewicz & Woźniak, 2001).

Linguistic phenomena on the TLC scale can be divided into the following categories:

DPTL – deficient phenomena at the text level (poverty of speech + poverty of content of speech + blocking).

PPTL – production phenomena at the text level (pressure of speech + circumstantiality + stilted speech).

PI – phenomena of incoherence (distractible speech + tangentiality + derailment + loss of goal + self-reference) – these three categories represent linguistic pathology at the level of a statement (text).

SP – syntactic phenomena (incoherence + illogicality) – this category represents pathology at the level of utterance (sentence).

LP – lexical phenomena (clanging + neologisms + word approximations + perseverations + echolalia) – pathology related to the morpheme (word).

The second tool to assess schizophasia is the KSOS scale. With this tool, the degree of schizophasia is examined at the syntactic (grammatical), semantic and pragmatic levels. The construction of this tool follows directly from the perspective on schizophasic disorders of the authors of the KSOS scale. According to the definition proposed by Tomasz Woźniak and Andrzej Czernikiewicz, schizophasia is 'a progressive disorder of the coherence of an utterance and its disintegration at the pragmatic, semantic and formal-grammatical levels' (2002/2003).

Below are the symptoms assigned to each category:

A. Grammatical coherence (refers to syntactic relations).

1. Assessment of syntactic impoverishment.
2. Assessment of disorders of linear connotation.
- B. Semantic coherence (refers to meaning relations).
 1. Occurrence of idiolectal neologisms (words not motivated by the language system).
 2. Occurrence of paronyms (construction of utterances based on similarity of sounds).
- C. Pragmatic consistency (refers to discourse construction strategies).
 1. Assessment of comprehensibility of utterances.
 2. Assessment of the concreteness of the utterance.
 3. Persistence of at least two symptoms from points A and B in longer passages of speech.

Criteria for the assessment of schizophasia as measured by the KSOS scale:

A.1. If more than 6 out of the first 10 utterances are single sentences, sentence equivalents, or automated sequences, we speak of syntactic impoverishment and mark 1 point.

A.2. A disorder of linear connotation is present when there are unusual combinations of words that do not occur in the speech of other speakers. When this symptom occurs, we mark 1 point.

B.1. Idiolectal neologisms are new words whose neither word structure nor meaning can be explained based on the lexical-grammatical system of the language. We administer 2 points for this phenomenon.

B.2. Paronyming is a phenomenon of selecting words in a line of speech not because of their meaning, but under the influence of the similarity of sound. The phenomenon may resemble alliteration or rhyming. However, it is not the result of linguistic creation, but an aberration of the utterance. The occurrence of paronyms is assessed for 2 points.

C.1. Incomprehensibility of an utterance can be said to occur when:

- fragments of verbal hallucinations are revealed;
- the patient addresses the audience as a result of auditory hallucinations in interaction with a real interlocutor;
- the patient speaks off-topic or in a manner inappropriate to the situation.

The occurrence of the unintelligibility of speech is scored for 3 points.

C.2. Concreteness of speech occurs when:

- currently, dominant stimuli are incorporated into the utterance;
- random and arbitrary associations are made, disregarding relations resulting from dependencies between concepts.

The concrete utterance is scored for 3 points.

C.3. If two or more of the phenomena described in the “grammatical coherence assessment” and “semantic coherence assessment” sections are present in longer passages of an utterance, 3 points should be marked.

Criteria for assessing the “schizophrenicity” of statements based on KSOS:

- 0 points – means no schizophasia;
- 1 point – means no schizophasia, grammatical disorders with a possible decrease in mental performance;
- 2–4 points – the probability of the presence of disorders of the schizophasia type;
- 5–6 points – mild schizophasia;
- 7–15 points – severe schizophasia (Woźniak, Czernikiewicz, 2004, pp. 102–104).

Speech therapy for schizophrenia

Therapeutic work, including speech therapy, has a very important function in the revalidation of people with schizophrenia. It is an important complement to pharmacotherapy and significantly increases its effectiveness². This means that speech therapy in working with people with schizophrenia is legitimate and necessary.

Therapy of schizophrenia should be correlated with the diagnosis of language functions and symptoms of schizophrenia (positive and negative). Nowadays, schizophrenic disorders are associated with a breakdown of cognitive, communicative, and linguistic competence, and the process of speech therapy for people with schizophrenia should be about rebuilding these competencies (Grabias, 2019).

Therapeutic work with schizophrenic patients is extremely difficult, and although research on the symptoms of schizophrenic disorders, their descriptions, and attempts to characterize them have been undertaken for many years, and have developed greatly in recent years, it is difficult to identify speech therapy procedures that could realistically improve the linguistic functioning of schizophrenic patients.

A proposal to develop a standard for speech therapy procedures in schizophrenia was presented by Woźniak (2008, 2015). The researcher noted that there are currently no resolutions in force regarding speech therapy management in working with schizophrenic individuals, although the phenomenon of schizophasia has a permanent place in the group of speech pathology entities and is included in various classifications. According to the causal classification, schizophasia is placed in the group of endogenous disorders and, according to the classification of speech therapy procedures, in the group of disorders of the type where there

² The importance of the correlation between pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of schizophrenia was emphasized by Jan Mazurkiewicz (1958), who lived at the turn of the 20th century

is a breakdown of competence, linguistic, communicative, and cognitive. The symptomatic classification I mentioned above treats schizophasia as a disorder of speech content.

Progress on building strategies in therapeutic management aimed at people with schizophrenia is still ongoing. Important factors here are the clinical experience of the therapist and the chosen psychotherapeutic approach.

Recently the Cognitive-Behavioural Therapy (CBT) model of therapy has evolved a great deal in the revalidation of schizophrenic patients. In my opinion, it is based on this model that effective speech therapy for schizophrenic patients should be programmed. A set of tasks and exercises could be proposed whereby sufferers could relate to and critically evaluate their language symptoms. This would allow them to build insight into their symptoms and develop a critical attitude toward the symptoms of psychosis. In addition, social and communication skills training carried out using communication enhancement techniques, would grant patients the basic tools to develop their interaction skills. However, it should be emphasized that effective speech therapy would require pharmacotherapy to which the patient would respond successfully. An indispensable part of the treatment of schizophrenia is the inclusion of neuroleptics (antipsychotics).

In speech therapy for schizophrenic people, methods developed in the therapy of other language and communication disorders can be used as required. In the case of children, these are methods of work such as in delayed speech development (DSD) and speech impairment of the aphasia type, alalia, autism spectrum disorder (ASD), and oligophasia. For adolescents and adults: aphasia, pragnosis, and dementia. The use of therapeutic techniques attributed to other nosological entities should be determined by the individual needs of the patient. However, schizophasia should be differentiated from aphasia and dementia. This is because the aetiology and course of the disorder are different. Schizophatic symptoms are strongly influenced by neurotransmission disorders and not exclusively aberrations resulting from organic brain damage.

The therapy of schizophasia should be multifaceted and take into account difficulties at different levels of language and communication, taking into account disorders of both the content and form of linguistic expression.

Several levels of difficulty and adapted therapies should be emphasized in the speech therapy of schizophasic individuals. In terms of both verbal and written communication, attention should be paid to proficiency:

- grammatical;
- social;
- situational;
- pragmatic;
- stylistic.

Non-verbal communication should also be included in therapy.

Within therapy the following issues are very important:

- Content therapy:
 - building criticism of the productive symptoms;
 - developing the patient's perspective in social interactions;
 - working on the theory of mind, mentalization, taking the other person's perspective,
- narrative expression therapy:
 - building narrative dexterity (reminiscence/natural narrative, narrative reporting of a previously presented story),
 - text memory;
 - text interpretation;
 - narrative structure;
 - narrative reconstruction, distinguishing between delusional and factual narratives (developing insight and criticism);
 - interpretation of concepts (building up the structure of a concept, ability to fill the structure of a concept with content, linguistic world view (LWV), describing mental, emotional, social, conceptual reality);
- dialogue speech therapy (with alternation):
 - expressing and realizing the intention of an utterance with matching content (often disturbed by delusions);
 - speech planning.
- Language form therapy:
 - grammatical transformations;
 - building narrative structure;
 - building a dialogue structure;
 - building the structure of a concept;
 - improving syntactic complexity of utterances;
 - expressing and realizing the intention of an utterance with a matching structure;
 - situational, social, and pragmatic training (structure of the speech);
 - keeping a diary of events, organizing knowledge of the world;
 - categorizing and segmenting experiences;
 - others.

The guidelines presented are only therapeutic suggestions that can be addressed by a speech therapist in the treatment of schizophrenia. It is important to remember that therapy ought to help patients with both positive and negative symptoms of schizophrenia.

Within speech therapy for schizophasia the following points should be considered:

- The specific activities in content and language form therapy will intersect, so a holistic approach is needed.

- Speech therapy can be conducted together with social skills training (SST). Guidelines for SST in the therapy of mental disorders are widely used (Kucharska, 2013; Meder, 1999). It would be appropriate to extend and complement them with communication training, creating social and communication skills training (SCST).
- Cognitive function training should be an extremely important part of therapy. Owing to language, people perceive the world, conceptualize it and divide it into sections. It is also through language and communication that a person's sensory (subjective) cognition undergoes a process of objectification (Grabias, 2019).
- The building of insight and introspection could not occur without language participation, so these processes are strongly linked to language's cognitive, interactional and group-forming functions. Cognition and the expression of beliefs are also linguistic in nature and relate to the content of the expression of linguistic behaviour in cerebration and communication.
- Therapy should aim at building insight and criticism.
- Methods for dealing with difficult (stressful) situations – procedures used in stuttering therapy (stress management techniques) can be used here.
- Occupational and activation therapy for patients. Has a very important effect on negative symptoms (avolition) and isolation (autism). Serves to socialise patients.
- Psychotherapeutic techniques based on cognitive behavioural therapy. The therapy methods referred to are extensively developed in the context of working with people with schizophrenia (Beck, 2010; Granholm, 2018; Kingdon & Turkington, 2017; Turkington, 2018). It can be assumed that cognitive approaches will work better with high-functioning patients, cognitive-behavioural techniques are more appropriate for working with low-functioning patients (e.g. with psychomotor deficits or reduced intellectual functioning).

Conclusion

The suggestions made should be implemented by a team of therapists. The actions of the speech and language therapist should be coherent and complement the therapy provided by the staff of the facility where the patient is treated or cared for. If it is a hospital ward, the psychiatrist, psychologist/psychotherapist, and occupational therapist, among others, have an impact on improving the functioning of the person with schizophrenia, in addition to the speech therapist.

It is worth emphasising that the language problem in schizophrenia cannot be ‘dissected’ from the whole spectrum of axial symptoms of the psychosis. Therapy for schizophrenia should be holistic in nature as it deals with the person as a whole and not just with a selected problem. I believe that an “engineering” approach in the therapy of psychogenic speech disorders (schizophasia, stammering, mutism, etc.) is far inappropriate.


References

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Fifth edition: DSM-5*. Author.
- Andreasen, N.C., (1986). Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC). *Schizophrenia Bulletin*, 12(3), 473–482.
- Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P., (2010). *Schizofrenia w ujęciu poznawczym. Teoria, badania, terapia* (M. Kapera, transl.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Czernikiewicz, A. (1998). *Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii*. Wydawnictwo Akademii Medycznej w Lublinie.
- Czernikiewicz, A. (2004). *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Czernikiewicz, A., & Woźniak, T. (2001). Schizofazja. *Logopedia*, 29, 7–36.
- Grabias, S. (2001). Perspektywy opisu zaburzeń mowy. W: S. Grabias (Eds.), *Zaburzenia mowy. Mowa, teoria, praktyka* (pp. 7–43). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grabias, S. (2019). *Język w zachowaniach społecznych. Podstawy socjolingwistyki i logopedii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grof, S. (2012). *Obszary nieświadomości. Raport z badań nad LSD* (A. Szyjewski, transl.). Wydawnictwo A.
- Granholm, E. L., McQuaid, J. R., & Holden, J. L. (2018). *Schizofrenia. Poznawczo-behawioralny trening umiejętności społecznych. Praktyczny przewodnik* (A. Alochno-Janasz, transl.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Hofmann, A. (2019). *LSD... moje trudne dziecko. Historia odkrycia „cudownego narkotyku”* (K. Lewandowski, transl.). Cień Kształtu.
- Kaczmarek, L. (1975). Korelacyjna klasyfikacja zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się. *Logopedia*, 12, 5–13.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (2017). *Terapia poznawcza schizofrenii* (R. Andruszko, transl.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kucharska, K., Wilkos, E., & Sawicka, M. (2013). *Trening społecznego poznania. Podręcznik terapeuty*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Lipski, W. (2018). *Zaburzenia konotacji w schizofrenii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Mazurkiewicz, J. (1958). *Wstęp do psychofizyki normalnej. T. 2: Dysolucja aktywności korowo-psychicznej*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Meder, J. (Ed.). (1999). *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Styczek, I. (1970). *Zarys logopedii*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

- Styczek, I. (1979). *Logopedia*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Wilcock, S. K. J., Brabban, A., Cromarty, P., Dudley, R., Gray, R., Pelton, J., Siddle, R., & Weiden, P. (2018). *Terapia poznawcza psychoz: powrót do życia i normalności*. Edra Urban & Partner.
- Woźniak, T. (2000). *Zaburzenia języka w schizofrenii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Woźniak, T. (2008). Standard postępowania logopedycznego w schizofazji. *Logopedia*, 37, 313–322.
- Woźniak, T. (2015). Schizofazja. Zasady postępowania logopedycznego. In S. Grabias, J. Panasiuk, & T. Woźniak (Eds.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (pp. 1093–1104). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Woźniak, T. (2016). Zaburzenia mowy dzieci i młodzieży ze schizofrenią. In I. Jaros, & R. Gliwa (Eds.), *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii* (pp. 135–141). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Woźniak, T., & Czernikiewicz, A. (2002/2003). Krótka Skala Oceny Schizofazji (KSOS). *Badania nad Schizofrenią*, 4(4), 569–576.
- Woźniak, T., & Czernikiewicz, A. (2004). Zagadnienia oceny zaburzeń komunikacji językowej Krótka Skala Oceny Schizofazji (KSOS). In A. Czernikiewicz, *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii* (pp. 95–106). Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Woźniak, T., & Kaczyńska-Haładyj, M. M. (2003). Obraz zaburzeń mowy w schizofrenii dziecięcej. *Logopedia*, 32, 87–104.
- Zeigarnik, B. W. (1969). *Patologia myślenia* [I. Obuchowska, tłum.]. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.



WOJCIECH LIPSKI

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej,
Wydział Filologiczny, Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego
 <https://orcid.org/0000-0003-4445-9940>

Zaburzenia formy i treści wypowiedzi w dialogu i narracji schizofatycznej Implikacje terapeutyczne

Disturbances in the form and content of utterances in dialogue and schizopathic narrative. Therapeutic implications

ABSTRACT: Language disorders in schizophrenia are a natural occurrence in the classifications of language disorders. However, there are still no standards of speech therapy that provide efficient therapeutic procedure. In the presented article, the author referred to schizophasia interpreted as a disorder of the content and form of expression. Both these phenomena should be the subject of speech therapy for schizopathic people. A speech therapist may be a fully fledged member of the therapeutic team together with a psychiatrist, psychologist, psychotherapist, occupational therapy specialist, and other medical staff.

KEYWORDS: schizophrenia, schizophasia, schizophasia therapy

STRESZCZENIE: Zaburzenia językowe w schizofrenii mają stałe miejsce w klasyfikacjach zaburzeń językowych. Wciąż jednak brakuje standardów postępowania logopedycznego pozwalających na przeprowadzenie sprawnej procedury terapeutycznej. Autor w prezentowanym artykule odniósł się do schizofazji interpretowanej jako zaburzenie treści i formy wypowiedzi. Zarówno treść, jak i forma wypowiedzi powinny stanowić przedmiot terapii logopedycznej osób schizofatycznych. Logopeda może być pełnoprawnym członkiem zespołu terapeutycznego wraz z lekarzem psychiatrą, psychologiem/psychoterapeutą czy terapeutą terapii zajęciowej i innymi osobami z personelu medycznego.

SŁOWA KLUCZOWE: schizofrenia, schizofazja, terapia schizofazji

Postrzeganie zaburzeń językowych w schizofrenii z perspektywy objawów stanowi, na równi z przyczynami (Styczek, 1970, 1979) i procedurami logopedycznymi (Grabias, 2019), najważniejszą perspektywę opisu zaburzeń językowych w polskiej logopedii. Początkowe klasyfikacje zaburzeń mowy (od XVIII wieku) opierały się przede wszystkim na opisie objawów i to zgodnie z objawami dzieliły zaburzenia mowy i języka (Grabias, 2001).

Schizofazja – istota zjawiska

Najbardziej rozwiniętą klasyfikację objawową przedstawił Leon Kaczmarek (1975). Wyróżnił w niej: I) zaburzenia treści, II) zaburzenia języka (formy językowej) i III) zaburzenia substancji (na poziomie segmentalnym, suprasegmentalnym oraz segmentalnym i suprasegmentalnym). To właśnie w tej klasyfikacji po raz pierwszy w polskiej logopedii został szeroko opisany obraz zaburzeń językowych w schizofrenii.

Autor „Korelacyjnej klasyfikacji zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się” (taką nazwę swojej klasyfikacji nadał Kaczmarek) umiejscawia schizofazję wśród zaburzeń mowy wynikających z zaburzeń treści, różnicując ją z zaburzeniami języka (formy językowej) i zaburzeniami substancji.

Podział zaburzeń treści jest zgodny z podziałem zaproponowanym przez Blumę W. Zeigarnik (1969), która wyróżnia: 1) zaburzenia procesu uogólniania i abstrakcji, 2) zaburzenia logicznego toku myślenia i 3) zaburzenia ukierunkowania myślenia.

Charakterystyka schizofazji w wyróżnionych przez Kaczmarka zaburzeniach treści dotyczyła tych trzech kategorii:

1. Zaburzenia procesu uogólniania i abstrakcji:
 - a) obniżenie poziomu uogólniania, tzn.: niezdolność klasyfikacji, niezdolność abstrahowania, trudności w rozumieniu przenośni i przysłów, niemożność rozumienia zawartej w zdaniu umowności, a zatem wąski zakres związków i ubóstwo skojarzeń; charakterystyczne są w oligofrenii, we wczesnej epilepsji, po ciężkich formach zapalenia mózgu, w porażeniu postępującym;
 - b) wypaczenie procesu uogólniania – duża liczba skojarzeń, ale nieukierunkowanych i przypadkowych.
2. Brak logiki w budowanych tekstach:
 - a) „ześlizgi”¹ – okresowe zaburzenia konsekwencji sądów: chory zaczyna się kierować przypadkowymi, niejasnymi w danej sytuacji wskaźnikami.
3. Nieprawidłowości w ukierunkowaniu myślenia:
 - a) „wieloplanowość” – jednoczesne istnienie ujęć w różnych aspektach, choć chory prawidłowo rozumie instrukcję i umie przeprowadzać takie operacje umysłowe, jak porównywanie, uogólnianie i abstrakcja;
 - b) rozkojarzenie – brak komunikatywności oraz związków między poszczególnymi fragmentami wypowiedzi chorego.

¹ Pojęcie ześlizgów zostało wykorzystane w najnowszej klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5, w kategorii diagnostycznej „dezorganizacja mowy” (American Psychiatric Association, 2013, s. 96–105).

Zaburzenia treści wiążą się z mniej lub bardziej ciężkimi nieprawidłowościami w funkcjonowaniu języka, np. dysgramatyzmem, dziwacznymi i niezrozumiałymi neologizmami, echolalią, werbigeracją (tj. bezsensownymi skojarzeniami słownymi), „sałatką słowną” (tj. całkowicie niedorzecznymi wypowiedziami), a także ze zniekształceniem substancji graficznej (tj. patografią) czy fonicznej (Kaczmarek, 1975, s. 6–7).

Schizofazja związana jest ze sposobem myślenia i patologicznym postrzeganiem oraz konceptualizacją rzeczywistości. Osoba ze schizofazją buduje wypowiedzi poprawne pod względem gramatycznym (Lipski, 2018), ale niepoprawne znaczeniowo i nielogiczne. Niepoprawność nie wynika z nieprawidłowości morfologicznych czy funkcjonalnych w obrębie aparatu mowy i słuchu, które prowadziłyby do zaburzeń realizacji systemu fonologicznego (Woźniak, 2000). Objawy zaburzeń realizacyjnych nie stanowią markera schizofazji.

Schizofazja dotyczy przede wszystkim pacjentów chorujących przewlekłe, ale może ujawnić się także na początku psychozy. Schizofazja może również występować poza schizofrenią, np. pod wpływem działania substancji psychoaktywnych, takich jak halucynogeny (fencyklidyna, LSD, MDMA) czy stymulanty (amfetamina). Zmiany w treści i formie wypowiedzi w odmiennych stanach świadomości u osób pod wpływem LSD zostały potwierdzone licznymi badaniami (Grof, 2012; Hofmann, 2019). W sytuacji zatrucia takimi substancjami ich wpływ na mowę będzie miał charakter krótkotrwały.

Programując terapię schizofazji u pacjentów chorujących na schizofrenię, trzeba wziąć pod uwagę wiek pacjenta. Procedury logopedyczne w przypadku VEOS (schizofrenia o bardzo wczesnym początku), kiedy psychoza ujawnia się przed 13. rokiem życia, będą inne od procedur w przypadku EOS (schizofrenia o wczesnym początku), kiedy schizofrenia ujawnia się u młodzieży między 13. a 18. rokiem życia, oraz schizofrenii występującej u osób dorosłych. W przypadku młodzieży i dorosłych dochodzi do rozpadu kompetencji, a u dzieci (VEOS) kompetencje się nie wykształcają w stopniu wystarczającym do właściwej realizacji zachowań językowych (zarówno wewnętrznych – cerebracji, jak i zewnętrznych – komunikacji językowej). Dlatego schizofrenię u dzieci można traktować jako zaburzenie neurorozwojowe (Woźniak, 2015). Inny jest paradygmat objawów u dzieci w porównaniu z młodzieżą i osobami dorosłymi (Woźniak, 2016; Woźniak i Kaczyńska-Haładyj, 2003). Część objawów jest wspólna, ale ujawnia się ich odmienny paradygmat u dzieci i dorosłych. U dzieci ze schizofrenią nie może dojść do rozpadu czegoś, co się jeszcze nie ukształtowało. Dlatego należy mówić o niedokształceniu, a nie o rozpadzie.

Trudności językowe i komunikacyjne w schizofazji objawiają się na płaszczyznach:

- komunikacyjnej – uniemożliwiają bądź utrudniają komunikację werbalną i niewerbalną oraz realizację intencji;

- językowej – w znacznym stopniu wpływają na strukturę wypowiedzi, objawiając się obniżonym poziomem spójności;
- emocjonalnej – w schizofrenii wyraźnie zarysowuje się problem obniżonego afektu (depresja poschizofreniczna), autyzm, lęk oraz podwyższone ryzyko samobójstwa;
- poznawczej – objawy deficytowe (m.in. alogia, anhedonia, awolicja, autyzm) są mniej podatne na leczenie farmakologiczne niż objawy wytwórcze (omamy, urojenia);
- neurofizjologiczne – trudności motoryczne, spastyczności, dyskinezy, zaburzenia sensoryczne.

Schizofazja objawia się zarówno w dialogu z osobą chorą, jak i w narracji, kiedy to wyłącznie chory jest autorem tekstu. Poniżej prezentuję przykłady wypowiedzi pacjentów chorujących na schizofrenię ze schizofazją w stopniu ciężkim.

Teresa, ur. 13 czerwca 1970 roku, początek choroby: 1990 rok, wykształcenie średnie. Dialog:

A: *zgadza się pani porozmawiać ze mną chwilę?*

B: *yhm / tak synu//*

A: *dobrze//*

B: *(śmiech)*

A: *jak się pani nazywa?*

B: *teresa g. (nazwisko)//*

A: *może mi pani opowiedzieć coś o swojej rodzinie//*

B: *moja rodzina / mogę wszystko powiedzieć//*

A: *no to proszę coś opowiedzieć//*

B: *ewy /2'/ ewy zastryk to wszystkich to jezus chrystus/ i ten/ ach to ja mogę/ to ja będę już/ tam gdzie byłam to wszystko jest tylko że o tak o to jest ten (niezrozumiałe) ja tą kurtkę narysowałam sobie tak farbami pomazałam pani s. ją /1'/ ten plakat ten taki obraz / na płótnie z drewnianymi ramami z rio ramą / to ona mi /5'/ zaliczyła na trójkę z plusem a wręcz po nagadanie jej tak zwanych głup//*

Roland, ur. 25 grudnia 1962 roku, początek choroby: 1988 rok, wykształcenie podstawowe. Dialog:

A: *a czy z diabłem można rozmawiać jak z bogiem?*

B: *z diabłem/ to jeszcze nie te czasy żeby z diabłem rozmawiać/ śmierć przyszła gotuje klocki jak to się mówi jakieś tam//*

A: *śmierć gotuje klocki?*

B: *tak się mówi/ ale wie pan/ nie chcę zbytnio na tym/ o śmierci gadać/ bo będę zaraz miał swoich wierzycieli/ jak to się mówi//*

A: *kim są wierzyciele?*

B: *zawsze ktoś przy mnie stoi gdzie bym się nie obrócił/ jakiś kolega/ prawda/ to mi się*

opłaci/ to zawsze człowiek obmyśla/ obmyśli się/ chcą pracę/ ja im załatwię/ wziął karetkę pogotowia tych co białych sylabusów i jadą załatwić sprawy/ komputer podstawiają naciśkam te/ pilaw/ przeladowany cały komputer na świetcie//

A: co przeladowane?

B: całe panaceum i ludzie tam!

A: co to jest panaceum panie rolandzie?

B: panaceum to jest taka/jak księga guinnessa//

A: jak księga guinnessa?

B: takie coś jak księga guinnessa podobne/ autopsje/ i proszę pana ja coś panu coś powiem takiego/ ja nie wiem czy to wypowiadać czy nie/ ale nie za bardzo związana/ będę miał wciroy//

Jerzy, ur. 16 kwietnia 1955 roku, początek choroby: 1979 rok, wykształcenie wyższe. Narracja:

A: panie jerzy proszę opowiedzieć mi o swoich objawieniach, bo to jest bardzo interesujące//

B: więc/ to było w 1992 roku/ wyszedłem na brzeg naszego jeziora piaseczna i zobaczyłem/ podniosłem oczy i zobaczyłem po drugiej stronie jeziora/ wtedy się mówiło przy stawie tam g. (nazwisko)/ pana g./ olbrzymią kulę świetlistą o przestrzeni gdzieś/ o średnicy trzydziestu trzech metrów/ i spytałem/ a właściwie to święty michał który był we mnie spytał/ kim jesteś/ a ta osoba duchowa powiedziała przychodzę z góry/ po co?/ żeby /4'/ ci pomagać/ i powiedziałem wtedy to przyjdź i pomagaj// następnego dnia rano obudziłem się wcześniej przed wszystkimi członkami rodziny i uklęknąłem do modlitwy i kiedy doszedłem do słów zdrowaś maryjo uczulem jak maryja wchodzi mi przez głowę taką piękną sinusoidą i została we mnie/ i była/ mieszkała we mnie/ uczyła nas/ leczyła nas/ broniła nas/ wzmacniała nasze pozytywne cechy/ zachowania/ [...] mieszkała we mnie dwa lata// kiedyś byłem na targu w u. (miejsowość) i jedna z kobiet/ nieznajoma mi kobieta zaczęła się śmiać bo matka boża na osiołku jeździ!// o matka boża jeździ na osiołku!// a ja jej tak w duchu odpowiadam/ żebyś ty wiedziała jak ten osiołek jest szczęśliwy/ że matka boża mnie wybrała i w ten sposób i zamieszkała// siedłem kiedyś w r. (miejsowość) w takim sklepie koło grosika/ siedzieli na ławeczce dwóch młodzieńców i dwie dziewczęta/ z tym że ci młodzieńcy jak moim zdaniem nie byli godni nawet żeby rozmawiać z tymi dziewczynami/ i tak mówię/ ojciec oni nie powinni być razem/ zrobiłem krok/ obejrzałem się/ a te dziewczyny były już w sklepie a ci poza ogrodzeniem/ jeden z nich do mnie mówi/ aleś jesteś mocny/ ale jesteś mocny/ a to nie ja tylko święty michał swoją mocą po prostu rozdzielił ich błyskawicznie!// no ile trwa zrobienie jednego kroku?/ to był cud//...

Jak widać na podstawie przytoczonych wypowiedzi, zarówno w dialogu, jak i narracji, nie tylko treść jest zaburzona, ale także forma języka. Jest to aspekt niezwykle ważny, który należy uwzględnić w procesie terapii pacjentów schizofatycznych.

Diagnozowanie schizofazji

Zdiagnozowanie zaburzeń językowych jest niezwykle ważne w procesie diagnostycznym schizofrenii. Zdezorganizowana mowa, obok urojeń i omamów, stanowi jeden z najważniejszych objawów schizofrenii (American Psychiatric Association, 2019). W diagnozie schizofazji powinno się uwzględniać zaburzenia zarówno treści, jak i formy językowej. Obecnie do oceny zaburzeń językowych w schizofrenii stosuje się dwa narzędzia. Pierwsze to skala TLC (Scale for the assessment of thought, language, and communication), czyli Skala do oceny myślenia, języka i komunikacji, autorstwa Nancy C. Andreasen (1986; Czernikiewicz, 1998), druga to skala KSOS (Krótka skala oceny schizofazji), autorstwa Tomasza Woźniaka i Andrzeja Czernikiewicza (2002/2003).

W klasyfikacji TLC wyróżnione zostały następujące fenomeny językowe:

1. Ubóstwo mowy (UM) – ilościowe zmniejszenie mowy spontanicznej, co powoduje, iż odpowiedzi na pytania są krótkie i pozbawione dodatkowych informacji.

2. Ubóstwo treści (UT) – wypowiedzi są adekwatne co do długości, ale przynoszą mało informacji; język staje się dziwny, nadmiernie abstrakcyjny lub nadmiernie konkretny, występują repetycje (powtórzenia wyrazów i zdań) i stereotypie (wielokrotne powtarzanie określonych ruchów, grymasów).

3. Natłok mowy (NM) – ilościowe zwiększenie mowy spontanicznej w porównaniu z oczekiwaniami sytuacyjnymi lub społecznymi; wypowiedzi głośne, emfaticzne, trudne do przerywania przy tempie przekraczającym 150 słów na minutę.

4. Mowa roztargniona (MR) – w czasie wypowiedzi lub dyskusji nadawca przerywa nagle tekst lub zdanie, ogniskując swoje zainteresowanie na aktualnych bodźcach zewnętrznych.

5. Uskokowość (U) – odpowiedź chorego na pytanie od początku jest oboczna (uskokowa) lub w ogóle niezwiązana z tematem.

6. Zbaczanie wypowiedzi (ZW) – wzorce mowy spontanicznej, w której wypowiedzenia zbaczają z głównego wątku; w jednej wypowiedzi obserwuje się kilka niepowiązanych z sobą tekstów.

7. Rozkojarzenie (RK) – wzorce mowy, w których tekst rozbity jest na poziomie zdań (wypowiedzeń), często z zaprzeczeniem regułom gramatyki.

8. Nielogiczność (NL) – wzorce mowy, w których wnioski nie są osiągnięte w sposób logiczny.

9. Dźwięczenie (D) – wzorce mowy, w których dźwięki mają decydujące znaczenie w doborze słów.

10. Neologizmy (N) – nowe formacje słowne, których pochodzenie wydaje się niezrozumiałe.

11. Przybliżenia słowne (PS) – używanie zwykłych słów w nowy, często „prywatny” sposób lub tworzenie nowych terminów ze słów ogólnie znanych.

12. Drobiazgowość (DR) – wzorce mowy niebezpośredniej, przeładowanej detalami, ale bez cech natłoku.

13. Utrata celu (UC) – niezdolność do doprowadzenia wypowiedzi do końca – zakończenia jej w sposób naturalny (ale bez wyraźnych cech zbaczania wypowiedzi).

14. Persewercje (P) – ciągle używanie słów lub zdań na zasadzie repetycji (poza repetycjami uwarunkowanymi społecznie).

15. Echolalia (E) – wzorce mowy, w których odbiorca jak echo powtarza frazy pytającego, zwykle z jego intonacją.

16. Blokowanie (B) – przerywanie ciągów zdaniowych, co najmniej kilkusekundowymi blokami, przy czym nadawca nie uświadamia sobie wystąpienia tych przerw.

17. Mowa sztuczna (MS) – wypowiedzi sztuczne, formalne, frazeologiczne, kaznodziejskie, w innym, niż oczekiwano, stylu.

18. Odnoszenie do siebie (OS) – nawracanie tematyczne wypowiedzi do osoby mówcy, pomimo ogólnego czy neutralnego tematu zadanego tekstu (Czernikiewicz, 2004, s. 73–93).

Nie wszystkie wymienione fenomeny muszą wystąpić u jednego pacjenta. Niektóre z nich, jak: persewercje, ubóstwo mowy, jej drobiazgowość, odnoszenie do siebie, można zaobserwować w wypowiedziach ludzi nieposądzanych o jakiegokolwiek zaburzenia psychiczne. Te fenomeny występują nad wyraz często w wypowiedziach schizofreników, powodując, że są one dziwne i niezrozumiałe. Sami chorzy często po minięciu objawów psychozy nie rozpoznają się na nagranych wcześniej taśmach (Czernikiewicz i Woźniak, 2001).

Za Czernikiewiczem (1998, s. 57) fenomeny językowe wyróżnione w skali TLC można podzielić na następujące kategorie:

FUT – fenomeny ubytkowe na poziomie tekstu (ubóstwo mowy + ubóstwo treści + blokowanie);

FWT – fenomeny wytwórcze na poziomie tekstu (natłok mowy + drobiazgowość + mowa sztuczna);

FN – fenomeny niespójności (roztargnienie + uskokowość + zbaczanie wypowiedzi + utrata celu + odnoszenie do siebie) – FUT + FWT + FN reprezentują patologię językową na poziomie wypowiedzi (tekstu);

FS – fenomeny syntaktyczne (rozkojarzenie + nielogiczność) – ta kategoria reprezentuje patologię na poziomie wypowiedzenia (zdania);

FL – fenomeny leksykalne (dźwięczenie + neologizmy + przybliżenia słowne + persewercje + echolalia) – patologia związana z morfemem (słowem).

Do oceny schizofazji służy również skala KSOS. Tym narzędziem bada się stopień schizofazji na poziomie syntaktycznym (gramatycznym), semantycznym

i pragmatycznym. Budowa tego narzędzia wynika bezpośrednio z perspektywy oglądu zaburzeń schizofatycznych autorów skali KSOS. Zgodnie z zaproponowaną przez Woźniaka i Czernikiewicza definicją, schizofazja to postępujące zaburzenie spójności wypowiedzi i jej dezintegracja na poziomie pragmatycznym, semantycznym i formalnogramatycznym (2002/2003).

Poniżej przedstawiam symptomy przypisane do poszczególnych kategorii:

A. Spójność gramatyczna (dotyczy relacji syntaktycznych).

1. Ocena zubożenia składni.
2. Ocena zaburzeń konotacji linearnej.

B. Spójność semantyczna (dotyczy relacji znaczeniowych).

1. Występowanie neologizmów idiolektalnych (wyrazów niemotywowanych systemem języka).
2. Występowanie paronimów (budowanie wypowiedzi na podstawie podobieństwa brzmień).

C. Spójność pragmatyczna (dotyczy strategii budowania dyskursu).

1. Ocena zrozumiałości wypowiedzi.
2. Ocena konkretności wypowiedzi.
3. Utrzymywanie się co najmniej dwu objawów z punktów A i B w dłuższych fragmentach wypowiedzi.

Kryteria oceny schizofazji mierzonej skalą KSOS:

Ad A.1. Jeżeli na 10 pierwszych wypowiedziach więcej niż 6 to zdania pojedyncze, równoważniki zdań bądź ciągi zautomatyzowane, mówimy o zubożeniu składni i przyznajemy 1 punkt.

Ad A.2. O zaburzeniu konotacji linearnej możemy mówić, kiedy występują nietypowe połączenia wyrazów, które nie występują w mowie innych użytkowników języka. Kiedy wystąpi ten objaw, przyznajemy 1 punkt.

Ad B.1. Neologizmy idiolektalne to nowe wyrazy, których ani budowa słowotwórcza, ani znaczenie nie dają się wyjaśnić na podstawie systemu leksykalnogramatycznego języka. Za ten fenomen przyznajemy 2 punkty.

Ad B.2. Paronimie to fenomen polegający na dobieraniu wyrazów na linii wypowiedzi nie ze względu na znaczenie, ale pod wpływem podobieństwa brzmienia. Zjawisko może przypominać aliterację bądź rymowanie. Nie jest to jednak wynik kreacji językowej, tylko aberracji wypowiedzi. Wystąpienie paronimii oceniamy na 2 punkty.

Ad C.1. O niezrozumiałości wypowiedzi można mówić, gdy:

- ujawniane są fragmenty halucynacji werbalnych;
- pacjent zwraca się do odbiorców będących wynikiem omamów słuchowych w ramach interakcji z rzeczywistym rozmówcą;
- pacjent mówi nie na temat lub w sposób nieadekwatny do sytuacji.

Wystąpienie niezrozumiałości wypowiedzi oceniamy na 3 punkty.

Ad C.2. Konkretność wypowiedzi występuje, gdy:

- włączane są do wypowiedzi aktualnie dominujące bodźce;
- występują przypadkowe i dowolne skojarzenia, z pomijaniem relacji wynikających z zależności między pojęciami.

Wypowiedź konkretną oceniamy na 3 punkty.

Ad C.3. Jeżeli w dłuższych fragmentach wypowiedzi występują co najmniej dwa zjawiska opisane w częściach „ocena spójności gramatycznej” i „ocena spójności semantycznej”, należy przyznać 3 punkty.

Ocena punktowa poziomu schizofazji według KSOS:

0 punktu – brak schizofazji;

1 punkt – brak schizofazji, zaburzenia gramatyczne, możliwe obniżenie sprawności umysłowej;

2–4 punkty – prawdopodobieństwo zaburzeń o typie schizofazji;

5–6 punktów – schizofazja w stopniu lekkim;

7–15 punktów – schizofazja w stopniu ciężkim (Woźniak i Czernikiewicz, 2004).

Oprócz badania wypowiedzi chorego pod kątem schizofazji (TLC, KSOS) konieczna jest konsultacja neuropsychiatryczna potwierdzająca lub wykluczająca schizofrenię.

Terapia logopedyczna schizofazji

Praca terapeutyczna, w tym terapia logopedyczna, pełni bardzo ważną funkcję w rewalidacji osób chorujących na schizofrenię. Jest ona ważnym uzupełnieniem farmakoterapii i znacznie podnosi jej skuteczność². Oznacza to, że terapia logopedyczna w pracy z osobami chorującymi na schizofrenię jest zasadna i potrzebna.

Terapia schizofazji powinna być skorelowana z diagnozą funkcji językowych i objawów schizofrenii (pozytywnych i negatywnych). Współcześnie zaburzenia schizofatyczne wiąże się z rozpadem kompetencji poznawczej, komunikacyjnej i językowej, a proces terapii logopedycznej osób chorujących na schizofrenię powinien polegać na odbudowywaniu tych kompetencji (Grabias, 2019).

Praca terapeutyczna z chorymi na schizofrenię jest niezwykle trudna i mimo że badania nad objawami zaburzeń schizofatycznych, ich opisy i próby charakterystyki podejmowane są od wielu lat, a w ostatnich bardzo się rozwinęły, trudno

² Wagę korelacji farmakoterapii i psychoterapii w leczeniu schizofrenii podkreślał żyjący na przełomie XIX i XX wieku Jan Mazurkiewicz (1958).

jest wskazać procedury logopedyczne, które w sposób realny mogłyby wpłynąć na poprawę funkcjonowania językowego osób chorujących na schizofrenię.

Propozycję opracowania standardu postępowania logopedycznego w schizofazji przedstawił Woźniak (2008, 2015). Badacz zauważył, że obecnie brakuje rozstrzygnięć obowiązujących w zakresie postępowania logopedycznego w pracy z osobami schizofatycznymi, chociaż zjawisko schizofazji ma stałe miejsce w grupie jednostek patologii mowy i jest uwzględniane w różnych klasyfikacjach. Zgodnie z klasyfikacją przyczynową schizofazja umieszczana jest w grupie zaburzeń endogennych, a z klasyfikacją procedur logopedycznych – w grupie zaburzeń tego typu, gdzie dochodzi do rozpadu kompetencji językowej, komunikacyjnej i poznawczej. W klasyfikacji objawowej, o której wspomniałem uprzednio, traktuje się schizofazję jako zaburzenie treści wypowiedzi.

Prace nad budowaniem strategii w postępowaniu terapeutycznym skierowanej do osób chorych na schizofrenię wciąż trwają. Ważnymi czynnikami są tutaj doświadczenia kliniczne terapeuty oraz szkoła czy trend, z których on się wywodzi.

W ostatnim czasie w rewalidacji pacjentów chorujących na schizofrenię bardzo rozwinął się model terapii poznawczej i poznawczo-behawioralnej (Cognitive-Behavioral Therapy – CBT). Myślę, że to właśnie na podstawie tego modelu należałoby programować skuteczną terapię logopedyczną osób schizofatycznych. Można zaproponować zbiór zadań i ćwiczeń, dzięki którym osoby chore mogłyby odnieść się do swoich objawów językowych i w sposób krytyczny oceniać ich przebieg. Pozwoliłoby to na budowanie wglądu w objawy i wyrabianie krytycyzmu względem symptomów psychozy. Dodatkowo, przeprowadzony z wykorzystaniem technik usprawniania komunikacji trening umiejętności społecznych i komunikacyjnych dałby chorym podstawowe narzędzia do rozwijania swoich zdolności interakcyjnych. Należy jednak podkreślić, iż skuteczna terapia logopedyczna wymagałaby farmakoterapii, na którą pacjent zareagowałby pomyślnie. Nieodzownym elementem leczenia schizofrenii jest włączenie do niego neuroleptyków (leków przeciwpsychotycznych).

W terapii logopedycznej osób schizofatycznych w zależności od potrzeb można korzystać z metod wypracowanych podczas terapii innych zaburzeń językowych i komunikacyjnych. W przypadku dzieci są to takie metody pracy, jak w opóźnionym rozwoju mowy (ORM) oraz niedokształceniu mowy o typie afazji, alalii, w zaburzeniach ze spektrum autyzmu (autism spectrum disorder – ASD) i oligofazji. W przypadku młodzieży i dorosłych stosowane są takie metody, jak w afazji, pragnozji i demencji. Wykorzystanie technik terapeutycznych przypisanych innym jednostkom nozologicznym powinno być uwarunkowane indywidualnymi potrzebami pacjenta. Schizofazję należy różnicować od afazji i demencji. Inne są bowiem etiologia i przebieg zaburzenia. Na objawy schizofatyczne duży wpływ mają zaburzenia neurotransmisji, a nie wyłącznie aberracje wynikające z organicznego uszkodzenia mózgu.

Terapia schizofazji powinna być wielopłaszczyznowa z uwzględnieniem trudności na różnych poziomach języka i komunikacji oraz zaburzeń zarówno treści, jak i formy językowej wypowiedzi.

W ramach terapii logopedycznej osób schizofatycznych należy podkreślić kilka poziomów trudności i dostosowanych do nich terapii. W zakresie komunikacji zarówno słownej, jak i pisemnej powinno się zwrócić uwagę na sprawności:

- gramatyczną;
- społeczną;
- sytuacyjną;
- pragmatyczną;
- stylistyczną.

W terapii należy także uwzględnić komunikację niewerbalną.

W ramach terapii bardzo istotne są:

- Terapia treści:
 - ◇ budowanie krytycyzmu w zakresie objawów wytwórczych;
 - ◇ rozwijanie perspektywy pacjenta w kontaktach społecznych;
 - ◇ praca nad teorią umysłu, mentalizacją, przyjmowaniem perspektywy drugiej osoby;
 - ◇ terapia wypowiedzi narracyjnej,
 - budowanie sprawności narracyjnej (narracja wspomnieniowa/naturalna, narracja relacjonująca wcześniej zaprezentowaną historię),
 - pamięć tekstu;
 - interpretacja tekstu;
 - struktura narracji;
 - rekonstrukcja narracji, odróżnianie narracji wynikających z urojeń od narracji opartej na faktach (wyrabianie wglądu i krytycyzmu);
 - interpretacja pojęć (budowanie struktury pojęcia, umiejętność wypełniania struktury pojęcia treścią, językowy obraz świata (JOŚ), opisywanie rzeczywistości psychicznej, emocjonalnej, społecznej, pojęciowej);
 - ◇ terapia wypowiedzi dialogowej (z naprzemiennością):
 - wyrażanie i uświadamianie intencji wypowiedzi z dopasowaniem treści (często zaburzone w wyniku urojeń);
 - planowanie wypowiedzi.
- Terapia formy językowej:
 - ◇ transformacje gramatyczne;
 - ◇ budowanie struktury narracji;
 - ◇ budowanie struktury dialogu;
 - ◇ budowanie struktury pojęcia;
 - ◇ poprawa złożoności składniowej wypowiedzi;
 - ◇ wyrażanie i uświadamianie intencji wypowiedzi z dopasowaniem struktury;

- ◇ trening sytuacyjny, społeczny i pragmatyczny (struktura wypowiedzi),
- ◇ prowadzenie dziennika wydarzeń, porządkowanie wiedzy o świecie;
- ◇ kategoryzacja i segmentacja doświadczeń;
- ◇ inne.

Przedstawione wskazówki stanowią tylko propozycje terapeutyczne, którymi może zająć się logopeda w terapii schizofazji. Należy pamiętać, że w założeniu terapia powinna pomóc pacjentom z objawami schizofrenii zarówno pozytywnymi, jak i negatywnymi.

W ramach terapii logopedycznej schizofazji należy wziąć pod uwagę następujące kwestie:

- Konkretnie działania w terapii treści i formy językowej będą się przenikać, dlatego potrzebne jest podejście holistyczne.
- Terapię logopedyczną można prowadzić wraz z treningiem umiejętności społecznych (TUS). Wytyczne do TUS w terapii zaburzeń psychicznych są powszechnie wykorzystywane (np. Kucharska i in., 2013; Meder, red., 1999), ale należałoby je poszerzyć i uzupełnić o trening komunikacji, tworząc trening umiejętności społecznych i komunikacyjnych (TUSiK).
- Niezwykle ważnym elementem terapii powinien być trening funkcji poznawczych. Człowiek z udziałem języka postrzega świat, konceptualizuje go i dzieli na odcinki. To także dzięki językowi i komunikacji poznanie zmysłowe (subiektywne) człowiek poddaje procesowi obiektywizacji (Grabias, 2019).
- Budowanie wglądu i introspekcji nie mogłoby odbyć się bez udziału języka, dlatego procesy te są silnie powiązane z funkcją poznawczą, interakcyjną i grupotwórczą języka. Poznanie i wyrażanie przekonań również ma charakter językowy i dotyczy treści wypowiedzi zachowań językowych w cerebracji i w komunikacji.
- Terapia powinna mieć na celu budowanie wglądu i krytycyzmu.
- Metody radzenia sobie w sytuacjach trudnych (stresowych) – tu można wykorzystać procedury stosowane w terapii jąkania się (techniki radzenia sobie ze stresem).
- Terapia zajęciowa i aktywizująca chorych ma bardzo ważny wpływ na objawy negatywne (awolicja) i izolowanie (autyzm). Służy uspołecznianiu pacjentów.
- Techniki psychoterapeutyczne opierające się na terapii poznawczo-behawioralnej. Przywołane metody terapii są obszernie opracowane w kontekście pracy z osobami chorującymi na schizofrenię (Beck i in., 2010; Granholm i in., 2018; Kingdon i Turkington, 2017; Turkington i in., 2018). Można przyjąć, że podejście poznawcze sprawdzi się lepiej w pracy z pacjentami wysoko funkcjonującymi, techniki poznawczo-behawioralne są bardziej adekwatne do pracy z pacjentami nisko funkcjonującymi (np. z deficytem psychomotorycznym czy obniżonym poziomem sprawności intelektualnej).

Zakończenie

Przedstawione propozycje wymagają realizacji przez zespół terapeutów. Działania logopedy powinny być spójne i uzupełniać terapię prowadzoną przez personel placówki, w której chory się leczy lub jest objęty opieką. Jeżeli jest to oddział szpitalny, to wpływ na poprawę funkcjonowania osoby chorującej na schizofrenię mają oprócz logopedy m.in. lekarz psychiatra, psycholog/psychoterapeuta, terapeuta zajęciowy.

Warto podkreślić, że problemu językowego w schizofrenii nie można „wypreparować” z całego spektrum objawów osiowych psychozy. Terapia schizofazji powinna mieć charakter całościowy, ponieważ dotyczy osoby jako całości, a nie wyłącznie wypreparowanego problemu. Uważam, że podejście „inżynierskie” w terapii psychogennych zaburzeń mowy (schizofazji, jąkania się, mutyzmu i in.) jest daleko niewłaściwe.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™*. Fifth edition. American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andreasen, N. C., (1986). Scale for the assessment of thought, language, and communication (TLC). *Schizophrenia Bulletin*, 12(3), 473–482.
- Beck, A. T., Rector, N. A. Stolar, N., Grant, P., (2010). *Schizofrenia w ujęciu poznawczym. Teoria, badania, terapia* (M. Kaperka, przeł.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Czernikiewicz, A. (1998). *Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii*. Wydawnictwo Akademii Medycznej w Lublinie.
- Czernikiewicz, A. (2004). *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Czernikiewicz, A., Woźniak, T. (2001). Schizofazja. *Logopedia*, 29, 7–36.
- Grabias, S. (2001). Perspektywy opisu zaburzeń mowy. W: S. Grabias (red.), *Zaburzenia mowy. Mowa, teoria, praktyka* (s. 7–43). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grabias, S. (2019). *Język w zachowaniach społecznych. Podstawy socjolingwistyki i logopedii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grof, S. (2012). *Obszary nieświadomości. Raport z badań nad LSD* (A. Szyjewski, przeł.). Wydawnictwo A.
- Granholm, E. L., McQuaid, J. R., Holden, J. L. (2018). *Schizofrenia. Poznawczo-behawioralny trening umiejętności społecznych. Praktyczny przewodnik* (A. Alochno-Janias, przeł.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Hofmann, A. (2019). *LSD... moje trudne dziecko. Historia odkrycia „cudownego narkotyku”* (K. Lewandowski, przeł.). Cień Kształtu.

- Kaczmarek, L. (1975). Korelacyjna klasyfikacja zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się. *Logopedia*, 12, 5–13.
- Kingdon, D. G., Turkington, D. (2017). *Terapia poznawcza schizofrenii* (R. Andruszko, przeł.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kucharska, K., Wilkos, E., Sawicka, M. (2013). *Trening społecznego poznania. Podręcznik terapeuty*. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Lipski, W. (2018). *Zaburzenia konotacji w schizofrenii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Mazurkiewicz, J. (1958). *Wstęp do psychofizyki normalnej*. T. 2: *Dyssolucja aktywności korowo-psychicznej*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Meder, J. (red.). (1999). *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Styczek, I. (1970). *Zarys logopedii*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Styczek, I. (1979). *Logopedia*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Wilcock, S. K. J., Brabban, A., Cromarty, P., Dudley, R., Gray, R., Pelton, J., Siddle, R., Weiden, P. (2018). *Terapia poznawcza psychoz: powrót do życia i normalności* (S. K. Sidorowicz, tłum. i red.). Edra Urban & Partner.
- Woźniak, T. (2000). *Zaburzenia języka w schizofrenii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Woźniak, T. (2008). Standard postępowania logopedycznego w schizofazji. *Logopedia*, 37, 313–322.
- Woźniak, T. (2015). Schizofazja. Zasady postępowania logopedycznego. W: S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 1093–1104). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Woźniak, T. (2016). Zaburzenia mowy dzieci i młodzieży ze schizofrenią. W: I. Jaros, R. Gliwa (red.), *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii* (s. 135–141). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Woźniak, T., Czernikiewicz, A. (2002/2003). Krótka skala oceny schizofazji (KSOS). *Badania nad Schizofrenią*, 4(4), 569–576.
- Woźniak, T., Czernikiewicz, A. (2004). Zagadnienia oceny zaburzeń komunikacji językowej – Krótka Skala Oceny Schizofazji (KSOS). W: A. Czernikiewicz, *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii* (s. 95–106). Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Woźniak, T., Kaczyńska-Haładaj, M. M. (2003). Obraz zaburzeń mowy w schizofrenii dziecięcej. *Logopedia*, 32, 87–104.
- Zeigarnik, B. W. (1969). *Patologia myślenia* [I. Obuchowska, tłum.]. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.



MARTA KRAKOWIAK

Institute of Linguistics and Literary Studies, Faculty of Humanities,
University of Natural Sciences and Humanities in Siedlce

<https://orcid.org/0000-0002-6404-0832>

Performance of a picture description by ten-year-olds with fetal alcohol syndrome

ABSTRACT: Alcohol consumption by a woman during pregnancy may result in a number of developmental disorders in her offspring, known as (fetal alcohol syndrome – FAS). They relate to, among others, acquisition of language and communication competence problems, manifested, among others, by incorrect articulation, deficits in inflection and syntax, and irregularities in creating narrative forms of expression. The subject of this paper is describing of a picture by ten-year-olds with fetal alcohol syndrome and their peers from a control group. Findings indicate that children with FAS have difficulty using the following procedures: generalization of events, spatiality of description, presentability of events, and characterization of elements of reality. These people, while creating descriptions of pictures, usually do not use formulas that allow to begin a statement and present the content of the described events, introduce individual space plans in a disorderly manner, do not use the right wording, omit many important details related to the characteristics of individual elements of reality and the relationships that occur between them. The abnormalities mentioned above are related to the poverty of content and the abnormal structure of texts constructed by ten-year-olds with FAS.

KEYWORDS: fetal alcohol syndrome, FAS, language and communication competence, narrative skills, picture description, language and communication difficulties

Realizacja opisu obrazka przez dziesięciolatki z płodowym zespołem alkoholowym

STRESZCZENIE: Spożywanie alkoholu przez kobietę w czasie ciąży może skutkować wystąpieniem u jej potomka określonych zaburzeń rozwojowych, określanych mianem płodowego zespołu alkoholowego (*fetal alcohol syndrome* – FAS). Dotyczą one m.in. nabywania kompetencji językowych i komunikacyjnych, co objawia się np. niewłaściwą artykulacją, deficytami w zakresie fleksji i składni, a także nieprawidłowościami w tworzeniu narracyjnych form wypowiedzi. Tematem artykułu jest realizacja opisu obrazka przez dziesięciolatki z płodowym zespołem alkoholowym i ich rówieśników z grupy kontrolnej. Wyniki badań wskazują na trudności w zakresie stosowania przez dzieci z FAS następujących procedur: generalizacji zdarzeń, przestrzenności opisu, prezentatywności zdarzeń i charakterystyki elementów rzeczywistości. Osoby te, tworząc opisy obrazków, przeważnie nie stosują formuł pozwalających rozpocząć wypowiedź i prezentować treść opisywanych wydarzeń, wprowadzają w sposób nieuporządkowany poszczególne plany przestrzeni, nie stosują przy tym właściwych sformułowań, pomijają wiele istotnych szczegółów związanych z charakterystyką poszczególnych elementów rzeczywistości i relacjami, jakie zachodzą między nimi. Wymienione nieprawidłowości mają związek z ubóstwem treści i nieprawidłową strukturą tekstów konstruowanych przez dziesięciolatki z FAS.

SŁOWA KLUCZOWE: *fetal alcohol syndrome*, FAS, płodowy zespół alkoholowy, kompetencja językowa i komunikacyjna, sprawność narracyjna, opis obrazka, trudności językowe i komunikacyjne

Fetal alcohol syndrome

The fetus developing in the womb is exposed to a number of factors of external origin, among them teratogens which inhibit the proper formation and functioning of various organs and structures. It is estimated that these factors can cause 7%–10% of birth defects (Zimbardo & Gerrig, 2012, pp. 415–416). Alcohol is the best-known biological teratogen.

The embryo and fetus are particularly vulnerable at certain specific times – when their development process is at a certain stage (Coles, 1998, p. 36). “The highest probability of causing a birth defect by a teratogen is between days 18–60 of embryonic development, while the peak of sensitivity is on day 30” (Trzaskalik & Pyttel, 2017, p. 12). Also, the mechanisms by which ethanol damages the fetus vary depending on the stage of embryonic development. At conception and during the first weeks of fetal life, alcohol acts as a cytotoxic and mutagenic agent on the fetus, so it causes cell death or chromosomal aberrations. From about week 4 to 10 after conception, EtOH exhibits toxic properties, as it contributes to excessive cell apoptosis and impaired cell migration to the right places, resulting in disorganization of tissue structure, leading, among others, to the facial dysmorphism characteristic of fetal alcohol syndrome (FAS). In the next period (8 to 10 weeks) of fetal life, alcohol further demolishes and retards the migration and development of cells, which, if not in the right place at the right time, will not form proper synaptic connections. In the third trimester of pregnancy, ethanol exposure is associated with improperly built brain structures. Their damage underlies the behavioural and neurological deficits found in children with post-alcoholic disorders (Niccols, 2007, p. 136). As is evident from the considerations presented, the same teratogenic agent (alcohol) acting at different periods of fetal development can cause a different manifestation of disorders.

The most serious consequence of a women drinking alcohol during pregnancy is FAS, defined as a syndrome of congenital developmental defects (physical, cognitive, emotional and social) that occurs in some of these women’s children. The damage affects the central nervous system (CNS), body structure (especially the facial skeleton) and the functioning of the affected person (Krakowiak, 2021, p. 49). Although abnormalities may change with age, fetal alcohol syndrome never completely disappears.

Making an accurate diagnosis of fetal alcohol syndrome is not easy, so the process of diagnosing this syndrome should involve many specialists, using their knowledge and skills (Okulicz-Kozaryn & Borkowska, 2015). The diagnostic procedure includes four basic stages (*Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych*, 2020, pp. 12–15):

1. Screening aimed at identifying at-risk individuals (children of mothers who drank during pregnancy, with neurodevelopmental disorders of unknown etiology, with growth restrictions in length/height or weight or head circumference, with facial dysmorphic features characteristic of FAS), and referring them for further diagnosis for FASD. GPs, paediatricians, nurses and midwives, education sector workers and social workers, as well as the child's parents/guardians play a special role at this stage.

2. Specialized examinations, the purpose of which is to determine whether the examined person meets the diagnostic criteria for FAS, ND-PAE or whether he or she should be classified in the FASD risk group, to collect information to formulate a functional diagnosis and to identify the necessary tests to supplement the diagnosis. Detailed evaluation should include: prenatal alcohol exposure, pre- and postnatal growth restriction, facial dysmorphic features and the presence of neurodevelopmental disorders. Implementation of all the assumptions of this stage of diagnosis requires the establishment of an interdisciplinary team of specialists, the core of which is a paediatrician or a GP and a clinical psychologist or a neuropsychologist. For younger children (up to 18 months), a paediatric neurologist and a speech therapist are also present.

3. Differential and functional diagnosis, which aims to exclude causes of neurodevelopmental disorders other than prenatal alcohol exposure, allowing definitive confirmation of the diagnosis of FAS or ND-PAE, possibly excluding the patient from the FASD risk group. Specialized consultations include genetic, neuroimaging, neurometabolic tests, speech therapy and physiotherapy tests.

4. Formulating conclusions and recommendations and communicating them to the patient and/or his or her family. The information provided should include: the criteria on the basis of which the diagnosis was made, the findings of the diagnostic team in terms of the tests performed (the results of the medical, neurodevelopmental evaluation, the results of prenatal alcohol exposure), recommendations that take into account the further management of follow-up visits and the actual needs identified as a result of the functional diagnosis and the real possibility of providing them to the patient and his or her family.

In Poland, the scientific community's interest in fetal alcohol syndrome is steadily increasing, which translates into more literature in Polish, the emergence of new centres for the diagnosis and therapy of FAS, and the validation of diagnostic tools known in other countries (e.g. Palicka & Śmigiel, 2017). As in Germany and Australia, national diagnostic standards for FASD have also been

developed in our country. Work on the aforementioned standards began in 2018 at the initiative of the State Agency for the Prevention of Alcohol-Related Problems. The need to establish them was due to the lack of a unified diagnostic procedure applicable to the various centres specializing in the diagnosis and treatment of people with FASD. The recommendations developed distinguish between two basic diagnostic categories within FASD: FAS (fetal alcohol syndrome) and ND-PAE (neurodevelopmental disorders associated with prenatal alcohol exposure) (*Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych*, 2020, p. 9).

The diagnosis of FAS (marked Q86.0 in the ICD-10 classification) requires the presence of all features – A, B, C and D:

A. Characteristic facial appearance:

- short eyelid crevices (\leq 10th percentile);
- narrow upper lip (4 or 5 on the LPG scale – lip-philtrum guide);
- flattened philtrum (4 or 5 on the LPG scale – lip-philtrum guide).

B. Prenatal and/or postnatal growth/weight deficiency:

- length/height and/or weight $<$ 3rd percentile
- and/or
- birth weight $<$ 10th percentile.

C. Neurodevelopmental disorders:

- abnormalities in \geq 3 cognitive areas, and in the presence of neurological symptoms – in \geq 2 cognitive areas;
- deficits in \geq 3 areas from the emotional and social sphere, adaptive disorders or psychopathological symptoms;
- significant impact of the aforementioned disorders on the performance of daily activities and pre-school, school or professional life.

D. Confirmed/unconfirmed prenatal alcohol exposure:

- \geq 8 standard servings of alcohol per week for \geq 2 weeks of pregnancy

or

- \geq 2 episodes of drinking \geq 4 servings of alcohol on one occasion

or

- confirmation in medical, court, social (welfare) records of high blood alcohol concentration, alcohol therapy, other social, legal or health problems related to a woman's alcohol consumption during pregnancy.

A full diagnosis of fetal alcohol syndrome often involves identifying additional abnormalities using codes from the ICD-10 classification. They include, among others, F80 – specific disorders of speech and language development, F81– specific disorders of school skills, F82 – specific disorders of motor function development, F83 – mixed specific developmental disorders, F88 – other disorders of mental (psychological) development, R62.0 – delayed stages of physiological development, R62.8 – other deficiencies compared to expected normal physiological develop-

ment (short stature, weight deficiency) (*Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych*, 2020, p. 9).

Interfering with prenatal development with the teratogenic effects of ethanol threatens physical and mental health as early as the moment the child is born. In addition, the effects of prenatal alcohol exposure increase an individual's vulnerability to subsequent "life stressors". Due to this fact, two types of abnormalities can be distinguished in children with FAS syndrome: primary and secondary.

Primary disorders are those with which the child is born, and therefore cannot be prevented. They are directly related to damage to the central nervous system which was exposed during the fetal period to the teratogenic effects of alcohol. Primary deficits are present throughout life, which is why those burdened with FAS syndrome "do not grow out" of them (Brimacombe et al, 2009, p. 7; Klecka, 2004, p. 26; Liszcz, 2011, p. 24).

Primary disorders manifested in children with fetal alcohol syndrome include (Jadczak-Szumilo, 2009, pp. 28–32; Komorowska, 2007, p. 7; Pawłowska-Jaroń, 2011, p. 125):

a) morphological abnormalities (height and weight deficiency, craniofacial deformities, structural damage to the brain, anomalies of other organs),

b) impaired functions and complex cognitive processes (memory difficulties, attention deficit disorder, slowed thinking speed, poor critical thinking ability, impaired abstract thinking, problems with cause-and-effect thinking, delayed expression and comprehension of speech, impaired planning, trouble with organization, difficulty predicting the consequences of one's own actions, inability to generalize information),

c) mental disorders (hyperactivity, impulsivity, immaturity),

d) emotional disorders (trouble inhibiting reactions),

e) abnormalities in the development of large and small motor skills (problems with balance, problems with the development of motor automatisms, inability to perform fine movements),

f) sensory disorders (slowed auditory processing rhythm, hypoaesthesia, sensory hypersensitivity).

While there is no way to eliminate the primary symptoms associated with fetal alcohol syndrome, that doesn't mean caregivers can't do anything for their children. By providing them with the right conditions for development, they create the opportunity for normal life and proper functioning in society.

If children with FAS are inadequately cared for and their problems are not recognized, secondary disorders can develop over the the lifetime under the influence of the environment. These are not congenital deficits, so in many cases they can be avoided by keeping in mind the limitations of people with fetal alcohol syndrome and modifying the management and expectations of them accordingly.

This is because secondary deficits are related to the inability of children with FAS to cope with specific social situations. Because of this, they should be taught to seek support from loved ones, as they are unable, among others, to make the right decision on their own. "Using the help of others in social situations helps children with FAS avoid criticism or punishment for behaviour they don't fully understand or plan" (Jadczak-Szumiło, 2008, p. 10).

Secondary deficits found in people with fetal alcohol syndrome include (Horecka-Lewitowicz et al, 2013, p. 197; Jadczak-Szumiło, 2009, pp. 28–32; Klecka, 2007, p. 70, 2009, p. 12; Liszcz, 2011, pp. 24–26; Masgutova, 2008, p. 18; Weinberg et al, 2008, p. 470):

a) disorders of functions and complex cognitive processes (learning difficulties: truancy, repeating classes; failure to understand abstract concepts: time – being late, space, distance – getting lost, money – being cheated; language disorders: pseudoeloquence, deficits in speech expression and reception, speech defects; problems with reproducing facts; slow and selective comprehension);

b) emotional disorders (nervousness, constant irritability, frustration, anger, fits of bad temper);

c) behavioural disorders (aggressive and self-aggressive behaviour, stubbornness, lying, problems with respecting other people's property, running away from home, school dropout, homelessness, unemployment, helplessness, conflicts with the law, prison incidents, abnormal sexual behaviour, abuse of psychoactive drugs);

d) social disorders (isolation resulting in rejection by the group, lack of friends, adaptation difficulties, naiveté, succumbing to manipulation by others, dependence on others, treating strangers as someone close to you, performing extremely different social roles: being a victim or a criminal);

e) mental disorders (mental illness, depression, low self-esteem, suicidal tendencies, anxiety, fear, withdrawal, confinement, hyperactivity);

f) sensory disorders (inadequacy of clothing to the weather, lack of a sense of hunger and satiety, trouble discriminating between stimuli).

Obviously, there are protective factors that reduce the likelihood of secondary disorders. These may include: living in a stable and safe home (for at least 72% of life to date), receiving a diagnosis of FAS before the age of 6, being free of violence, remaining in a stable, unchanging living situation (for a period of not less than, on average, 2.8 years), experiencing proper family care between the ages of 8 and 12, receiving help from professionals, and meeting basic life needs (for at least 13% of life to date) (Gray, 2010, p. 145).

The cited research results indicate that deficits related to the creation of speech can be found among both primary and secondary disorders. Confirmation comes from a study of six- and ten-year-olds with FAS that I conducted (Krakowiak, 2021). They showed the presence of speech development retardation, manifested, among others, in speech defects, poor vocabulary, syntactic errors, as well as

irregularities in the editing of longer forms of speech (characterizations and short stories). People with fetal alcohol syndrome do not achieve narrative performance at a level appropriate for their age, as can be seen by comparing the abilities of children with FAS with those of their control group peers. Abnormalities in narrative skills include the inclusion of little information about characters, objects, phenomena, the omission of some situations and facts (planned in picture stories), difficulties in the proper ordering of events, the inability to apply the superstructure of a story, deficits in the use of appropriate lexical means, and a reduced ability to use syntactic rules. The aforementioned deficits cause the stories and characterizations created by people with fetal alcohol syndrome to be semantically and content poor, inadequately constructed, as well as linguistically and syntactically incorrect. It seems legitimate to pose the question at this point. Do problems in the construction of narrative texts by children with FAS also apply to another type of speech – picture description, which requires mastery of different language skills than narrative?

Assessing the ability of children with FAS to describe a picture seems extremely important, since narrative speech is an essential element of speech therapy diagnosis. Using this ability it is possible to study “the relations occurring between the functions of the brain and peripheral organs of individuals and the state of language at their disposal and their ability to use it” (Grabias, 2021, pp. 13–14). After all, a statement is a conscious and intentional behaviour that is the implementation of the speaker’s intention. Its substantive form, i.e. written, spoken or signalled text, is influenced by the state of linguistic and communicative competence, as well as implementation capabilities. The occurrence of speech disorders results in the appearance of abnormalities in text structure, consistency, grammar, as well as performance difficulties. In turn, the meaning of a statement is determined by the knowledge resources, its mental organization and the ability to access it at the time the message is created. Knowledge, acquired by an individual directly through the senses or indirectly from various sources of information, is structured in the mind through language. It represents the only way to intellectualize the sensations of a single person, and thus determines their knowledge resources. “For the speech therapy practice, the conundrum that a person is stuck only in such a reality that they embrace with their own mind is valid” (Grabias, 2021, p. 16). The appearance of dysfunction in this sphere is revealed in the inability to create coherent statements in terms of content and language, such as in Alzheimer’s disease or schizophrenia.

The lack of previous research on the ability of children with fetal alcohol syndrome to create a description of a picture on the one hand makes it impossible to compare the results, but on the other hand provides an incentive to make observations in this regard.

Methodological assumptions

The main objective of the research presented in this paper is to evaluate the implementation of a picture description by ten-year-olds with FAS and their peers in the control group. The primary research problems are defined by the following questions: How do the children in the research and control groups transfer the reality seen in the picture into the descriptive text? In doing so, how do they implement three procedures: generalization of events, spatiality of description and presentability of events? How do they characterize the different elements of reality: characters, phenomena, objects and events?

The research subjects were ten-year-olds with a diagnosis of fetal alcohol syndrome and their peers without such a diagnosis. The recognition of FAS qualified children for the research group, while the absence of this syndrome qualified them for the control group. Another important criterion was the IQ level³, which was within the normal intellectual capacity. This is because such a result guaranteed that the language and communication deficits present in the subjects are not due to mental development disorders. Additional assumptions were made about the age of the children and the presence of severe sensory deficits. According to such assumptions, the subjects were 10 years old and did not manifest disorders in the form of hearing loss or visual impairment. As all ten-year-olds with FAS grew up outside their biological families, that is, in related and unrelated foster families and children's homes (including family-type children's homes), there were difficulties in accessing information about their immediate environment. This situation resulted in a failure to take environmental data into account when interpreting the research material. Those with fetal alcohol syndrome lived in different parts of Poland, while their peers in the control group came from a single city. For this reason, the research of children with FAS took place in their places of residence, while the ten-year-olds from the control group were studied at the school they attended. The research included 15 ten-year-olds with FAS and the same number of their peers from the control group. To assess narrative skills, I used the picture *By the Lake*, drawn specifically for the research undertaken by Ms. Urszula Pietras.

¹ I conducted my research in 2012–2013 in connection with writing my doctoral dissertation, „Delayed speech development in children with fetal alcohol syndrome”. The dissertation was published in 2021 (Krakowiak, 2021).

² Diagnoses of Fetal Alcohol Syndrome made by teams of specialists from various institutions (psychological and educational counselling centres, FAS diagnosis centres) were included in the documents of the examined children (opinions, judgements, certificates).

³ Information on the level of intelligence and existing medical conditions was included in the records (medical, psychological and diagnostic) of the children studied.

The term *narrative* comes from Latin (*narratio*) and means a story. Traditionally, narrative has been associated with literature. Literature theory has coined the following definition of the term: a *narrative* is “a monologue statement (monologue) presenting a sequence of events arranged in some temporal order, linked to the characters participating in them and to the environment in which they take place” (Sławiński, 1988, p. 303). Stanisław Sierotwiński (1986, p. 153) also points out that the events depicted have a cause-and-effect relationship and are combined in sequences. Due to the narrator’s mode of linguistic disclosure, a distinction is made between third-person and memoir (first-person) narrative. In the former the narrator is outside the depicted world and narrates the story, while in the latter the narrator relates the events he witnessed (Polański, 1999).

There are two basic narrative forms in narrative – a story and a description.

Depending on whether dynamic phenomena, unfolding over time, or static phenomena, distributed in space, come to the foreground of the presentation, narrative takes the form of a story or a description; between both poles extends a vast field of narrative forms of an intermediate or mixed nature (Sławiński, 1988, p. 303).

Similar determinants of a story and a description are given by Sierotwiński, according to whom the story is:

[...] a subjunctive form, mainly in the service of the epic; it is an arrangement of dynamic motifs, linked by temporal succession. Basically, it reconstructs the course of events in the past and if the present tense is used, it is to plasticize the depicted action. It differs from other narrative varieties, such as information, in its dynamic variation of motifs (1986, p. 164)

while description is:

[...] one of the subjunctive forms in a literary work. Structural linkage of static motifs. The description usually has a distinguished subject (object); it is characterized by unidimensionality, and the motifs are connected either on a spatial basis (successive parts of the object) or logical basis (discussion of general features, details, consideration of different points of view, etc.) (Sierotwiński, 1986, p. 164).

Stanisław Grabias adds:

[...] time and space, framed by the »here and now«, determine the description. Expanding the spatial frame (»here and there«) and temporal frame (»now – then – before«) makes the text a story. The implementation of both frames, the frame of the description and the frame of the story, has the hallmarks of a complex activity that hardly lends itself to systematization (2001, p. 287).

As is evident from the considerations presented, narrative forms are considered in a spatial and temporal framework as structures with a specific construction, taking the form of information (cf. Grabias, 2001; Egging & Martin, 2001).

Each narrative statement should include: introduction, development and conclusion. In addition, the different types of narrative (story, description) consist of different elements. The juxtaposition proposed by Grabias (2014, p. 63) applies to the story:

- initiation – a formula that begins a statement,
- exposure – a part that presents the events and the characters can refer, for example, to the time of the story's action,
- complication – a climactic, usually unexpected event, the high point of the plot,
- solution – the presentation of events leading to a way out of the complication,
- *coda* – a formula that ends a statement.

The story is characterized by the temporal succession of events. In its more elaborate version, there may also be a changing space of events. The ability to correctly tell a story appears as early as age 6.

A description is a more difficult version of a narrative statement, which requires the ability to manage space, so correct visual perception and the ability to see space are necessary for its performance. In this form of expression, time remains constant, while the form itself requires greater mental rigour. Proficiency in using spatial terms is more difficult than determining temporal sequences, so the ability to perform a description appears at the age of 10–11.

Narrative proficiency of description, according to Grabias (2014, p. 63; 2021, p. 27), involves the construction of three procedures:

- generalization of events – requires the use of wording to begin the statement and present the content of the description,
- spatiality of description – the content of the description is subordinated to the spatial division into event plans,
- presentability of events – the events described take place in specific plans, and the order of their presentation depends on the speaker's experience.

Constructing a correct description of a picture also involves taking into account the characteristics of the natural phenomena, objects, characters and events presented. The number and quality of information about the various elements of reality translates into the level of communicativeness of speech.

Narrative proficiency requires full awareness of the structure of the statement, as well as the interactive technique of its performance. For it to occur, lexical and communicative proficiency are still needed (Grabias, 2014; 2019).

Research results

Generalization of events

Analysis of the texts of ten-year-olds with fetal alcohol syndrome shows that one respondent included generalization of description in his or her speech, while 14 children did not use appropriate formulas to begin the narrative. The average is therefore equal to 0.1.

In the texts of ten-year-olds with FAS, I noted one phrase that generalizes the content presented: *The picture shows children playing on the beach*. Other descriptions began with specific information about the events viewed in the illustration. The lack of generalization in the statements of those in the research group indicates that they did not have the ability to use the correct formulas to begin this narrative form.

Comparing the descriptions of the ten-year-olds in the control group, it can be seen that they used fifteen phrases to start the statement and make a general statement. The correct formulas occurred in all the texts. The average is therefore 1.

The phrases indicating the generalization of the description used by the children in the control group are as follows: *The picture shows children playing at the lake; The picture illustrates children playing on the beach and in the water; The subject of the illustration is children playing on the beach; In this picture I can see the lake; The picture illustrates children playing in the summer at the lake; The picture illustrates children playing merrily on the beach and at the lake; In this picture you can see children playing in the summer at the lake; The picture shows... illustrates children playing on the beach and at the lake; This picture illustrates children playing on the beach; This picture illustrates happy children playing on the beach and in the water; This picture shows children at play on the beach; This picture illustrates children having fun on the beach and at the lake; This picture illustrates several children having fun at the lake on a sunny day; The subject of the picture is children playing on the beach and in the water; This picture illustrates vacation.*

The ten-year-olds in the control group, using a generalization of description, made a presentation of the subject of their statements. They were able to use appropriate wording to begin descriptions, which indicates their mastered ability to generalize.

Spatiality of description

In terms of spatiality of description, the studied ten-year-olds with fetal alcohol syndrome used four plans of events. Information regarding the character in the foreground was included by 15 people with FAS. Two more plans showing children playing on the beach and in the water, as well as objects from the background were described by 14 ten-year-olds. The fourth plan was also referred to by 14 ten-year-olds in their description. Thus, the persons studied specified event plans 57 times, resulting in an average of 3.8. Descriptions of these places occurred in all texts by ten-year-olds with FAS. Four plans appeared in 13 texts, three – in one and two – also in one.

Statements presenting the foreground included the following constructs: *The old lady is sitting in the meadow and... with a basket of mushrooms; Such a lady is sitting with a basket; On the left side of the picture you can see the lady sitting and watching the children; There the lady... with mushrooms; The lady who is watching what the children are doing. She watches over them; Here an old grandmother is sitting with a basket and eggs; The grandmother is sitting with eggs, she has a red hat, brown hair, in a purple T-shirt, in a pink dress, with a basket, brown eggs, white eggs; Their father is sitting with mushrooms; The gentleman is looking at the children, and next to him there is... a basket of mushrooms; Here I see in the foreground that a boy is sitting on a stone, and next to him there is a basket of eggs; That this boy is sitting and watching these children play; The gentleman is sitting on the grass with a basket of mushrooms and... looking at the children who are playing; The boy is watching him... five children who are playing merrily on the beach.*

The statements describing the characters and events in the background included: *The boys are building a sand castle, and the girl is playing in the sand; And the girl is playing with something. And there the children are building a castle; The other... the girl is also making a castle; [...] there is sand in front of him and the boys who are playing sand castle; The girl who... is not playing with the boys, she is playing something else; On the beach the children are making a sand castle and the girl is digging; Here some kids in hats or non-hats, who are building castles, are playing; In the picture you can see the children playing on the beach; I see when the children... are building sand castles; I see when a girl is digging... a hole; These children are making a sand muffin and they are very happy; This girl is digging in the sand. She is digging in the sand as she dumped a bucket of sand; Three children are playing in the sand [...]; In the background I can see that here... children are playing and making sand castles; Children are playing in the sand. The boys are building a tower of some kind, and the girl is digging something.*

Statements depicting characters, objects and events in the further background include: *Boys in the water are playing a ball; Children are bathing in the water with a ball; And in front of the girl there is water and boys who are playing with*

a ball; Children are bathing in the water and bouncing a ball; Kids are bathing; And... cream boys can be seen here; [...] they are bathing and playing various games in the water; Further in the background I see children playing with a ball in the water; I see children in the sea playing... with a ball. And these children are bathing and playing ball with each other in the water; And the two are playing merrily in the water; And further in the background you can see the waves humming and the children playing the ball; Further in the background I can see a lady watching, as the lady is watching the children; A boy and a girl are playing ball in the... lake.

Information about the background is included in the following statements: *On the right side of the water there are mountains, and on the water there are two ships sailing; Ships are at the end; And there far away... there are boats going... there are boats going; And... here still by the sea there are various ships sailing; Behind the boys there are sailing ships, islands... green islands; On the water there are two ships; And further away... there I see that ships are sailing; Far away on... the water there are two ships sailing; And on the fourth plan, how sailboats are sailing. On the fifth plan... reeds. On the sixth plan... mountains... and clouds; I see the sea in the picture and far away I see sailboats; And such boats are sailing; Behind them sailboats? are sailing...; And ships are sailing too [...].*

The high frequency of statements taking into account individual plans would indicate the ability of children with fetal alcohol syndrome to subordinate the content of the description to the spatial division. However, it should be noted that ten-year-olds with FAS rearranged them in a chaotic, disorderly manner. They talked about those elements of reality that they looked at that particular moment. In addition, they did not use the right terms to name the different plans, such as *foreground*, *background*, *further in the background*. It should also be mentioned that the research subjects included little detail when presenting the spatial breakdown.

Taking into account the spatiality of description in the statements of the children in the control group, it can be concluded that all ten-year-olds correctly depicted the different space planes. They applied a total of 60 pieces of information relating to spatial division. The average is therefore 1. All children included four plans each in their texts.

They began the description of the space by presenting the figure in the foreground. Here are the statements: *The mom was sitting on the left, she was carrying a basket full of mushrooms; On the... left a mom is sitting with a basket, and in the basket there are stones; On the left there is a mom who... is looking at the children; In the foreground I see a lady who is watching the children, she is sitting on a stone, she has a basket of packed lunch with her; In the left part of the picture what caught my eye is the lady who is looking at the children, who are in the middle; In the foreground you can see a man sitting on a hill, next to a basket of mushrooms and grass; In the foreground there is a boy, on the left; In the foreground, you can*

see a boy, on the left, sitting on some rocks, looking at the children playing on the beach and in the water; In the foreground, I can see a boy sitting and next to him there is a basket of mushrooms too; I can see a boy, on the left, who is dressed in colourful pants with suspenders and a colourful blouse, and has a baseball cap on his head; On the left, in the foreground, there is a boy who has just come from the forest, picking mushrooms; In the foreground, on the left... I see a boy who was coming back from the forest and... wanted to look at the beach as... other children were playing, because... he has a basket of mushrooms next to him.

The characters and objects in the background and the events taking place there are depicted as follows: *In the middle of the beach... two boys were building a sand castle, and to the right a girl... was smiling, making holes; There are children playing in the sand. They are building... sand castles and they are smiling. Two children are playing together, but one girl is playing alone; In the background, in the middle of the beach... two boys are playing... and they are building a castle together; In the background, on the beach, the children are building a castle; The two boys are building a castle and the girl is building something else, probably a pit or something like that; Then you can see in the centre two children playing in the sand; Three children are sitting on the beach. Two of them are playing with castles, and the third, a girl, is digging holes and pouring sand into a bucket; In the background in the middle of the picture you can see two boys who... are playing on the beach, building sand castles, and you can see that they are happy because they can play together. And next to them a girl is sitting who is just as happy because she can play on the beach; In the background I see two... two children playing... making a sand castle. To the right I see a girl digging a deep hole; In the middle... there are two boys sitting and they are building a castle, and to the right their sister is sitting and digging a hole; In the background there are two boys in the middle building a sand castle, and to the right there is a girl making a cake; In the background... I see a beach. Two boys are playing in the middle of the beach, making a castle and having a great time. Next to them, on the right, there is a girl; In the background there are children – a boy and a girl. They are sitting on the beach, building a sand castle, being cheerful. Next to her, a little further away a girl is sitting who is also building a sand castle, but alone.*

The following statements were made as regards the descriptions of the characters and events further in the background: *Two boys were playing in the water with a beach ball; Further in the background.. children are playing in the sea. They are throwing a ball at each other; Further in the background, I can see a girl and a boy in the lake, who... are playing, bouncing a ball; Further in the background, you can see the children playing with a ball, yes... a little to the right, in the water; Further in the background, you can see the water, and in it, two children are bouncing a colourful ball; In the middle, further in the background, a little further away, in the water probably a boy and a girl are playing..., who are also happy because*

they can play the ball together, bouncing the ball together; In this lake, children are bathing and bouncing the ball. These are third-plan children; Further in the water two boys are playing with... a beach ball; There are also two boys playing a colourful ball in the lake; Further in the background, there are children playing a ball in the lake – a boy and a girl; In the water there are... children who are bouncing a ball.

Background descriptions represent the following constructs: *And in the background... there were two ships sailing, and the sky was cloudy and it was getting dark; In the background I can see the ships... moving slowly; In the background I can see... the ships, the endless sea, to the right and left – islands and around the beach – grass and reeds; In the distance you can also see the boats... more to the left; In the background of the picture there are two ships that are sailing... There is no wind, so that's why they are standing; In the background of the picture, you can see two blue sailboats sailing in the middle of the forest; Behind them, you can see beautiful sailboats sailing on the lake; And on the horizon, you can see... two... three ships, five islands with... trees and grass growing there; Further behind them, ships are sailing, and clouds are hanging over the ships; In the fourth plan, two.. sailboats are sailing; In the distance you can see two ships and five small clouds and two islands to the right and left; In the background of this, in the middle I can see two sailboats, and to the left and right there are islands with trees; Already on the horizon... to the right and left of this lake or sea there are... some islands overgrown... also with some trees or vegetation, bushes; And in the background there are two ships and the sky, so clouded.*

The picture descriptions created by the children in the control group included accurate information about each space plane. The ten-year-olds presented them in a thoughtful and properly organized manner. Their statements contained many relevant details, making the content of the descriptions comprehensive. It should also be noted that respondents often used specific terms for spatial division, such as *foreground, background*.

Presentability of events

In the picture descriptions created by children with fetal alcohol syndrome, I recorded 35 statements taking into account the presentability of events. The average is therefore 2.3. Twelve ten-year-olds with FAS described events unfolding in specific plans, and 3 respondents made no such attempt. In six texts there were 4 pieces of such information, in one text – 3, in three texts – 2 and in two texts – 1.

Ten-year-olds with fetal alcohol syndrome, describing specific characters, objects, events, placed them in space. This is confirmed by the following examples of statements: *An old lady is sitting in a meadow [...]; He is sitting on the grass, and in front of him there is sand and boys who are playing sand castle; A gentleman is*

sitting on the grass with a basket of mushrooms and... is looking at the children who are playing; The children are making a sand castle on the beach [...]; Three children are playing in the sand, and two are playing ball probably in the sea; [...] children who are playing merrily on the beach; [...] the girl is playing in the sand. In front of the girl there is big reed; And in front of the girl there is water and boys playing a ball; Boys in the water playing a ball; Children are bathing in the water with a ball; Behind the boys there are sailboats, islands... green islands; Children are bathing in the water and bouncing a ball; In the background I see children playing with a ball in the water; I see children in the sea playing... a ball; A boy and a girl are playing a ball in... the lake; And the two are playing merrily in the water; And... around the beach there is grass... and some islands; Far away on the water there are two ships sailing; Back behind them there are... sailing ships?

The texts of ten-year-olds with FAS also included specific information about the space, where the children accurately identified the sides: *There are mountains on the right side of the water, and there are two sailing ships sailing on the water; On the right, I can also see mountains; On the left side of the picture, you can see the lady sitting and watching the children; On the left, I can see the mountains; On the... left, I can see a lady... with a basket.*

Not all statements were so precise. Some contained only general terms for the space plane: *There a lady... with mushrooms; And there children are building a castle; And there far away... there are boats going... there are boats walking; Here I see in the foreground that a boy is sitting on a stone; [...] here... children are playing and making sand castles; And... here still by the sea there are various ships sailing; Here an old grandmother is sitting with a basket and eggs; Here some kids in hats non-hats, who are building castles, are playing; And still further... there I see that ships sailing; Here I think a car. [...] and far away I see sailboats.*

Some respondents placed the events described and the characters involved in them in specific plans. However, the frequency of such statements was not high. In this regard, the texts of ten-year-olds with FAS were characterized by a lack of precision and a small number of details about the described space, which may have had a negative impact on the content of their narrative statements. On the other hand, there was repeatedly general information about events unfolding somewhere (*there, here, far away*) in space.

Much higher frequency regarding the presentability of the description occurred in the texts of the ten-year-olds in the control group, as I recorded 98 such statements. Their average usage equals 6.5. All the children described the events unfolding in each space plane and the characters involved. In one text there were 9 pieces of such information, in two texts – 8, in six texts – 7 and in three texts – 6, in one text – 5 and in two texts – 4.

The statements of those in the control group taking into account the presentability of the description are as follows: [...] *I see a lady who is watching the*

children, she is sitting on a stone [...]; She is sitting on the... ground. Next to her there is a basket... with rolls, hard-boiled eggs; In the foreground, you can see a man sitting on a hill, next to a basket of mushrooms and grass; You can see a basket next to him, because he probably came from the forest; Next to him there is a basket of mushrooms. And this boy is looking at the children playing on the beach and in the sea; And also... sitting behind the beach and... looking at the children. There is a basket of mushrooms by his side because... he has come from the forest and picked mushrooms; Next to her there is a basket with... stones in it; There are children playing on... sand; [...] in the middle of the beach... two boys are playing... and they are building a castle together; He sees children playing on the beach and in the water; There are three children sitting on the beach. The boys are playing in the middle, and the girl is playing on the side; He is looking at... children playing on the beach and swimming in the lake [...]; Next to him, not far away, two boys are playing, and they are building a castle; They are sitting on the beach, building a sand castle, and they are cheerful; The children are surrounded by grass and sitting on the beach; There is a bucket, in which sand is poured and is waiting for the girl to knock it over and there will be a castle; Next to it, a little further away a girl is sitting who is also building a sand castle, but alone; In the water two boys were playing with a beach ball; In the background... children are playing in the sea; Further in the background I see a girl and a boy in the lake, who... are playing, bouncing a ball; In the sea, two children are playing with a ball; In the middle, further in the background, a little further away, probably a boy and a girl are playing in the water [...]; In the lake, children are bathing and bouncing a ball; Two boys are also playing with a colourful ball in the lake; Further in the background, children are playing with a ball – a boy and a girl – in the lake; Behind them, you can see beautiful sailboats sailing on the lake; Further behind them, ships are sailing, and clouds are hanging over the ships; And on the horizon, you can see... two... three ships, five islands, where there are... trees and grass; On both sides there are forests, where there is darkness; In the sky there are beautiful clouds; There is grass around the beach; Around the beach there is grass and reeds; [...] and the beach is surrounded by nice, beautiful green grass; There is grass in front of the beach; You can see grass on the beach and near the shore; There is large, thick grass around the beach.

In their texts, the children in the research group also used the names of specific sides, which had a positive effect on the precision of the description. Here are examples of statements containing such terms: *Mom was sitting on the left, she had a basket by her side... full of mushrooms; There is a mom on the left, who... is looking at the children; On the... left mom is sitting with a basket, and there are stones in the basket; There is a boy in the foreground, on the left; In the foreground, on the left, you can see a boy sitting on some stones, looking at the children playing on the beach and in the water; In the foreground, on the right, I can see a boy sitting; On the left, in*

the foreground, there is a boy who has just come from the forest, picking mushrooms; In the middle of the beach... two boys were building a sand castle, and to the right a girl... she was smiling, making holes; In the middle... there are two boys sitting and they are building a castle, and to the right their sister is sitting and digging a hole; In the background there are two boys in the middle building a sand castle, and to the right there is a girl making a cake; Then you can see two children in the centre playing in the sand; Two boys are playing in the sand... in the centre, and to the right there is a girl who is also playing in the sand; By the right side of the picture there is a girl with ponies, who is very happy [...]; To the right I see a girl digging a deep hole; Next to them, to the right there is a girl; Further in the background you can see the children playing ball so... so a little to the right, in the water; And further in the background... there are boys bouncing a beach ball in the water, and behind them on the left... there are sailboats; In the distance, you can also see boats... more to the left; In the distance you can see two ships and five small clouds and two islands to the right and left; In the background of this, in the middle I can see two sailboats, and to the left and right of the islands with trees; And not far from them, to the left and right, there was an island where dusk was falling; On the sides there are dunes, colourful dunes; On the sides of the picture there are islands that no one has reached yet; In the background I can see... ships, endless sea, to the right and left – islands and around the beach – grass and reeds; Already on the horizon... to the right and left of this lake or sea there are... some islands overgrown... with some trees or vegetation, bushes.

All ten-year-olds in the control group described characters, objects and events, locating them in a specific space. The content of their texts, thanks to the inclusion of accurate information on spatial relationships, was abundant in detail. It is also worth noting that the children studied did not use general terms to refer to the described space, e.g. *there, here, far away*, but made it more specific.

Characteristics of the elements of reality

In the texts of ten-year-olds with fetal alcohol syndrome, there were 47 pieces of information characterizing various elements of the reality presented. The average is therefore 3.1. All respondents included in their statements the characteristics of the characters, phenomena, objects and events described. Five such mentions occurred in 2 texts, four mentions – in 3, three mentions – in 6, two mentions – in 3 and one – in 1 description.

The elements of reality characterized by children with FAS are, in order of frequency: characters (214), events (19), natural phenomena (5) and artefacts (2).

⁴ The numbers in parentheses indicate the number of statements containing elements of characterization of various elements of reality.

Statements containing information about the gender, appearance, social role and activities of the foreground characters are as follows: *An old lady is sitting in the meadow and... with a basket of mushrooms; And... she has mushrooms. Sitting on a... pebble; There a lady... with mushrooms; Such a lady is sitting with a basket; On the... left I see a lady... with a basket; [...] here an old lady is sitting with a basket and eggs; A grandmother is sitting with eggs, she has a red hat, brown hair, purple T-shirt, pink dress, with a basket, brown eggs, white eggs; Their father is sitting with mushrooms; [...] a boy is sitting on a stone, and next to him there is a basket of eggs; The gentleman is looking at the children, and next to him there is... a basket of mushrooms; The gentleman is sitting on the grass with a basket of mushrooms and... he is looking at the children, who are playing; He has a red hat, a purple blouse and pink pants.*

The appearance and activities performed by the children in the background were described in this way: *A child has a hat; Here some kids in hats non-hats, who are building castles, are playing; Cream kids; With a red hat and blue swimtrunks; Hat and grey swimtrunks; And then a girl. Long hair, something red in the hair and... a swimsuit.*

The fewest statements were made about children further in the background: *And... the cream boys can be seen here; These children are smiling.*

I noted the following constructs among the statements that characterize situations happening in the foreground: *The lady who is watching what the children are doing. He is watching over them; He is sitting on the grass, and in front of him there is sand and boys who are playing sand castle; That this boy is sitting and watching these children play; And... he is probably thinking about something; The boy is watching over hm... five children who are playing merrily on the beach.*

Events attended by background characters present such statements: *The boys are building a sand castle, and the girl is playing in the sand; [...] the children are playing and making sand castles; On the beach, the children are making a sand castle, and the girl is digging; They are making... sand castles, making different... figures; [...] the children are playing in the sand; I see when the children... are building sand castles; I see when a girl is digging... a hole; These children are making a sandcastle and they are very happy; She is digging in the sand, because she poured a bucket of sand; Three children are playing in the sand; The children are playing in the sand; The boys are building a tower of some kind, and the girl is digging something.*

On the other hand, statements describing situations involving characters further in the background include: *The children are bathing in the water with a ball; The boys are playing the ball in the water; The children are bathing in the water and bouncing a ball; [...] and... they are bathing and playing all sorts of games in the water; I see the children in the sea playing... the ball; And these children are bathing and playing the ball in the water; [...] and two of them are playing the ball*

in... probably in the sea; And two are playing merrily in the water; A boy and a girl are playing the ball in... a lake.

The features of natural phenomena (appearance and colour) identified by ten-year-olds with FAS were included in the statements: *In front of the girl there is a large reed; Behind the boys there are sailboats, islands... islands of green; And white clouds and... white and billowing clouds; Blue waves.*

The fewest statements were about the characteristics (colour and number) of artefacts: *The yellow and red ball can be seen; [...] there are two ships on the water.*

All people with FAS included in their texts characteristics of the elements of reality they described. However, these were not elaborate or detailed. In many cases, ten-year-olds with fetal alcohol syndrome lacked the ability to correctly interpret the elements of reality seen in the illustration or identify their characteristics. Such a state of affairs may have resulted from problems in perception and understanding or from ignorance of a situation, phenomenon, object, character. The problem would also have to be attributed to the poor vocabulary and the inability to find the right words to describe the elements mentioned. The low level of ability to identify the characteristics of characters, objects and phenomena negatively affected the communicability of texts.

The ten-year-olds in the control group did significantly better in this regard. In their statements, I recorded 146 pieces of information containing characteristics of the described natural phenomena, objects, characters and events. The average is therefore 9.7. In all the texts of the ten-year-olds studied, there were terms of qualities referring to particular elements of reality. The number of such pieces of information was: in one description – 13, in one – 12, in two – 11, in four – 10, in four – 9, in two – 8 and in one – 7.

Characterization was most often about characters (57), followed by events (37) and natural phenomena (35). The lowest frequency referred to artefacts (17).

Statements about the foreground characters took into account their gender, social role, appearance, feelings and activity: *Mom was sitting on the left, carrying a basket... full of mushrooms; There is mon on the left, who... is looking at the children. Next to her there is a basket with... stones in it; In the foreground you can see a man sitting on a hill, next to a basket with mushrooms and grass; In the foreground I see a boy sitting and next to him there is also a basket with mushrooms; [...] there is a boy who has just come from the forest, picking mushrooms. Next to him there is a basket of mushrooms; In the foreground, on the left you can see a boy sitting on some rocks, looking at children playing on the beach and in the water; He has just come from the forest, because he is carrying a basket of mushrooms; Next to him there is a basket of mushrooms; A basket of mushrooms is next to him. It seems to me that he has come back from the forest a while ago; You can see a basket standing next to him, because he most likely has come from the forest; He is sitting on... the ground. There is a basket next to her... with rolls,*

hard-boiled eggs; On the... left a mother is sitting with a basket, and in the basket there are stones; He is huddled and all dressed up, although next to him there are children who are... only in underpants; He has a baseball cap turned backwards, a purple blouse and pink pants with suspenders; I see a boy on the left who is wearing colorful pants with suspenders and a colourful blouse, and has a baseball cap on his head; He has a purple blouse and red pants and a red cap. She can see the children playing on the beach and in the water; She is very smiling; You can see that... once he probably also played like this and now would like to also... go back kind of to that time and play with them; He is looking at... the children playing on the beach and swimming in the lake, because he would also like very much to swim like this, and his parents sent him to this forest. He has to collect it himself; He is very cross because he is sad that he has to do it himself. He would also very much like that... to play on the beach; And this boy looks at these children and he is cheerful because he can see these children having fun; He is very unhappy because he can't bathe; And this boy looks at the children playing on the beach and in the sea. It seems to me that he is terribly sad that he can't bathe as well.

Statements describing people in the background included their gender, appearance, emotions and activities: *They are happy because they are having fun; [...] and you can see that they are happy because they can play together with each other; They are very happy; They are super happy; They look very happy because they are having fun with it; They have hats on their heads so that [...] they don't get a sun stroke; To the right there is a girl who is digging a hole and is also happy; And next to them a girl is sitting who is just as happy because she can play on the beach; On the right side of the picture there is a girl with ponies who is very happy because she is playing in the sand and this sand is not too dry; There is a bucket beside her, in which sand is poured and is waiting for the girl to tip it over and there will be a castle; She is very cheerful and she is using the bucket; She is pouring sand into the red bucket and she is also smiling; And on the right there is a girl who... is smiling and digging a hole.*

The least amount of information was related to characters in the third plan: *In the middle, further in the background, a little further away, they are playing in the water... probably a boy and a girl, who are also happy because they can play together with a ball, bouncing a ball with each other; Also they are happy... together in the water.*

Statements containing characteristics of events happening in the foreground represent the following constructs: *Mom came with the children, who were playing; In the foreground I see a boy sitting; Mom is watching carefully to see if the children are going to be okay; She is watching them and looking carefully at everything, and she can definitely see that they are having a great time.*

Situations involving persons in the background were depicted with the following statements: *In the background, two boys are playing in the middle of the*

beach and they are building a castle together; In the middle of the beach two boys are playing, making a castle and having a great time; In the background in the middle of the picture you can see two boys who... are playing on the beach, building sand castles; Two boys are building a castle and the girl is building something else, probably a hole or something like that; In the background there are two boys in the middle who are building a sand castle, and to the right there is a girl who is making a cake; In the middle... there are two boys sitting and they are building a castle, and to the right their sister is sitting and digging a hole; Two of them are playing with castles, and the third one, a girl, is digging holes and pouring sand into a bucket; In the middle of the beach... two boys were building a sand castle, and to the right a girl... was smiling, making holes; Two children are playing together, but one girl is playing alone; Next to her, a little further away a girl is sitting who is also building a sand castle, but alone; She is also playing with a bucket of sand; There are children playing in the sand; They are playing on the beach; They are sitting on the beach, building a sand castle, they are cheerful; In the background, children are building a castle on the beach; In the background, I see two children making a sand castle sand.

Statements describing situations involving characters further in the background include: *Further in the background... children are playing in the sea; They are throwing a ball at each other; Further in the background I see a girl and a boy in the lake... they are playing, bouncing a ball; Further in the background, you can see children playing a ball; In the sea, two children are playing a ball; Further in the background, you can see the water, and two children are bouncing a colorful ball there; In the lake, there are also two boys playing with a colorful ball; Further in the background, in the lake, I see two boys... playing a beach ball, bouncing it at each other; In the water, there are... children who are bouncing a ball.*

Statements characterizing the elements of nature concerned their colour, location, external features and number: *The boy is sitting on the green grass; At the beginning of the picture there are also grasses of different colours; Then there is some vegetation by the shore; The beach is surrounded by grass and reeds; You can see grass on the beach and by the shore; There is a large, thick grass around the beach; These children are on the beach, and the beach is surrounded by nice, beautiful green grass; The sand on the beach was yellow, and grass was growing around the beach; The sand is yellow, and the sea is blue-white-green and also dark blue; The sand is very colourful, just like the sea; The sand is... yellow; The beach is covered with sand, and there is grass and other plants growing on the sand; And the water was clear; The water is clear and clean; In the background I can see the endless sea; There are colourful dunes on the sides; On the sides of the picture there are islands that no one has yet reached; And on the horizon you can see [...] five islands with... trees and grass growing there; [...] and to the left and right there are islands with trees; Already on the horizon... to the right and left of this lake or sea*

there are... some islands overgrown... also with some trees or vegetation, bushes; You can see that it is getting darker on the shore and... the water is getting darker and darker; You can also see the setting sun and also islands overgrown with grass; It is already... late and it's getting dark; There are forests on both sides where it's dark; And the sky... was overcast and it was getting dark; And in the background there are two ships and the sky, so overcast; There are beautiful clouds in the sky; In the distance you can see [...] five small clouds and two islands to the right and left; The sky is grey-blue-green.

The artefact features (colour, function, number) identified by the ten-year-olds in the control group were included in the statements: *There were two boys playing a beach ball in the water; [...] boys bouncing a beach ball in the water; There are also two boys playing with a colorful ball in the lake; Further in the background there are two boys playing a colorful ball; The water is... clear and the ball is colourful; And you can see two... three ships on the horizon; In the distance you can see two ships; In the background of the picture there are two ships that are sailing; In the background I can see ships that are... slowly moving; Two boats; In the background of the picture you can see two blue sailboats that are sailing in the middle of the forest; Behind them you can see beautiful sailboats that are sailing on the lake; Further in the background there are two... sailboats.*

To conclude, it can be said that all ten-year-olds in the control group included in their statements the characteristics of the elements of reality viewed in the illustration. They noted many important details in the appearance of characters, objects, natural phenomena and the course of events. This indicates that the control group subjects are perceptive, pay close attention to details, and are able to identify them. The rich vocabulary of the studied ten-year-olds allowed them to accurately describe many features of the described elements of reality. Therefore, the picture descriptions created by children in the control group were communicative and understandable to the viewer.

Comparison of ten-year-olds' results

TABLE 1.

Implementation of picture description procedures

Description procedures	Ten-year-olds with FAS	Ten-year-olds in the control group
Generalization of events	1	15

Spatiality of description	57	60
Presentability of events	35	98
Characteristics of the elements of reality	47	146
Total	93	173

SOURCE: Own work.

Summary of results

Analysis of the picture descriptions created by the ten-year-olds in the research group and their peers in the control group allows the following conclusions to be drawn:

1. Ten-year-olds with FAS have not acquired the ability to generalize events, as only one person in this group identified the subject of the picture described. In contrast, all children in the control group mastered this ability, as they were able to use general formulas that begin a description and present the content of the events being presented.

2. All the children in both the research and the control groups introduced four space plans into their descriptions. However, the children with FAS depicted the viewed space in an inconsiderate, chaotic manner, confusing the order of the different plans. In contrast, their peers in the control group presented them in the proper order. In addition, children with FAS did not use appropriate terms to name the various plans, unlike the ten-year-olds in the control group, who used such expressions.

3. Not all respondents with FAS described events, characters and phenomena in relation to space. Sometimes they omitted the background of the events, used vague terms when presenting the space, and gave little detail about the location of the action. Children in the control group, on the other hand, skilfully captured the depicted events in specific spatial plans. Their texts were elaborate and rich in detail in this regard.

4. Respondents from both groups used characteristics of natural phenomena, objects, characters and events in their descriptions. In contrast, intergroup differences were associated with the quality and number of responses. The texts of the ten-year-olds with FAS did not contain many details with regard to the elements of reality presented. In contrast, the statements of their peers in the control group were more elaborate in this regard. The distribution of information in both groups is similar, as most of the characteristics mentioned referred to characters, and less to events and natural phenomena. The lowest turnout, however, was for artefacts.


References

- Brimacombe, M., Fry-Johnson, Y., Bertrand, J., Fuller, T., Levine, R., & Venable, C. L. (2009). Basic biomedical foundation. In: *Fetal alcohol spectrum disorders: competency-based curriculum development guide for medical and allied health education and practice* (pp. 2–7). Department of Health and Human Services USA.
- Coles, C. (1998). Krytyczne okresy narażenia płodu na działanie alkoholu. Wyniki badań na modelach zwierzęcych i na ludziach. In M. Ślósarska (Ed.), *Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem* (trans. A. Basaj; pp. 35–50). State Agency for the Prevention of Alcohol-Related Problems.
- Eggins, S., & Martin, J. R. (2001). Gatunki i rejestry dyskursu. In T. van Dijk (Ed.), *Dyskurs jako struktura i proces* (trans. Grochowski; pp. 153–181). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Grabias, S. (2001). Podstawy opisu zaburzeń mowy. In S. Grabias (Ed.), *Zaburzenia mowy* (pp. 11–43). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grabias, S. (2014). Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego. In S. Grabias, Z. M. Kurkowski (Eds.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy. Podręcznik akademicki* (pp. 15–71). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grabias, S. (2019). *Język w zachowaniach społecznych. Podstawy socjolingwistyki i logopedii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grabias, S. (2021). Wypowiedź jako narzędzie w diagnozie i terapii logopedycznej. Dialog, opowiadanie, opis. In A. Maciejewska (Ed.), *Narracja w diagnozie i terapii logopedycznej* (pp. 13–29). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego.
- Gray, D. D. (2010). *Adopcja i przywiązanie. Praktyczny poradnik dla rodziców*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Horecka-Lewitowicz, A., Lewitowicz, P., Adamczyk-Gruszka, O., Skawiński, D., & Szpringer, M. (2013). *Objawy, przebieg i postępowanie w alkoholowym zespole płodowym*. *Studia Medyczne*, 29(2), pp. 195–198. <https://doi.org/10.5114/ms.2013.36893>
- Jadczak-Szumilo, T. (2008). Dlaczego jest potrzebna wczesna diagnoza dla dzieci z FAS? *Świat Problemów*, 12, pp. 8–11.
- Jadczak-Szumilo, T. (2009). *Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD. Studium przypadku*. Parpamedia.
- Klecka, M. (2004). Alkoholowy zespół płodowy FAS. Zaburzenia pierwotne i wtórne. *Bliżej Przedszkola*, 4(31), pp. 26–27.
- Klecka, M. (2007). *FAScynujące dzieci*. Wydawnictwo św. Stanisława BM.
- Klecka, M. (2009). *Ciąża a alkohol. W trosce o dziecko. FAS*. Parpamedia.
- Komorowska, M. (2007). Diagnoza FAS w praktyce. *Remedium*, 11, pp. 6–7.
- Krakowiak, M. (2021). *Opóźnienie rozwoju mowy u dzieci z płodowym zespołem alkoholowym*. Wydawnictwo Naukowe Instytutu Kultury Regionalnej i Badań Literackich.
- Liszczyk, K. (2011). *Dziecko z FAS w domu i w szkole*. Rubikon.
- Masgutova, S. (2008). *Neurosensomotoryczna integracja odruchów u dzieci niepełnosprawnych jako skuteczna pomoc w ich codziennym funkcjonowaniu. Diagnozowanie i korekcyjna praca z dziećmi z MPD, autyzmem i FAS*. Warsaw, 2008.
- Niccols, A. (2007). Fetal alcohol syndrome and the developing socio – emotional brain. *Brain and Cognition*, 65(1), pp. 135–142.
- Okulicz-Kozaryn, K., & Borkowska, M. (2015). Diagnoza FASD dla celów edukacyjnych i wychowawczych. *Przegląd Pedagogiczny*, 1, pp. 168–183.
- Palicka, I., & Śmigiel, R. (2017). Walidacja narzędzia diagnostycznego “Skale Inteligencji i Rozwoju

- dla Dzieci w Wiekui Przedszkolnym (IDS-P)” z udziałem grupy dzieci z rozpoznanyim płodowym zespołem alkoholowym wg kryteriów waszyngtońskich. *Pediatrics Polska*, 92(5), pp. 525–537. <https://doi.org/10.1016/j.pepo.2017.05.001>
- Pawłowska-Jaroń, H. (2011). Sfery zaburzonego rozwoju u dzieci z FASD. In M. Michalik (Ed.), *Biologiczne uwarunkowania rozwoju mowy* (v. 2, pp. 123–139). Collegium Columbinum.
- Polański, K. (Ed.). (1999). *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*. Ossolineum.
- Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. *Zalecenia opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów* (2020). *Pediatrics*, 1 (special edition), 1–44.
- Sierotwiński, S. (1986). *Słownik terminów literackich. Teoria i nauki pomocnicze literatury*. Ossolineum.
- Sławiński, J. (Ed.). (1988). *Słownik terminów literackich*. Ossolineum.
- Trzaskalik, J., & Pyttel, J. (2017). Dziecko z FAS (płodowy zespół alkoholowy) w edukacji. *Nauczyciel i Szkoła*, 1(61), pp. 11–25.
- Weinberg, J., Sliwowska, J. H., Lan, N., & Hellemans, K. G. C. (2008). Prenatal alcohol exposure: Foetal programming, the hypothalamic – pituitary – adrenal axis and sex differences in outcome. *Journal of Neuroendocrinology*, 20(4), 470–488. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2826.2008.01669.x>
- Zimbardo, P. G., Gerrig, R. J. (2012). *Psychologia i życie*. Trans. E. Czerniawska [et al.]. Wydawnictwo Naukowe PWN.



MARTA KRAKOWIAK

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach,
Wydział Nauk Humanistycznych, Instytut Językoznawstwa i Literaturoznawstwa
 <https://orcid.org/0000-0002-6404-0832>

Realizacja opisu obrazka przez dziesięciolatkę z płodowym zespołem alkoholowym

Performance of a picture description by ten-year-olds with fetal alcohol syndrome

ABSTRACT: Alcohol consumption by a woman during pregnancy may result in a number of developmental disorders in her offspring, known as (fetal alcohol syndrome – FAS). They relate to, among others, acquisition of language and communication competence problems, manifested, among others, by incorrect articulation, deficits in inflection and syntax, and irregularities in creating narrative forms of expression. The subject of this paper is describing of a picture by ten-year-olds with fetal alcohol syndrome and their peers from a control group. Findings indicate that children with FAS have difficulty using the following procedures: generalization of events, spatiality of description, presentability of events, and characterization of elements of reality. These people, while creating descriptions of pictures, usually do not use formulas that allow to begin a statement and present the content of the described events, introduce individual space plans in a disorderly manner, do not use the right wording, omit many important details related to the characteristics of individual elements of reality and the relationships that occur between them. The abnormalities mentioned above are related to the poverty of content and the abnormal structure of texts constructed by ten-year-olds with FAS.

KEYWORDS: fetal alcohol syndrome, FAS, language and communication competence, narrative skills, picture description, language and communication difficulties

STRESZCZENIE: Spożywanie alkoholu przez kobietę w czasie ciąży może skutkować wystąpieniem u jej potomka określonych zaburzeń rozwojowych, określanych mianem płodowego zespołu alkoholowego (*fetal alcohol syndrome* – FAS). Dotyczą one m.in. nabywania kompetencji językowych i komunikacyjnych, co objawia się np. niewłaściwą artykulacją, deficytami w zakresie fleksji i składni, a także nieprawidłowościami w tworzeniu narracyjnych form wypowiedzi. Tematem artykułu jest realizacja opisu obrazka przez dziesięciolatkę z płodowym zespołem alkoholowym i ich rówieśników z grupy kontrolnej. Wyniki badań wskazują na trudności w zakresie stosowania przez dzieci z FAS następujących procedur: generalizacji zdarzeń, przestrzenności opisu, prezentatywności zdarzeń i charakterystyki elementów rzeczywistości. Osoby te, tworząc opisy obrazków, przeważnie nie stosują formuł pozwalających rozpocząć wypowiedź i prezentować treść opisywanych wydarzeń, wprowadzają w sposób nieuporządkowany poszczególne plany przestrzeni, nie stosują przy tym właściwych sformułowań, pomijają wiele istotnych szczegółów związanych z charakterystyką poszczególnych elementów rzeczywistości i relacjami, jakie zachodzą między nimi. Wymienione nieprawidłowości mają związek z ubóstwem treści i nieprawidłową strukturą tekstów konstruowanych przez dziesięciolatkę z FAS.

SŁOWA KLUCZOWE: *fetal alcohol syndrome*, FAS, płodowy zespół alkoholowy, kompetencja językowa i komunikacyjna, sprawność narracyjna, opis obrazka, trudności językowe i komunikacyjne

Płodowy zespół alkoholowy

Płód rozwijający się w łonie matki jest narażony na działanie wielu czynników pochodzenia zewnętrznego, a wśród nich teratogenów hamujących prawidłowe formowanie się i funkcjonowanie poszczególnych narządów oraz struktur. Szacuje się, że czynniki te mogą być przyczyną powstania 7% wad wrodzonych (Zimbardo i Gerrig, 2012, s. 415–416). Najbardziej znanym teratogenem biologicznym jest alkohol.

Zarodek i płód są szczególnie wrażliwe na uszkodzenia w pewnych specyficznych okresach – wówczas, gdy proces ich rozwoju znajduje się w określonym stadium (Coles, 1998, s. 36). „Największe prawdopodobieństwo wywołania wady wrodzonej przez teratogen przypada na 18.–60. dzień rozwoju zarodka, zaś szczyt wrażliwości na 30. dzień” (Trzaskalik i Pyttel, 2017, s. 12). Również mechanizmy, za których pomocą etanol uszkadza płód, różnią się w zależności od stadium rozwoju embrionalnego. W momencie poczęcia i podczas pierwszych tygodni życia płodu alkohol działa na niego jako środek cytotoksyczny i mutagenny, dlatego powoduje śmierć komórek lub aberracje chromosomowe. Od ok. 4. do 10. tygodnia po poczęciu dziecka EtOH wykazuje właściwości toksyczne, ponieważ przyczynia się do nadmiernej apoptozy komórek i zaburzeń ich migracji we właściwe miejsca, co powoduje dezorganizację struktury tkanek, prowadząc m.in. do powstania charakterystycznych dla płodowego zespołu alkoholowego (*fetal alcohol syndrome* – FAS) dysmorfii twarzy. W następnym okresie (od 8. do 10. tygodnia) życia płodu alkohol dalej burzy i opóźnia migrację oraz rozwój komórek, które jeśli nie znajdują się w odpowiednim miejscu we właściwym czasie, to nie stworzą prawidłowych połączeń synaptycznych. W trzecim trymestrze ciąży ekspozycja na etanol skutkuje niewłaściwą budową struktur mózgowych. Uszkodzenie ich leży u podstaw deficytów behawioralnych i neurologicznych występujących u dzieci z zaburzeniami poalkoholowymi (Niccols, 2007, s. 136). Jak wynika z przedstawionych rozważań, ten sam czynnik teratogeny (alkohol) działający w różnych okresach rozwoju płodu może spowodować inny obraz zaburzeń.

Najpoważniejszą konsekwencją picia przez kobiety alkoholu w czasie ciąży jest FAS, definiowany jako zespół wrodzonych wad rozwojowych (fizycznych, poznawczych, emocjonalnych i społecznych), występujący u niektórych dzieci tych kobiet. Uszkodzenia dotyczą ośrodkowego układu nerwowego (OUN), budowy ciała (w szczególności twarzoczaszki) oraz funkcjonowania osoby nimi dotknię-

tej (Krakowiak, 2021, s. 49). Chociaż nieprawidłowości mogą się zmieniać wraz z wiekiem, płodowy zespół alkoholowy nigdy nie znika całkowicie.

Postawienie trafnej diagnozy płodowego zespołu alkoholowego nie jest łatwe, dlatego w procesie rozpoznania tego syndromu powinno uczestniczyć wielu specjalistów, wykorzystujących swoją wiedzę i umiejętności (Okulicz-Kozaryn i Borkowska, 2015). Schemat postępowania diagnostycznego obejmuje cztery podstawowe etapy (*Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych*, 2020, s. 12–15):

1. Badania przesiewowe, których celem jest wyłonienie osób z grupy ryzyka (dzieci matek pijących w czasie ciąży, z zaburzeniami neurorozwojowymi o nieznaną etiologię, z ograniczeniami wzrastania w zakresie długości/wysokości lub masy ciała, lub obwodu głowy, z charakterystycznymi dla FAS cechami dysmorficznymi twarzy) i skierowanie ich na dalszą diagnozę w kierunku stwierdzenia FASD (*fetal alcohol syndrome disorder*). Na tym etapie szczególną rolę odgrywają lekarze pierwszego kontaktu, pediatrzy, pielęgniarki i położne, pracownicy oświaty, pomocy społecznej oraz rodzice/opiekunowie dziecka.

2. Badania specjalistyczne, których celem jest określenie, czy badana osoba spełnia kryteria diagnostyczne FAS, ND-PAE (*neuro-developmental disorders associated with prenatal alcohol exposure* – neurobehawioralne zaburzenia neurorozwojowe związane z prenatalną ekspozycją na alkohol) lub czy należy ją zakwalifikować do grupy ryzyka FASD, zebranie informacji pozwalających na sformułowanie diagnozy funkcjonalnej oraz wskazanie niezbędnych badań uzupełniających rozpoznanie. Szczegółowa ocena powinna dotyczyć: prenatalnej ekspozycji na alkohol, ograniczenia wzrastania pre- i postnatalnego, cech dysmorficznych twarzy oraz obecności zaburzeń neurorozwojowych. Realizacja wszystkich założeń tego etapu diagnozy wymaga powołania interdyscyplinarnego zespołu specjalistów, którego trzon stanowi pediatra lub lekarz rodzinny oraz psycholog kliniczny albo neuropsycholog. W przypadku młodszych dzieci (do 18. miesiąca życia) obecni są także: neurolog dziecięcy i logopeda.

3. Diagnozę różnicową i funkcjonalną, która ma na celu wykluczenie innych niż prenatalna ekspozycja na alkohol przyczyn zaburzeń neurorozwojowych, co umożliwia ostateczne potwierdzenie diagnozy FAS lub ND-PAE, ewentualnie wykluczenie pacjenta z grupy ryzyka FASD. Konsultacje specjalistyczne uwzględniają badania: genetyczne, neuroobrazowe, neurometaboliczne, logopedyczne oraz fizjoterapeutyczne.

4. Sformułowanie wniosków i zaleceń oraz przekazanie ich pacjentowi i/lub jego rodzinie. Przedstawione informacje powinny obejmować: kryteria, na których podstawie dokonano rozpoznania, ustalenia zespołu diagnostycznego w zakresie przeprowadzonych badań (wyniki oceny medycznej, neurorozwojowej, wyniki dotyczące prenatalnej ekspozycji na alkohol), zalecenia uwzględniające dalsze postępowanie w zakresie wizyt kontrolnych i rzeczywistych potrzeb stwierdzo-

nych w wyniku diagnozy funkcjonalnej oraz realnych możliwości ich zapewnienia pacjentowi i jego rodzinie.

W Polsce systematycznie wzrasta zainteresowanie środowiska naukowego płodowym zespołem alkoholowym, co przekłada się na większą liczbę pozycji literatury fachowej w języku polskim, powstawanie nowych ośrodków zajmujących się rozpoznaniem i terapią FAS oraz walidację znanych w innych państwach narzędzi diagnostycznych (np. Palicka i Śmigiel, 2017). Podobnie jak w Niemczech i Australii, również w naszym kraju zostały opracowane narodowe standardy diagnostyczne FASD. Prace nad nimi rozpoczęto w 2018 roku z inicjatywy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Konieczność ich ustalenia wynikała z braku ujednoliconego schematu postępowania diagnostycznego obowiązującego w poszczególnych ośrodkach specjalizujących się w diagnozie i terapii osób z FASD. W opracowanych zaleceniach rozróżniono dwie podstawowe kategorie diagnostyczne w ramach FASD: FAS i ND-PAE (*Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych*, 2020, s. 9).

Rozpoznanie FAS (w klasyfikacji ICD-10 oznaczonego symbolem Q86.0) wymaga obecności wszystkich cech – A, B, C i D:

A. Charakterystyczny wygląd twarzy:

- krótkie szpary powiekowe (≤ 10 . centyla),
- wąska warga górna (4 lub 5 w skali LPG – lip-philtrum guide),
- spłaszczona rynienka podnosowa (4 lub 5 w skali LPG – lip-philtrum guide).

B. Prenatalny i/lub postnatalny niedobór wzrostu/masy ciała:

- długość/wysokość i/lub masa ciała < 3 . centyla
- i/lub
- urodzeniowa masa ciała < 10 . centyla.

C. Zaburzenia neurorozwojowe:

- nieprawidłowości w zakresie ≥ 3 obszarów poznawczych, a w przypadku obecności objawów neurologicznych – w zakresie ≥ 2 obszarów poznawczych,
- deficyty w zakresie ≥ 3 obszarów ze sfery emocjonalno-społecznej, zaburzeń adaptacyjnych lub objawów psychopatologicznych,
- istotny wpływ wyżej wymienionych zaburzeń na wykonywanie codziennych czynności oraz funkcjonowanie przedszkolne, szkolne lub zawodowe.

D. Potwierdzona/niepotwierdzona ekspozycja na alkohol w okresie prenatalnym:

- ≥ 8 standardowych porcji alkoholu w ciągu tygodnia przez ≥ 2 tygodnie ciąży

lub

- ≥ 2 epizody wypicia przy jednej okazji ≥ 4 porcji alkoholu

lub

- potwierdzenie w dokumentacji medycznej, sądowej, socjalnej (opieki społecznej) dużego stężenia alkoholu we krwi, terapii alkoholowej, innych społecznych,

prawnych lub zdrowotnych problemów związanych ze spożywaniem przez kobiety alkoholu w czasie ciąży.

Pełna diagnoza płodowego zespołu alkoholowego często wiąże się z koniecznością określenia za pomocą kodów z klasyfikacji ICD-10 dodatkowych nieprawidłowości. Występują wśród nich m.in. F80 – swoiste zaburzenia rozwoju mowy i języka, F81 – swoiste zaburzenia umiejętności szkolnych, F82 – swoiste zaburzenia rozwoju funkcji motorycznych, F83 – mieszane specyficzne zaburzenia rozwojowe, F88 – inne zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego), R62.0 – opóźnienie etapów rozwoju fizjologicznego, R62.8 – inne braki w porównaniu z oczekiwanym prawidłowym rozwojem fizjologicznym (niskorosłość, niedobór masy ciała) (*Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych*, 2020, s. 9).

Zakłócenie prenatalnego rozwoju teratogennym działaniem etanolu zagraża zdrowiu fizycznemu i psychicznemu już w chwili urodzenia dziecka. Dodatkowo skutki prenatalnej ekspozycji na alkohol zwiększają podatność jednostki na kolejne „życiowe stresory”. Z uwagi na ten fakt u dzieci z zespołem FAS można wyróżnić dwa rodzaje nieprawidłowości: pierwotne i wtórne.

Zaburzenia pierwotne (pierwszorzędowe) to te, z którymi dziecko przychodzi na świat, w związku z czym nie można zapobiec ich wystąpieniu. Wiążą się one bezpośrednio z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, który był narażony w okresie płodowym na teratogenne działanie alkoholu. Deficyty pierwszorzędowe są obecne przez całe życie, dlatego osoby obciążone syndromem FAS „nie wyrastają” z nich (Brimacombe i in., 2009, s. 7; Klecka, 2004, s. 26; Liszcz, 2011, s. 24).

Do zaburzeń pierwotnych ujawniających się u dzieci z płodowym zespołem alkoholowym zalicza się (Jadczak-Szumilo, 2009, s. 28–32; Komorowska, 2007, s. 7; Pawłowska-Jaroń, 2011, s. 125):

- a) zaburzenia morfologiczne (niedobór wzrostu i wagi, deformacje twarzy czaszki, strukturalne uszkodzenia mózgu, anomalie innych narządów),
- b) zaburzenia funkcji i złożonych procesów poznawczych (trudności z pamięcią, zaburzenia koncentracji uwagi, spowolnione tempo myślenia, słaba zdolność krytycznego myślenia, upośledzone myślenie abstrakcyjne, problemy z myśleniem przyczynowo-skutkowym, opóźnienie ekspresji i rozumienia mowy, zaburzenia planowania, kłopoty z organizacją, trudności w przewidywaniu konsekwencji własnego działania, niemożność generalizowania informacji),
- c) zaburzenia psychiczne (nadaktywność, impulsywność, niedojrzałość),
- d) zaburzenia emocjonalne (kłopoty z hamowaniem reakcji),
- e) zaburzenia w rozwoju dużej i małej motoryki (problemy z równowagą, kłopoty z rozwojem automatyzmów ruchowych, niemożność wykonania ruchów precyzyjnych)
- f) zaburzenia sensoryczne (spowolniony rytm przetwarzania słuchowego, niedoczucie, nadwrażliwość sensoryczna).

Choć nie istnieje możliwość wyeliminowania objawów pierwotnych związanych z płodowym zespołem alkoholowym, to nie znaczy, że opiekunowie nie mogą nic zrobić dla swoich dzieci. Zapewniając im odpowiednie warunki do rozwoju, stwarzają szansę normalnego życia i prawidłowego funkcjonowania w społeczeństwie.

W przypadku niewłaściwej opieki nad dziećmi z FAS i nierozpoznania ich problemów może dojść do wystąpienia zaburzeń wtórnych (drugorzędowych), które rozwijają się w ciągu życia pod wpływem środowiska. Nie są to deficyty wrodzone, więc w wielu przypadkach da się ich uniknąć, pamiętając o ograniczeniach osób z płodowym zespołem alkoholowym i w związku z tym odpowiednio modyfikując postępowanie oraz oczekiwania wobec nich. Deficyty drugorzędowe związane są bowiem z brakiem umiejętności radzenia sobie przez dzieci z FAS w konkretnych sytuacjach społecznych. Z uwagi na to należy nauczyć je szukania wsparcia u bliskich, ponieważ same nie są w stanie m.in. podjąć odpowiedniej decyzji. „Korzystanie z pomocy innych w sytuacjach społecznych pomaga dzieciom z FAS uniknąć krytyki czy karania za zachowanie, którego do końca nie rozumieją i nie planują” (Jadczak-Szumiło, 2008, s. 10).

Deficyty wtórne występujące u osób z płodowym zespołem alkoholowym obejmują (Horecka-Lewitowicz i in., 2013, s. 197; Jadczak-Szumiło, 2009, s. 28–32; Klecka, 2007, s. 70, 2009, s. 12; Liszcz, 2011, s. 24–26; Masgutova, 2008, s. 18; Weinberg i in., 2008, s. 470):

a) zaburzenia funkcji i złożonych procesów poznawczych (kłopoty w nauce: wagarowanie, powtarzanie klas; nierozumienie pojęć abstrakcyjnych: czasu – spóźnianie się, przestrzeni, odległości – gubienie się, pieniędzy – bycie oszukiwanym; zaburzenia językowe: pseudoelokwencja, deficyty w ekspresji i recepcji mowy, wady wymowy; problemy z odtwarzaniem faktów; powolne i wybiórcze rozumienie);

b) zaburzenia emocjonalne (drażliwość, ciągle poirytowanie, frustracja, gniew, napady złego humoru);

c) zaburzenia behawioralne (zachowania agresywne i autoagresywne, upór, kłamstwa, problemy z poszanowaniem cudzej własności, ucieczki z domu, przerwanie nauki szkolnej, bezdomność, bezrobocie, bezradność, konflikty z prawem, incydenty więzienne, nieprawidłowe zachowania seksualne, nadużywanie środków psychoaktywnych);

d) zaburzenia społeczne (izolacja skutkująca odrzuceniem przez grupę, brak przyjaciół, trudności adaptacyjne, naiwność, uleganie manipulacjom ze strony innych, zależność od innych, traktowanie obcych jak kogoś bliskiego, pełnienie skrajnie różnych ról społecznych: bycie ofiarą lub przestępcą);

e) zaburzenia psychiczne (choroby psychiczne, depresja, niska samoocena, skłonności samobójcze, lęk, strach, wycofanie, zamknięcie w sobie, nadpobudliwość);

f) zaburzenia sensoryczne (nieadekwatność ubioru do pogody, brak poczucia głodu i sytości, kłopoty z rozróżnianiem bodźców).

Oczywiście, istnieją czynniki ochronne, które zmniejszają prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń wtórnych. Można wśród nich wymienić: życie w stabilnym i bezpiecznym domu (przez co najmniej 72% dotychczasowego życia), uzyskanie diagnozy FAS przed upływem 6. roku życia, brak przemocy, pozostawanie w stabilnej, niezminiającej się sytuacji życiowej (przez okres nie krótszy niż średnio 2,8 roku), doświadczenie w wieku od 8. do 12. roku życia prawidłowej opieki rodzinnej, korzystanie z pomocy specjalistów, zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych (przez co najmniej 13% dotychczasowego życia) (Gray, 2010, s. 145).

Przytoczone wyniki badań wskazują, że wśród zaburzeń zarówno pierwotnych, jak i wtórnych znajdują się deficyty związane z tworzeniem wypowiedzi. Potwierdzeniem są badania sześciu- i dziesięciolatków z FAS, jakie prowadziłam (Krakowiak, 2021). Wykazały one obecność opóźnienia rozwoju mowy, objawiającego się m.in. wadami wymowy, ubogim słownictwem, błędami składniowymi, a także nieprawidłowościami w redagowaniu dłuższych form wypowiedzi (charakterystyki postaci i opowiadania). Osoby z płodowym zespołem alkoholowym nie osiągają sprawności narracyjnej na poziomie właściwym dla swojego wieku, co można zauważyć, porównując możliwości dzieci z FAS z umiejętnościami ich rówieśników z grupy kontrolnej. Nieprawidłowości w zakresie sprawności narracyjnej dotyczą m.in. uwzględniania niewielkiej liczby informacji o postaciach, przedmiotach, zjawiskach, pomijania niektórych sytuacji i faktów (zaplanowanych w historyjkach obrazkowych), trudności z właściwym uporządkowaniem zdarzeń, nieumiejętności zastosowania superstruktury opowiadania, deficytów w zakresie stosowania odpowiednich środków leksykalnych, obniżonej zdolności wykorzystywania reguł składniowych. Wymienione deficyty powodują, że opowiadania i charakterystyki postaci tworzone przez osoby z płodowym zespołem alkoholowym są ubogie pod względem semantycznym, treściowym, niewłaściwie skonstruowane oraz niepoprawne pod względem językowym i składniowym. Uzasadnione wydaje się w tym miejscu pytanie: Czy problemy w zakresie budowania tekstów narracyjnych przez dzieci z FAS dotyczą także kolejnego rodzaju wypowiedzi – opisu obrazka, wymagającego opanowania innych umiejętności językowych niż opowiadanie?

Ocena umiejętności opisu obrazka przez dzieci z FAS wydaje się niezwykle ważna, gdyż wypowiedź narracyjna jest zasadniczym elementem diagnozy logopedycznej. Z jej pomocą można zbadać „relacje zachodzące między czynnościami mózgu i narządów obwodowych pojedynczych osób, a stanem języka, jakim dysponują, i możliwościami jego użycia” (Grabias, 2021, s. 13–14). Wypowiedź to bowiem świadome i celowe zachowanie, będące realizacją intencji mówiącego. Na jej formę substancjalną, czyli tekst pisany, mówiony lub sygnalizowany, mają wpływ stan kompetencji językowej i komunikacyjnej, a także możliwości realizacyjne. Wystąpienie zaburzeń mowy skutkuje pojawieniem się nieprawidłowo-

ści w zakresie struktury tekstu, jego spójności, gramatyki, jak również trudności wykonawczych. Z kolei o znaczeniu wypowiedzi decyduje zasób wiedzy, jej organizacja umysłowa oraz możliwość dostępu do niej w czasie tworzenia komunikatu. Wiedza, zdobywana przez jednostkę bezpośrednio za pomocą zmysłów lub pośrednio z różnych źródeł informacji, ustrukturuwana jest w umyśle poprzez język. Stanowi on jedyny sposób intelektualizacji doznań pojedynczej osoby, a tym samym decyduje o jej zasobie wiedzy. „Dla praktyki logopedycznej ważna pozostaje w związku z tym konstatacja, że człowiek tkwi tylko w takiej rzeczywistości, którą ogarnia własnym umysłem” (Grabias, 2021, s. 16). Pojawienie się dysfunkcji w tej sferze ujawnia się w niemożności tworzenia spójnych pod względem treści i języka wypowiedzi, np. w chorobie Alzheimera lub w schizofrenii.

Brak wcześniejszych badań dotyczących umiejętności tworzenia opisu obrazka przez dzieci z płodowym zespołem alkoholowym z jednej strony uniemożliwia porównanie wyników, lecz z drugiej daje asumpt do podjęcia obserwacji w tym zakresie.

Założenia metodologiczne

Głównym celem badań przedstawionych w niniejszym artykule jest ocena realizacji opisu obrazka przez dziesięciolatkę z FAS i ich rówieśników z grupy kontrolnej. Podstawowe problemy badawcze określają następujące pytania: W jaki sposób dzieci z grupy badawczej i kontrolnej przenoszą rzeczywistość oglądaną na obrazku w tekst opisu? Jak realizują przy tym trzy procedury: generalizację zdarzeń, przestrzenność opisu i prezentatywność zdarzeń? Jak charakteryzują poszczególne elementy rzeczywistości: postacie, zjawiska, przedmioty i zdarzenia?

W badaniach¹ wzięły udział dziesięciolatki z diagnozą² płodowego zespołu alkoholowego i ich rówieśnicy bez takiego rozpoznania. Występowanie FAS kwalifikowało dzieci do grupy badawczej, natomiast nieobecność tego zespołu chorobowego – do grupy kontrolnej. Kolejnym istotnym kryterium był poziom

¹ Badania prowadziłam w latach 2012–2013 w związku z pisaniem rozprawy doktorskiej „Opóźnienie rozwoju mowy u dzieci z płodowym zespołem alkoholowym”. Praca doktorska została opublikowana w 2021 roku (Krakowiak, 2021).

² Diagnozy dotyczące płodowego zespołu alkoholowego, orzeczone przez zespoły specjalistów z różnych instytucji (poradni psychologiczno-pedagogicznych, ośrodków zajmujących się diagnozowaniem FAS), znajdowały się w dokumentach badanych dzieci (opiniach, orzeczeniach, zaświadczeniach).

IQ³, który mieścił się w normie intelektualnej. Taki wynik gwarantował bowiem, że występujące u badanych osób deficyty językowe i komunikacyjne nie są spowodowane zaburzeniami rozwoju umysłowego. Dodatkowe założenia dotyczyły wieku dzieci i występowania poważnych deficytów sensorycznych. Zgodnie z nimi osoby badane miały 10 lat i nie przejawiały zaburzeń w postaci niedosłuchu lub niedowidzenia. W związku z tym, że wszystkie dziesięciolatki z FAS wychowywały się poza rodzinami biologicznymi, a więc w spokrewnionych i niespokrewnionych rodzinach zastępczych oraz domach dziecka (również rodzinnych), wystąpiły trudności z dostępem do informacji na temat ich najbliższego otoczenia. Taka sytuacja spowodowała nieuwzględnienie danych środowiskowych podczas interpretacji materiału badawczego. Osoby z płodowym zespołem alkoholowym mieszkały w różnych częściach Polski, natomiast ich rówieśnicy z grupy kontrolnej pochodzili z jednego miasta. Z tego względu badania dzieci z FAS odbywały się w miejscach ich zamieszkania, a dziesięciolatek z grupy kontrolnej – w szkole, do której uczęszczały. W badaniach wzięło udział 15 dziesięciolatek z FAS i tyle samo osób z grupy kontrolnej. Do oceny sprawności narracyjnej wykorzystałam obrazek *Nad jeziorem* narysowany specjalnie na potrzeby podjętych badań przez p. Urszulę Pietras.

Termin *narracja* pochodzi z języka łacińskiego (*narratio*) i oznacza opowiadanie. Tradycyjnie narracja związana jest z literaturą. W teorii literatury funkcjonuje następująca definicja tego terminu: *narracja* jest to „wypowiedź monologowa (monolog) prezentująca ciąg zdarzeń uszeregowanych w jakimś porządku czasowym, powiązanych z postaciami w nich uczestniczącymi oraz ze środowiskiem, w którym się rozgrywają” (Sławiński, red., 1988, s. 303). Stanisław Sierotwiński (1986, s. 153) zwraca również uwagę na to, iż przedstawione zdarzenia pozostają w związku przyczynowo-skutkowym i są połączone w ciągi. Ze względu na sposób językowego ujawniania się narratora wyróżnia się narrację autorską (trzecioosobową) i narrację pamiętnikarską (pierwszoosobową). W pierwszej z nich narrator znajduje się poza światem przedstawionym i opowiada o nim, natomiast w drugiej – relacjonuje wydarzenia, których był świadkiem (Polański, red., 1999).

W narracji występują dwie zasadnicze formy narracyjne – opowiadanie i opis.

W zależności od tego, czy na plan pierwszy przedstawienia wysuwają się zjawiska dynamiczne, rozwijające się w czasie, czy zjawiska statyczne, rozmieszczone w przestrzeni, narracja przybiera formę opowiadania bądź opisu; pomiędzy obydwooma biegunami rozciąga się rozległa dziedzina form narracyjnych o charakterze pośrednim czy mieszanym (Sławiński, red., 1988, s. 303).

³ Informacje na temat poziomu inteligencji oraz występujących schorzeń zawarte były w dokumentacji (medycznej, psychologiczno-pedagogicznej i diagnostycznej) badanych dzieci.

Podobne wyznaczniki opowiadania i opisu poddaje Sierotwiński, według którego opowiadanie to

forma podawcza, głównie na usługach epiki; jest układem motywów dynamicznych, powiązanych następstwem czasowym. Zasadniczo rekonstruuje przebieg zdarzeń w przeszłości i jeśli używa się czasu teraźniejszego, to dla uplastycznienia przedstawionej akcji. Od innych odmian narracyjnych, np. informacji, różni się dynamiczną zmiennością motywów (1986, s. 164),

natomiast opis to

jedna z form podawczych w utworze literackim. Strukturalne powiązanie motywów statycznych. Opis ma zwykle wyróżniony temat (przedmiot); charakteryzuje go jednoczasowość, a motywy wiążą się albo na zasadzie przestrzennej (kolejne części przedmiotu), albo logicznej (omówienie cech ogólnych, szczegółów, uwzględnienie różnych punktów widzenia itp. (1986, s. 164).

Stanisław Grabias dodaje, że

czas i przestrzeń, ujęte w ramy „tu i teraz”, wyznaczają opis. Rozszerzenie ramy przestrzennej („tu i tam”) i ramy czasowej („teraz – potem – przedtem”) powoduje, że tekst staje się opowiadaniem. Realizacja obydwu ram, ramy opisu i ramy opowiadania, ma znamiona czynności skomplikowanej, która z trudem poddaje się systematyzacji (2001, s. 287).

Jak wynika z prezentowanych rozważań, formy narracyjne rozpatruje się w ramach przestrzennych i czasowych jako struktury o określonej konstrukcji, przybierające postać informacji (por. Grabias, 2001; Eggins, Martin, 2001).

Każda wypowiedź narracyjna powinna zawierać: wstęp, rozwinięcie i zakończenie. Ponadto poszczególne rodzaje narracji (opowiadanie, opis) składają się z innych elementów. Do opowiadania odnosi się zestawienie zaproponowane przez Grabiasa (2014, s. 63):

- **inicjacja** – formuła rozpoczynająca wypowiedź,
- **ekspozycja** – fragment prezentujący przedstawione wydarzenia oraz bohaterów, może odnosić się np. do czasu akcji opowiadania,
- **komplikacja** – kulminacyjne, najczęściej niespodziewane wydarzenie, szczytowy punkt akcji,
- **rozwiązanie** – przedstawienie wydarzeń prowadzących do wyjścia z komplikacji,
- **coda** – formuła kończąca wypowiedź.

Opowiadanie charakteryzuje się następstwem czasowym wydarzeń. W bardziej rozbudowanej jego wersji może występować także zmieniająca się przestrzeń wydarzeń. Umiejętność prawidłowej realizacji opowiadania pojawia się już w 6. roku życia.

Trudniejszą wersję wypowiedzi narracyjnej stanowi opis, który wymaga umiejętności gospodarowania przestrzenią, dlatego do jego realizacji niezbędne jest poprawne postrzeganie wzrokowe i umiejętność dostrzeżenia przestrzeni. W tej formie wypowiedzi czas pozostaje niezmienny, natomiast sama forma wymaga większych rygorów umysłowych. Sprawność posługiwania się określeniami dotyczącymi przestrzeni jest trudniejsza niż określanie następstw czasowych, dlatego umiejętność realizacji opisu pojawia się w wieku 10–11 lat.

Narracyjna sprawność opisu, według Grabiasa (2014, s. 63; 2021, s. 27), polega na zbudowaniu trzech procedur:

- **generalizacji zdarzeń** – wymaga użycia sformułowań pozwalających na rozpoczęcie wypowiedzi i przedstawienie treści opisu,
- **przestrzenności opisu** – treść opisu podporządkowana jest podziałowi przestrzennemu na plany zdarzeń,
- **prezentatywności zdarzeń** – opisywane wydarzenia rozgrywają się w określonych planach, a kolejność ich prezentacji uzależniona jest od doświadczenia mówiącego.

Konstruowanie prawidłowego opisu obrazka wiąże się również z uwzględnieniem charakterystyki prezentowanych zjawisk natury, obiektów, postaci oraz zdarzeń. Liczba i jakość informacji dotyczących poszczególnych elementów rzeczywistości przekłada się na poziom komunikatywności wypowiedzi.

Sprawność narracyjna wymaga pełnej świadomości struktury wypowiedzi, a także interakcyjnej techniki jej realizowania. Aby mogła ona zaistnieć, potrzebna jest jeszcze sprawność leksykalna i komunikacyjna (Grabias, 2014; 2019).

Wyniki badań

Generalizacja zdarzeń

Analiza tekstów dziesięciolatek z płodowym zespołem alkoholowym wskazuje na to, że jedna osoba badana uwzględniła w swojej wypowiedzi generalizację opisu, natomiast 14 dzieci nie zastosowało odpowiednich formuł rozpoczynających narrację. Średnia równa się zatem 0,1.

W tekstach dziesięciolatek z FAS odnotowałam jedno sformułowanie uogólniające przedstawiane treści: *Na obrazku widać, jak dzieci bawią się na plaży*. Pozostałe opisy zaczynały się od konkretnych informacji dotyczących oglądanych

na ilustracji zdarzeń. Brak generalizacji w wypowiedziach osób z grupy badanej wskazuje, iż nie posiadały one umiejętności zastosowania właściwych formuł rozpoczynających tę formę narracyjną.

Porównując opisy dziesięciolatków z grupy kontrolnej, można stwierdzić, że użyły one piętnastu sformułowań pozwalających na rozpoczęcie wypowiedzi i ogólne przedstawienie jej treści. Właściwe formuły wystąpiły we wszystkich tekstach. Średnia wynosi więc 1.

Sformułowania wskazujące na generalizację opisu zastosowane przez dzieci z grupy kontrolnej przedstawiają się następująco: *Na obrazku widać bawiące się nad jeziorem dzieci; Obrazek przedstawia dzieci bawiące się na plaży i w wodzie; Tematem ilustracji jest zabawa dzieci na plaży; Na tym obrazku widzę jezioro; Obrazek przedstawia dzieci bawiące się latem nad jeziorem; Obrazek przedstawia dzieci bawiące się wesoło na plaży i w jeziorze; Na tym obrazku można zauważyć dzieci bawiące się w wakacje nad jeziorem; Obrazek ten przedst... ilustruje dzieci bawiące się na plaży i w jeziorze; Na obrazku widać bawiące się na plaży dzieci; Obrazek ilustruje wesołe dzieci bawiące się na plaży i w wodzie; Na tym obrazku widać dzieci podczas zabawy na plaży; Obrazek przedstawia dzieci, które się świetnie bawią na plaży i w jeziorze; Obrazek ilustruje kilkoro dzieci, które w słoneczny dzień bawią się nad jeziorem; Tematem obrazka jest zabawa dzieci na plaży i w wodzie; Obrazek przedstawia wakacje.*

Dziesięciolatki z grupy kontrolnej, stosując generalizację opisu, dokonały prezentacji tematu swoich wypowiedzi. Potrafiły zastosować odpowiednie sformułowania rozpoczynające opisy, co wskazuje na opanowaną przez nie umiejętność uogólniania.

Przestrzenność opisu

W zakresie przestrzenności opisu badane dziesięciolatki z płodowym zespołem alkoholowym zastosowały cztery plany zdarzeń. Informacje dotyczące znajdującej się na pierwszym planie postaci uwzględniło 15 osób z FAS. Dwa kolejne plany, na których widać było bawiące się na plaży i w wodzie dzieci, oraz obiekty z tła opisało 14 dziesięciolatków. Do planu czwartego odniosło się w swoim opisie również 14 dziesięciolatków. Osoby badane określiły zatem plany zdarzeń 57 razy, z czego wynika, że średnia wynosi 3,8. Opisy tych miejsc wystąpiły we wszystkich tekstach dziesięciolatków z FAS. Cztery plany pojawiły się w 13 tekstach, trzy – w jednym i dwa – również w jednym.

Do stwierdzeń prezentujących pierwszy plan zaliczyłam konstrukcje: *Starsza pani siedzi na łące i... z koszykiem z grzybami; Taka pani siedzi z koszykiem; Na lewej stronie obrazka widać, jak pani siedzi i obserwuje dzieci; Tam pani... z grzybami; Pani, która się patrzy, co robią dzieci. Pilnuje ich; Tutaj siedzi jakaś*

babka stara z koszykiem i jajkami; Babcia siedzi z jajkami w czerwonej czapce, z brązowymi włosami, w fioletowej podkoszulce, w różowej sukience, z koszykiem, brązowymi jajkami, białymi; Ich ojciec siedzi z grzybami; Pan spogląda na dzieci, a obok niego jest... koszyk z grzybkami; Tutaj widzę na pierwszym planie, że chłopiec siedzi na kamieniu, a obok niego jest koszyk z jajkami; Że ten chłopczyk siedzi sobie i patrzy, jak te dzieci się bawią; Pan siedzi na trawie z koszykiem grzybów i... patrzy na dzieci, które bawią się; Chłopiec pilnuje hm... pięć dzieci, które się bawią wesoło na plaży.

Wśród wypowiedzeń opisujących bohaterów i zdarzenia z drugiego planu znalazły się następujące: *Chłopcy budują z piasku zamek, a dziewczynka bawi się w piasku; A dziewczynka się bawi czymś. I tam dzieci budują zamek; Druga... dziewczynka też robi zamek; [...] przed nim jest piasek i chłopcy, którzy się bawią w zamek piaskowy; Dziewczynka, która... nie bawi się z chłopcami, bawi się w coś innego; Na plaży dzieci robią zamek z piasku, a dziewczynka kopie; Tutaj jakieś dzieciaki w czapkach nie-czapkach, które budują zamki, się bawią; Na obrazku widać, jak dzieci bawią się na plaży; Widzę, kiedy dzieci... budują zamki z piasku; Widzę, kiedy dziewczynka kopie... dziurę; Te dzieci lepią babkę z piasku i one są bardzo zadowolone; Ta dziewczynka sobie kopie w piasku. Ona sobie kopie w piasku, bo wysypała wiaderko sobie z piaskiem; Trójka dzieci bawi się w piasku [...]; Na drugim planie widzę, że tutaj... dzieci bawią się i lepią zamki z piasku; Dzieci się bawią na piasku. Chłopcy budują wieżę jakąś, a dziewczynka coś kopie.*

Wypowiedzenia przedstawiające postaci, obiekty i zdarzenia znajdujące się w trzecim planie to: *Chłopcy w wodzie grają piłką; Dzieci się kąpią w wodzie z piłką; A przed dziewczynką jest woda i chłopcy, którzy bawią się w piłkę; Dzieci kąpią się w wodzie i odbijają piłkę; Dzieciaki się kąpią; I... chłopców kremowych tutaj widać; [...] kąpią się i grają w wodzie w różne zabawy; Na trzecim planie widzę, jak się dzieci bawią piłką w wodzie; Widzę dzieci w morzu, jak się bawią... piłką. I te dzieci kąpią się i grają sobie w piłkę w wodzie; I dwoje się bawią wesoło w wodzie; A na trzecim planie widać, jak szumią fale i dzieci grają w piłkę; Na trzecim planie widzę, jak pani obserwuje, jak pani obserwuje dzieci; Chłopczyk i dziewczynka grają w piłkę w... jeziorze.*

Informacje dotyczące tła zostały zawarte w następujących stwierdzeniach: *Po prawej stronie wody są góry, a na wodzie pływają dwa żaglowce; Statki są na końcu; A tam daleko... jadą łódki... idą łódki; I... tutaj jeszcze nad morzem pływają statki różne; Za chłopcami są żaglowce, wyspy... wyspy zielone; Na wodzie są dwa statki; A jeszcze dalej... tam widzę, że statki pływają; Daleko na... wodzie płyną dwa statki; A na czwartym, jak żaglówki pływają. Na piątym... trziny. Na szóstym... góry... i chmury; Widzę na obrazku morze i daleko widzę żaglówki; I takie łódeczki sobie płyną; Z tyłu za nimi pływają... żaglowce?; No i jeszcze płyną statki [...].*

Wysoka frekwencja wypowiedzi uwzględniających poszczególne plany wskazywałaby na umiejętność podporządkowania przez dzieci z płodowym zespołem

alkoholowym treści opisu podziałowi przestrzennemu. Należy jednak zaznaczyć, że dziesięciolatki z FAS przedstawiały je w sposób chaotyczny, nieuporządkowany. Mówiły o tych elementach rzeczywistości, na które aktualnie spojrzały. Poza tym nie stosowały właściwych określeń do nazwania poszczególnych planów, np. *na pierwszym planie, na drugim planie, w tle*. Trzeba również wspomnieć, że osoby badane, prezentując podział przestrzenny, uwzględniały w nim niewiele szczegółów.

Biorąc pod uwagę przestrzenność opisu w wypowiedziach dzieci z grupy kontrolnej, można stwierdzić, że wszystkie dziesięciolatki poprawnie przedstawiły poszczególne plany przestrzeni. Zastosowały w sumie 60 informacji odnoszących się do podziału przestrzennego. Średnia równa się więc 1. Wszystkie dzieci uwzględniły w swoich tekstach po cztery plany.

Opis przestrzeni rozpoczęły od zaprezentowania postaci znajdującej się na pierwszym planie. Oto uzyskane wypowiedzenia: *Mama siedziała z lewej strony, miała przy sobie koszyk pełen grzybów; Po... lewej stronie siedzi mama z koszykiem, a w koszyku są kamienie; Po lewej stronie jest mama, która... patrzy na dzieci; Na pierwszym planie widzę panią, która obserwuje dzieci, siedzi na kamieniu, ma ze sobą koszyk z prowiantem; W lewej części obrazka to, co rzuciło się w oczy, to pani, która patrzy na dzieci, które są na środku; Na pierwszym planie widać człowieka siedzącego na górze, obok kosza z grzybami i trawy; Na pierwszym planie znajduje się chłopczyk, po lewej stronie; Na pierwszym planie widać po lewej stronie chłopca siedzącego na jakimś kamieniu, patrzącego się na dzieci bawiące się na plaży i w wodzie; Na pierwszym planie widzę chłopca siedzącego i koło niego też jest koszyk z grzybami; Widzę z lewej strony chłopca, który ubrany jest w kolorowe spodnie na szelkach i kolorową bluzkę, a na głowie ma czapkę z daszkiem; Po lewej stronie, na pierwszym planie znajduje się chłopiec, który właśnie przyszedł z lasu, zbierając grzyby; Na pierwszym planie, po lewej stronie... widzę chłopca, który wracał z lasu i... chciał popatrzeć na plażę, jak... bawią się inne dzieci, ponieważ... ma obok siebie kosz z grzybami.*

Postacie i obiekty znajdujące się na planie drugim oraz rozgrywające się tam wydarzenia zostały przedstawione w następujący sposób: *Na środku plaży... dwóch chłopców budowało zamek z piasku, a z prawej strony dziewczynka... była uśmiechnięta, robiła dołki; W piasku bawią się dzieci. Budują... zamki z piasku i są uśmiechnięci. Dwójka dzieci bawi się razem, lecz jedna dziewczynka bawi się sama; Na drugim planie, na środku plaży... bawi się dwóch chłopców... i budują we dwójkę zamek; Na drugim planie, na plaży dzieci budują zamek; Dwaj chłopcy budują zamek, a dziewczynka coś innego, pewnie jakiś dół czy coś takiego; Następnie widać w centrum dwójkę dzieci, które bawią się w piasku; Na plaży siedzi trójka dzieci. Dwoje z nich bawi się zamkami, a trzecie, dziewczynka, kopie dołki, a piasek wsypuje do wiaderka; W drugim planie pośrodku obrazka widać dwóch chłopców, którzy... bawią się na plaży, budują zamki z piasku i widać, że są*

szczęśliwi, ponieważ mogą się razem ze sobą bawić. A obok nich siedzi dziewczynka, która tak samo jest szczęśliwa, ponieważ może się bawić na plaży; Na drugim planie widzę dwoje... dwoje dzieci bawią... robiących z piasku zamek. Po prawej stronie widzę dziewczynkę kopiącą głęboki dołek; Na środku... siedzi dwóch chłopców i oni budują zamek, a po prawej stronie siedzi ich siostra i kopie dołek; Na drugim planie znajdują się pośrodku dwaj chłopcy, którzy budują zamek z piasku, po prawej stronie zaś dziewczynka, która robi ciasto; Na drugim planie... widzę plażę. Na środku plaży bawią się dwaj chłopcy, lepiąc zamek i się świetnie bawiąc. Obok nich, po prawej stronie, jest dziewczynka; Na drugim planie są dzieci – chłopiec i dziewczynka. Siedzą sobie na plaży, budują zamek z piasku, są wesole. Obok, trochę dalej siedzi dziewczynka, która buduje też zamek z piasku, ale sama.

Wśród opisów dotyczących postaci i zdarzeń z planu trzeciego znalazły się następujące wypowiedzenia: W wodzie bawiło się dwóch chłopców, którzy bawili się piłką plażową; Na trzecim planie... bawią się dzieci w morzu. Rzucają sobie piłkę; Na trzecim planie widzę dziewczynkę i chłopca w jeziorze, którzy... bawią się, odbijając piłkę; Na trzecim planie widać, jak dzieci grają w piłkę, tak... trochę po prawej stronie, w wodzie; Na trzecim planie widać wodę, a w niej dwoje dzieci odbijające kolorową piłkę; Na środku, w trzecim planie, troszeczkę dalej, w wodzie bawią się... chyba chłopiec i dziewczynka, którzy też są szczęśliwi, ponieważ mogą razem się ze sobą bawić piłką, odbijając ze sobą piłkę; W jeziorze tym kąpią się dzieci i odbijają piłkę. Są to dzieci trzecioplanowe; Dalej w wodzie bawi się dwóch chłopców... piłką plażową; W jeziorze bawi się też dwóch chłopców, którzy grają w kolorową piłkę; Na trzecim planie, w jeziorze bawią się dzieci piłką – chłopiec i dziewczynka; W wodzie są... dzieci, które odbijają piłkę.

Opisy tła reprezentują następujące konstrukcje: A w tle... płynęły dwa statki, a niebo było zachmurzone i zapadał zmrok; W tle widzę statki, które... wolno się poruszają; W tle widzę... statki, niekończące się morze, po prawej i lewej stronie – wyspy i dookoła plaży – trawę i trzciny; W oddali widać też łodzie... bardziej po lewej stronie; W tle obrazu są dwa statki, które płyną... Nie ma wiatru, więc dlatego stoją; Na tle obrazka widać dwie niebieskie żaglówki, które płyną pośrodku lasu; Za nimi widać piękne żaglówki, które płyną po jeziorze; A na horyzoncie widać... dwa... trzy statki, pięć wysepek, na których rosną... drzewa i trawa; Dalej za nimi płyną statki, a nad statkami wiszą chmury; Na czwartym planie płyną dwie... żaglówki; W oddali widać dwa statki i pięć małych chmurek oraz dwie wysepki z prawej i lewej strony; Na tle tego, na środku widzę dwie żaglówki, a po lewej i po prawej stronie wysepki z drzewami; Już na horyzoncie... po prawej i po lewej stronie jeziora tego albo morza są... jakieś wyspy obrosnięte... też jakimś drzewami albo roślinnością, krzakami; A w tle są dwa statki i niebo, takie zachmurzone.

Opisy obrazków stworzone przez dzieci z grupy kontrolnej zawierały dokładne informacje na temat każdego z planów przestrzeni. Dziesięciolatki prezentowały je w sposób przemyślany i właściwie uporządkowany. Ich wypowiedzi zawie-

rały wiele istotnych szczegółów, dzięki czemu treść opisów była wyczerpująca. Należy również zaznaczyć, że osoby badane często stosowały konkretne określenia dotyczące podziału przestrzennego, np. *na pierwszym planie, na drugim planie, w tle*.

Prezentatywność zdarzeń

W opisach obrazka stworzonych przez dzieci z płodowym zespołem alkoholowym odnotowałam 35 wypowiedzi uwzględniających prezentatywność wydarzeń. Średnia równa się więc 2,3. Dwanaścioro dziesięciolatek z FAS opisało wydarzenia rozgrywające się w określonych planach, a troje badanych nie podjęło takiej próby. W sześciu tekstach wystąpiły 4 tego typu informacje, w jednym – 3, w trzech – 2 i w dwóch – 1.

Dziesięciolatki z płodowym zespołem alkoholowym, opisując konkretne postacie, obiekty, zdarzenia, umiejscowiły je w przestrzeni. Potwierdzają to następujące przykłady wypowiedzi: *Starsza pani siedzi na łące [...]; Siedzi na trawie, a przed nim jest piasek i chłopcy, którzy się bawią w zamek piaskowy; Pan siedzi na trawie z koszykiem grzybów i... patrzy na dzieci, które bawią się; Na plaży dzieci robią zamek z piasku [...]; Trójka dzieci bawi się w piasku, a dwójka grają w piłkę chyba w morzu; [...] dzieci, które się bawią wesoło na plaży; [...] dziewczynka bawi się w piasku. Przed dziewczynką jest duże trzciny; A przed dziewczynką jest woda i chłopcy, którzy bawią się w piłkę; Chłopcy w wodzie grają w piłkę; Dzieci się kąpią w wodzie z piłką; Za chłopcami są żaglowce, wyspy... wyspy zielone; Dzieci kąpią się w wodzie i odbijają piłkę; Na drugim planie widzę, jak się dzieci bawią w piłkę w wodzie; Widzę dzieci w morzu, jak się bawią... piłką; Chłopczyk i dziewczynka grają w piłkę w... jeziorze; I dwoje się bawią wesoło w wodzie; I... wokół plaży jest trawa... i jakieś wyspy; Daleko na wodzie płyną dwa statki; Z tyłu za nimi pływają... żaglowce?*

W tekstach dziesięciolatek z FAS pojawiły się również konkretne informacje dotyczące przestrzeni, w których dzieci dokładnie określiły strony: *Po prawej stronie wody są góry, a na wodzie pływają dwa żaglowce; Po prawej widzę też góry; Na lewej stronie obrazka widać, jak pani siedzi i obserwuje dzieci; Po lewej stronie widzę góry; Po... lewej stronie widzę panią... z koszykiem.*

Nie wszystkie wypowiedzi były tak precyzyjne. Niektóre zawierały jedynie ogólne określenia dotyczące planu przestrzeni: *Tam pani... z grzybami; I tam dzieci budują zamek; A tam daleko... jadą łódki... idą łódki; Tutaj widzę na pierwszym planie, że chłopiec siedzi na kamieniu; [...] tutaj... dzieci bawią się i lepią zamki z piasku; I... tutaj jeszcze nad morzem pływają statki różne; Tutaj siedzi jakaś babka stara z koszykiem i jajkami; Tutaj jakieś dzieciaki w czapkach nie-*

-czapkach, które budują zamki, się bawią; A jeszcze dalej... tam widzę, że statki pływają; Tu samochód chyba jakiś. [...] i daleko widzę żagłówki.

Niektóre badane osoby umiejscowiły opisywane wydarzenia i postacie biorące w nich udział w określonych planach. Frekwencja tego rodzaju wypowiedzi nie była jednak duża. Teksty dziesięciolatek z FAS charakteryzowały pod tym względem brak precyzji i niewielka liczba szczegółów dotyczących opisywanej przestrzeni, co mogło mieć negatywny wpływ na zawartość treściową ich wypowiedzi narracyjnych. Wielokrotnie pojawiały się natomiast ogólne informacje na temat rozgrywających się gdzieś (*tam, tu, tutaj, daleko*) w przestrzeni zdarzeń.

Dużo większa frekwencja dotycząca prezentatywności opisu wystąpiła w testach dziesięciolatek z grupy kontrolnej, ponieważ odnotowałam 98 tego typu stwierdzeń. Średnia ich użycia wynosi 6,5. Wszystkie dzieci opisały zdarzenia rozgrywające się w poszczególnych planach przestrzeni i postacie biorące w nich udział. W jednym tekście pojawiło się 9 tego typu informacji, w dwóch – 8, w sześciu – 7, w trzech – 6, w jednym – 5 i w dwóch – 4.

Wypowiedzi osób z grupy kontrolnej uwzględniając prezentatywność opisu przedstawiają się następująco: [...] *widzę panią, która obserwuje dzieci, siedzi na kamieniu [...]; Siedzi na... ziemi. Obok niej stoi koszyk... z bułkami, jajkami na twardo; Na pierwszym planie widać człowieka siedzącego na górze, obok kosza z grzybami i trawy; Widać obok niego stojący koszyk, ponieważ najpewniej przyszedł z lasu; Obok niego stoi koszyk z grzybami. I ten chłopczyk patrzy się na bawiące się na plaży i w morzu dzieci; I jeszcze... siedzi za plażą i... patrzy na dzieci. Przy nim stoi koszyk z grzybami, ponieważ... przyszedł z lasu i zebrał grzyby; Obok niej jest koszyk, w którym są... kamienie; Na... piasku bawią się dzieci; [...] na środku plaży... bawi się dwóch chłopców... i budują we dwójkę zamek; Widzi dzieci bawiące się na plaży i w wodzie; Na plaży siedzi trójka dzieci. Chłopcy bawią się na środku, a dziewczynka z boku; On patrzy się na... dzieci bawiące się na plaży i pływające w jeziorze [...]; Obok niego, niedaleko, bawi się dwóch chłopców, którzy budują zamek; Siedzą sobie na plaży, budują zamek z piasku, są wesole; Dzieci są otoczone trawą i siedzą na plaży; Przy niej stoi... wiaderko, w którym jest nasypane piachu i czeka, aż dziewczynka przewróci go i będzie zamek; Obok, trochę dalej siedzi dziewczynka, która buduje też zamek z piasku, ale sama; W wodzie bawiło się dwóch chłopców, którzy bawili się piłką plażową; Na drugim planie... bawią się dzieci w morzu; Na trzecim planie widzę dziewczynkę i chłopca w jeziorze, którzy... bawią się, odbijając piłkę; W morzu dwójka dzieci bawi się piłką; Na środku, w trzecim planie, troszeczkę dalej, w wodzie bawią się... chyba chłopiec i dziewczynka [...]; W jeziorze tym kąpią się dzieci i odbijają piłkę; W jeziorze bawi się też dwóch chłopców, którzy grają w kolorową piłkę; Na trzecim planie, w jeziorze bawią się dzieci piłką – chłopiec i dziewczynka; Za nimi widać piękne żagłówki, które płyną po jeziorze; Dalej za nimi płyną statki, a nad statkami wiszą chmury; A na horyzoncie widać... dwa...*

trzy statki, pięć wysepek, na których rosną... drzewa i trawa; Po obu stronach są lasy, w których jest mrok; Na niebie są piękne chmury; Wokół plaży jest trawa; Wokół plażę obrasta trawa i trzcina; [...] a plażę otacza ładna, piękna zielona trawa; Przed plażą jest trawa; Na plaży oraz przy brzegu widać trawę; Dookoła plaży jest duża, gęsta trawa.

W swoich tekstach dzieci z grupy badawczej posłużyły się również nazwami konkretnych stron, co pozytywnie wpłynęło na precyzję opisu. Oto przykłady wypowiedzi zawierających takie określenia: *Mama siedziała z lewej strony, miała przy sobie koszyk... pełen grzybów; Po lewej stronie jest mama, która... patrzy na dzieci; Po... lewej stronie siedzi mama z koszykiem, a w koszyku są kamienie; Na pierwszym planie znajduje się chłopczyk, po lewej stronie; Na pierwszym planie widać po lewej stronie chłopca siedzącego na jakimś kamieniu, patrzącego się na dzieci bawiące się na plaży i w wodzie; Na pierwszym planie, z prawej strony widzę siedzącego chłopca; Po lewej stronie, na pierwszym planie znajduje się chłopiec, który właśnie przyszedł z lasu, zbierając grzyby; Na środku plaży... dwóch chłopców budowało zamek z piasku, a z prawej strony dziewczynka... była uśmiechnięta, robiła dołki; Na środku... siedzi dwóch chłopców i oni budują zamek, a po prawej stronie siedzi ich siostra i kopie dołek; Na drugim planie znajdują się pośrodku dwaj chłopcy, którzy budują zamek z piasku, po prawej stronie zaś dziewczynka, która robi ciasto; Następnie widać w centrum dwójkę dzieci, które bawią się w piasku; Dwóch chłopców bawi się w piasku... na środku, a po prawej stronie jest dziewczynka, która też bawi się w piasku; Przy prawej stronie obrazka jest dziewczynka z kucykami, która jest bardzo zadowolona [...]; Po prawej stronie widzę dziewczynkę kopiącą głęboki dołek; Obok nich, po prawej stronie jest dziewczynka; Na trzecim planie widać, jak dzieci grają w piłkę tak... tak trochę po prawej stronie, w wodzie; I na trzecim planie... są chłopcy odbijający w wodzie piłkę plażową, a za nimi po lewej stronie... są żaglówki; W oddali widać też łodzie... bardziej po lewej stronie; W oddali widać dwa statki i pięć małych chmurków oraz dwie wysepki z prawej i lewej strony; Na tle tego, na środku widzę dwie żaglówki, a po lewej i po prawej stronie wysepki z drzewami; A niedaleko ich, z lewej i z prawej strony, była wysepka, na której zapadał zmrok; Po bokach są wydmy kolorowe wydmy; Po bokach obrazu są wysepki, na które jeszcze nikt nie dotarł; W tle widzę... statki, niekończące się morze, po prawej i lewej stronie – wyspy i dookoła plaży – trawę i trzciny; Już na horyzoncie... po prawej i po lewej stronie jeziora tego albo morza są... jakieś wyspy obrosnięte... też jakimiś drzewami albo roślinnością, krzakami.*

Wszystkie dziesięciolatki z grupy kontrolnej opisały postacie, obiekty i zdarzenia, lokując je w konkretnej przestrzeni. Treść ich tekstów, dzięki umieszczeniu w nich dokładnych informacji dotyczących relacji przestrzennych, była bogata w szczegóły. Warto również zauważyć, że badane dzieci nie stosowały

ogólnych określeń w odniesieniu do opisywanej przestrzeni, np. *tam, tu, daleko*, ale ją konkretyzowały.

Charakterystyka elementów rzeczywistości

W tekstach dziesięciolatek z płodowym zespołem alkoholowym pojawiło się 47 informacji charakteryzujących poszczególne elementy przedstawionej rzeczywistości. Średnia wynosi zatem 3,1. Wszystkie osoby badane uwzględniły w swoich wypowiedziach cechy opisywanych postaci, zjawisk, przedmiotów i zdarzeń. Pięć tego rodzaju informacji wystąpiło w 2 tekstach, cztery wzmianki – w 3, trzy – w 6, dwie – w 3 i jedna – w 1 opisie.

Charakteryzowane przez dzieci z FAS elementy rzeczywistości to w kolejności frekwencyjnej: postaci (21⁴), zdarzenia (19), zjawiska natury (5) i artefakty (2).

Wypowiedzenia zawierające informacje o płci, wyglądzie, roli społecznej i aktywności postaci z pierwszego planu są następujące: *Starsza pani siedzi na łące i... z koszykiem z grzybami; I... grzyby ma. Siedzi na... kamyku; Tam pani... z grzybami; Taka pani siedzi z koszykiem; Po... lewej stronie widzę panią... z koszykiem; [...] tutaj siedzi jakaś babka stara z koszykiem i jajkami; Babcia siedzi z jajkami w czerwonej czapce, z brązowymi włosami, w fioletowej podkoszulce, w różowej sukience, z koszykiem, brązowymi jajkami, białymi; Ich ojciec siedzi z grzybami; [...] chłopiec siedzi na kamieniu, a obok niego jest koszyk z jajkami; Pan spogląda na dzieci, a obok niego jest... koszyczek z grzybkami; Pan siedzi na trawie z koszykiem grzybów i... patrzy na dzieci, które bawią się; Ma czerwoną czapkę, filetową bluzkę i różowe spodnie.*

Wygląd i czynności wykonywane przez dzieci z drugiego planu zostały opisane w taki sposób: *Ma dziecko kapelusz; Tutaj jakieś dzieciaki w czapkach nie-czapkach, które budują zamki, się bawią; Dzieciaki kremowe; W czerwonej czapce i niebieskich kąpielówkach; Kapelusz i szare kąpielówki; I potem dziewczyna. Długie włosy, coś czerwonego na włosach i... strój kąpielowy.*

Najmniej stwierdzeń dotyczyło dzieci z trzeciego planu: *I... chłopców kremowych tutaj widać; Te dzieci są uśmiechnięte.*

Wśród wypowiedzi charakteryzujących sytuacje dziejące się na pierwszym planie odnotowałam następujące konstrukcje: *Pani, która się patrzy, co robią dzieci. Pilnuje ich; Siedzi na trawie, a przed nim jest piasek i chłopcy, którzy się bawią w zamek piaskowy; Że ten chłopczyk siedzi sobie i patrzy, jak te dzieci się bawią; I... tak się nad czymś chyba zastanawia; Chłopiec pilnuje hm... pięć dzieci, które się bawią wesoło na plaży.*

⁴ Liczby w nawiasach oznaczają liczbę wypowiedzi zawierających elementy charakterystyki poszczególnych elementów rzeczywistości.

Zdarzenia, w których uczestniczyły postacie z drugiego planu, prezentują takie stwierdzenia: *Chłopcy budują z piasku zamek, a dziewczynka bawi się w piasku; [...] dzieci bawią się i lepią zamki z piasku; Na plaży dzieci robią zamek z piasku, a dziewczynka kopie; Lepią... zamki z piasku, robią różne... figury; [...] dzieci bawią w piasku; Widzę, kiedy dzieci... budują zamki z piasku; Widzę, kiedy dziewczynka kopie... dziurę; Te dzieci lepią babkę z piasku i one są bardzo zadowolone; Ona sobie kopie w piasku, bo wysypała wiaderko sobie z piaskiem; Trójka dzieci bawi się w piasku; Dzieci się bawią na piasku; Chłopcy budują wieżę jakąś, a dziewczynka coś kopie.*

Z kolei wypowiedzenia opisujące sytuacje z udziałem postaci z trzeciego planu to: *Dzieci się kąpią w wodzie z piłką; Chłopcy w wodzie grają piłką; Dzieci kąpią się w wodzie i odbijają piłkę; [...] i... kąpią się i grają w wodzie w różne zabawy; Widzę dzieci w morzu, jak się bawią... piłką; I te dzieci kąpią się i grają sobie w piłkę w wodzie; [...] a dwójka grają w piłkę w... chyba w morzu; I dwoje się bawią wesoło w wodzie; Chłopczyk i dziewczynka grają w piłkę w... jeziorze.*

Cechy zjawisk natury (wygląd i kolor) zidentyfikowane przez dziesięciolatkę z FAS zostały zawarte w wypowiedzeniach: *Przed dziewczynką jest duże trzciny; Za chłopcami są żaglowce, wyspy... wyspy zielone; A chmury białe i... chmury białe i kłębiaste; Niebieskie fale.*

Najmniej stwierdzeń dotyczyło charakterystyki (koloru i liczby) artefaktów: *Piłkę żółto-czerwoną widać; [...] na wodzie płyną dwa statki.*

Wszystkie osoby z FAS zawarły w swoich tekstach charakterystykę opisywanych elementów rzeczywistości. Nie były to jednak rozbudowane ani szczegółowe informacje. W wielu przypadkach dziesięciolatkom z płodowym zespołem alkoholowym zabrakło umiejętności prawidłowej interpretacji elementów rzeczywistości widzianych na ilustracji lub określenia ich cech. Taki stan rzeczy mógł wynikać z problemów w zakresie postrzegania i rozumienia lub z niewiedzy na temat sytuacji, zjawiska, obiektu, postaci. Problemu należałoby również upatrywać w ubogim zasobie słownictwa i niemożności znalezienia odpowiednich słów do opisanego wspomnianych elementów. Niski poziom umiejętności określania cech postaci, obiektów i zjawisk negatywnie wpłynął na komunikatywność tekstów.

Znacznie lepiej poradziły sobie w tym zakresie dziesięciolatki z grupy kontrolnej. W ich wypowiedziach odnotowałam 146 informacji zawierających charakterystykę opisywanych zjawisk natury, obiektów, postaci oraz zdarzeń. Średnia równa się więc 9,7. We wszystkich tekstach badanych dziesięciolatków wystąpiły określenia cech odnoszące się do poszczególnych elementów rzeczywistości. Liczba tego typu informacji wynosiła: w jednym opisie – 13, w jednym – 12, w dwóch – 11, w czterech – 10, w czterech – 9, w dwóch – 8 i w jednym – 7.

Charakterystyka dotyczyła najczęściej postaci (57), a w dalszej kolejności zdarzeń (37) oraz zjawisk natury (35). Najmniejsza frekwencja odnosiła się do artefaktów (17).

Stwierdzenia dotyczące postaci z pierwszego planu uwzględniały jej płeć, rolę społeczną, wygląd, uczucia oraz aktywność: *Mama siedziała z lewej strony, miała przy sobie koszyk... pełen grzybów; Po lewej stronie jest mama, która... patrzy na dzieci. Obok niej jest koszyk, w którym są... kamienie; Na pierwszym planie widać człowieka siedzącego na górze, obok kosza z grzybami i trawy; Na pierwszym planie widzę chłopca siedzącego i koło niego też jest koszyk z grzybami; [...] znajduje się chłopiec, który właśnie przyszedł z lasu, zbierając grzyby. Obok niego stoi koszyk z grzybami; Na pierwszym planie widać po lewej stronie chłopca siedzącego na jakimś kamieniu, patrzącego się na dzieci bawiące się na plaży i w wodzie; Przyszedł właśnie z lasu, bo ma przy sobie koszyk z grzybami; Obok leży koszyk z grzybami; Obok niego stoi koszyk z grzybami. Zdaje mi się, że przed chwilą wrócił on z lasu; Widać obok niego stojący koszyk, ponieważ najpewniej przyszedł z lasu; Siedzi na... ziemi. Obok niej stoi koszyk... z bułkami, jajkami na twardo; Po... lewej stronie siedzi mama z koszykiem, a w koszyku są kamienie; Jest zgarbiony i cały ubrany, chociaż obok są dzieci, które są... tylko w majtkach; Ma czapkę z daszkiem przekreśloną do tyłu, fioletową bluzkę i różowe spodnie na szelkach; Widzę z lewej strony chłopca, który ubrany jest w kolorowe spodnie na szelkach i kolorową bluzkę, a na głowie ma czapkę z daszkiem; Ma fioletową bluzkę i czerwone spodnie oraz czerwoną czapkę. Widzi dzieci bawiące się na plaży i w wodzie; Jest bardzo uśmiechnięta; Widać, że... kiedyś najpewniej też tak się bawił i chciałby się teraz też... wrócić tak jakby do tamtego czasu i z nimi pobawić; On patrzy się na... dzieci bawiące się na plaży i pływające w jeziorze, bo on też bardzo chciałby tak popływać, a jego rodzice wysłali do tego lasu. Sam musi to zbierać; Jest bardzo skrzywiony, bo jest mu smutno, że sam musi to robić. On też bardzo chciałby tak... się pobawić na plaży; I ten chłopak patrzy na te dzieci i jest wesoły, bo widzi, jak się te dzieci dobrze bawią; Jest bardzo niewesoły, bo nie może się kąpać; I ten chłopczyk patrzy się na bawiące się na plaży i w morzu dzieci. Zdaje mi się, że jest strasznie smutny, że on sam nie może się też wykąpać.*

Wypowiedzenia opisujące osoby z drugiego planu dotyczyły ich płci, wyglądu zewnętrznego, emocji oraz aktywności: *Są szczęśliwi, bo się dobrze bawią; [...] i widać, że są szczęśliwi, ponieważ mogą się razem ze sobą bawić; Są bardzo zadowolone; Strasznie się cieszą; Wyglądają na bardzo wesołych, ponieważ mają z tego frajdę; Mają na głowie kapelusze, żeby [...] nie dostały urazu słonecznego; Po prawej stronie jest dziewczynka, która sobie kopie jakiś dołek i też jest szczęśliwa; A obok nich siedzi dziewczynka, która tak samo jest szczęśliwa, ponieważ może się bawić na plaży; Przy prawej stronie obrazka jest dziewczynka z kucykami, która jest bardzo zadowolona, bo bawi się w piasku i ten piasek nie jest zbyt suchy; Przy niej stoi... wiaderko, w którym jest nasypane piachu i czeka, aż dziewczynka przewróci go i będzie zamek; Jest bardzo wesoła i używa wiaderka; Wsypuje piasek do czerwonego wiaderka i też jest uśmiechnięta; A po prawej stronie jest dziewczynka, która się... jest uśmiechnięta i robi dołek.*

Najmniej informacji odnosiło się do postaci z trzeciego planu: *Na środku, w trzecim planie, troszeczkę dalej, w wodzie bawią się... chyba chłopiec i dziewczynka, którzy też są szczęśliwi, ponieważ mogą razem się ze sobą bawić piłką, odbijając ze sobą piłkę; Również są weseli... ze sobą w wodzie.*

Wypowiedzenia zawierające charakterystykę wydarzeń dziejących się na pierwszym planie reprezentują następujące konstrukcje: *Mama przyszła z dziećmi, które się bawiły; Na pierwszym planie widzę chłopaka, który siedzi; Mama uważnie patrzy, czy dzieciom nic się nie stanie; Pilnuje ich i uważnie na wszystko patrzy i na pewno widzi, że świetnie się bawią.*

Sytuacje, w których uczestniczyły osoby z drugiego planu, zostały przedstawione za pomocą stwierdzeń: *Na drugim planie, na środku plaży bawi się dwóch chłopców i budują we dwójkę zamek; Na środku plaży bawią się dwaj chłopcy, lepiąc zamek i się świetnie bawiąc; W drugim planie pośrodku obrazka widać dwóch chłopców, którzy... bawią się na plaży, budują zamki z piasku; Dwaj chłopcy budują zamek, a dziewczynka coś innego, pewnie jakiś dół czy coś takiego; Na drugim planie znajdują się pośrodku dwaj chłopcy, którzy budują zamek z piasku, po prawej stronie zaś dziewczynka, która robi ciasto; Na środku... siedzi dwóch chłopców i oni budują zamek, a po prawej stronie siedzi ich siostra i kopie dołek; Dwoje z nich bawi się zamkami, a trzecie, dziewczynka, kopie dołki, a piasek wysypuje do wiaderka; Na środku plaży... dwóch chłopców budowało zamek z piasku, a z prawej strony dziewczynka... była uśmiechnięta, robiła dołki; Dwójka dzieci bawi się razem, lecz jedna dziewczynka bawi się sama; Obok, trochę dalej siedzi dziewczynka, która buduje też zamek z piasku, ale sama; Bawi się też wiaderkiem z piaskiem; W piasku bawią się dzieci; Bawią się na plaży; Siedzą sobie na plaży, budują zamek z piasku, są wesole; Na drugim planie, na plaży dzieci budują zamek; Na drugim planie widzę dwoje dzieci robiących z piasku zamek.*

Wypowiedzenia przedstawiające sytuacje z udziałem postaci z trzeciego planu to: *Na trzecim planie... bawią się dzieci w morzu; Rzucają sobie piłkę; Na trzecim planie widzę dziewczynkę i chłopca w jeziorze, którzy... bawią się, odbijając piłkę; Na trzecim planie widać, jak dzieci grają w piłkę; W morzu dwójka dzieci bawi się piłką; Na trzecim planie widać wodę, a w niej dwoje dzieci odbijające kolorową piłkę; W jeziorze bawi się też dwóch chłopców, którzy grają w kolorową piłkę; Na trzecim planie, w jeziorze widzę dwóch chłopców... bawiących się piłką plażową, odbijając ją do siebie; W wodzie są... dzieci, które odbijają piłkę.*

Stwierdzenia charakteryzujące elementy natury dotyczyły ich koloru, umiejscowienia, cech zewnętrznych oraz liczby: *Chłopak siedzi na zielonej trawie; Na początku obrazu są jeszcze trawy różnego koloru; Następnie przy brzegu są jakieś roślinności; Wokół plaży obrasta trawa i trzcina; Na plaży oraz przy brzegu widać trawę; Dookoła plaży jest duża, gęsta trawa; Te dzieci są na plaży, a plażę otacza ładna, piękna zielona trawa; Piasek na plaży był koloru żółtego, a wokół plaży rosła trawa; Piasek jest żółty, a morze jest niebiesko-biało-zielone i takie granato-*

we; Piasek jest bardzo kolorowy, tak jak morze; Piasek jest... żółty; Plażę pokrywa piasek, a na piasku rośnie trawa i inne rośliny; A woda była przejrzysta; Woda jest przejrzysta i czysta; W tle widzę niekończące się morze; Po bokach są kolorowe wydmy; Po bokach obrazu są wysepki, na które jeszcze nikt nie dotarł; A na horyzoncie widać [...] pięć wysepek, na których rosną... drzewa i trawa; [...] a po lewej i po prawej stronie wysepki z drzewami; Już na horyzoncie... po prawej i po lewej stronie jeziora tego albo morza są... jakieś wyspy obrosnięte... też jakimiś drzewami albo roślinnością, krzakami; Na brzegach widać, że się ściemnia i... woda robi się coraz ciemniejsza; Widać także zachodzące słońce, a także wyspy zarosnięte trawą; Jest już... późno i robi się ciemno; Po obu stronach są lasy, w których jest mrok; A niebo... było zachmurzone i zapadał zmrok; A w tle są dwa statki i niebo, takie zachmurzone; Na niebie są piękne chmury; W oddali widać [...] pięć małych chmurerek oraz dwie wysepki z prawej i lewej strony; Niebo jest szaro-niebiesko-zielone.

Cechy artefaktów (kolor, funkcja, liczba) zidentyfikowane przez dziesięciolatkę z grupy kontrolnej zostały zawarte w wypowiedzeniach: *W wodzie bawiło się dwóch chłopców, którzy bawili się piłką plażową; [...] chłopcy odbijający w wodzie piłkę plażową; W jeziorze bawi się też dwóch chłopców, którzy grają w kolorową piłkę; Na trzecim planie są dwaj chłopcy, którzy bawią się kolorową piłką; Woda jest... przejrzysta, a piłka kolorowa; A na horyzoncie widać dwa... trzy statki; W oddali widać dwa statki; W tle obrazu są dwa statki, które płyną; W tle widzę statki, które... wolno się poruszają; Dwie łodzie; Na tle obrazka widać dwie niebieskie żaglówki, które płyną pośrodku lasu; Za nimi widać piękne żaglówki, które płyną po jeziorze; Na trzecim planie płyną dwie... żaglówki.*

Podsumowując, można stwierdzić, że wszystkie dziesięciolatki z grupy kontrolnej uwzględniły w swoich wypowiedziach charakterystykę oglądanych na ilustracji elementów rzeczywistości. Zauważyły one wiele istotnych szczegółów w wyglądzie postaci, obiektów, zjawisk przyrody oraz w przebiegu zdarzeń. Wskazuje to na spostrzegawczość osób badanych z grupy kontrolnej, przywiązywanie dużej wagi do szczegółów, a także umiejętność ich identyfikacji. Na dokładne określenie wielu cech opisywanych elementów rzeczywistości pozwalał bogaty zasób słownictwa badanych dziesięciolatek. Z tego względu opisy obrazka tworzone przez dzieci z grupy kontrolnej były komunikatywne i zrozumiałe dla odbiorcy.

Porównanie wyników dziesięciolatek

TABELA 1
Realizacja procedur opisu obrazka

Procedury opisu	Dziesięciolatki z FAS	Dziesięciolatki z grupy kontrolnej
Generalizacja zdarzeń	1	15
Przestrzenność opisu	57	60
Prezentatywność zdarzeń	35	98
Charakterystyka elementów rzeczywistości	47	146
Suma	93	173

Źródło: Opracowanie własne.

Podsumowanie wyników

Analiza opisów obrazka tworzonych przez dziesięciolatki z grupy badawczej i ich rówieśników z grupy kontrolnej pozwala wyciągnąć następujące wnioski:

1. Dziesięciolatki z FAS nie nabyły umiejętności generalizacji zdarzeń, gdyż tylko jedna osoba z tej grupy określiła temat opisywanego obrazka. Z kolei wszystkie dzieci z grupy kontrolnej opanowały tę zdolność, ponieważ potrafiły zastosować ogólne formuły rozpoczynające opis i prezentujące treść przedstawianych zdarzeń.

2. Wszystkie dzieci, zarówno z grupy badawczej, jak i kontrolnej, wprowadziły do opisów cztery plany przestrzeni. Dzieci z FAS przedstawiły jednak oglądaną przestrzeń w sposób nieprzemysłany, chaotyczny, myśląc kolejność poszczególnych planów. Natomiast ich rówieśnicy z grupy kontrolnej zaprezentowali je w odpowiednim porządku. Poza tym dzieci z FAS nie stosowały odpowiednich określeń do nazwania poszczególnych planów w przeciwieństwie do dziesięciolatek z grupy kontrolnej, które posługiwały się takimi wyrażeniami.

3. Nie wszystkie badane osoby z FAS opisały wydarzenia, postacie i zjawiska w odniesieniu do przestrzeni. Czasami pomijały tło wydarzeń, stosowały nieprecyzyjne określenia podczas prezentowania przestrzeni, podawały małą liczbę szczegółów dotyczących miejsca akcji. Z kolei dzieci z grupy kontrolnej umiejętnie ujmowały przedstawiane zdarzenia w określonych planach przestrzeni. Ich teksty były pod tym względem dopracowane i bogate w szczegóły.

4. Osoby badane z obu grup zastosowały w swoich opisach charakterystykę zjawisk natury, obiektów, postaci oraz zdarzeń. Różnice międzygrupowe wiązały się natomiast z jakością oraz liczbą udzielonych odpowiedzi. Teksty dziesięciolatek z FAS nie zawierały wielu szczegółów w odniesieniu do przedstawianych elementów rzeczywistości. Z kolei wypowiedzi ich rówieśników z grupy kontrolnej były pod tym względem bardziej rozbudowane. Rozkład informacji w obydwu grupach przedstawia się podobnie, najczęściej bowiem wymienionych cech odnosiło się do postaci, a mniej do zdarzeń oraz zjawisk natury. Najmniejsza frekwencja dotyczyła natomiast artefaktów.

Bibliografia

- Brimacombe, M., Fry-Johnson, Y., Bertrand, J., Fuller, T., Levine, R., Venable, C. L. (2009). Basic biomedical foundation. W: *Fetal alcohol spectrum disorders. Competency – based curriculum development guide for medical and allied health education and practice* (s. 2–7). Department of Health and Human Services USA.
- Coles, C. (1998). Krytyczne okresy narażenia płodu na działanie alkoholu. Wyniki badań na modelach zwierzęcych i na ludziach. W: M. Ślósarska (red.), *Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem* (tłum. A. Basaj; s. 35–50). Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Eggins, S., Martin, J. R. (2001). Gatunki i rejestry dyskursu. W: T. van Dijk (red.), *Dyskurs jako struktura i proces* (tłum. G. Grochowski; s. 153–181). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Grabias, S. (2001). Podstawy opisu zaburzeń mowy. W: S. Grabias (red.), *Zaburzenia mowy* (s. 11–43). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grabias, S. (2014). Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego. W: S. Grabias, Z. M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy. Podręcznik akademicki* (s. 15–71). Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grabias, S. (2019). *Język w zachowaniach społecznych. Podstawy socjolingwistyki i logopedii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grabias, S. (2021). Wypowiedź jako narzędzie w diagnozie i terapii logopedycznej. Dialog, opowiadanie, opis. W: A. Maciejewska (red.), *Narracja w diagnozie i terapii logopedycznej* (s. 13–29). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego.
- Gray, D. D. (2010). *Adopcja i przywiązanie. Praktyczny poradnik dla rodziców*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Horecka-Lewitowicz, A., Lewitowicz, P., Adamczyk-Gruszka, O., Skawiński, D., Szpringer, M. (2013). Objawy, przebieg i postępowanie w alkoholowym zespole płodowym. *Studia Medyczne*, 29(2), 195–198. <https://doi.org/10.5114/ms.2013.36893>
- Jadczak-Szumilo, T. (2008). Dlaczego jest potrzebna wczesna diagnoza dla dzieci z FAS? *Świat Problemów*, 12, 8–11.
- Jadczak-Szumilo, T. (2009). *Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD. Studium przypadku*. Parpamedia.
- Klecka, M. (2004). Alkoholowy zespół płodowy FAS. Zaburzenia pierwotne i wtórne. *Blżej Przedszkola*, 4(31), 26–27.
- Klecka, M. (2007). *FAScynujące dzieci*. Wydawnictwo św. Stanisława BM.

- Klecka, M. (2009). *Ciąża a alkohol. W trosce o dziecko. FAS*. Parpamedia.
- Komorowska, M. (2007). Diagnostyka FAS w praktyce. *Remedium*, 11, 6–7.
- Krakowiak, M. (2021). *Opóźnienie rozwoju mowy u dzieci z płodowym zespołem alkoholowym*. Wydawnictwo Naukowe Instytutu Kultury Regionalnej i Badań Literackich.
- Liszczyńska, K. (2011). *Dziecko z FAS w domu i w szkole*. Rubikon.
- Masgutova, S. (2008). *Neurosensomotoryczna integracja odruchów u dzieci niepełnosprawnych jako skuteczna pomoc w ich codziennym funkcjonowaniu. Diagnozowanie i korekcyjna praca z dziećmi z MPD, autyzmem i FAS*. Międzynarodowy Instytut Neurokinezyjologii Rozwoju Ruchowego i Integracji Odruchów.
- Niccols, A. (2007). Fetal alcohol syndrome and the developing socio-emotional brain. *Brain and Cognition*, 65(1), 135–142.
- Okulicz-Kozaryn, K., Borkowska, M. (2015). Diagnostyka FASD dla celów edukacyjnych i wychowawczych. *Przegląd Pedagogiczny*, 1, 168–183.
- Palicka, I., Śmigiel, R. (2017). Walidacja narzędzia diagnostycznego „Skale Inteligencji i Rozwoju dla Dzieci w Wiekach Przedszkolnych (IDS-P)” z udziałem grupy dzieci z rozpoznaniem płodowym zespołem alkoholowym wg kryteriów waszyngtońskich. *Pediatrics Polska*, 92(5), 525–537. <https://doi.org/10.1016/j.pepo.2017.05.001>
- Pawłowska-Jaroń, H. (2011). Sfery zaburzonego rozwoju u dzieci z FASD. W: M. Michalik (red.), *Biologiczne uwarunkowania rozwoju mowy* (t. 2, s. 123–139). Collegium Columbinum.
- Polański, K., (red.). (1999). *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*. Ossolineum.
- Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Zalecenia opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów (2020). *Pediatrics*, 1 (wydanie specjalne), 1–44.
- Sierotwiński, S. (1986). *Słownik terminów literackich. Teoria i nauki pomocnicze literatury*. Ossolineum.
- Sławiński, J. (red.). (1988). *Słownik terminów literackich*. Ossolineum.
- Trzaskalik, J., Pyttel, J. (2017). Dziecko z FAS (płodowy zespół alkoholowy) w edukacji. *Nauczyciel i Szkoła*, 1(61), 11–25.
- Weinberg, J., Sliwowska, J. H., Lan, N., Hellemans, K. G. C. (2008). Prenatal alcohol exposure: Fetal programming, the hypothalamic – pituitary – adrenal axis and sex differences in outcome. *Journal of Neuroendocrinology*, 20(4), 470–488. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2826.2008.01669.x>
- Zimbardo, P. G., Gerrig, R. J. (2012). *Psychologia i życie*. Przeł. E. Czerniawska [i in.]. Wydawnictwo Naukowe PWN.



ANNA GUZY

Institute of Linguistics, Faculty of Humanities,
University of Silesia in Katowice

<https://orcid.org/0000-0002-6713-7293>

Health behaviors and the experience of vocal difficulties among students and teachers

ABSTRACT: The article presents the results of research on health-related behaviors and the experience of subjective vocal ailments by students ($n = 208$) and teachers ($n = 120$). The procedure used the VHI (Voice Handicap Index) test to measure the level of voice disability and the IZZ test (Health Behavior Index) to measure the categories of health behaviors in the field of correct eating habits, preventive behavior, positive mental attitude and health practices. Data from structured interview sheets were also used. In the case of teachers, there were statistically significant relationships between the results of the VHI test and correct eating habits, and between preventive behaviors. Among the studied students, a smaller number of statistically significant correlations between the occurrence of subjective vocal ailments and health habits was noted.

KEYWORDS: voice emission, health behavior, teachers' voice difficulties, students' voice difficulties, prevention

Zachowania zdrowotne a doświadczanie trudności głosowych wśród studentów i nauczycieli

STRESZCZENIE: W artykule zaprezentowano wyniki badań nad zachowaniami zdrowotnymi oraz doświadczaniem subiektywnych dolegliwości głosowych w grupie studentów ($n = 208$) oraz nauczycieli ($n = 120$). W postępowaniu wykorzystano test VHI (Voice Handicap Index) do pomiaru poziomu niepełnosprawności głosu oraz test IZZ (Indeks Zachowań Zdrowotnych) do pomiaru kategorii zachowań zdrowotnych w zakresie: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych. Wykorzystano również dane z arkuszy wywiadów ustrukturyzowanych. W przypadku nauczycieli zanotowano istotne statystycznie zależności pomiędzy wynikami testu VHI a prawidłowymi nawykami żywieniowymi oraz pomiędzy zachowaniami profilaktycznymi. Wśród badanych studentów odnotowano mniejszą liczbę istotnych statystycznie zależności w tym zakresie.

SŁOWA KLUCZOWE: emisja głosu, zachowania zdrowotne, trudności głosowe nauczycieli, trudności głosowe studentów, profilaktyka

Health behaviors are a heterogeneous construct (Havigerová et al., 2019), as they include more than merely the actions undertaken consciously that favor health preservation. They are also linked to beliefs, emotions, or cognitive schemas. As Adam Frączek and Ewa Stępień point out, we acquire them through social

and behavioral learning; they are a stage of an individual's socialization (Heszen & Sęk, 2008, p. 71; cf. Ślusarska et al., 2012). It is a certain social-psychological or sociopsychological category (cf. Mateusiak & Gwozdecka-Wolniaszek, 2013, pp. 154–184). They can be divided into behaviors which are positive and promote health (pro-health ones), and anti-health behaviors (Woynarowska, 2007).

Researchers agree as to which practices promote health (Juczyński, 2009, p. 110). These include, among other things, regularly sleeping 7–8 hours, refraining from smoking tobacco, limiting alcohol consumption, a balanced diet, physical activity, regular meals, the ability to cope with stress, and taking care of personal hygiene.

The specialist literature contains many diverse definitions (cf. Puchalski, 1990, pp. 23–57) and typologies of health behaviors (Heszen & Sęk, 2008, pp. 690–694). Experts on the subject Irena Heszen and Helena Sęk (2008) define health behaviors in the following way: “Reactive, habitual and intentional forms of human activity which emerge in a significant, reciprocal, positive or negative relationship with health on the basis of objective knowledge about health and subjective belief” (p. 691). The authors also offer a synthetic view of the criteria and types of health-related behaviors¹.

Pro-health behaviors are activities that directly or indirectly promote the preservation of physical and mental health. Relying on the knowledge we have, the following behaviors are listed most often as ones that promote health: correct nutrition, preventive health care and medical visits, avoiding stressful situations, practicing sports, and limiting the consumption of stimulants (results of the CBOS report after: Gruszczynska et al., 2015, pp. 558–559).

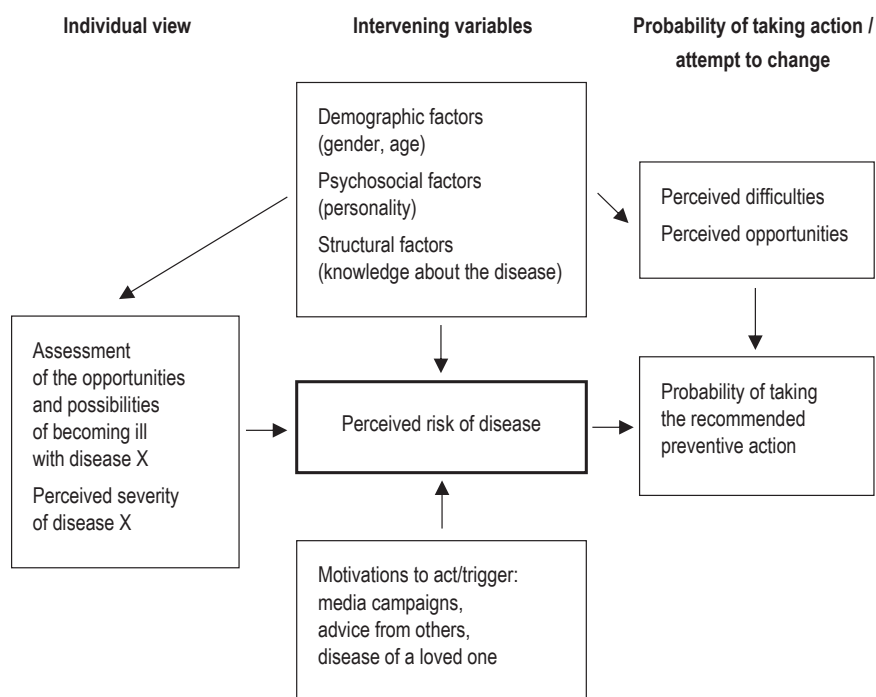
The literature on the subject distinguishes multiple models explaining health behaviors and the change thereof (more: see Heszen & Sęk, 2012, pp. 123–140). Let us now analyze one of them (cf. Figure 1).

The model shows some universal regularities – we will be able to apply them to both groups analyzed (students and teachers). As we can see, the belief that we may become ill or that we are susceptible to disease activates the perception of being threatened by disease, and thus increases the likelihood of undertaking preventive behaviors. In addition, change has a chance of happening if we believe we can make it. The path towards change is mediated by a variety of sociodemographic and personality variables, as well as by the cognitive assessment of the perceived threat of disease. In the case of students, the potential threat may be perceived as more distant, while preventive healthcare and voice hygiene may be

¹ They consider the following to be included in types of health-related behaviors: pro-health behaviors, habits, behaviors displayed when one is healthy, parental pro- and anti-health behaviors, health-promoting behaviors, intentional actions, anti-health behaviors, behaviors displayed when one is unhealthy, medical pro- and anti-health behaviors, as well as preventive behaviors (Heszen & Sęk, 2008, p. 692).

seen as unnecessary elements. It is not surprising in their case that they do not perform regular voice emission exercises, but it is incomprehensible that teachers do not apply such prevention (Barańska-Grabara & Guzy, 2012).

FIGURE 1.
Health beliefs model



SOURCE: Own compilation based on: Heszen, I., & Sęk, H. (Eds.). (2012). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, p. 124.

Aspects such as individual lifestyle (Mazurkiewicz, 1978), the health behaviors undertaken, as well as locus of control (Radwańska, 2013, pp. 12–21) have an impact on the occurrence of vocal difficulties (Ostrowska, 1999). Unfortunately, as Joanna Mateusiak and Ewa Gwozdecka-Wolniaszek point out, “the knowledge and beliefs about the relationships between behavior and health do not translate directly into how people behave with regard to their health” (Mateusiak & Gwozdecka-Wolniaszek, p. 159). It seems difficult to expect that we might make an exception for health behaviors that promote optimal functioning of the vocal organ. However, the right motivation, prevention and prophylaxis might perhaps make at least a small difference in this respect.

In the case of students, are their health behaviors related to the emergence of voice difficulties in this group? What is the level of voice handicap of students, candidate teachers, and teachers? In the case of teachers, do the pro-health behaviors they implement translate into a lower incidence of voice difficulties among the respondents? In order to answer these questions, a survey was conducted among teachers as well as students, candidates for future teachers.

Own research organization

The research among students and teachers was conducted in 2018–2022², face-to-face³ and online using a survey questionnaire, posted on the Lime Survey portal⁴.

A total of 193 teachers and 217 students filled out the test tools. Only fully completed sheets were included in the material presented for statistical analysis, i.e. 248 respondents, including 120 teachers and 128 students⁵. The remaining sheets were removed from the analysis due to incomplete responses, making it impossible to calculate the test scores

In addition, 80 sheets of the Structured Interview completed by students pursuing a teaching specialization were analyzed. The interview data included information on the amount of water the respondents drank, smoking and the number of hours of sleep. In addition, it was checked whether the respondents were

² The analysis takes into account the results of research conducted as part of an undergraduate seminar by Katarzyna Kaczmarek. The student held her anonymous survey from July until August 2020. She surveyed a total of 100 students, but due to the exclusion criterion, 60 measurements were used from the base she obtained.

³ Teachers participated in the face-to-face surveys. They signed up for examinations as part of the Preventive Healthy Voice Program, implemented in schools in the Polish provinces of Silesia and Lower Silesia. In addition, the results presented here include the results of teachers who underwent free of charge voice emission diagnoses as part of various prevention campaigns conducted by the author of the article. Participation in the study was voluntary and it was possible to withdraw at any stage of the procedure. The teachers surveyed obtained a diagnosis as well as recommendations related to suggested preventive exercises, and in the case of alarming test results, they also received recommendations related to specialist consultations. In addition, respondents were offered voice emission and voice hygiene consultations if they had questions or concerns.

⁴ In addition, the article also uses information obtained from the Structured Interview Questionnaire filled out during voice emission exercises. The analysis uses only the part of the material considering VHI test results, health habits and reported voice difficulties. The interview formula was in line with that presented in the literature on the subject, see Guzy, pp. 79–91).

⁵ This calculation takes into account the number of respondents who underwent the test procedure. In addition, the overall sample also comprised 80 respondents who filled out the Structured Interview Questionnaire.

familiar with voice emission exercises and whether they used them prophylactically. Data analysis was performed using Statistica 13.3. and an Excel spreadsheet.

Answers to the following specific questions were sought in the research procedure presented:

1. What is the level of self-assessment of voice condition among the students and teachers surveyed?

2. What is the level of health behaviors among the teachers and students surveyed in terms of correct eating habits, preventive behaviors, positive mental attitude, and health practices?

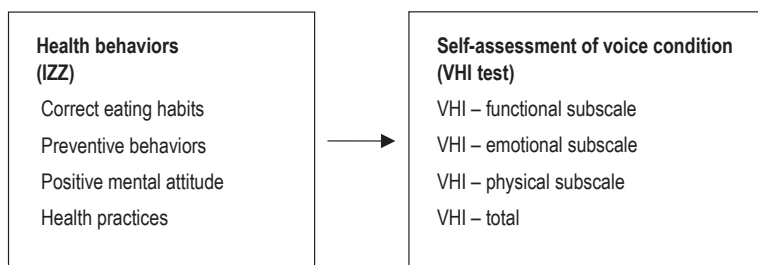
3. Is there a statistically significant relationship between categories of health behaviors and self-assessment of voice condition measured by the VHI test among the respondents?

It was assumed that undertaking health behaviors might be a factor conducive to health and therefore would have a positive impact on the respondents' voice quality in both groups. An additional assumption was that the level of vocal handicap would be higher for the teachers surveyed, more exposed to voice failure due to their vocal effort. It was also assumed that the student respondents would score lower on health behavior levels than the teachers surveyed.

Subject matter and aim of the research

Health behavior categories (i.e., correct eating habits, preventive behaviors, positive mental attitude, and health practices) were analyzed in the research procedure in relation to self-assessment of voice condition. The model of the variables that made it possible to develop the correlation matrix is outlined in Figure 2.

FIGURE 2.
Variable model



SOURCE: Own compilation.

The Voice Handicap Index (VHI) test was used to assess voice difficulties. The tool, developed by American phoniaticians, was adapted to the Polish conditions by Antoni Pruszewicz. The questionnaire consists of 30 questions making self-assessment of voice parameters possible on three subscales: functional (determining the subjective impact of voice problems on the respondent's social and/or occupational functioning), emotional (taking into account the respondent's feelings towards their voice), and physical (showing the extent to which the respondent experiences voice-related problems).

For each of the 30 questions, the respondent chooses one of five responses, measured on a scale from 0 ("the problem or disorder is not present"), to 5 ("I have this problem or disorder very often"). The total VHI test score describes the degree of voice disorder. This tool is frequently used in clinical practice. Numerous adaptations of the test have been developed. An abridged version of the questionnaire, the VHI 10, is also used in clinical and empirical studies (Forti et al., 2014, pp. 263.e17–263.e22). The consistency of the test measured multiple times was found to be high (cf. Trinite & Sokolovs, 2014, pp. 452–457).

The Health Behavior Index (IZZ) in the Polish adaptation by Zygfryd Juczyński (Juczyński, 2009, pp. 110–116) was used to assess health behaviors. The test has good psychometric properties: the Cronbach's alpha internal consistency coefficient is 0.85 for the entire inventory, consisting of 24 statements describing a variety of health-related activities and behaviors. The respondent indicates how often they perform the activities presented in the item, indicating the intensity on a scale from 1 – "almost never", through 2 – "rarely", 3 – "from time to time", 4 – "often" to 5 – "almost always". The respondent takes a position on the individual statements on the basis of their behaviors over the past year. The test takes approximately 5 minutes. Interpretation of the score is based on the numerical (raw) score and the converted (sten) score. The score on the inventory ranges from 24 to 120; the higher the score on a particular scale, the greater the intensity of a particular health behavior declared by the respondent. The sten score is interpreted according to the following rule: 1–4 sten means low scores, 5–6 means moderate/average scores, while 7–10 means high scores. For comparison purposes, tables can also be used with the mean values for each group of respondents⁶.

⁶ The author of the tool presents results obtained in groups of adult women and men, students, primary school teachers, diabetics, patients suffering from various diseases, as well as pregnant and menopausal women (cf. Juczyński, 2009, p. 113).

The research results

The teachers surveyed were employees of urban elementary and high schools in the provinces of Silesia and Lower Silesia. A total of 10 men and 110 women participated in the research. The mean age in the sample was 36.7 (the oldest person was 63 and the youngest 27). The mean length of service in the profession was 12.89 years (20% of the teachers surveyed had started their work at school recently and had worked less than one year there, while the longest length of service among the respondents was 37 years). The sample included teachers employed at least on a 0.5 FTE basis at the school. The average number of hours of voice work was 17.33 in the described group (the lowest weekly workload was that of a psychologist and an educator who were among the survey respondents, 11 hours in each case). Teachers of various subjects took part in the study: 20% of the study group were Polish language and literature teachers, 15% were English language teachers, while the vocational subjects, biology, integrated early education, and mathematics teacher groups each accounted for 10%. Also, 10% of the respondents worked as psychologists or educators. Only 3% of teachers taught geography, 2% taught chemistry, while the physical education, German and history teacher groups each accounted for 5%.

The other study group in the survey comprised second- and third-year BA students as well as first- and second-year MA students, aged 22.8 on average. A total of 10 men and 118 women participated in the research. The research proceedings were complemented by the interview questionnaires collected. They came from students of the Faculty of Humanities and Social Sciences studying Psychology and Polish. The mean age of respondents completing them was 22.7. They were all women.

VHI test scores

The analysis concerned in the first place VHI test scores for the groups of teachers and students surveyed⁷. Table 1 presents the mean survey scores in this respect, while Table 2 illustrates the level of voice handicap of the respondents (quantitative score and percentage score).

⁷ It was not possible to provide a sample with an equal number of men and women, so only the mean scores obtained by the respondents in both groups are presented. This was caused, on the one hand, by the feminization of the teaching profession (only ten respondents were male), but also by the smaller willingness to participate expressed by men, both in the student and in the teacher group. The research included students studying for teaching degrees or following teacher training courses, where women also predominate.

TABLE 1.
Average VHI test scores among respondents

Respondents	Functional subscale	Emotional subscale	Physical subscale	Total
Total teachers $n = 120$	9.60	9.10	9.20	27.90
Total students $n = 128$	10.94	5.88	6.22	23.04

SOURCE: Own compilation.

The results of the research indicate that there are no major differences in the overall VHI test score between the groups studied. Although the teachers surveyed did score higher (27.9) compared to the students (23.04)⁸, the difference is not very large. Self-assessment of voice condition on the functional subscale is higher for the surveyed teachers, who scored lower on this subscale (9.6). Self-assessment of voice condition on the emotional subscale is significantly higher for the student respondents, who scored 5.88 compared to the teacher group (9.1 points). A similar relationship was recorded for self-assessment of voice condition on the physical subscale. Students notice less often some specific vocal difficulties in themselves, such as breathing difficulties, a change in timbre, or fatigue when speaking. The difference in the two groups is 2.98 points.

TABLE 2.
Level of voice handicap in the surveyed groups (numerical score and percentage score)

Respondents	No handicap or low voice handicap		Medium voice handicap		High voice handicap	
	number	[%]	number	[%]	number	[%]
Total teachers $n = 120$	76	63	36	30	8	7
Total students $n = 128$	97	76	18	14	13	10

NOTE: A score in the range of 0–30 indicates a low voice handicap or no voice handicap, the range of 31–60 indicates a medium voice handicap, and the range of 61–120 indicates a high voice handicap.

SOURCE: Own compilation.

As many as 76% of the students surveyed (97 people) and 63% of the teachers (76 people) scored in the lowest range of 0–30 points, meaning that they had a low voice handicap or no voice handicap at all. A medium voice handicap was recorded in 30% of the teachers surveyed (36 people) and 18 students (14%). It is

⁸ The higher the score on the given scale, the more intense the voice difficulties in the studied area.

alarming that as many as 10% of the students surveyed (13 people) obtained a score indicating a high voice handicap and a need for specialist consultation, and a similar score was also obtained by 7% of the teachers surveyed (8 people). When analyzing the results obtained, it was noted that the highest maximum indications obtained by the male respondents were 35 points among students and 62 points among teachers. Significantly higher maximum scores were obtained by the women in the surveyed group: 95 points for the female students and 73 points for the female teachers surveyed.

The relationships between age and length of service in the profession on the one hand and the VHI test score among the surveyed teachers on the other hand were also subjected to statistical analysis (Table 3).

TABLE 3.

Results of correlation studies between the VHI test score and age and length of service of the teachers surveyed

Variable	Functional subscale	Emotional subscale	Physical subscale	Total
Age	0.75	0.72	0.65	0.77
Length of service in the profession	0.79	0.68	0.60	0.75

NOTE: The results have been rounded off to two decimal places. The highlighted correlation coefficients are significant with $p < .05000$, $n = 120$. The statistically significant relationships are marked in bold.

SOURCE: Own compilation.

In the teacher group, statistically significant relationships were obtained in this respect with relatively strong correlation. The older the respondent and the longer their length of service in the profession, the higher their total score on the VHI test and its individual subscales. Length of service and age are risk factors for voice difficulties in the surveyed group of teachers.

Health habits

Table 4 presents the results of research showing the intensity of the respondents' health behaviors, taking into account the following categories: correct eating habits, preventive behaviors, positive mental attitude, and health practices.

TABLE 4.

Mean scores on the IZZ (Health Behavior Index) test and its individual subscales in the surveyed groups

Respondents	Correct eating habits	Preventive behaviors	Positive mental attitude	Health practices	IZZ total	IZZ sten score
Teachers $n = 120$	24.10	18.60	20.70	19.10	82.50	5.40
Students $n = 128$	19.93	19.81	19.88	20.99	80.61	5.02

NOTE: The results have been rounded off to two decimal places. The raw scores should be interpreted as follows: the higher the score, the more intense the trait/behavior. The sten score is interpreted according to the following rule: 1–4 sten means low scores, 5–6 means moderate/average scores, while 7–10 means high scores.

SOURCE: Own compilation.

In both groups, the respondents practice behaviors conducive to health with average intensity, with a slightly higher sten score for the teachers surveyed. Analyzing the individual detailed scores, we note that teachers obtained a higher mean score in terms of correct eating habits (24.10 [points?]) compared to the student group (19.93[?]), they more often declare eating healthy products: vegetables and fruit, while avoiding processed foods, preservatives, and sugar.

Teachers also scored higher on positive mental attitude (20.7[?]). Students scored 19.88 on average on this subscale. This means that the teachers surveyed engaged slightly more frequently in activities conducive to health, such as avoiding strong emotions, practicing positive thinking, and spending time with family and friends. By developing healthy habits and skills to cope with stress or discomfort, we also protect our vocal organ. Numerous studies point to the prevalence of voice diseases in a group of people experiencing stress or stressful life events (Giddens et al., 2013, pp. 21–29; Houtte et al., 2012, p. 107). In addition, negative affective states and depression also affect voice quality (cf. Goldman et al., 1996, Hashim et al. 2017, p. 256.e.2.). It is undoubtedly worth strengthening one's pro-health practices in this area.

The students surveyed scored slightly higher on the preventive behaviors subscale, which suggests that they more often seek to comply with medical advice, undergo preventive checks, and look for information on the causes of specific diseases. Students also scored higher than teachers in terms of health practices (20.99 points), while the average score among teachers was 19.1 points. This means that students, compared to the teachers surveyed, would rest, sleep for a sufficient number of hours, as well as avoid excessive effort or overwork more often.

Data were also obtained from the structured interview on health behaviors among the students surveyed in terms of smoking, the average number of hours

of sleep, and the amount of water they drank. It was also analyzed how quickly respondents would seek specialist help after experiencing voice problems⁹.

Table 5 shows the results of the analyses of the structured interview sheet concerning health behaviors of the students surveyed.

TABLE 5.
Health behaviors of students based on an analysis of structured interviews ($n = 80$)

Variable	Respondents	
	number	[%]
Smoking cigarettes	20	25
Passive smoking	32	40
Familiarity with voice emission exercises	56	70
Performance of voice emission exercises	2	2.5

SOURCE: Own compilation.

Only 25% of the respondents (20 people) declared to be active tobacco smokers, while as many as 40% of the respondents (32 people) admitted they were passive smokers. Similar relationships in this group had been noted by other researchers¹⁰. Further analyses of the interviews made it possible to observe that 70% of the students declared familiarity with voice emission exercises (56 people), but only two of the respondents performed these exercises regularly (2.5%). Students have relatively good sleeping habits, with 7.3 hours of sleep on average (however, this mean figure resulted from the fact that a substantive group of respondents declared more hours of sleep: 9–10). The surveyed group also included people sleeping 5–6 hours a night or displaying irregular sleep patterns. Most students also strive to hydrate their bodies optimally, drinking an average of 1.24 liters of water per day¹¹. Interestingly, students' comments in the structured interviews indicate that they know that hydration (including proper lubrication of the throat and vocal cords) has a positive impact on the quality of voice emission. In their

⁹In the group of students surveyed, no respondents worked professionally with their voice for more than a few hours a week; respondents declared doing odd jobs, such as private tuition, sales, etc.

¹⁰ 27.9% of medical students (cf. Radosz et al.) and 20.9% of first-year students declare smoking (R. Pawłowski, 2008).

¹¹ Also in this case, the respondents included a substantial group of people who drank 2–3 liters of water, but there were also individuals who drank only one glass of water a day, failing to keep their bodies properly hydrated.

responses, they clearly indicate that they drink water for reasons other than voice prophylactics (e.g. diet or preferences)¹².

Another aspect that was analyzed on the basis of the students' interview questionnaires was smoking and its consequences for the occurrence of voice difficulties measured by the VHI test (see Table 6).

TABLE 6.
Results of correlation studies between smoking and VHI test scores among students

Variable	Functional subscale	Emotional subscale	Physical subscale	Total
Active smoking	0.34	0.37	0.72	0.51
Duration of the habit	0.41	0.47	0.75	0.58

NOTE: The results have been rounded off to two decimal places. The highlighted correlation coefficients are significant with $p < .05000$, $n = 80$. The statistically significant relationships are marked in bold.

SOURCE: Own compilation.

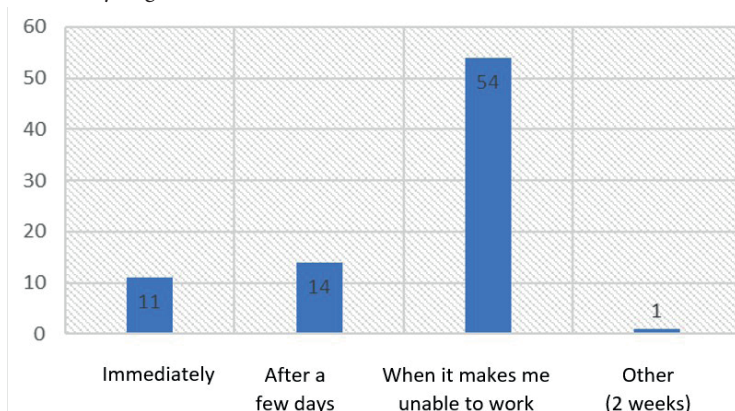
The relationships between smoking and the occurrence of voice difficulties are indisputable, which is supported by various studies and reports (Spantideas et al., 2015). A statistically significant relationship in this respect was also noted for the surveyed group. Respondents claiming to be active smokers scored higher on the VHI test on the physical level, and were more likely to complain of a variety of voice difficulties (correlation power 0.72). A statistically significant relationship was also recorded between the duration of the habit and the VHI score on the physical level (0.75). The longer the respondent had been smoking, the higher the score on this subscale.

In the structured interview, the respondents also answered the following question: When will you go to a doctor after the onset of voice difficulties, e.g. hoarseness? They could either choose one of the suggested answers: "Immediately", "After a few days", "When it makes me unable to work" or suggest their own answer. Figure 3 illustrates the research results obtained in this area.

¹² This is also confirmed by the fact that some of our pro-health behaviors in the specific area are unconscious.

FIGURE 3.

When will you go to a doctor after the onset of voice difficulties?



SOURCE: Own compilation.

14% of respondents (11 people) declared they would seek help immediately, 17% (14 people) planned to do so after a few days, one person indicated it would happen in two weeks. Unfortunately, the vast majority of respondents 68% (54 people) would only seek help once the disorder made them unable to work. Similar relationships are recorded for teachers, according to research findings (Gautam et al., 2022).

After presenting the scores obtained by the respondents on the individual tests, let us now pass to an analysis of the correlations between the study variables (in line with the research model adopted). The first results analyzed were those obtained by the teachers. Table 7 shows the relationships obtained.

TABLE 7.

Results of correlation studies between selected components of health behaviors and VHI test scores among teachers

Variable	Functional subscale	Emotional subscale	Physical subscale	Total
Correct eating habits	-0.76	-0.89	-0.60	-0.81
Preventive behaviors	-0.53	-0.85	-0.92	-0.87
Positive mental attitude	-0.53	-0.34	-0.21	-0.37
Health practices	-0.07	-0.37	-0.44	0.31
IZZ – total	-0.43	0.01	-0.32	0.01
IZZ – sten score	-0.39	0.16	0.39	0.11

NOTE: The results have been rounded off to two decimal places. The highlighted correlation coefficients are significant with $p < .05000$, $n = 120$. The statistically significant relationships are marked in bold.

SOURCE: Own compilation.

In the teacher group surveyed, statistically significant correlations were recorded between the overall VHI test score and proper eating habits (-0.81) and preventive behaviors (-0.87). The higher the score on both of these subtests of the IZZ test, the lower the score on the VHI test itself, and consequently the lower the severity of the respondent's voice difficulties. Statistically significant relationships were also reported between eating habits and VHI test scores on the functional (-0.76) and emotional (-0.89) subscales. Very strong relationships (-0.92) were also found between preventive behaviors, associated with measures such as following medical recommendations and undergoing preventive examinations, and the emergence of specific voice complaints (VHI test – physical subscale). In addition, a high score on the preventive behaviors scale correlated with the VHI score on the emotional subscale (-0.85).

Similar analyses were carried out for the students surveyed. Table 8 presents the research results obtained in our area of interest.

TABLE 8.
Results of correlation studies between selected components of health behaviors and VHI test scores among students

Variable	Functional subscale	Emotional subscale	Physical subscale	Total
Correct eating habits	-0.03	-0.01	0.08	0.02
Preventive behaviors	0.05	-0.01	-0.05	0.00
Positive mental attitude	-0.14	-0.20	-0.16	-0.19
Health practices	0.01	-0.18	-0.09	-0.10
IZZ – total	-0.04	-0.14	-0.07	-0.10
IZZ sten score	-0.03	-0.12	-0.08	-0.09

NOTE: The results have been rounded off to two decimal places. The highlighted correlation coefficients are significant with $p < .05000$, $n = 128$. The statistically significant relationships are marked in bold.

SOURCE: Own compilation.

For a vast majority of the students surveyed, no statistically significant relationships were recorded between the study variables. Health habits or the intensity thereof are not associated with the statistically observed change in VHI test scores. One exception was noted in this respect. In the student group, there is a statistically significant relationship between the VHI test score on the emotional subscale and positive mental attitude. The correlation power is -0.2 . In this respondent group, individuals declaring more often behaviors such as: avoiding

strong emotions, spending time with their friends and family, or experiencing pleasure, scored lower on the VHI test on the emotional subscale.

Conclusions

The research procedure made it possible to verify the relationship between the pursuit of health behaviors related to correct eating habits, preventive behaviors, positive mental attitude and health practices on the one hand, and the occurrence of vocal difficulties in the studied group of students and teachers, on the other hand. The following final conclusions were formulated:

- Health habits in both groups, students and teachers, are at an average level. Neither group displays due diligence in terms of pursuing practices conducive to the preservation of health.
- The students surveyed generally made sure that they slept for a sufficient number of hours a day (above 7 hours on average), and hydrated their bodies insufficiently (1.24 liters). In this group, despite the familiarity with voice emission exercises declared in the vast majority of cases, such exercises are not practiced¹³.
- In the student group, there is a statistically significant relationship between the VHI test score on the emotional level and positive mental attitude.
- In the teacher group surveyed, statistically significant correlations were recorded between the overall VHI test score and proper eating habits (−0.81) and preventive behaviors (−0.87).
- Statistically significant relationships were also recorded between eating habits and the VHI test score on the functional level (−0.76) and on the emotional level (−0.89) in the teacher group.
- Among the teachers surveyed, very strong relationships (−0.92) were recorded between preventive behaviors and the occurrence of specific voice complaints (VHI test score on the physical subscale). A high score on the preventive behaviors scale also correlated with the VHI score on the emotional subscale (−0.85).
- It is alarming that as many as 10% of the students surveyed (13 people) obtained a score indicating a high voice handicap and a need for specialist consultation, and a similar score was also obtained by 7% of the teachers surveyed (8 people).

¹³ This relationship is understandable, as it were, because the students did not declare regular voice effort at work in their daily activities. They declared that their main activities involving voice effort were speaking in class, potentially also presentations and oral reports, as well as odd jobs.

- Students complain less often of specific vocal difficulties compared to the group of teachers surveyed. This relationship appears to be a natural result of the regular vocal effort that teachers make at work.
- In addition, the research results obtained confirm the relationship between age and length of service in the profession and the occurrence of many diverse voice difficulties. The older the respondent and the longer their length of service in the profession, the higher their total score on the VHI test and its individual subscales.

The educational element constitutes an important link in terms of the perception of the vocal disease as such and the chances of its occurrence in the individual. During voice emission classes, the participants should be provided not only with reliable factual knowledge, but also with knowledge about vocal capacity and the occurrence of possible voice disorders or diseases. Even before the start of studies that involve a teaching specialization, it is worth recommending an ENT examination with an assessment of vocal cord performance. This will make it possible to detect possible difficulties and subject them to therapeutic interventions¹⁴.

A diagnosis is an important element in designing a change of habits. Every change is a process and takes place in several stages. The first one is precontemplation, when no knowledge or beliefs are present yet in terms of any health problems in the individual's life. Providing information and challenging previous judgments makes it possible for the contemplation stage to occur, in which the individual recognizes the existence of a problem and starts to consider a change¹⁵. It is worth pointing out that the model of change described here has been found useful in speech therapy, in particular in terms of motivating individuals to change their habits and to undergo treatment (cf. Leer et al., 2007).

When discussing (e.g., in class, during training or workshops) disorders of the vocal organ, it is worth making the attendees sensitive to statistics related to the number of teachers (or, more broadly, of people in general) suffering from voice difficulties, as well as discussing the consequences of failing to follow voice hygiene recommendations, thus making the potential risk real. Health habits in terms of vocal prevention are worth modelling in both groups. This can be practiced in class, in a more obvious manner, by reminding people about posture when speaking and correcting it, encouraging throat lubrication, conducting a vocal

¹⁴ Teachers have to undergo a mandatory pre-employment medical examination, as well as regular follow-up examinations later.

¹⁵ The precontemplation and contemplation stages are the first two stages of the model of change by James O. Prochaska and Carlo C. Di Clemente. The third stage involves preparation (considering implementation of the change within the next month), and it is followed by the action stage (change of behavior) and the maintenance stage (once consolidated, the behavior becomes a new part of the individual's lifestyle). A relapse stage is also distinguished. More on the model: Prochaska & DiClemente, 1992, pp. 184–218.

warm-up each time in class, but also by taking sick leave in the event of illness or infection, particularly if related to a vocal organ disorder. We can also prepare, together with the participants of the courses (training, workshops), or create our own SOS for the voice, i.e. a set of the key indications any interested person will be able to make use of if voice difficulties occur¹⁶.

It is worth taking advantage of the fact that high school is a time when the individual's environment changes, which may bring about a greater opportunity to change one's health habits (Radosz et al., 2020, p. 153). Not always do these changes go in the direction of developing attitudes and maintaining pro-health behaviors, as they are associated with an irregular lifestyle, and succumbing to various temptations such as stimulants (Kropornicka et al., 2015). For the sake of counterbalance, we can point to pro-health measures, including in particular those that will involve developing habits having a long-term impact also on the voice.

In the case of teachers, school principals can be encouraged to hold training on voice emission and hygiene, and to support educators. Posters reminding people of proper posture when speaking, pharynx and larynx lubrication, and other elements of vocal prevention might also have a good effect¹⁷. This type of impact will remind people of the fundamental rules of voice care.

Unfortunately, as has already been pointed out several times, having knowledge about the risks of working with one's voice or being familiar with the preventive strategies will not directly translate into change of behavior, although it may lead to change being considered or to the problem being recognized. Undertaking processes of change, modification of attitudes and behaviors has many aspects in cultural, social, and personality-related terms. Research shows that teachers treat their voice difficulties as an inevitable and natural risk factor in their profession. However, the mere belief in the inevitability of such difficulties/problems definitely does not make it easier for them to take preventive actions, and if voice disorders occur, makes them hesitate from seeking medical consultation (Gautam et al., 2022). This creates a lot of space for education in this area. Many voice problems can be successfully prevented by implementing the right preventive measures.

¹⁶ Ready-to-use compilations can also be used, cf. Załącznik 1 [Appendix 1]. *Podstawowe zasady higieny głosu...* In Haniszewska & Kaźmierczak, 2019, pp. 106–107.

¹⁷ The article does not present specific recommendations related to voice hygiene, as this was not my aim. Interested reader are referred to the following selected publications: Binkuńska, 2012; Ciecierska-Zajdel, 2012; Kisiel, 2012; Kubiak et al, 2006; Z. Pawłowski, 2010; Tarasiewicz, 2006, containing various prevention guidelines.

References

- Binkuńska, E. (2012). *Higiena i emisja głosu mówionego*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy.
- Ciecierska-Zajdel, B. (2012). *Trening głosu. Praktyczny kurs dobrego mówienia*. Samo Sedno.
- Forti, S., Amico, M., Zambarbieri, A., Ciabatta, A., Assi, C., Pignataro, L., Cantarella, G. (2014). Validation of the Italian voice handicap Index-10. *Journal of Voice*, 28(2), 263.e17–263.e22.
- Gautam, R., Navak, S., & Devadas, U. (2022). Perception of primary school teachers towards voice problems and vocal health-seeking behaviors: A qualitative study. *Journal of Voice*, 36(5), article 022. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2022.03.022>
- Giddens, Ch. L., Barron, K. W., Byrd-Craven, J., Clark, K. F., & Winter, A. S. (2013). Vocal indices of stress: a review. *Journal of Voice*, 27(3), 390.e21–390.e29.
- Goldman, S. L., Hargrave, J., Hillman, R. E., Homlberg, E., & Gress, C. (1996). Stress, anxiety, somatic complains and voice use in woman with vocal nodules. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 5(1), 44–54. <https://doi.org/10.1044/1058-0360.0501.44>
- Gruszczyńska, M., Bąk-Sosnowska, M., & Plinta, R. (2015). Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia / Health-related behaviors as an essential part of human life activities. Attitude of Poles towards their own health. *Hygeia Public Health*, 50(4), 558–565.
- Guzy, A. (2019). Diagnostyka emisji głosu z wykorzystaniem wywiadu ustrukturyzowanego – implikacje praktyczne. *Logopaedica Lodziensia*, 3, 79–91. <https://doi.org/10.18778/2544-7238.03.06>
- Guzy, A., & Barańska-Grabara, L. (2012). Problemy głosowe nauczycieli. In: D. Umiastowska, & J. Gebreselassie (Eds.), *Zdrowie w perspektywie pedagogicznej* (pp. 145–159). Wydawnictwo Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej.
- Haniszevska, K., & Kaźmierczak, M. (2019). Higiena głosu artystów scenicznych. Doniesienie z badań. *Logopedica Lodziensia*, 3, 93–116.
- Hashim, N.W., Wilkes, M., Salomon, R., Meggs, J., France, D.J. (2017). Evaluation of voice acoustics as predictor of clinical depression scores. *Journal of Voice*, 31, 256.e1–256.e6.
- Havigerová, J. M., Dosedlová, J., Burešová, I. (2019). One health behavior or many health-related behaviors? *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 23–30.
- Heszen, I., & Sęk, H. (Eds.). (2012). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen, I., & Sek, H. (2008). Zdrowie i stres. In: D. Doliński, & J. Strelau (Eds.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (vol. 2, pp. 690–694). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Houtte, E., Claeys, S., Wuyts, F.L., & Van Lierde, K. (2012). Voice disorders in teacher: Occupational risk factors and psycho-emotional factors. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 37(3), 107–116.
- Juczyński, Z. (2009). *Narzędzia do pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kisiel, M., (2012). *Emisja i higiena głosu w pracy dydaktyczno-wychowawczej nauczyciela*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Biznesu.
- Kropornicka, B., Baczewska, B., Dragan, W., Krzyżanowska, E., Olszak, C., & Szymczuk, E. (2015). Zachowania zdrowotne studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w zależności od miejsca zamieszkania. *Rozprawy Społeczne*, 9(2), 58–64.
- Kubiak, S., Wiskirska-Woźnica, B., & Demenko, G. (2006). *Zarys higieny narządu głosu*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Leer, E., Hapner, E. R., & Connor, P. N. (2007). *Transtheoretical model of health behavior change applied to voice therapy*. *Journal of Voice*, 22(6), 688–698. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2007.01.011>

- Mateusiak, J., & Gwozdecka-Wolniaszek, E. (2013). O zachowaniach zdrowotnych przez pryzmat współczesności. In: M. Górnik-Durose (Ed.), *Kultura współczesna a zdrowie* (pp. 154–184). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mazurkiewicz, E. A. (1978). Podstawy wychowania zdrowotnego. In: Z. J. Brzeziński, & C. W. Korczak (Eds.), *Higiena i ochrona zdrowia*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Ostrowska, A. (1999). *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk.
- Pawłowski, R. (2008). Zachowania zdrowotne studentów I roku studiów a samoocena ich stylu życia. *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja*, 2, 117–123.
- Pawłowski, Z. (2010). *Podstawy foniatryi dla osób duchownych, aktorów, nauczycieli i prawników*. Wydawnictwo Salezjańskie.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in modification of problems behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, 184–218.
- Puchalski, K. (1990). Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia. In: A. Gniazdowski (Ed.), *Zachowania zdrowotne* (pp. 23–57). Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.
- Radosz, Z., Tomaszewska-Kumela, P., Paplarczyk, M., & Gruszczyńska, M. (2020). Zachowania zdrowotne studentów kierunków medycznych / Medical students' health behaviors. *Rozprawy Społeczne / Social Dissertations*, 14(2), 151–164. <https://doi.org/10.29316/rs/122023>
- Spantideas, N., Drosou, E., Karatsis, A., & Assimakopoulos, D. (2015). Voice disorders in the general Greek population and in patients with laryngopharyngeal reflux. Prevalence and risk factors. *Journal of Voice* 29(3), 389.e27–389.e32.
- Ślusarska, B., Kulik, T. B., Piasecka, H., & Pacian, A. (2012). Wiedza i zachowania zdrowotne studentów medycyny w zakresie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 18(1), 19–26.
- Tarasiewicz, B. (2006). *Mówię i śpiewam świadomie. Podręcznik do nauki emisji głosu*. Universitas.
- Trinite, B., & Sokolovs, J. (2014). Adaptation and validation of the voice handicap index in Latvian. *Journal of Voice*, 28(4), 452–457.
- Woynarowska, B. (2007). *Edukacja zdrowotna*. Wydawnictwo Naukowe PWN.



ANNA GUZY

Uniwersytet Śląski w Katowicach, Wydział Humanistyczny, Instytut Językoznawstwa

<https://orcid.org/0000-0002-6713-7293>

Zachowania zdrowotne a doświadczanie trudności głosowych wśród studentów i nauczycieli

Health behaviors and the experience of vocal difficulties among students and teachers

ABSTRACT: The article presents the results of research on health-related behaviors and the experience of subjective vocal ailments by students ($n = 208$) and teachers ($n = 120$). The procedure used the VHI (Voice Handicap Index) test to measure the level of voice disability and the IZZ test (Health Behavior Index) to measure the categories of health behaviors in the field of correct eating habits, preventive behavior, positive mental attitude and health practices. Data from structured interview sheets were also used. In the case of teachers, there were statistically significant relationships between the results of the VHI test and correct eating habits, and between preventive behaviors. Among the studied students, a smaller number of statistically significant correlations between the occurrence of subjective vocal ailments and health habits was noted.

KEYWORDS: voice emission, health behavior, teachers' voice difficulties, students' voice difficulties, prevention

STRESZCZENIE: W artykule zaprezentowano wyniki badań nad zachowaniami zdrowotnymi oraz doświadczaniem subiektywnych dolegliwości głosowych w grupie studentów ($n = 208$) oraz nauczycieli ($n = 120$). W postępowaniu wykorzystano test VHI (Voice Handicap Index) do pomiaru poziomu niepełnosprawności głosu oraz test IZZ (Indeks Zachowań Zdrowotnych) do pomiaru kategorii zachowań zdrowotnych w zakresie: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych. Wykorzystano również dane z arkuszy wywiadów ustrukturyzowanych. W przypadku nauczycieli zanotowano istotne statystycznie zależności pomiędzy wynikami testu VHI a prawidłowymi nawykami żywieniowymi oraz zachowaniami profilaktycznymi. Wśród badanych studentów odnotowano mniejszą liczbę istotnych statystycznie zależności w tym zakresie.

SŁOWA KLUCZE: emisja głosu, zachowania zdrowotne, trudności głosowe nauczycieli, trudności głosowe studentów, profilaktyka

Zachowania zdrowotne są konstruktem niejednorodnym (Havigerová i in. 2019), obejmują bowiem nie tylko świadomie podejmowane działania sprzyjające utrzymaniu zdrowia. Wiążą się także z przekonaniami, emocjami czy schematami poznawczymi. Jak zauważają Adam Frączek i Ewa Stępień, nabywamy je na drodze społecznego i behawioralnego uczenia się; są etapem socjalizacji jed-

nostki (Heszen i Sęk, 2008, s. 71; por. Ślusarska i in., 2012). To pewna kategoria społeczno-psychologiczna czy socjopsychologiczna (por. Mateusiak i Gwozdecka-Wolniaszek, 2013, s. 154–184). Można je dzielić na pozytywne, sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne) oraz antyzdrowotne (Woynarowska, 2007).

Badacze są zgodni odnośnie do praktyk, które zdrowiu sprzyjają (Juczyński, 2009, s. 110). Zalicza się tutaj m.in.: dbałość o regularny 7–8-godzinny sen, niepalenie tytoniu, ograniczenie spożycia alkoholu, zbilansowaną dietę, aktywność fizyczną, regularne spożywanie posiłków, umiejętność radzenia sobie ze stresem czy dbanie o higienę osobistą.

W literaturze fachowej znajdziemy wiele różnorodnych definicji (por. Puchalski, 1990, s. 23–57) i typologii zachowań zdrowotnych (Heszen i Sęk, 2008, s. 690–694). Znawczynie tematu Irena Heszen i Helena Sęk (2008) zachowania zdrowotne definiują jako: „Reaktywne, nawykowe i intencjonalne formy aktywności człowieka, które na gruncie wiedzy obiektywnej o zdrowiu i subiektywnego przekonania powstają w istotnym, wzajemnym, pozytywnym lub negatywnym związku ze zdrowiem” (s. 691). Autorki proponują również syntetyczne ujęcie kryteriów i rodzajów zachowań związanych ze zdrowiem¹.

Zachowania prozdrowotne to czynności, które w sposób pośredni lub bezpośredni sprzyjają utrzymaniu fizycznego oraz psychicznego zdrowia. Mając wiedzę na temat tego, które zachowania służą zdrowiu, wymieniamy najczęściej: właściwe odżywianie, profilaktykę zdrowotną i wizyty u lekarzy, unikanie sytuacji stresowych, uprawianie sportu czy ograniczenie używek (wyniki raportu CBOS za: Gruszczyńska i in., 2015, s. 558–559).

W literaturze przedmiotu wyróżnia się wiele modeli wyjaśniających zachowania zdrowotne i zmianę tych zachowań (więcej na ten temat w rozdziale 8 – Heszen i Sęk, red., 2012, s. 123–140). Przeanalizujmy jeden z nich (por. rys. 1).

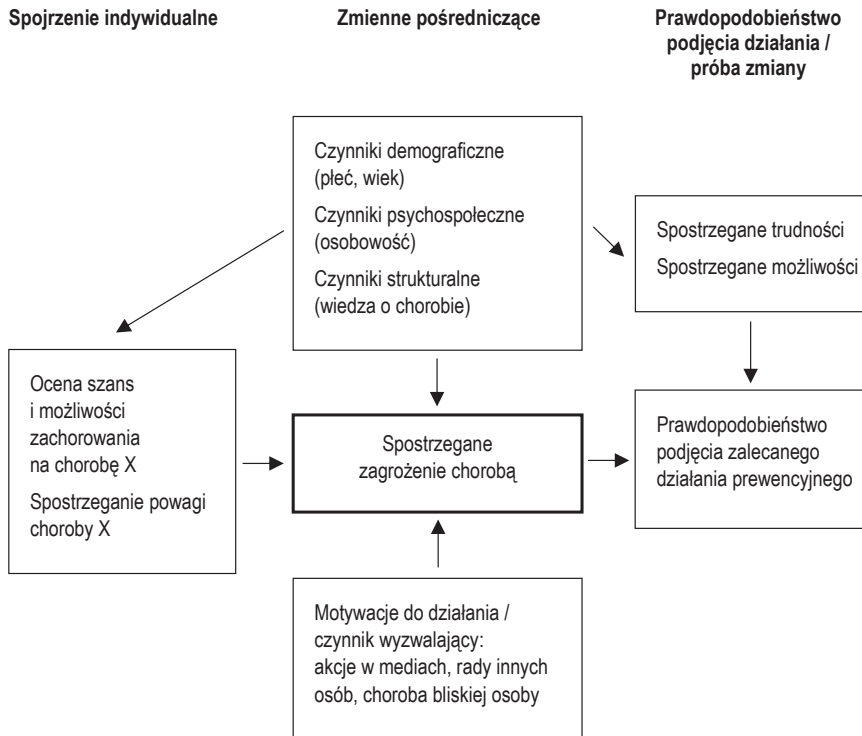
Model ukazuje uniwersalne prawidłowości – będziemy mogli zastosować je dla obu analizowanych grup (studentów i nauczycieli). Jak widzimy, przekonanie, że mamy możliwość zachorowania lub podatność na zachorowanie, aktywuje spostrzeganie zagrożenia chorobą, a tym samym zwiększa prawdopodobieństwo podjęcia zachowań prewencyjnych. Ponadto zmiana ma szansę zaistnieć, jeśli wierzymy, że możemy jej dokonać. W drodze do zmiany pośredniczą różne zmienne społeczno-demograficzne i osobowościowe, a także dokonywana ocena poznawcza odczuwania zagrożenia chorobą. W przypadku studentów potencjalne zagrożenie może być spostrzegane jako bardziej odległe, a profilaktyka zdrowotna i higiena głosu – jako elementy zbędne. Nie dziwi w ich przypadku to, że nie

¹ Do rodzajów zachowań związanych ze zdrowiem zaliczają: nawyki, zachowania prozdrowotne, zachowania w sytuacji zdrowia, rodzicielskie zachowania pro- i antyzdrowotne, zachowania promujące zdrowie, czynności intencjonalne, zachowania antyzdrowotne, zachowania w sytuacji choroby, medyczne zachowania pro- i antyzdrowotne, jak również zachowania prewencyjne (Heszen i Sęk, 2008, s. 692).

wykonywają oni regularnych ćwiczeń z zakresu emisji głosu, ale niezrozumiałe jest, że profilaktyki takiej nie stosują nauczyciele (Barańska-Grabara i Guzy, 2012).

RYSUNEK 1

Model przekonań zdrowotnych



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: Heszen, I., Sęk, H. (red.). (2012). *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 124.

Między innymi styl życia jednostki (Mazurkiewicz, 1978), podejmowane zachowania zdrowotne, jak również umiejscowienie kontroli (Radwańska, 2013, s. 12–21) mają wpływ na występowanie trudności głosowych (Ostrowska, 1999). Niestety, jak zauważają Joanna Mateusiak oraz Ewa Gwozdecka-Wolniaszek, „wiedza i przekonania o zależnościach zachowanie – zdrowie nie przekładają się wprost na to, jak ludzie względem swojego zdrowia się zachowują” (Mateusiak i Gwozdecka-Wolniaszek, s. 159). Trudno chyba spodziewać się, że w przypadku zachowań zdrowotnych, które sprzyjają optymalnemu funkcjonowaniu narządu głosu, zrobimy wyjątek. A może właściwa motywacja, prewencja i profilaktyka sprawią, że zajdzie chociaż drobna zmiana w tym zakresie...

Czy w przypadku studentów ich zachowania zdrowotne mają związek z występowaniem trudności głosowych w tej grupie? Jaki jest poziom niepełnosprawności głosowej studentów, kandydatów na nauczycieli oraz nauczycieli? Czy w przypadku nauczycieli realizowane przez nich zachowania sprzyjające zdrowiu przekładają się na rzadsze występowanie trudności głosowych wśród badanych? W celu odpowiedzi na postawione pytania przeprowadzono badania wśród nauczycieli oraz studentów, kandydatów na przyszłych nauczycieli.

Organizacja badań własnych

Badania wśród studentów i nauczycieli prowadzone były w latach 2018–2022², w formie bezpośredniej³ oraz online za pomocą kwestionariusza badawczego, zamieszczonego na portalu Lime Survey⁴.

Narzędzia testowe wypełniło łącznie 193 nauczycieli oraz 217 studentów. W prezentowanym materiale, który został poddany analizie statystycznej, uwzględniono wyłącznie kompletnie wypełnione arkusze, czyli 248 badanych, w tym 120 nauczycieli oraz 128 studentów⁵. Pozostałe arkusze zostały usunięte z analizy ze względu na braki w uzupełnieniach, bo to uniemożliwiłoby przeliczenie wyników testów. Co więcej, analizie poddano 80 arkuszy Wywiadu Ustrukturyzowanego wypełnia-

² W analizie uwzględniono wyniki badań prowadzonych w ramach seminarium licencjackiego przez Katarzynę Kaczmarek. Studentka kontynuowała swoje anonimowe badania ankietowe od lipca do sierpnia 2020 roku. Łącznie badaniu poddała 100 studentów, jednak z uwagi na kryterium wykluczenia z uzyskanej przez nią bazy wykorzystano 60 pomiarów.

³ W badaniach bezpośrednich brali udział nauczyciele. Zgłaszali się oni na badania w ramach Profilaktycznego Programu Zdrowego Głosu, który był realizowany w szkołach z województw śląskiego i dolnośląskiego. Ponadto prezentowane wyniki obejmują efekty badań nauczycieli, którzy poddawali się nieodpłatnym diagnozom emisji głosu w ramach różnorodnych akcji profilaktycznych prowadzonych przez autorkę artykułu. Udział w badaniach był dobrowolny, możliwe było wycofanie się na dowolnym etapie postępowania. Badani nauczyciele uzyskiwali diagnozę, jak również zalecenia związane z sugerowanymi ćwiczeniami profilaktycznymi, a w przypadku niepokojących wyników testów otrzymywali również zalecenia konsultacji specjalistycznych. Ponadto badani w przypadku pytań lub wątpliwości mogli skorzystać z konsultacji z zakresu emisji i higieny głosu.

⁴ Dodatkowo w artykule wykorzystano także informacje uzyskane w ramach wypełniania podczas ćwiczeń z zakresu emisji głosu Kwestionariusza Wywiadu Ustrukturyzowanego. W analizie wykorzystano tylko część materiału uwzględniającą wyniki testu VHI, nawyków zdrowotnych oraz zgłaszanych trudności głosowych. Schemat wywiadu był zgodny z zaprezentowanym w literaturze przedmiotu, zob. Guzy, 2019, s. 79–91.

⁵ W niniejszym wyliczeniu uwzględniono liczbę badanych poddanych postępowaniu testowemu. Ponadto na ogólną próbę składało się również 80 badanych, którzy wypełnili Kwestionariusz Wywiadu Ustrukturyzowanego.

nego przez studentów specjalności nauczycielskiej. W danych z wywiadu znalazły się informacje na temat ilości wypijanej przez badanych wody, palenia tytoniu, a także liczby godzin snu. Ponadto weryfikowano, czy badani znają i stosują profilaktycznie ćwiczenia z zakresu emisji głosu. Analiza danych wykonywana była z wykorzystaniem programu Statistica 13.3. oraz arkusza kalkulacyjnego Excel.

W prezentowanym postępowaniu badawczym szukano odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:

1. Jaki jest poziom samooceny stanu głosu badanych studentów oraz nauczycieli?
2. Jaki jest poziom zachowań zdrowotnych badanych nauczycieli oraz studentów w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego oraz praktyk zdrowotnych?
3. Czy istnieje istotna statystycznie zależność pomiędzy kategoriami zachowań zdrowotnych a samooceną stanu głosu mierzoną za pomocą testu VHI u badanych?

Przyjęto, że podejmowanie zachowań zdrowotnych, stanowić może czynnik sprzyjający zdrowiu, a zatem mający korzystny wpływ na jakość głosu badanych w obu grupach. Ponadto założono, że poziom niepełnosprawności głosowej będzie wyższy w przypadku badanych nauczycieli, którzy ze względu na wysiłek głosowy są bardziej narażeni na występowanie tego typu niedomogów. Założono także, że badani studenci uzyskają niższe wyniki w zakresie poziomu zachowań zdrowotnych niż badani nauczyciele.

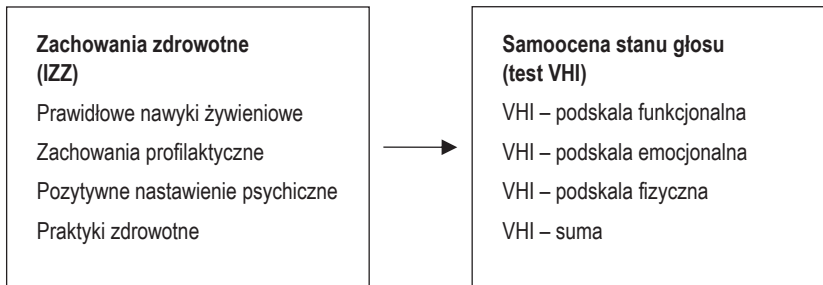
Przedmiot i cel badań

W postępowaniu badawczym analizowano kategorie zachowań zdrowotnych (a zatem prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienie psychiczne oraz praktyki zdrowotne) w odniesieniu do samooceny stanu głosu. Model zmiennych, które pozwoliły stworzyć macierz korelacji, został zilustrowany na rysunku 2.

Do oceny trudności głosowych wykorzystano test VHI (Voice Handicap Index). Narzędzie, zostało stworzone przez amerykańskich foniatrów, test zaadaptowano do polskich warunków przez Antoniego Pruszewicza. Kwestionariusz składa się z 30 pytań, które umożliwiają samoocenę parametrów głosowych na trzech podskalach: funkcjonalnej (określa subiektywny wpływ problemów głosowych na funkcjonowanie społeczne i/lub zawodowe badanego), emocjonalnej (uwzględnia odczucia badanego w stosunku do jego głosu) oraz fizycznej (pokazującej, w jakim stopniu badany odczuwa problemy związane z głosem).

RYSUNEK 2

Model zmiennych



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Osoba badana do każdego z 30 pytań wybiera jedną z 5 odpowiedzi, mierzonych na skali od 0 („problem lub zaburzenie nie występuje”) do 5 („bardzo często występuje u mnie dany problem czy zaburzenie”). Wynik całkowity testu VHI określa stopień zaburzeń głosu. Narzędzie to jest często wykorzystywane w praktyce klinicznej. Powstały liczne adaptacje testu. W badaniach klinicznych i empirycznych wykorzystywana jest również skrócona wersja kwestionariusza – VHI 10 (Forti i in., 2014, s. 263.e17–263.e22). Spójność testu mierzona wielokrotnie okazała się wysoka (por. Trinite i Sokolovs, 2014, s. 452–457).

Do oceny zachowań zdrowotnych wykorzystano Indeks Zachowań Zdrowotnych (IZZ) w polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego (Juczyński, 2009, s. 110–116). Test ma dobre właściwości psychometryczne: zgodność wewnątrzna alfa Cronbacha wynosi 0,85 dla całego inwentarza, który składa się z 24 stwierdzeń opisujących różnorodne działania i zachowania związane ze zdrowiem. Badany zaznacza, jak często wykonuje przedstawione w itemie czynności, wskazując nasilenie na skali od 1 – „prawie nigdy”, przez 2 – „rzadko”, 3 – „od czasu do czasu”, 4 – „często”, do 5 – „prawie zawsze”. Wypełniający test odnosi się do poszczególnych stwierdzeń, biorąc pod uwagę swoje zachowania w ostatnim roku. Badanie trwa ok. 5 minut. Interpretacja wyniku opiera się na wyniku liczbowym (surowym) oraz przeliczonym (stenowym). Wynik w inwentarzu mieści się w granicach 24–120; im wyższy wynik w danej skali, tym większe nasilenie danego, deklarowanego przez badanego, zachowania zdrowotnego. Wynik stenowy interpretuje się zgodnie z zasadą: 1–4 sten oznacza wyniki niskie, 5–6 – umiarkowane/średnie, z kolei 7–10 – wyniki wysokie. Do celów porównawczych można wykorzystać także tabele wartości średnich dla poszczególnych grup badanych⁶.

⁶ Autor narzędzia prezentuje wyniki uzyskane w grupach dorosłych kobiet i mężczyzn, studentów, nauczycielek ze szkół podstawowych, diabetyków, pacjentów cierpiących na różnorodne choroby, a także kobiet w ciąży i okresie menopauzy; por. Juczyński, 2009, s. 113.

Wyniki

Badani nauczyciele byli pracownikami podstawowych oraz ponadpodstawowych szkół miejskich z województw śląskiego oraz dolnośląskiego. W badaniu wzięło udział 10 mężczyzn oraz 110 kobiet. Średni wiek w badanej próbie wynosił 36,7 (najstarsza osoba miała 63 lata, najmłodsza zaś 27 lat). Średni staż pracy w zawodzie wynosił 12,89 roku (w badaniu 20% nauczycieli rozpoczynało pracę w szkole niedawno, legitymowało się stażem pracy do roku, a najdłuższy staż pracy badanego wynosił 37 lat). W próbie uwzględniono osoby pracujące przynajmniej w wymiarze połowy etatu w szkole. Średnia liczba godzin pracy głosem wynosiła w opisywanej grupie 17,33 godziny (najniższy wymiar tygodniowego obciążenia mieli badani psycholog oraz pedagog – po 11 godzin). W badaniu brali udział nauczyciele różnych przedmiotów: 20% badanej grupy stanowili nauczyciele języka polskiego, 15% – nauczyciele języka angielskiego, po 10% – nauczyciele przedmiotów zawodowych, biologii, zintegrowanej edukacji wczesnoszkolnej oraz matematyki. Także 10% badanych pracowało na stanowisku psychologa lub pedagoga. Tylko 3% nauczycieli uczyło geografii, 2% – chemii, po 5% – wychowania fizycznego, języka niemieckiego oraz historii.

Drugą grupę badawczą w badaniach ankietowych stanowili studenci II i III roku studiów licencjackich oraz I i II studiów magisterskich uzupełniających, ich średni wiek wynosił 22,8. W badaniu wzięło udział 10 mężczyzn oraz 118 kobiet. Uzupełnieniem postępowania badawczego były zgromadzone kwestionariusze wywiadów. Pochodziły one od studentów Wydziału Humanistycznego oraz Wydziału Nauk Społecznych z kierunków: psychologia oraz filologia polska. Średni wiek wypełniających je osób wynosił 22,7. Wszystkie były płci żeńskiej.

Wyniki testu VHI

Na początku analizie poddano wyniki testu VHI w odniesieniu do badanych grup nauczycieli i studentów⁷. W tabeli 1 zostały zaprezentowane średnie wyniki badań w tym zakresie, z kolei tabela 2 ilustruje poziom niepełnosprawności głosowej badanych (wynik ilościowy oraz procentowy).

⁷ Nie udało się zapewnić równolicznej próby w zakresie płci, dlatego zaprezentowano wyłącznie wyniki średnie uzyskane przez badanych w obu grupach. Powodem była z jednej strony feminizacja zawodu nauczyciela (tylko 10 badanych było płci męskiej), ale także mniejszy akces osób płci męskiej w grupie zarówno studentów, jak i nauczycieli. W badaniu brali udział studenci kierunków nauczycielskich lub bloku przygotowania pedagogicznego, gdzie również przeważają kobiety.

TABELA 1

Średnie wyniki testu VHI wśród badanych

Badani	Podskala funkcjonalna	Podskala emocjonalna	Podskala fizyczna	Suma
Nauczyciele ogółem $n = 120$	9,60	9,10	9,20	27,90
Studenci ogółem $n = 128$	10,94	5,88	6,22	23,04

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne

Wyniki badań wskazują, że w badanych grupach nie występują duże różnice w zakresie ogólnego wyniku testu VHI. Co prawda, badani nauczyciele uzyskali wynik wyższy (27,9 punktu) w stosunku do studentów (23,04)⁸, jednak różnica ta nie jest zbyt wysoka. Samoocena stanu głosu w podskali funkcjonalnej jest wyższa w przypadku badanych nauczycieli, którzy uzyskali niższy wynik w tej podskali (9,6 punktu). Samoocena stanu głosu w podskali emocjonalnej jest zdecydowanie wyższa w przypadku badanych studentów, którzy uzyskali wynik 5,88 punktu w porównaniu z grupą nauczycieli (9,1 punktu). Analogiczną zależność zanotowano w przypadku samooceny stanu głosu w podskali fizycznej. Studenci rzadziej zauważają u siebie konkretne problemy głosowe: trudności z oddechem, zmianę barwy głosu czy męczliwość podczas mówienia. Różnica w obu grupach wynosi 2,98 punktu.

TABELA 2

Poziom niepełnosprawności głosowej w badanych grupach (wynik liczbowy oraz procentowy)

Badani	Brak lub niewielka niesprawność głosu	Średnia niesprawność głosu	Duża niesprawność głosu
Nauczyciele ogółem $n = 120$	76 (63%)	36 (30%)	8 (7%)
Studenci ogółem $n = 128$	97 (76%)	18 (14%)	13 (10%)

ADNOTACJA: Wynik w zakresie 0–30 punktów oznacza brak niesprawności lub niewielką niesprawność głosu, w zakresie 31–60 oznacza średnią niesprawność głosu, zaś wynik mieszczący się w przedziale 61–120 oznacza dużą niesprawność głosu.

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne

Aż 76% badanych studentów (97 osób) oraz 63% nauczycieli (76 osób) uzyskało najniższy wynik w przedziale 0–30 punktów, co oznacza, że mają niewielką niesprawność głosu lub że nie cierpią na żadne trudności związane z głosem.

⁸ Im wyższy wynik w danej skali, tym większe nasilenie występowania trudności głosowych w badanym obszarze.

Średnią niesprawność głosu zanotowano u 30% badanych nauczycieli (36 osób) oraz 18 studentów (14%). Co niepokoi, aż 10% badanych studentów (13 osób) uzyskało wynik świadczący o dużej niesprawności głosu i konieczności konsultacji specjalistycznej, analogiczny wynik uzyskało także 7% badanych nauczycieli (8 osób). Poddając analizie uzyskane wyniki, zanotowano, że najwyższe maksymalne wskazania uzyskane przez badanych mężczyzn wynosiły 35 punktów wśród studentów oraz 62 punkty wśród nauczycieli. Kobiety w badanej grupie uzyskały zdecydowanie wyższe wyniki maksymalne, wynosiły one 95 punktów dla studentek oraz 73 punkty wśród badanych nauczycielek.

Analizie statystycznej poddano również zależności pomiędzy wiekiem oraz stażem w zawodzie a uzyskanym wynikiem testu VHI wśród badanych nauczycieli (tabela 3).

TABELA 3

Wyniki badań korelacyjnych pomiędzy wynikiem testu VHI a wiekiem oraz stażem pracy badanych nauczycieli

Zmienna	Podskala funkcjonalna	Podskala emocjonalna	Podskala fizyczna	Suma
Wiek	0,75	0,72	0,65	0,77
Staż pracy w zawodzie	0,79	0,68	0,60	0,75

ADNOTACJA: Wyniki zostały zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku. Oznaczone współczynniki korelacji są istotne z $p < ,05000$, $n = 120$. Pismem pogrubionym zostały przedstawione zależności istotne statystycznie.

W grupie nauczycieli uzyskano w tym zakresie istotne statystycznie zależności o stosunkowo dużej sile związku. Im badana osoba starsza i dłużej pracująca w zawodzie, tym wyższy wynik sumaryczny uzyskała w teście VHI oraz w poszczególnych jego podskalach. Staż pracy i wiek stanowią czynnik ryzyka występowania trudności głosowych w badanej grupie nauczycieli.

Nawyki zdrowotne

W tabeli 4 zostały zaprezentowane wyniki badań ukazujące nasilenie zachowań zdrowotnych u badanych z uwzględnieniem następujących ich kategorii: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego, praktyk zdrowotnych.

TABELA 4

Wyniki średnie testu IZZ oraz poszczególnych jego podskal w badanych grupach

Badani	Prawidłowe nawyki żywieniowe	Zachowania profilaktyczne	Pozytywne nastawienie psychiczne	Praktyki zdrowotne	IZZ suma	IZZ wynik stenowy
Nauczyciele <i>n</i> = 120	24,10	18,60	20,70	19,10	82,50	5,40
Studenci <i>n</i> = 128	19,93	19,81	19,88	20,99	80,61	5,02

ADNOTACJA: Wyniki zostały zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku. Wyniki surowe należy interpretować w następujący sposób: im wyższy wynik, tym większe nasilenie danej cechy / danego zachowania. Wynik stenowy interpretuje się zgodnie z zasadą: 1-4 sten oznacza wyniki niskie, 5-6 –wyniki umiarkowane/średnie, 7-10 – wyniki wysokie.

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

W obu grupach badani praktykują w średnim nasileniu zachowania sprzyjające zdrowiu, nieznacznie wyższy wynik stenowy uzyskali badani nauczyciele. Analizując poszczególne wyniki szczegółowe, zauważamy, że nauczyciele uzyskali średni wynik wyższy w zakresie prawidłowych nawyków żywieniowych (24,10 punktu) w porównaniu z grupą studentów (19,93 punktu), częściej deklarują oni jedzenie zdrowych produktów: warzyw, owoców, jednocześnie unikają produktów przetworzonych, konserwantów czy cukru.

Nauczyciele uzyskali również wyższy wynik w zakresie pozytywnego nastawienia psychicznego (20,7 punktu). Studenci w tej podskali uzyskali średnio 19,88 punktu. Oznacza to, że badani nauczyciele nieznacznie częściej podejmują działania sprzyjające zdrowiu, takie jak: unikanie silnych emocji, praktykowanie pozytywnego myślenia czy spędzanie czasu w gronie rodziny i znajomych. Wykształciwszy zdrowe nawyki i umiejętności radzenia sobie w sytuacji stresu czy dyskomfortu, również chronimy nasz narząd głosu. Liczne badania wskazują na występowanie chorób głosu w grupie osób doświadczających stresu czy stresujących zdarzeń życiowych (Giddens i in., 2013, s. 21–29; Houtte i in., 2012, s. 107). Ponadto negatywne stany afektywne i depresja również wpływają na jakość głosu (por. Goldman i in., 1996; Hashim i in., 2017, s. 256.e.2.). Warto niewątpliwie wzmacniać swoje praktyki prozdrowotne w tym zakresie.

W podskali zachowań profilaktycznych badani studenci uzyskali wyniki nieznacznie wyższe, co wskazuje na to, że częściej starają się przestrzegać zaleceń lekarskich, wykonują badania profilaktyczne czy szukają informacji na temat przyczyn występowania danej choroby. Studenci również uzyskali wyższy niż nauczyciele wynik w zakresie praktyk zdrowotnych (20,99 punktu), z kolei w grupie nauczycieli średni wynik wynosił 19,1 punktu. Oznacza to, że studenci częściej

aniżeli badani nauczyciele odpoczywają, dbają o wystarczającą liczbę godzin snu, unikają nadmiernego wysiłku czy przepracowania.

Z wywiadu ustrukturyzowanego uzyskano również dane dotyczące zachowań zdrowotnych badanych studentów w zakresie palenia tytoniu, średniej liczby godzin snu czy ilości wypijanej przez nich wody. Analizie poddano także to, jak szybko po wystąpieniu problemów głosowych badani udadzą się po specjalistyczną pomoc⁹.

W tabeli 5 zostały przedstawione wyniki analiz arkusza ustrukturyzowanego dotyczącego zachowań zdrowotnych badanych studentów.

TABELA 5

Zachowania zdrowotne studentów na podstawie analizy wywiadów ustrukturyzowanych ($n = 80$)

Zmienna	Badani	
	liczba	[%]
Palenie papierosów	20	25
Palenie bierne	32	40
Znajomość ćwiczeń z emisji głosu	56	70
Wykonywanie ćwiczeń z emisji głosu	2	2,5

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne

Tylko 25% badanych (20 osób) deklaroowało czynne palenie tytoniu, natomiast aż 40% badanych (32 osoby) przyznaje, że są palaczami biernymi. Podobne zależności w tej grupie zanotowane zostały przez innych badaczy¹⁰. Dalsze analizy wywiadów pozwoliły zaobserwować, że 70% studentów deklaruje znajomość ćwiczeń z zakresu emisji głosu (56 osób), jednak tylko dwoje badanych wykonuje te ćwiczenia regularnie (2,5%). Studenci mają stosunkowo dobre nawyki związane ze snem – śpią średnio 7,3 godziny (jednak na wynik ten złożyło się to, że spora grupa badanych deklaruje dłuższą liczbę godzin snu – 9–10 godzin). W badanej grupie znalazły się również osoby, które śpią 5–6 godzin lub mają nieregularny rytm snu. Większość studentów stara się również w optymalny sposób nawadniać organizm, wypijają średnio 1,24 litra wody na dobę¹¹. Co ciekawe, komentarze studentów w wywiadach ustrukturyzowanych wskazują na to, że wiedzą

⁹ W grupie badanych studentów nikt nie pracował zawodowo głosem więcej niż kilka godzin tygodniowo, ankietowani deklarowali wykonywanie prac dorywczych, tj. korepetycje, sprzedaż itp.

¹⁰ 27,9% studentów kierunków medycznych (por. Radosz i in., 2020) oraz 20,9% studentów I roku deklaruje palenie (R. Pawłowski, 2008).

¹¹ Również w tym wypadku wśród badanych znalazła się spora grupa, które pije 2–3 litry wody dziennie, ale też pojedyncze osoby, które wypijały dziennie tylko jedną szklankę wody, nie zapewniając właściwego nawodnienia swojego organizmu.

oni, iż nawodnienie (w tym właściwe nawilżenie gardła i strun głosowych) ma pozytywny wpływ na jakość emisji głosu. W swoich odpowiedziach wyraźnie wskazują, że piją wodę z innego powodu (np. diety czy preferencji) niżeli profilaktyka głosowa¹².

Kolejną kwestią, którą poddano oglądowi na podstawie kwestionariuszy wywiadów studentów, było palenie tytoniu i jego konsekwencje dla występowania trudności głosowych mierzonych za pomocą testu VHI (zob. tabela 6).

TABELA 6

Wyniki badań korelacyjnych pomiędzy paleniem tytoniu a wynikami testu VHI wśród studentów

Zmienna	Podskala funkcjonalna	Podskala emocjonalna	Podskala fizyczna	Suma
Palenie czynne	0,34	0,37	0,72	0,51
Czas trwania nałogu	0,41	0,47	0,75	0,58

ADNOTACJA: Wyniki zostały zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku. Oznaczone współczynniki korelacji są istotne z $p < ,05000$, $n = 80$. Pismem pogrubionym zostały przedstawione zależności istotne statystycznie.

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

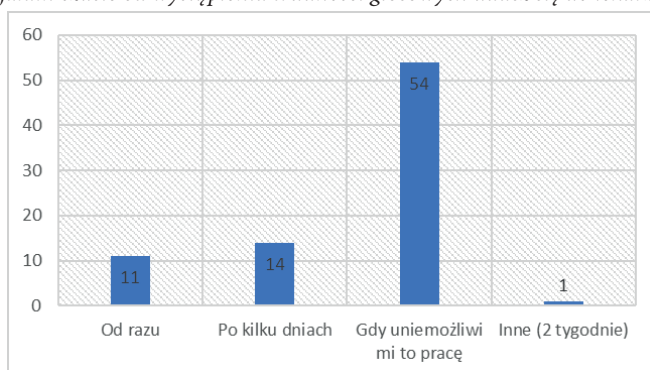
Zależności pomiędzy paleniem a występowaniem trudności głosowych są bezsprzeczne, potwierdzają je różnorodne badania i doniesienia (Spantideas i in., 2015). Również w przypadku badanej grupy zanotowano istotny statystycznie związek w tym zakresie. Osoby, które deklarowały, że są czynnymi palaczami, uzyskiwały wyższy wynik w teście VHI na poziomie fizycznym, częściej skarżyły się na różnorodne trudności głosowe (siła związku 0,72). Istotną statystycznie zależność zanotowano również pomiędzy czasem trwania nałogu a wynikiem testu VHI na poziomie fizycznym (0,75). Im dłużej osoba paliła, tym wynik w tej podskali był wyższy.

W wywiadzie ustrukturyzowanym badani odpowiadali również na pytanie: Po jakim czasie od wystąpienia trudności głosowych, np. chrypki, udasz się do lekarza? Mogli wybrać jedną z proponowanych odpowiedzi: „Od razu”, „Po kilku dniach”, „Gdy uniemożliwi mi to pracę” lub zaproponować własną odpowiedź. Rysunek 3 stanowi ilustrację graficzną uzyskanych wyników badań w tym zakresie.

¹² Potwierdza to także fakt, że część zachowań prozdrowotnych w danym zakresie realizujemy nieświadomie.

RYSUNEK 3

Po jakim czasie od wystąpienia trudności głosowych udasz się do lekarza?



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

14% badanych (11 osób) deklaruje, że od razu uda się po pomoc, 17% (14 osób) planuje zrobić to po kilku dniach, jedna osoba wskazuje, że nastąpi to w ciągu dwóch tygodni. Niestety, zdecydowana większość badanych 68% (54 osoby) uda się po pomoc dopiero, gdy trudność uniemożliwi im pracę. Analogiczne zależności notuje się w przypadku nauczycieli, na co wskazują doniesienia z badań (Gautam i in., 2022).

Po zaprezentowaniu wyników uzyskanych przez badanych w poszczególnych testach przejdźmy do analizy korelacji pomiędzy badanymi zmiennymi (zgodnie z przyjętym modelem badawczym). Jako pierwsze analizie zostały poddane wyniki osiągnięte przez nauczycieli. W tabeli 7 zostały zilustrowane uzyskane zależności.

TABELA 7

Wyniki badań korelacyjnych pomiędzy wybranymi komponentami zachowań zdrowotnych a wynikami testu VHI wśród nauczycieli

Zmienna	Podskala funkcjonalna	Podskala emocjonalna	Podskala fizyczna	Suma
Prawidłowe nawyki żywieniowe	-0,76	-0,89	-0,60	-0,81
Zachowania profilaktyczne	-0,53	-0,85	-0,92	-0,87
Pozytywne nastawienie psychiczne	-0,53	-0,34	-0,21	-0,37
Praktyki zdrowotne	-0,07	-0,37	-0,44	0,31
IZZ – suma	-0,43	0,01	-0,32	0,01
IZZ – wynik stenowy	-0,39	0,16	0,39	0,11

ADNOTACJA: Wyniki zostały zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku. Oznaczone współczynniki korelacji są istotne z $p < ,05000$, $n = 120$. Pismem pogrubionym zostały przedstawione zależności istotne statystycznie.

W grupie badanych nauczycieli zanotowano istotne statystycznie zależności pomiędzy ogólnym wynikiem testu VHI a prawidłowymi nawykami żywieniowymi ($-0,81$) oraz zachowaniami profilaktycznymi ($-0,87$). Im wyższy wynik w obu tych podtestach testu IZZ, tym niższy wynik testu VHI, a zatem niższy poziom nasilenia występowania trudności głosowych u badanego. Zanotowano również istotne statystycznie zależności pomiędzy nawykami żywieniowymi a wynikiem testu VHI w podskali funkcjonalnej ($-0,76$) oraz emocjonalnej ($-0,89$). Bardzo silne zależności ($-0,92$) występują także pomiędzy zachowaniami profilaktycznymi, które związane są z takimi działaniami, jak: przestrzeganie zaleceń lekarskich, dokonywanie badań profilaktycznych, a występowaniem konkretnych dolegliwości głosowych (test VHI – podskala fizyczna). Ponadto wysoki wynik na skali zachowań profilaktycznych korelował z wynikiem testu VHI w podskali emocjonalnej ($-0,85$).

Analogiczne analizy przeprowadzono w przypadku badanych studentów. W tabeli 8 zostały zaprezentowane uzyskane wyniki badań w interesującym nas zakresie.

TABELA 8

Wyniki badań korelacyjnych pomiędzy wybranymi komponentami zachowań zdrowotnych a wynikami testu VHI wśród studentów

Zmienna	Podskala funkcjonalna	Podskala emocjonalna	Podskala fizyczna	Suma
Prawidłowe nawyki żywieniowe	$-0,03$	$-0,01$	$0,08$	$0,02$
Zachowania profilaktyczne	$0,05$	$-0,01$	$-0,05$	$0,00$
Pozytywne nastawienie psychiczne	$-0,14$	$-0,20$	$-0,16$	$-0,19$
Praktyki zdrowotne	$0,01$	$-0,18$	$-0,09$	$-0,10$
IZZ – suma	$-0,04$	$-0,14$	$-0,07$	$-0,10$
IZZ – wynik stenowy	$-0,03$	$-0,12$	$-0,08$	$-0,09$

ADNOTACJA: Wyniki zostały zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku. Wyniki zostały zaokrąglone do dwóch miejsc po przecinku. Oznaczone współczynniki korelacji są istotne $z p < ,05000$, $n = 128$. Pismem pogrubionym zostały przedstawione zależności istotne statystycznie.

W przypadku ankietowanych studentów w przeważającej większości nie zanotowano istotnych statystycznie zależności pomiędzy badanymi zmiennymi. Nawyki zdrowotne i ich nasilenie nie wiążą się ze statystycznie obserwowaną zmianą uzyskanych wyników w teście VHI. Zanotowano w tym zakresie jeden wyjątek. W grupie studentów występuje istotna statystycznie zależność pomiędzy wynikiem testu VHI w podskali emocjonalnej a pozytywnym nastawieniem psychicznym. Siła związku wynosi $-0,2$. W tej grupie badanych u osób, które częściej deklarowały zachowania takie, jak: unikanie silnych emocji, spędzanie czasu

z bliskimi i rodziną czy doświadczanie przyjemności, notowano niższy wynik w teście VHI w podskali emocjonalnej.

Wnioski z przeprowadzonych badań

Postępowanie badawcze umożliwiło weryfikację zależności pomiędzy realizowaniem zachowań zdrowotnych związanych z prawidłowymi nawykami żywieniowymi, zachowaniami profilaktycznymi, pozytywnym nastawieniem psychicznym oraz praktykami zdrowotnymi a występowaniem trudności głosowych w badanej grupie studentów i nauczycieli. Sformułowano następujące wnioski końcowe:

- Nawyki zdrowotne w grupie zarówno studentów, jak i nauczycieli są na średnim poziomie. Obie grupy nie wykazują należytej dbałości w realizowaniu praktyk sprzyjających utrzymaniu zdrowia.
- Badani studenci zapewniają sobie na ogół wystarczającą liczbę godzin snu (średnio powyżej 7 godzin) oraz niewystarczająco nawadniają organizm (1,24 litra). W grupie tej pomimo deklarowanej w przeważającej większości przypadków znajomości ćwiczeń z zakresu emisji głosu nie następuje ich wykonywanie¹³.
- W grupie studentów występuje istotna statystycznie zależność pomiędzy wynikiem testu VHI na poziomie emocjonalnym a pozytywnym nastawieniem psychicznym.
- W grupie badanych nauczycieli zanotowano istotne statystycznie zależności pomiędzy ogólnym wynikiem testu VHI a prawidłowymi nawykami żywieniowymi (-0,81) oraz zachowaniami profilaktycznymi (-0,87).
- Zanotowano również istotne statystycznie zależności pomiędzy nawykami żywieniowymi a wynikiem testu VHI na poziomie funkcjonalnym (-0,76) oraz emocjonalnym (-0,89) w grupie badanych nauczycieli.
- Wśród badanych nauczycieli zanotowano bardzo silne zależności (-0,92) pomiędzy zachowaniami profilaktycznymi a występowaniem konkretnych dolegliwości głosowych (wynik testu VHI w podskali fizycznej). Wysoki wynik na skali zachowań profilaktycznych korelował także z wynikiem testu VHI w podskali emocjonalnej (-0,85).
- Co niepokoi, aż 10% badanych studentów (13 osób) uzyskało wynik świad-

¹³ Zależność ta jest niejako zrozumiała, ponieważ studenci nie deklarowali w swojej codziennej aktywności regularnego wysiłku głosowego w pracy. Deklarowali, że głównymi ich aktywnościami w zakresie wysiłku głosowego jest zabieranie głosu podczas zajęć, ewentualnych prezentacji, referatów czy podczas wykonywania pracy dorywczej.

cząco o dużej niesprawności głosu i konieczności konsultacji specjalistycznej, analogiczny wynik uzyskało także 7% badanych nauczycieli (8 osób).

- Studenci rzadziej skarżą się na występowanie u siebie konkretnych trudności głosowych w porównaniu z grupą badanych nauczycieli. Ta zależność wydaje się naturalnym wynikiem regularnego wysiłku głosowego, który w toku pracy podejmują nauczyciele.
- Ponadto uzyskane wyniki badań potwierdzają zależność pomiędzy wiekiem oraz stażem pracy w zawodzie a występowaniem wielu różnorodnych trudności głosowych. Im starsza badana osoba i dłużej pracuje w zawodzie, tym wyższy uzyskała wynik sumaryczny w teście VHI oraz w poszczególnych jego podskalach.

Element edukacyjny stanowi ważne ogniwo w zakresie spostrzegania samej choroby głosu oraz szans na jej wystąpienie u jednostki. W toku zajęć z emisji głosu warto wyposażać uczestników zajęć nie tylko w rzetelną wiedzę merytoryczną, ale także wiedzę na temat możliwości głosowych oraz występowania ewentualnych zaburzeń czy chorób głosu. Jeszcze przed podjęciem studiów ze specjalnością nauczycielską warto sugerować wykonanie kontrolnego badania laryngologicznego z oceną sprawności strun głosowych. Da to możliwość wykrycia ewentualnych trudności i poddania ich oddziaływaniom leczniczym¹⁴.

Diagnoza stanowi ważny element w projektowaniu zmiany nawyków. Każda zmiana jest procesem i przebiega w kilku stadiach. Pierwszym z nich jest prekontemplacja, w której to fazie brak jeszcze wiedzy i przekonań o istnieniu w życiu danej osoby problemów zdrowotnych. Dostarczenie informacji i podważenie wcześniejszych sądów daje możliwość zaistnienia fazy kontemplacji, w której osoba zauważa istnienie problemu i zaczyna rozważać zmianę¹⁵. Warto przypomnieć, że sam opisywany tu model zmiany uznano za użyteczny w terapii logopedycznej, w szczególności do motywowania do zmiany nawyków i leczenia (por. Leer i in., 2007).

Omawiając (np. podczas zajęć, szkoleń czy warsztatów) zestaw chorób narządu głosu, warto uwrażliwiać na statystyki związane z liczbą nauczycieli (czy szerzej, ogólnie osób), którzy mają trudności głosowe, omówić konsekwencje braku przestrzegania zaleceń higieny głosu, urzeczywistnić potencjalne zagrożenie. Ponadto nawyki zdrowotne w zakresie profilaktyki głosu warto w obu grupach modelować. Można to praktykować podczas zajęć, co bardziej oczywiste, przypominając

¹⁴ Nauczyciele objęci są obligatoryjnym badaniem przed podjęciem pracy w zawodzie, a następnie regularnymi badaniami kontrolnymi.

¹⁵ Fazy prekontemplacji i kontemplacji to dwie pierwsze fazy modelu zmiany Jamesa O. Prochaska i Carla C. Di Clemente. Etapem trzecim jest przygotowanie (rozważanie wprowadzenia zmiany) w ciągu najbliższego miesiąca, po czym podjęcie aktywności (zmiana zachowania) oraz stadium utrzymania (zachowanie utrwalone staje się nowym elementem stylu życia danej osoby). Wyróżnione jest również stadium nawrotu. Szerzej na temat modelu: Prochaska i DiClemente, 1992, s. 184–218.

i korygując postawę podczas mówienia, zachęcając do nawilżania gardła, prowadząc rozgrzewkę głosową na każdych zajęciach, ale także korzystając ze zwolnienia lekarskiego w przypadku choroby czy infekcji, w szczególności związanej z niesprawnością narządu głosu. Możemy również przygotować z uczestnikami zajęć (szkoleń, warsztatów) lub stworzyć samodzielnie swoiste SOS dla głosu, zestaw najważniejszych wskazań, po które zainteresowani będą mogli sięgnąć w przypadku występowania trudności związanych z głosem¹⁶.

Warto wykorzystać fakt, że czas edukacji w szkole wyższej to jeden z momentów, w których zmianie ulega otoczenie, co może wiązać się z większą szansą na zmianę nawyków zdrowotnych (Radosz i in., 2020, s. 153). Nie zawsze zmiany te idą w kierunku rozwoju postaw i utrzymywania zachowań prozdrowotnych, wiążą się bowiem z nieregularnym trybem życia, uleganiem różnym pokusom, jakie stanowią np. używki (Kropornicka i in., 2015). Możemy dla przeciwwagi wskazywać na działania prozdrowotne, w szczególności te, które będą wiązały się z wypracowywaniem nawyków, jakie długoterminowo będą miały także wpływ na głos.

W przypadku nauczycieli można zachęcać dyrektorów szkół do organizowania szkoleń z zakresu emisji i higieny głosu, dawania wsparcia pedagogom. Dobry efekt mogłyby również osiągnąć plakaty przypominające o właściwej postawie podczas mówienia, nawilżaniu gardła i krtani czy o innych elementach profilaktyki głosowej¹⁷. Tego typu oddziaływanie będzie przypominało o podstawowych zasadach dbałości o głos.

Niestety, jak już kilkakrotnie wskazano, ani posiadanie wiedzy na temat zagrożeń pracy głosem, ani znajomość strategii zaradczych nie przekładają się bezpośrednio na zmianę zachowań, ale mogą wpłynąć na rozważenie zmiany czy dostrzeżenie samego problemu. Podejmowanie procesów zmiany, modyfikacji postaw i zachowań uwarunkowane jest wielopłaszczyznowo: kulturowo, społecznie czy osobowościowo. Z badań wynika, że nauczyciele traktują swoje trudności głosowe jako nieuniknione, stanowiące naturalny czynnik ryzyka w ich zawodzie. Samo jednak przekonanie o nieuchronności wystąpienia trudności/problemu w zdecydowanym stopniu nie ułatwia im podejmowania działań prewencyjnych, a w przypadku wystąpienia zaburzeń głosu powoduje wahanie się przed skorzystaniem z konsultacji medycznej (Gautam i in., 2022). Daje to ogromne pole do podjęcia edukacji w tym zakresie. Wielu problemom głosowym można skutecznie zapobiegać, wdrażając właściwe działania profilaktyczne.

¹⁶ Można także wykorzystać gotowe zestawienia, por. Załącznik 1. *Podstawowe zasady higieny głosu...* w: Haniszeńska i Kaźmierczak, 2019, s. 106–107.

¹⁷ W artykule nie zaprezentowano szczegółowo zaleceń związanych z higieną głosu, nie było to moim celem. Zainteresowanego czytelnika odsyłam do wybranych pozycji: Binkuńska, 2012; Ciecierska-Zajdel, 2012; Kisiel, 2012; Kubiak i in., 2006; Z. Pawłowski, 2010; Tarasiewicz, 2006. W proponowanych publikacjach znajdują się różnorodne wskazówki profilaktyczne.

Bibliografia


- Binkuńska, E. (2012). *Higiena i emisja głosu mówionego*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy.
- Ciecierska-Zajdel, B. (2012). *Trening głosu. Praktyczny kurs dobrego mówienia*. Samo Sedno.
- Forti, S., Amico, M., Zambarbieri, A., Ciabatta, A., Assi, C., Pignataro, L., Cantarella, G. (2014). Validation of the Italian voice handicap Index-10. *Journal of Voice*, 28(2), 263.e17–263.e22. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2013.07.013>
- Gautam, R., Navak, S., Devadas, U. (2022). Perception of primary school teachers towards voice problems and vocal health-seeking behaviors: A qualitative study. *Journal of Voice*, 36(5), artykuł 022. <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2022.03.022>
- Giddens, Ch. L., Barron, K. W., Byrd-Craven, J., Clark, K. F., Winter, A. S. (2013). Vocal indices of stress. A review. *Journal of Voice*, 27(3), 390.e21–390.e29.
- Goldman, S. L., Hargrave, J., Hillman, R. E., Homlberg, E., Gress, C. (1996). Stress, anxiety, somatic complains and voice use in woman with vocal nodules. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 5(1), 44–54. <https://doi.org/10.1044/1058-0360.0501.44>
- Gruszczyńska, M., Bąk-Sosnowska, M., Plinta, R. (2015). Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia / Health-related behaviors as an essential part of human life activities. Attitude of Poles towards their own health. *Hygeia Public Health*, 50(4), 558–565.
- Guzy, A. (2019). Diagnostyka emisji głosu z wykorzystaniem wywiadu ustrukturyzowanego – implikacje praktyczne. *Logopaedica Lodziensia*, 3, 79–91. <https://doi.org/10.18778/2544-7238.03.06>
- Guzy, A., Barańska-Grabara, L. (2012). Problemy głosowe nauczycieli. W: D. Umiastowska, J. Gebre-selassie (red.), *Zdrowie w perspektywie pedagogicznej* (s. 145–159). Wydawnictwo Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej.
- Haniszevska, K., Kaźmierczak, M. (2019). Higiena głosu artystów scenicznych. Doniesienie z badań. *Logopedica Lodziensia*, 3, 93–116 .
- Hashim, N. W., Wilkes M., Salomon, R., Meggs, J., France, D. J. (2017). Evaluation of voice acoustics as predictor of clinical depression scores. *Journal of Voice*, 31, 256.e1–256.e6.
- Havigerová, J. M., Dosedlová, J., Burešová, I. (2019). One health behavior or many health-related behaviors? *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 23–30.
- Heszen, I., Sęk, H. (2008). Zdrowie i stres. W: D. Doliński, J. Strelau. *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 690–694). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Heszen, I., Sęk, H. (red.). (2012). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Houtte, E., Claeys, S., Wuyts, F. L., Van Lierde K. (2012). Voice disorders in teacher: Occupational risk factors and psycho-emotional factors. *Logopedics, Phoniatrics, Vocology*, 37(3), 107–116.
- Juczyński, Z. (2009). *Narzędzia do pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kisiel, M., (2012). *Emisja i higiena głosu w pracy dydaktyczno-wychowawczej nauczyciela*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Biznesu.
- Kropornicka, B., Baczewska, B., Dragan, W., Krzyżanowska, E., Olszak, C., Szymczuk, E. (2015). Zachowania zdrowotne studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w zależności od miejsca zamieszkania. *Rozprawy Społeczne*, 9(2), 58–64.
- Kubiak, S., Wiskirska-Woźnica, B., Demenko, G. (2006). *Zarys higieny narządu głosu*. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Leer, E., Hapner, E. R., Connor, P. N. (2007). Transtheoretical model of health behavior change applied to voice therapy. *Journal of Voice*, 22(6), 688–698, doi: <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2007.01.011>.

- Mateusiak, J., Gwozdecka-Wolniaszek, E. (2013). O zachowaniach zdrowotnych przez pryzmat współczesności. W: M. Górnik-Durose (red.), *Kultura współczesna a zdrowie* (s. 154–184). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Mazurkiewicz, E. A. (1978). Podstawy wychowania zdrowotnego. W: Z. J. Brzeziński, C. W. Korczak (red.), *Higiena i ochrona zdrowia*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Ostrowska, A. (1999). *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. IFIS PAN.
- Pawłowski, R. (2008). Zachowania zdrowotne studentów I roku studiów a samoocena ich stylu życia. *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja*, 2, 117–123.
- Pawłowski, Z. (2010). *Podstawy foniatrii dla osób duchownych, aktorów, nauczycieli i prawników*. Wydawnictwo Salezjańskie.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in modification of problems behaviors. *Progress in Behavior Modification*, 28, 184–218.
- Puchalski, K. (1990). Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia. W: A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne* (s. 23–57). Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.
- Radosz, Z., Tomaszewska-Kumela, P., Paplaczek, M., Gruszczyńska, M. (2020). Zachowania zdrowotne studentów kierunków medycznych / Medical students' health behaviors. *Rozprawy Społeczne / Social Dissertations*, 14(2), 151–164. <https://doi.org/10.29316/rs/122023>
- Spantideas, N., Drosou, E., Karatsis, A., Assimakopoulos D. (2015). Voice disorders in the general Greek population and in patients with laryngopharyngeal reflux. Prevalence and risk factors. *Journal of Voice*, 29(3), 389.e27–389.e32.
- Ślusarska, B., Kulik, T. B., Piasecka, H., Pacian, A. (2012). Wiedza i zachowania zdrowotne studentów medycyny w zakresie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 18(1), 19–26.
- Tarasiewicz, B. (2006). *Mówię i śpiewam świadomie. Podręcznik do nauki emisji głosu*. Universitas.
- Trinite, B., Sokolovs, J. (2014). Adaptation and validation of the voice handicap index in Latvian. *Journal of Voice*, 28(4), 452–457.
- Wojnarowska, B. (2007). *Edukacja zdrowotna*. Wydawnictwo Naukowe PWN.




EMILIA JESIOTR

Scientific Group of Speech Therapy at the Warsaw University,
Department of Speech Therapy and Voice Emission, Institute of Applied Polish Studies,
Faculty of Polish Studies, University of Warsaw

 <https://orcid.org/0000-0002-2703-0547>


DOMINIK SIENKO

Scientific Group of Speech Therapy at the Warsaw University,
Department of Speech Therapy and Voice Emission, Institute of Applied Polish Studies,
Faculty of Polish Studies, University of Warsaw

 <https://orcid.org/0000-0002-1641-1117>

AGNIESZKA ZOFIA RATAJ-PIETRZAK

Scientific Group of Speech Therapy at the Warsaw University,
Department of Speech Therapy and Voice Emission, Institute of Applied Polish Studies,
Faculty of Polish Studies, University of Warsaw

 <https://orcid.org/0000-0002-6425-9906>

Academic education versus the first steps in the speech and language therapy profession Questionnaire survey

ABSTRACT: The unregulated legal status of the speech and language therapy profession and speech and language therapy as an independent scientific discipline are reasons for significant differences in the way SLTs are educated in Poland. In order to find out the opinions of students and graduates of SLT studies (working in the profession) on academic education, the survey was conducted with 87 participants. Conducting the survey in the conditions of a pandemic situation also made it possible to assess distance forms of teaching and revealed disproportions in the level of satisfaction with practical and theoretical courses conducted in this form. The collected opinions form the basis for the reflections undertaken in the article on SLT and the possible and necessary changes in the system of training future SLTs.

KEYWORDS: academic education, speech and language therapy studies, distance learning, profession act

Edukacja akademicka a pierwsze kroki w zawodzie logopedy. Badania ankietowe

STRESZCZENIE: Nieuregulowany status prawny zawodu logopedy oraz logopedii jako samodzielnej dyscypliny naukowej są przyczyną istotnych różnic w sposobie kształcenia logopedów w Polsce. W celu poznania opinii studentów i absolwentów studiów logopedycznych (pracujących w zawodzie) na temat kształcenia akademickiego przeprowadzono ankietę, w której wzięło udział 87 osób.

Przeprowadzenie badania w warunkach sytuacji pandemicznej pozwoliło także na dokonanie oceny zdalnych form nauczania i wykazało dysproporcje w poziomie satysfakcji z zajęć praktycznych i teoretycznych prowadzonych w tej formule. Zgromadzone opinie stanowią podstawę do podjętych w artykule rozważań na temat logopedii oraz możliwych i potrzebnych zmian w systemie kształcenia przyszłych logopedów.

SŁOWA KLUCZOWE: edukacja akademicka, studia logopedyczne, nauka zdalna, ustawa o zawodzie

The speech and language therapy profession encompasses an extremely wide range of interests and therapeutic interventions. Their nature depends, among other things, on the specifics of speech and language therapists' places of employment and the needs of particular groups of patients. It also results from the breadth of speech and language therapy as a science, which – not yet an independent scientific discipline – lies on the borderline of medical, linguistic, psychological or pedagogical sciences and draws on their achievements (Jastrzębowska, 2003, pp. 315–329). The work of a speech and language therapist should therefore be characterized by a holistic approach to the patient (Dramska, 2001, pp. 96–100; Hartman & Bartosiewicz, 2012, pp. 48–49).

The interdisciplinary nature of speech and language therapy determines the need for multifaceted training of speech and language therapists. It also affects the shape of the organization of speech and language therapy care. It includes activities aimed at preventing, reducing, removing or mitigating the effects of disturbances and disorders of the communication process. They are implemented towards children, adolescents and adults in the following dimensions: preventive, diagnostic, therapeutic, instructional and popularization (Jastrzębowska, 2003, pp. 301–314). The system of speech and language therapy care in Poland is part of the educational system and the health care system (Dobosiewicz-Olechowska et al., 2010, pp. 45–49; Obrebowski & Pruszewicz, 1999, pp. 123–128). Thus, a speech and language therapist can undertake work in institutions that pose diverse therapeutic challenges, covering a different range of requirements and competencies.

Speech and language therapy care provided within the educational department is largely based on the activities of psychological and pedagogical outpatient clinics, which, among other things, supervise speech and language therapy assistance in schools and kindergartens, and also support the organization of diagnostic and therapeutic activities for children with speech and communication disorders (Kubacik, 2008, pp. 48–49; Minczakiewicz, 1998, pp. 102–104). In addition to educational institutions, such as schools and kindergartens (and sometimes care facilities: nurseries, toddler clubs, day care clubs, etc.), speech and language therapy classes can also be implemented in special care and educational centers and in institutions that provide diagnosis and therapy for children and adolescents with language communication disorders (Kubacik, 2008, pp. 48–49; Minczakiewicz, 1998, pp. 102–104).

A speech and language therapist in the health ministry can work in various hospital wards (e.g., neurological, neonatological, phoniatic, otolaryngological) in public health care institutions providing services under contract with the National Health Fund, as well as in rehabilitation centers, specialized outpatient clinics, mental health clinics, early intervention centers and private practices (Dobosiewicz-Olechowska et al., 2010, pp. 45–49; Minczakiewicz, 1998, pp. 102–104; Obrębowski and Pruszewicz, 1999, pp. 123–128).

The diversity of challenges in the work of speech and language therapists and the dynamics of change associated with the development of speech and language therapy as a science raise the question: How should academic education be implemented to best meet the needs of future speech and language therapists and their patients? This article undertakes a discussion of the problem outlined, based on the results of a survey of speech and language therapy students and graduates.

Research status

The education of speech and language therapists in Poland within the framework of academic education originated from the program of university speech and language therapy studies proposed by Leon Kaczmarek and published in 1967 in “Logopedia” (vol. 7, pp. 82–87). In the same year, the authorities of the Maria Curie-Skłodowska University in Lublin decided to launch the first course of study in Poland that would allow students to obtain speech and language therapy licenses. Over the next years, following in the footsteps of the Lublin university, universities across the country opened majors with a similar educational profile, both postgraduate, part-time, full-time and course-and-training (Płusajska-Otto, 2013, pp. 139–150). Currently, speech and language therapy degree programs are offered by many universities, but the curriculum differs significantly at each center.

Students’ level of satisfaction with their preparation for the profession is an important, and often overlooked area in research. To date, similar surveys among students in related fields were conducted only in the 1990s. They collected 123 responses from special educators who graduated between 1970 and 1993, most of whom stressed the need to update and reform the curriculum, increase the number of internships, and modify training methods by emphasizing practical, laboratory (school) and conversation classes (Korzon, 1996, pp. 128–136).

Another study (Kowalczevska-Grabowska & Borzucka-Sitkiewicz, 2017, pp. 245–258) considered the responses of 12 health pedagogy graduates. Here, too, the respondents indicated a shortage of practical classes. In their conclusion, the authors of the study themselves pointed out the problem of the often random

selection of institutions where student internships are carried out. They stressed that the terms of cooperation between internship sites and the university must be clearly defined, so that students can face the real challenges they will encounter in their later professional practice.

The survey presented in this article is the first attempt to gather the opinions of speech and language therapy students and graduates on academic and informal training modalities and to assess the level of their own skills in light of their first professional experience. The results of this kind of research can be an important indicator for assessing the quality of education and contribute to the changes in the way speech therapy studies are organized that have been desired and advocated in recent years (Ostapiuk et al., 2018, pp. 369–398).

Methodology of own studies

The students' opinions were collected in a survey, provided as a Google form for self-completion. The survey was dominated by questions with so-called closed and semi-open cafeterias, as well as conjunctive and disjunctive cafeterias. In addition, the survey included open-ended questions, which contributed to the study's use of a qualitative-quantitative paradigm with an emphasis on the quantitative nature of data collection (Pilch, 1998, pp. 86–88).

The survey was conducted by student members of the Scientific Logopedic Circle at the University of Warsaw, which ensured that the respondents' answers, given especially to open-ended questions, were candid and authentic.

Characteristics of the study group and the method of the study

A total of 87 people participated in the survey. The subjects were professionally active speech and language therapists – speech and language therapy students from various academic centers in Poland, as well as graduates who obtained a professional bachelor's, master's or postgraduate degree in speech and language therapy within the last three years. The survey included questions on:

- place of study implementation at different stages of education;
- the current stage of education;
- seniority in the speech and language therapy profession;

- places of employment;
- patients under care.

Basic data on the study group:

- Place of study-diversified. Students or graduates of many universities participated in the survey (such as: Maria Grzegorzewska Academy of Special Education in Warsaw, Adam Mickiewicz University in Poznan, University of Gdansk, University of Lodz, Maria Curie-Sklodowska University in Lublin, Medical University in Bialystok, Pedagogical University named after the Commission of National Education in Cracow, University of Warsaw, Warsaw Medical University).
- Stage of education – varied: from undergraduates, bachelors, to masters and postgraduates.
- Seniority – mostly about one year.
- Place of employment – mainly kindergartens, offices and speech and language therapy outpatient clinics.
- Patients under care – primarily children and adolescents.

The core of the study was questions about the level of satisfaction with academic training and preferred forms of professional development. Respondents were asked to assess the level of knowledge and practical competence obtained in various areas relevant to professional practice. A comparison of stationary and distance learning in relation to different types of classes (lectures, exercises, internships, placements) was included. Questions were also asked about the most frequently chosen and most valuable forms of improving professional competence. The results were presented in detail in the form of descriptions and charts.

Satisfaction level with academic education

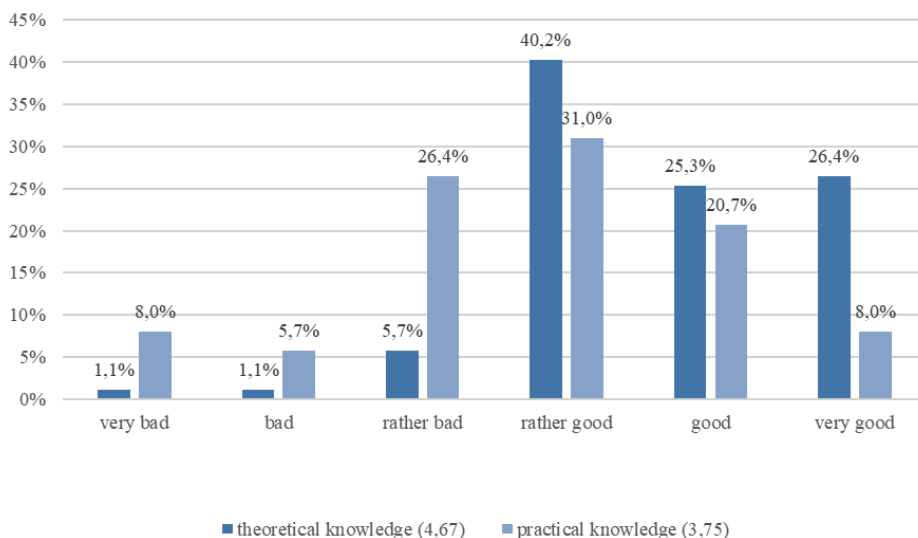
Those subjects were asked to make a subjective assessment of their knowledge and skills acquired in the process of academic training in the following areas:

- linguistic foundations of speech and language therapy;
- psycho-pedagogical foundations of speech and language therapy;
- medical foundations of speech and language therapy;
- speech disorders and principles of speech and language therapy management.

The results of this part of the survey are shown in Figures 1–4. It should be noted that these are individual assessments of respondents and may largely depend on the stage of education at which the respondents are currently-perception of professional competence at early stages of education is lower than at the end of studies.

FIGURE 1.

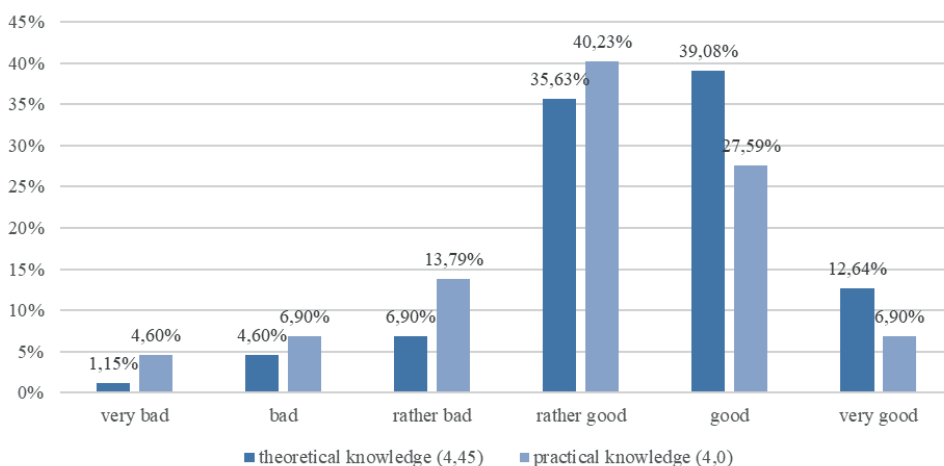
Assessment of the degree of preparation for the speech and language therapy profession in the linguistic foundations of speech and language therapy



SOURCE: Own study.

FIGURE 2.

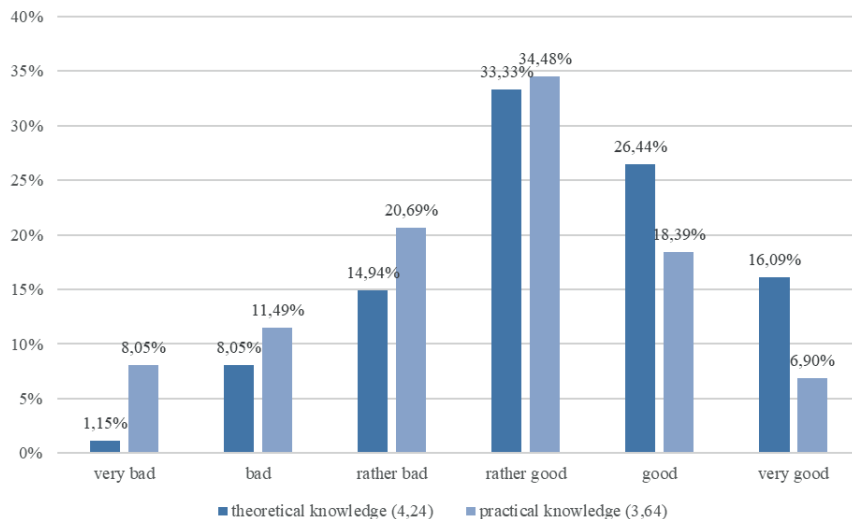
Assessment of the degree of preparation for the speech and language therapy profession in the psychopedagogical foundations of speech and language therapy



SOURCE: Own study.

FIGURE 3.

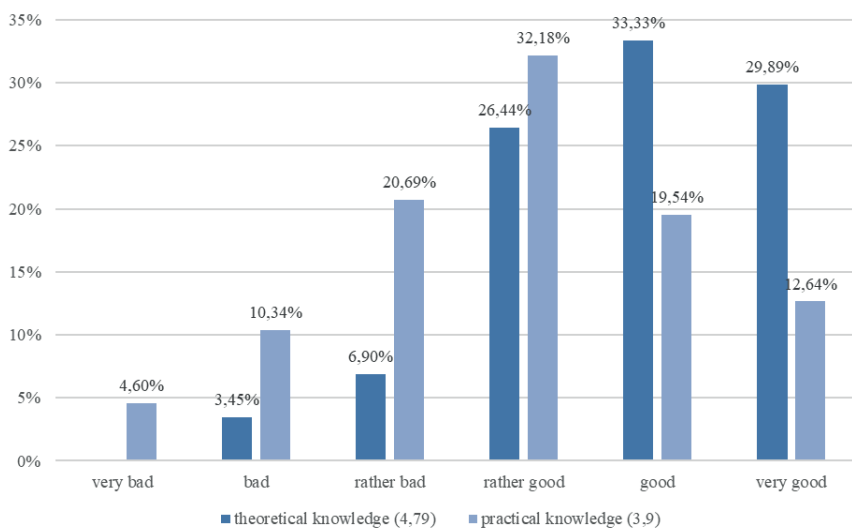
Assessment of the degree of preparation for the speech and language therapy profession in the medical foundations of speech and language therapy



SOURCE: Own study.

FIGURE 4.

Assessment of the degree of preparation for the speech and language therapy profession in the field of speech disorders and principles of speech and language therapy management



SOURCE: Own study.

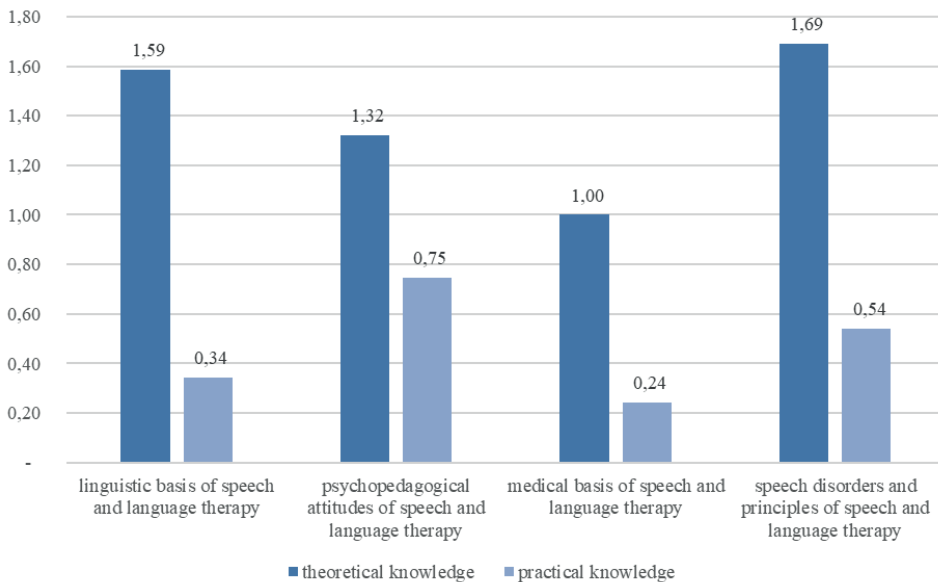
In order to present the revealed data holistically, each assessment was assigned a value according to the following scheme:

- very bad: -3;
- bad: -2;
- rather bad: -1;
- rather good: 1;
- good: 2;
- very good: 3.

and then the average scores for each area were calculated and summarized in Figure 5.

FIGURE 5.

Assessment of the degree of preparation for the speech and language therapy profession in each area of academic training



SOURCE: Own study.

The respondents rated their theoretical knowledge highest in the area of speech disorders and principles of speech and language therapy, and their practical knowledge highest in the area of psychopedagogical foundations of speech therapy. However, the respondents felt slightly less prepared to practice as speech and language therapists in the area of the medical foundations of speech and language therapy, in terms of both practical and theoretical knowledge. Table 1 shows the subjects that the students indicate as best accomplished in the course of

their studies. The results do not add up to one hundred percent, as each respondent was able to indicate between one and five areas included in the curriculum.

TABLE 1.
Respondents' level of satisfaction with education in various areas

Area of issues	Respondents who rated education in a particular area as best implemented	
	number	[%]
Classification of speech disorders	45	51.73
Development of the child's speech (normal, dislalia, DSD)	43	49.43
Knowledge of language	39	44.83
Speech and language diagnosis and therapy	37	42.53
Speech development stimulation and speech and language therapy prevention	33	37.93
Anatomy and physiology	27	31.03
Language culture and language communication	27	31.03
Voice emission / artistic speech and language therapy	24	27.59
Pedagogy	22	25.29
Surdologopedics/audiology	21	24.14
Autism spectrum	18	20.69
Voice rehabilitation / phoniatrics	17	19.54
Neuro speech therapy / neurology	16	18.39
Dysphagia	14	16.09
Disorders of primary functions	13	14.94
Psychology	12	13.79
Balbutologopaedics / speech fluency disorders	11	12.64
Auxiliary and alternative communication	10	11.49
Oligophrenologopaedics/intellectual disability	6	6.90

SOURCE: Own study.

From the data presented in Table 1, it is clear that the areas that cover the issues that are at the core of every speech and language therapist's professional practice – regardless of his or her specialty – are indicated by respondents as having been implemented most satisfactorily.

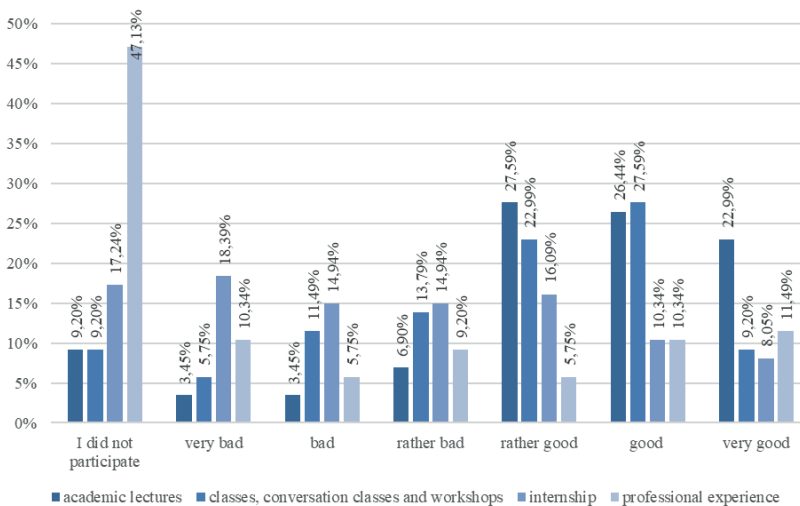
Distance learning

The survey was conducted in November 2021, and coincided with a time when most of the respondents had the experience of education delivered entirely and/or partially remotely, necessitated by the pandemic situation. The unusual circumstances created the conditions for evaluating the teaching methods used during the pandemic. For the purposes of the survey in question, the areas of remote learning were divided into:

- academic lectures;
- classes, conversation classes and workshops;
- internships;
- seniority.

Figure 6 shows the summarized ratings of respondents in each area.

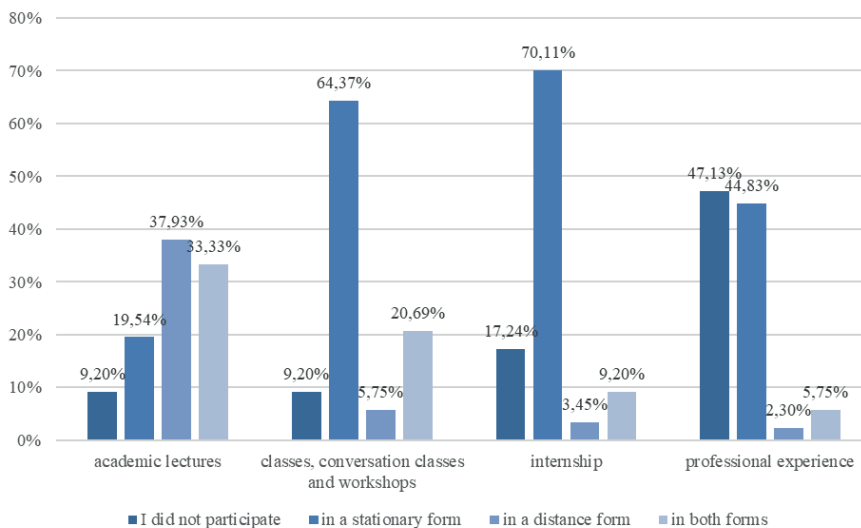
FIGURE 6.
Evaluation of the various methods of distance learning in terms of the degree of preparation for the profession



SOURCE: Own study.

In addition, respondents were asked about their preference for the various forms of training delivered remotely and in-person. The data presented in Figures 6–7 show that respondents rated lectures best among the various academic classes delivered remotely. Slightly more varied opinions were expressed by respondents about more self-involving forms of education, such as classes, conversation classes, workshops and internships. However, despite the significantly limited opportunities for contact and interaction between student and lecturer, a large proportion of respondents rated the classes quite positively.

FIGURE 7.
Comparison of satisfaction with distance and stationary forms of education



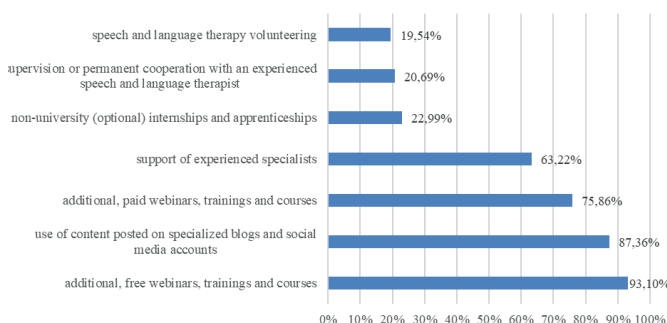
SOURCE: Own development.

A particularly interesting observation from the survey concerns the opinion of respondents on lectures delivered in remote form. It turns out that the lecture content presented in the distance system is, in the perception of students, conveyed as effectively as in the traditional form. Thus, the experience of distance education opens interesting perspectives on the possibility of permanently transferring part of the classes to virtual reality and gaining access to lectures that interested parties, due to time constraints and distance from the lecture venue, would not have the opportunity to attend.

Professional development

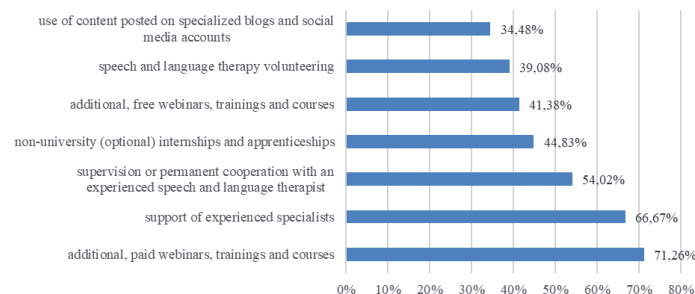
The speech and language therapist's workshop requires continuous development, so training should not be based solely on academic education, which – although it provides a solid foundation for further expanding and supplementing one's knowledge – may prove insufficient in the face of sometimes very surprising professional challenges. The survey therefore asked respondents which forms of non-university further education they had participated in and which they found most satisfying. The results are presented in Figures 8–9. The figures presented do not add up to one hundred percent, as respondents could mark any number of answers.

FIGURE 8.
Additional – non-academic forms of education



SOURCE: Own study.

FIGURE 9.
Assessing the relevance of non-university educational offerings to the work of a speech and language therapist



SOURCE: Own study.

As can be seen, among the most frequently chosen forms of education not covered by the academic curriculum are those that are most easily accessed: free training and courses and content posted by professionals in the online space. A large proportion of respondents also reported attending paid training courses and consultations with experienced speech and language therapists. In contrast, a relatively small number of people participated in those forms of in-service training that respondents indicated as most valuable. The organization of internships, apprenticeships or opportunities for permanent cooperation with a specialist or supervision is associated with numerous difficulties, especially if it is undertaken on the student's own initiative and not with the support of the university. An additional unfavorable circumstance was also created by the pandemic situation, which prevented entry to many institutions. However, it should be noted that young speech and language therapists greatly appreciate the opportunity to benefit from the knowledge and experience of senior specialists. For this reason, opening up to providing support to speech and language therapy students and graduates outside the walls of the university seems to be an important step in the process of creating intergenerational cooperation between speech and language therapists of different specialties.

Respondents' opinions

The final part of the survey was an open-ended question in which respondents were free to comment on the broad impact of academic education on the level of preparation for the speech and language therapy profession. The respondents' opinions turned out to be surprisingly direct, which was certainly largely influenced by the knowledge that the survey was prepared by students. Some of them are presented below.

Many of the respondents drew attention primarily to the overly theoretical dimension of university education and the limited opportunities to acquire practical professional skills.

I think academic teaching lacks a real translation of theory into practice. We come out with a lot of knowledge, but we don't always know how to use it and apply it in practice. We need more practice and patient contact opportunities.

the first-year, second-degree student, University of Warsaw

The nature of speech and language therapy studies should be much more practical than it is.

the second-year, second-degree student, University of Gdansk

Some of the respondents mentioned areas that they believe should be included in the curriculum in the future, as they are an important part of speech and language therapy work. In addition, they indicated issues that should receive more attention in the academic training process.

The study program does not address or insufficiently addresses the following issues:

- auditory processing disorders,
- ways of teaching children to read (it is often the case that if a child has difficulties in learning to read, he or she is referred by educators to a speech and language therapist; parents also expect such support from speech and language therapists),
- specific examples of speech therapy massages in particular types of difficulties,
- introduction of elements of learning Polish as a foreign language (due to the increasing number of children of other nationalities in kindergartens and schools).

the graduate of the second-degree program of Maria Grzegorzewska
Academy of Special Education in Warsaw

It's very difficult and sad that after five years of education I went into the market prepared only for dyslalia and CAPD, and that was because of my own interests and a degree in hearing care. Today, after three years of courses and happily finding developing jobs, I am a completely different person. Studying is mostly touching the surface of working methods. Lucky those who had the means for additional training at the start. Unfortunately, Lublin did not teach about the autism spectrum until a few years ago – there were only additional classes on the subject limited to applied behavior analysis. And which therapist does not work with autistic people today...

the graduate of the second-degree program,
Maria Curie-Skłodowska University in Lublin

[...] the knowledge is often outdated, such as the content on dyslalia, on which the SMURF method is not discussed. Voice emission and knowledge of working with phoniatric patients, such as vocal nodules in children, etc., are also neglected. In my opinion, studies could prepare more and better for the profession from various perspectives,

especially the practical ones. Unfortunately, knowledge, often even basic knowledge, such as that of speech therapy massage, has to be obtained from courses and trainings.

the second-year, second-degree student, University of Warsaw

In addition to comments relating to the educational programs in place at the various universities, many respondents also unanimously pointed out the inadequate preparation in terms of knowledge and ability to comply with the formal requirements associated with the duties of a speech and language therapist, which is quickly becoming apparent on the job.

When I went to work as a speech and language therapist in a kindergarten with integrated classes, I didn't know how to write an IPET. This type of activity is missing from studies.

the graduate of the second-degree program,
Maria Curie-Skłodowska University in Lublin

In my opinion, there are too many subjects that are not useful in working with patients. There is a lack of subjects that deal with at least filling out documentation or instruction on how to write, for example, a speech and language therapy opinion.

the first-year, second-degree student, University of Lodz

I believe that the study program should also include a subject that prepares for keeping reliable records and organizing work from the formal side.

the first-year, second-degree student, Adam Mickiewicz University in Poznań

Respondents also emphasized the important role of cooperation with experienced speech and language therapists and the opportunity to work under their supervision. The need for support from working professionals and lecturers is great, as it significantly facilitates entry into the job market, minimizes the risk of error in the diagnostic and therapeutic process, and provides a sense that consulting concerns in the speech and language therapy profession is not only possible, but also welcome, desirable and necessary.

Lack of supervision and substantive support.

the second-year, second-degree student,
Maria Grzegorzewska Academy of Special Education in Warsaw

It is important that the lecturers are active professionals – this way we can be sure that the knowledge they pass on is up-to-date and proven.

the graduate of the second-degree studies, Medical University of Bialystok

It is very difficult to find a job, especially now, in times of pandemics. It takes tremendous luck, as well as tremendous commitment, to meet the demands.

the first-year second-degree student, University of Lodz

Perhaps it would be worthwhile to create such a list (open) of places where a professional internship could be held, specifying the area of disorders that the internship will cover. Such an internship seems to me to be a valuable experience, and many times it is difficult for young workers to discern the professional environment and find high-value places that agree to accept an intern.

the graduate of the second-degree program,
Maria Grzegorzewska Academy of Special Education in Warsaw

Conclusions and discussion

The results of the survey highlighted both the strengths and shortcomings of the contemporary system of speech and language therapist education in Poland, as seen from the perspective of students and graduates just entering the path of professional practice. The most problematic issues (stemming not only from the organization of education, but also from the pandemic situation), which come to the fore in the statements of the survey respondents, are as follows:

- a shortage of classes aimed at the formation of practical skills, such as speech therapy massages, innovative therapeutic methods, formal and administrative organization of work;
- low degree of translation of high satisfaction with theoretical education into practical skills;
- low availability or too few apprenticeships for gaining competence to work in contact with patients;
- limited opportunities for internships or collaboration with an experienced speech and language therapist.

Respondents' feelings toward academic teaching turned out to be very different. This picture of results may have been influenced by the following factors:

- the profile of the university and the related nature of the curriculum;
- the availability of faculty with specific interests and areas of specialization;
- individual scientific and professional preferences of respondents and the related level of motivation to acquire knowledge in particular areas.

The survey did not reveal the predicted relationship between the profile of the university and the higher level of satisfaction of students and graduates in the areas declared as dominant in the educational process at a given academic center (respondents from universities with a medical profile did not report significantly higher satisfaction with subjects covering the medical basis of speech and language therapy, similarly, this was not the case for respondents from universities with a pedagogical profile and the level of satisfaction with subjects of a pedagogical nature, etc.). On the one hand, the lack of the described relationship may be due to the insufficient representativeness of the research group, on the other – to an overly numerous set of factors that can modify the subjective assessments of the respondents.

However, it is worth noting in this diversity, resulting from the mode of education and individual interests, a great value, because thanks to unique skills and competencies, a speech and language therapist becomes attractive and, in a sense, unique in an increasingly demanding labor market.

The study presented here shows, first of all, that the vast majority of students receive in the process of academic education a solid theoretical foundation on which they can build their later, already narrower and more specialized, development path.

Effective education of speech and language therapists requires the creation of a comprehensive system resulting from a response to the needs of students, professionals (researchers and practitioners) and patients. However, it will only be possible if the ideas that have been advocated for years are put into practice (Gunia, 2010, pp. 19–26; Ostapiuk et al., 2018, pp. 369–398; Przybyła & Woźniak, 2015, pp. 415–438), which were also considered crucial by the respondents participating in the survey.

A meaningful education policy should first and foremost take into account the needs of the market. Employers now expect not only a sound theoretical preparation, but also the ability to combine theory and practice (Krajewska-Smardz, 2014, pp. 90–109), which many specialists consider absolutely essential in the work of a speech and language therapist (Ostapiuk et al., 2018, pp. 369–398). Projects are already underway to standardize the scope of competencies and qualifications required for the profession of speech and language therapist, such as this year's highly flawed Draft Law on Certain Health Professions, or – far better thought out and capturing the European, and not just local, point of view – the Net

Ques for Speech and Language Therapy Education in Europe project (Przybyła & Woźniak, 2015, pp. 415–438), with which the speech therapy community has high hopes. This is because a structured educational program will make it possible to equalize the level of quality of therapeutic services provided and reduce the gap between speech and language therapy on Polish ground and speech and language therapy on European level, while at the same time meeting the expectations and needs of patients (clients), which result directly from the structure of the labor market (Krajewska-Smardz, 2014, pp. 90–109).

As already mentioned, the requirements for speech and language therapists depend on the type of institution and the group of patients with whom speech and language therapists work (different patients' needs and therapeutic challenges). Therefore, in speech and language therapy, there should be an effort to develop uniform standards of education, diagnosis and therapy, which will enable the patient to be successfully guided through the therapeutic process at different stages of his or her life (Ostapiuk et al., 2018, pp. 369–398). An extremely important means to ensure the highest standards of speech and language therapy care for patients is to maintain the continuity of therapeutic interactions (Jachimczak & Podgórska-Jachnik, 2010, pp. 149–158; Janiszewska-Niescioruk, 2013, pp. 17–27).

The development of a common position on the standards of speech and language therapy education and work, according to many opinions (Ostapiuk et al., 2018, pp. 369–398), should lead to an increase in the prestige of five-year full-time studies, a reduction in arbitrary, uncontrolled academic activity in the form of studies with an inadequate level of educational quality and faculties carried out entirely in remote form, as well as the elimination of postgraduate studies (excluding specialization studies) as allowing one to gain licenses to practice as a speech and language therapist. However, the postulates presented should be toned down a bit, taking into account the benefits shown in the study of implementing the lecture part of the education in distance form. In addition, it is also worth taking into account the motivations of those who decide to pursue postgraduate studies due to the expectations of employers, who increasingly require the improvement of competencies through courses and training (Domagała et al., 2016, pp. 141–160; Krajewska-Smardz, 2014, pp. 90–109), and due to their own desire for self-development and professional improvement. At the same time, postgraduate students – as well as specialists (Ostapiuk et al., 2018, pp. 369–398) – believe that full-time studies should entitle them to practice as speech and language therapists, while in the postgraduate form they see a valuable opportunity to expand professional competence for already trained teachers and educators (Domagała et al., 2016, pp. 141–160).

Summary

The independence of speech and language therapy as a scientific discipline is currently the most urgent and probably the most frequently made (in the most general terms - unanimous!) demand in the speech and language therapy community (Gunia, 2010, pp. 19–26; Ostapiuk et al., 2018, pp. 369–398; Przybyła & Woźniak, 2015, pp. 415–438), which will also contribute to improving the quality of speech and language therapy care in Poland. Factors that have a significant impact on achieving such a state of affairs are, first and foremost:

- development of uniform standards for speech and language therapy education, diagnosis and care;
- increasing and standardizing the number of apprenticeships;
- prioritization of available forms of speech and language therapy education;
- undertaking viable forms of interdepartmental cooperation;
- ensuring continuity of therapeutic care for patients, including in the dimension of inclusive education;
- verifying the quality of training and courses;
- defining key competencies acquired within the speech and language therapy education system;
- characterizing the specific areas of interest in speech and language therapy;
- establishing legislative changes that precisely define the speech and language therapy profession.

Some of the factors indicated are already being gradually but consistently introduced into Polish speech and language therapy. In this regard, both the activity of the scientific community and the level of awareness of students and graduates of speech and language therapy seem very optimistic. Undoubtedly, speech and language therapy in Poland still has a lot of transformations ahead before it achieves the desired shape, but a great many promising initiatives have already been taken in this regard.


What is most important in the ongoing discussion, however, is that speech and language therapists – as different specialists, whether just beginning their professional path or already on it for many years – should work closely with each other, help each other, strive to resolve dilemmas, develop common positions on contentious issues, and support each other in their education and professional work. We are now faced with the challenge of creating a new, coherent image of speech and language therapy, which is, however, a kind of continuum, and we can only reach this goal by building a community of solidarity, which will unanimously undertake activities that will contribute to the systematic improvement of the quality of education and the processes of diagnosis and therapy, and in the long term – guarantee our patients the highest level of speech and language therapy care.

References


- Dobosiewicz-Olechowska, K., Deredas, B., & Żebryk-Stopa, A. (2010). Sytuacja logopedy w resorcie służby zdrowia w Polsce. *Biuletyn Logopedyczny*, 1, 45–49.
- Domagała, A., Mirecka, U., & Muzyka-Furtak, E. (2016). Edukacja logopedyczna – potrzeby i preferencje zawodowe słuchaczy studiów podyplomowych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio N – Educatio Nova*, 1, 141–160. <http://dx.doi.org/10.17951/en.2016.1.141>
- Dramaska, D. (2001). *Profesjonalna tożsamość logopedów w Polsce w świetle przeprowadzonych badań*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Gunia, G. (2010). Kierunki opieki logopedycznej wobec osób z zaburzoną zdolnością komunikacyjną. *Niepełnosprawność*, 4, 19–26.
- Hartman, E., & Bartosiewicz, U. (2012). Interdyscyplinarność logopedii – szkoła wrocławska. In S. Milewski, & K. Kaczorowska-Bray (Eds.), *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki* (pp. 48–49). Harmonia Universalis.
- Jachimczak, B., & Podgórska-Jachnik, D. (2010). Ciągłość oddziaływań pedagogicznych w procesie wspomagania rozwoju dziecka o specjalnych potrzebach edukacyjnych jako warunek realizacji idei edukacji włączającej. In S. Przybyliński (Ed.), *Pedagogika specjalna – tak wiele pozostaje dla nas tajemnicą* (pp. 149–158). Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Janiszewska-Nieścioruk, Z. (2013). Możliwości opieki logopedycznej w kontekście prowadzących działań i rozwiązań w systemie edukacji. *Studia Edukacyjne*, 25, 17–27.
- Jastrzębowska, G. (2003). Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce. In T. Gałkowski, & G. Jastrzębowska (Eds.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi* (vol. 1, pp. 301–329). Uniwersytet Opolski.
- Korzon, A. (1996). Opinie nauczycieli o przygotowaniu do zawodu na studiach pedagogicznych. In J. Wyczesany, & H. Kosętko (Eds.), *System kształcenia pedagogów specjalnych: Ciągłość i możliwości zmian* (pp. 128–136). Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Kowalczevska-Grabowska, K., & Borzucka-Sitkiewicz, K. (2017). Opinie absolwentów na temat programu studiów w zakresie pedagogiki zdrowia w kontekście ich doświadczeń zawodowych. *Chowanna*, 1(48), 245–258.
- Krajewska-Smardz, A. (2014). *Zarządzanie relacjami szkoły wyższej z absolwentami* [Unpublished copy] (pp. 90–109). Biblioteka Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.
- Kubacik, M. (2008). Profilaktyka logopedyczna. *Wychowanie w Przedszkolu*, 6, 48–49.
- Minczakiewicz, E. M. (1998). *Początki i rozwój polskiej logopedii*. Wydawnictwo Edukacyjne.
- Obrębowski, A., & Pruszewicz, A. (1999). Współpraca foniatri i logopedy w diagnozowaniu i rehabilitacji zaburzeń procesu komunikatywnego. *Logopedia*, 26, 123–128.
- Ostapiuk, B., Pluta-Wojciechowska, D., Grabias, S., & Woźniak, T. (2018). Dyskusja po dyskusji na konferencji w Chorzowie, czyli o niektórych problemach logopedii w Polsce. *Logopedia*, 47(1), 369–398.
- Pilch, T. (1998). *Zasady badań pedagogicznych*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Piłsajska-Otto, A. (2013). Początki kształcenia i opieki logopedycznej w Polsce. In D. Müller, & A. Sobczak (Eds.), *Rozwój i jego wspieranie w perspektywie rehabilitacji i resocjalizacji* (pp. 139–150). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. <http://dx.doi.org/10.18778/7969-022-0.10>
- Przybyła, O., & Woźniak, T. (2015). Raport Projektu NetQues for Speech and Language Therapy Education in Europe. *Logopedia Silesiana*, 4, 415–438.




EMILIA JESIOTR

Uniwersytet Warszawski, Wydział Polonistyki, Instytut Polonistyki Stosowanej,
Zakład Logopedii i Emisji Głosu, Naukowe Koło Logopedyczne przy Uniwersytecie Warszawskim
 <https://orcid.org/0000-0002-2703-0547>

DOMINIK SIENKO

Uniwersytet Warszawski, Wydział Polonistyki, Instytut Polonistyki Stosowanej,
Zakład Logopedii i Emisji Głosu, Naukowe Koło Logopedyczne przy Uniwersytecie Warszawskim
 <https://orcid.org/0000-0002-1641-1117>

AGNIESZKA ZOFIA RATAJ-PIETRZAK

Uniwersytet Warszawski, Wydział Polonistyki, Instytut Polonistyki Stosowanej,
Zakład Logopedii i Emisji Głosu, Naukowe Koło Logopedyczne przy Uniwersytecie Warszawskim
 <https://orcid.org/0000-0002-6425-9906>

Edukacja akademicka a pierwsze kroki w zawodzie logopedy Badania ankietowe

Academic education versus the first steps
in the speech and language therapy profession

Questionnaire survey

ABSTRACT: The unregulated legal status of the speech and language therapy profession and speech and language therapy as an independent scientific discipline are reasons for significant differences in the way SLTs are educated in Poland. In order to find out the opinions of students and graduates of SLT studies (working in the profession) on academic education, the survey was conducted with 87 participants. Conducting the survey in the conditions of a pandemic situation also made it possible to assess distance forms of teaching and revealed disproportions in the level of satisfaction with practical and theoretical courses conducted in this form. The collected opinions form the basis for the reflections undertaken in the article on SLT and the possible and necessary changes in the system of training future SLTs.

KEYWORDS: academic education, speech and language therapy studies, distance learning, profession act

STRESZCZENIE: Nieuregulowany status prawny zawodu logopedy oraz logopedii jako samodzielnej dyscypliny naukowej są przyczyną istotnych różnic w sposobie kształcenia logopedów w Polsce. W celu poznania opinii studentów i absolwentów studiów logopedycznych (pracujących w zawodzie) na temat kształcenia akademickiego przeprowadzono ankietę, w której wzięło udział 87 osób. Przeprowadzenie badania w warunkach sytuacji pandemicznej pozwoliło także na dokonanie oceny zdalnych form nauczania i wykazało dysproporcje w poziomie satysfakcji z zajęć praktycznych

i teoretycznych prowadzonych w tej formule. Zgromadzone opinie stanowią podstawę do podjętych w artykule rozważań na temat logopedii oraz możliwych i potrzebnych zmian w systemie kształcenia przyszłych logopedów.

SŁOWA KLUCZOWE: edukacja akademicka, studia logopedyczne, nauka zdalna, ustawa o zawodzie

Zawód logopedy obejmuje niezwykle szeroki zakres zainteresowań oraz oddziaływań terapeutycznych. Ich charakter zależy m.in. od specyfiki miejsc zatrudnienia logopedów oraz potrzeb poszczególnych grup pacjentów. Wynika również z rozległości logopedii jako nauki, która – nie będąc jeszcze samodzielną dyscypliną naukową – leży na pograniczu nauk medycznych, lingwistycznych, psychologicznych czy pedagogicznych i czerpie z ich dorobku (Jastrzębowska, 2003, s. 315–329). Praca logopedy powinna charakteryzować się zatem całościowym, holistycznym podejściem do pacjenta (Dramska, 2001, s. 96–100; Hartman i Bartosiewicz, 2012, s. 48–49).

Interdyscyplinarny charakter logopedii determinuje konieczność wieloaspektowego kształcenia logopedów. Wpływa również na kształt organizacji opieki logopedycznej. Obejmuje ona działania mające na celu zapobieganie, ograniczanie, usuwanie lub łagodzenie skutków zakłóceń i zaburzeń procesu porozumiewania się. Są one realizowane wobec dzieci, młodzieży i osób dorosłych w wymiarach: profilaktycznym, diagnostycznym, terapeutycznym, instruktazowym i popularyzatorskim (Jastrzębowska, 2003, s. 301–314). System opieki logopedycznej w Polsce stanowi część systemu oświatowego oraz systemu opieki zdrowotnej (Dobosiewicz-Olechowska i in., 2010, s. 45–49; Obrębowski i Pruszevicz, 1999, s. 123–128). Logopeda może zatem podejmować pracę w placówkach stawiających zróżnicowane wyzwania terapeutyczne, obejmujące odmienny zakres wymagań i kompetencji.

Opieka logopedyczna realizowana w ramach resortu oświaty opiera się w dużej mierze na działalności poradni psychologiczno-pedagogicznych, które zajmują się m.in. nadzorowaniem pomocy logopedycznej w szkołach i przedszkolach, a ponadto wspierają organizację działań diagnostycznych i terapeutycznych dla dzieci z zaburzeniami mowy i komunikacji (Kubacik, 2008, s. 48–49; Minczakiewicz, 1998, s. 102–104). Oprócz placówek edukacyjnych, takich jak szkoły i przedszkola (a niekiedy również placówek opiekuńczych: żłobków, klubów malucha, klubów opieki dziennej itp.), zajęcia logopedyczne mogą być realizowane również w specjalnych ośrodkach opiekuńczo-wychowawczych oraz w instytucjach prowadzących diagnozę i terapię dzieci i młodzieży z zaburzeniami komunikacji językowej (Kubacik, 2008, s. 48–49; Minczakiewicz, 1998, s. 102–104).

Logopeda w resorcie zdrowia może podejmować pracę na różnych oddziałach szpitalnych (np. neurologicznych, neonatologicznych, foniatrycznych, otolaryngologicznych) w publicznych placówkach ochrony zdrowia, wykonujących świadczenia w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, a także w ośrodkach

rehabilitacyjnych, przychodniach specjalistycznych, poradniach zdrowia psychicznego, ośrodkach wczesnej interwencji oraz gabinetach prywatnych (Dobosiewicz-Olechowska i in., 2010, s. 45–49; Minczakiewicz, 1998, s. 102–104; Obrębowski i Pruszewicz, 1999, s. 123–128).

Zróźnicowanie wyzwań w pracy logopedy oraz dynamika zmian związanych z rozwojem logopedii jako nauki nasuwają pytanie: W jaki sposób powinna być realizowana edukacja akademicka, aby jak najlepiej odpowiadać na potrzeby przyszłych logopedów oraz ich pacjentów? W niniejszym artykule podjęto dyskusję na temat zarysowanego problemu, opartą na wynikach badań ankietowych przeprowadzonych wśród studentów i absolwentów logopedii.

Stan badań

Kształcenie logopedów w Polsce w ramach edukacji akademickiej wzięło swój początek od programu uniwersyteckich studiów logopedycznych zaproponowanego przez Leona Kaczmarka i opublikowanego w 1967 r. na łamach „Logopedii” (nr 7, s. 82–87). W tym samym roku władze Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie podjęły decyzję o uruchomieniu pierwszego w Polsce kierunku studiów pozwalających zdobyć uprawnienia logopedyczne. Przez kolejne lata, śladem lubelskiej uczelni, uniwersytety w całym kraju otwierały kierunki o podobnym profilu kształcenia, w wymiarze zarówno podyplomowym, zaocznym, stacjonarnym, jak i kursowo-szkoleniowym (Plusajska-Otto, 2013, s. 139–150). Obecnie studia logopedyczne oferuje wiele uczelni wyższych, jednak program nauczania różni się znacząco w każdym z ośrodków.

Poziom satysfakcji studentów z przygotowania do zawodu stanowi istotny, a często pomijany w badaniach obszar. Dotychczas podobne badania wśród studentów dziedzin pokrewnych przeprowadzono jedynie w latach dziewięćdziesiątych XX w. Zgromadzono 123 odpowiedzi pedagogów specjalnych, którzy ukończyli studia w latach 1970–1993. Większość z nich podkreślała konieczność zaktualizowania i zreformowania programu studiów, zwiększenia liczby praktyk oraz zmodyfikowania metod kształcenia poprzez położenie nacisku na zajęcia praktyczne, laboratoryjne (szkolne) i konwersatoryjne (Korzon, 1996, s. 128–136).

W innym badaniu (Kowalczevska-Grabowska i Borzucka-Sitkiewicz, 2017, s. 245–258) uwzględniono odpowiedzi 12 absolwentów pedagogiki zdrowia. Respondenci również w tym przypadku wskazywali na niedobór zajęć praktycznych. Same autorki badania w konkluzji zwróciły uwagę na problem często przypadkowego doboru placówek, w których realizowane są praktyki studenckie. Podkreśliły, że warunki współpracy pomiędzy miejscami odbywania prak-

tyk a uczelnią muszą być jasno określone, tak, aby studenci mogli zmierzyć się z realnymi wyzwaniami, które napotkają w późniejszej praktyce zawodowej.

Badanie prezentowane w niniejszym artykule jest pierwszą próbą zebrania opinii studentów i absolwentów logopedii na temat akademickich i nieformalnych sposobów kształcenia oraz oceny poziomu własnych umiejętności w świetle pierwszych doświadczeń zawodowych. Wyniki tego rodzaju badań mogą stanowić istotny wskaźnik oceny jakości kształcenia i przyczynić się do pożądanых i postulowanych w ostatnich latach zmian w sposobie organizacji studiów logopedycznych (Ostapiuk i in., 2018, s. 369–398).

Metodologia badań własnych

Opinie studentów zostały zebrane w badaniu ankietowym, udostępnionym w postaci formularza Google do samodzielnego wypełnienia. W udostępnionej ankiecie dominowały pytania z tzw. kafeteriami zamkniętymi i półotwartymi oraz kafeteriami koniunktywnymi i dysjunktywnymi. Ponadto badanie obejmowało pytania otwarte, co przyczyniło się do wykorzystania w badaniu paradygmatu jakościowo-ilościowego z naciskiem na ilościowy charakter zbierania danych (Pilch, 1998, s. 86–88).

Badanie przeprowadzili studenci – członkowie Naukowego Koła Logopedycznego przy Uniwersytecie Warszawskim, co sprawiło, że odpowiedzi respondentów, udzielane zwłaszcza na pytania otwarte, były szczerze i autentyczne.

Charakterystyka badanej grupy oraz sposób badania

W badaniu ankietowym wzięło udział 87 osób. Osoby badane to aktywni zawodowo logopedzi – studenci studiów logopedycznych z różnych ośrodków akademickich w Polsce oraz absolwenci, którzy uzyskali tytuł zawodowy licencjata, magistra lub ukończyli studia podyplomowe w zakresie logopedii w ciągu ostatnich trzech lat. W ankiecie uwzględniono pytania o:

- miejsce realizacji studiów na poszczególnych etapach kształcenia;
- obecny etap kształcenia;
- staż pracy w zawodzie logopedy;
- miejsca zatrudnienia;
- pacjentów objętych opieką.

Podstawowe dane dotyczące badanej grupy:

- Miejsce realizacji studiów – zróżnicowane. W ankiecie uczestniczyli studenci lub absolwenci wielu uczelni (m.in.: Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Uniwersytetu Gdańskiego, Uniwersytetu Łódzkiego, Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego).
- Etap kształcenia – zróżnicowany: od studentów, przez licencjatów, do magistrów i absolwentów studiów podyplomowych.
- Staż pracy – w większości ok. jednego roku.
- Miejsce zatrudnienia – głównie przedszkola, gabinety i poradnie logopedyczne.
- Pacjenci objęci opieką – przede wszystkim dzieci i młodzież.

Sedno badań stanowiły pytania dotyczące poziomu satysfakcji z kształcenia akademickiego oraz preferowanych form doskonalenia zawodowego. Poproszono badanych o ocenę uzyskanego poziomu wiedzy i praktycznych kompetencji w różnych obszarach istotnych dla praktyki zawodowej. Uwzględniono porównanie stacjonarnej i zdalnej formy kształcenia w odniesieniu do różnych rodzajów zajęć (wykładów, ćwiczeń, praktyk, staży). Zapytano także o najczęściej wybierane i najbardziej wartościowe formy podnoszenia kompetencji zawodowych. Wyniki zostały przedstawione szczegółowo w postaci opisów i wykresów.

Poziom satysfakcji z kształcenia akademickiego

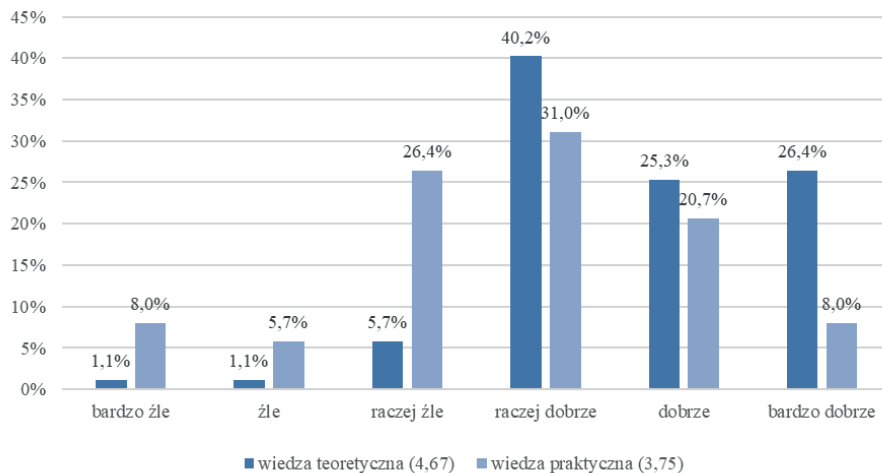
Osoby ankietowane zostały poproszone o dokonanie subiektywnej oceny swojej wiedzy i umiejętności zdobytych w procesie kształcenia akademickiego w następujących obszarach:

- lingwistyczne podstawy logopedii;
- psychopedagogiczne podstawy logopedii;
- medyczne podstawy logopedii;
- zaburzenia mowy i zasady postępowania logopedycznego.

Wyniki tej części badania przedstawiono na rysunkach 1–4. Należy podkreślić, że są to indywidualne oceny respondentów i mogą w dużej mierze zależeć od etapu kształcenia, na którym osoby badane są obecnie – poczucie kompetencji zawodowej na wczesnych etapach kształcenia jest niższe niż pod koniec studiów.

RYSUNEK 1

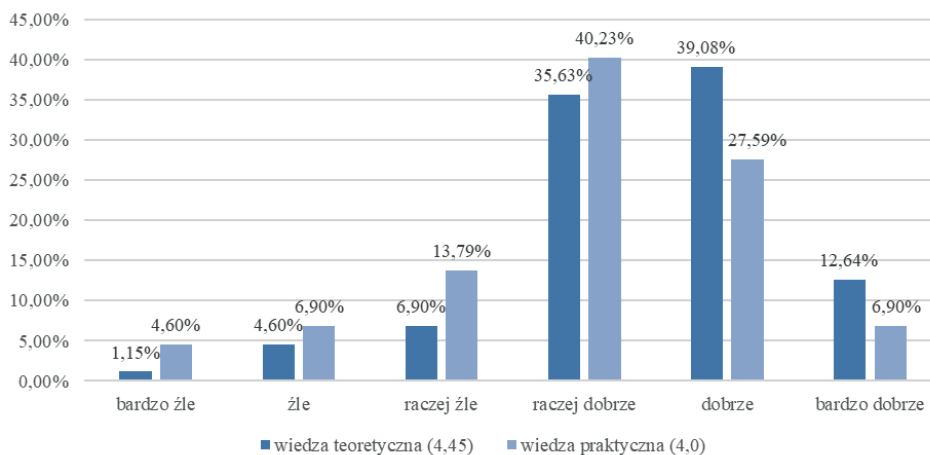
Ocenastopnia przygotowania do pracy w zawodzie logopedy w zakresie lingwistycznych podstaw logopedii



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

RYSUNEK 2

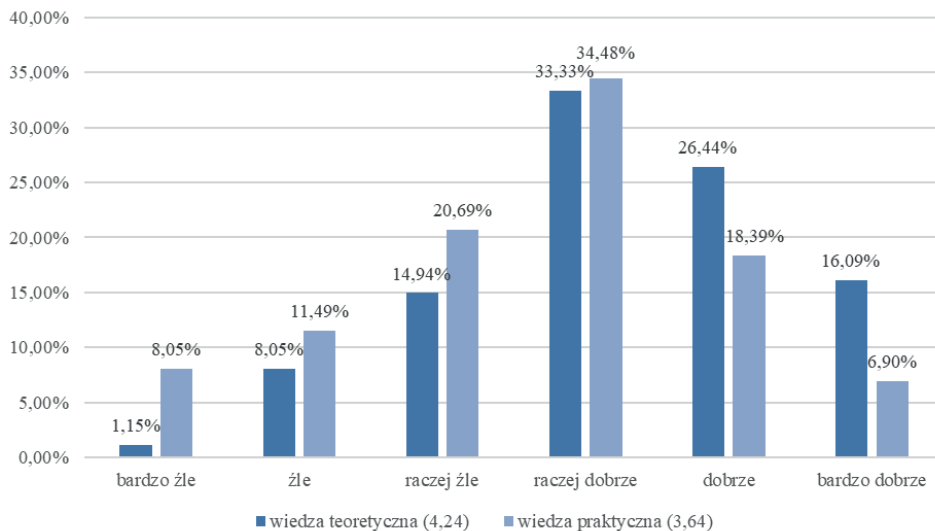
Ocena stopnia przygotowania do pracy w zawodzie logopedy w zakresie psychopedagogicznych podstaw logopedii



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

RYSUNEK 3

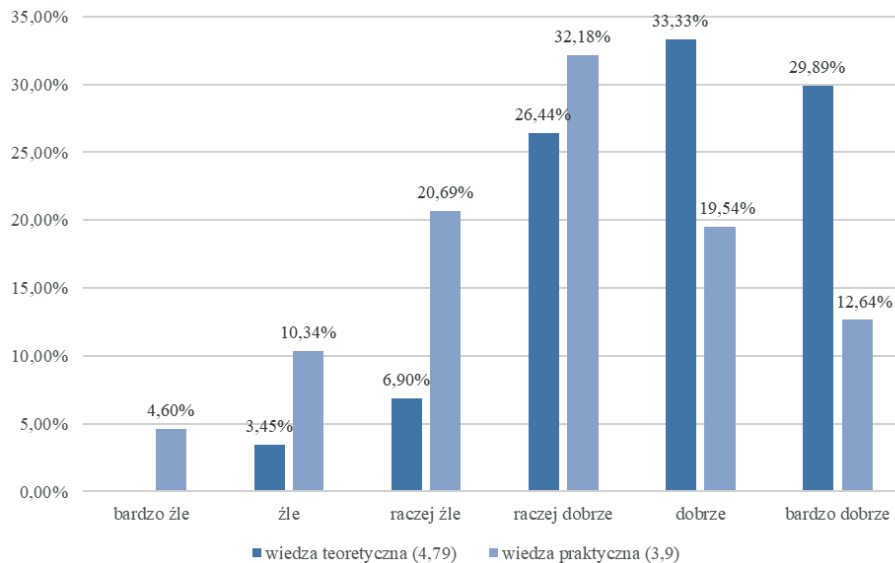
Ocena stopnia przygotowania do pracy w zawodzie logopedy w zakresie medycznych podstaw logopedii



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

RYSUNEK 4

Ocena stopnia przygotowania do pracy w zawodzie logopedy w zakresie zaburzeń mowy i zasad postępowania logopedycznego



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

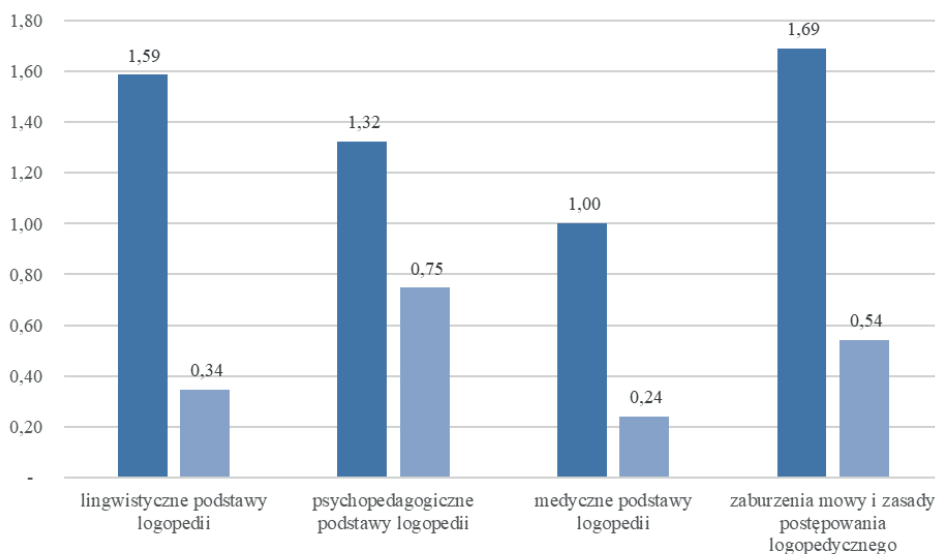
W celu całościowego przedstawienia ujawnionych danych, każdej z ocen przydzielono wartość według następującego schematu:

- bardzo źle: -3;
- źle: -2;
- raczej źle: -1;
- raczej dobrze: 1;
- dobrze: 2;
- bardzo dobrze: 3.

Następnie obliczono średnie ocen dla każdego z obszarów i zestawiono na rysunku 5.

RYSUNEK 5

Ocena stopnia przygotowania do pracy w zawodzie logopedy w poszczególnych obszarach kształcenia akademickiego



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Respondenci najwyżej ocenili swoją wiedzę teoretyczną w zakresie zaburzeń mowy i zasad postępowania logopedycznego, a praktyczną – w obszarze psychopedagogicznych podstaw logopedii. Badani czuli się natomiast nieco gorzej przygotowani do wykonywania zawodu logopedy w zakresie medycznych podstaw logopedii, pod względem zarówno praktycznym, jak i teoretycznym. W tabeli 1 przedstawiono przedmioty, które studenci wskazują jako najlepiej zrealizowane w toku studiów. Wyniki nie sumują się do stu procent, gdyż każda osoba badana mogła wskazać od jednego do pięciu obszarów zawartych w programie kształcenia.

TABELA 1*Poziom satysfakcji respondentów z kształcenia w różnych obszarach*

Obszar zagadnień	Respondenci, którzy ocenili kształcenie w danym obszarze jako najlepiej zrealizowane	
	liczba	[%]
Klasyfikacja zaburzeń mowy	45	51,73
Rozwój mowy dziecka (norma, dyslalia, ORM)	43	49,43
Wiedza o języku	39	44,83
Diagnoza i terapia logopedyczna	37	42,53
Stymulacja rozwoju mowy i profilaktyka logopedyczna	33	37,93
Anatomia i fizjologia	27	31,03
Kultura języka i komunikacja językowa	27	31,03
Emisja głosu / logopedia artystyczna	24	27,59
Pedagogika	22	25,29
Surdologopedia / audiologia	21	24,14
Spektrum autyzmu	18	20,69
Rehabilitacja głosu / foniatria	17	19,54
Neurologopedia / neurologia	16	18,39
Dysfagia	14	16,09
Zaburzenia funkcji prymarnych	13	14,94
Psychologia	12	13,79
Balbutologopedia / zaburzenia płynności mowy	11	12,64
Komunikacja wspomagająca i alternatywna	10	11,49
Oligofrenologopedia / niepełnosprawność intelektualna	6	6,90

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Z danych przedstawionych w tabeli 1 wynika, że obszary, które obejmują zagadnienia będące podstawą praktyki zawodowej każdego logopedy – niezależnie od jego specjalizacji – respondenci wskazują jako zrealizowane w najbardziej satysfakcjonujący sposób.

Nauczanie zdalne

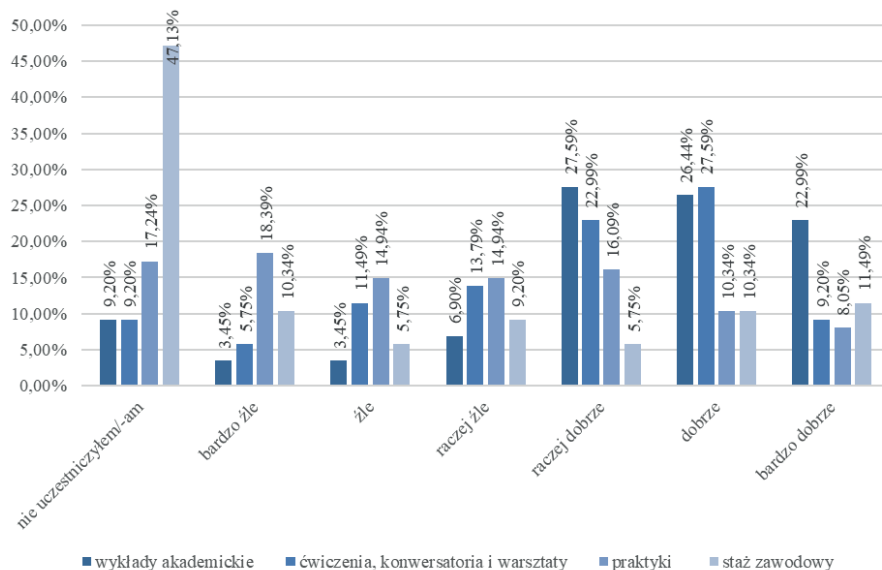
Badanie ankietowe zostało przeprowadzone w listopadzie 2021 r. i przypadło na czas, w którym większość badanych miała za sobą doświadczenie kształcenia realizowanego całkowicie i/lub częściowo w formie zdalnej, wymuszonej sytuacją pandemiczną. Niecodzienne okoliczności stworzyły warunki do dokonania ewaluacji metod nauczania stosowanych w czasie pandemii. Na potrzeby omawianej ankiety obszary kształcenia w formie zdalnej podzielono na:

- wykłady akademickie;
- ćwiczenia, konwersatoria i warsztaty;
- praktyki;
- staż zawodowy.

Rysunek 6 przedstawia zestawione oceny respondentów w poszczególnych obszarach.

RYSUNEK 6

Ocena poszczególnych metod kształcenia realizowanych w formie zdalnej pod względem stopnia przygotowania do pracy w zawodzie



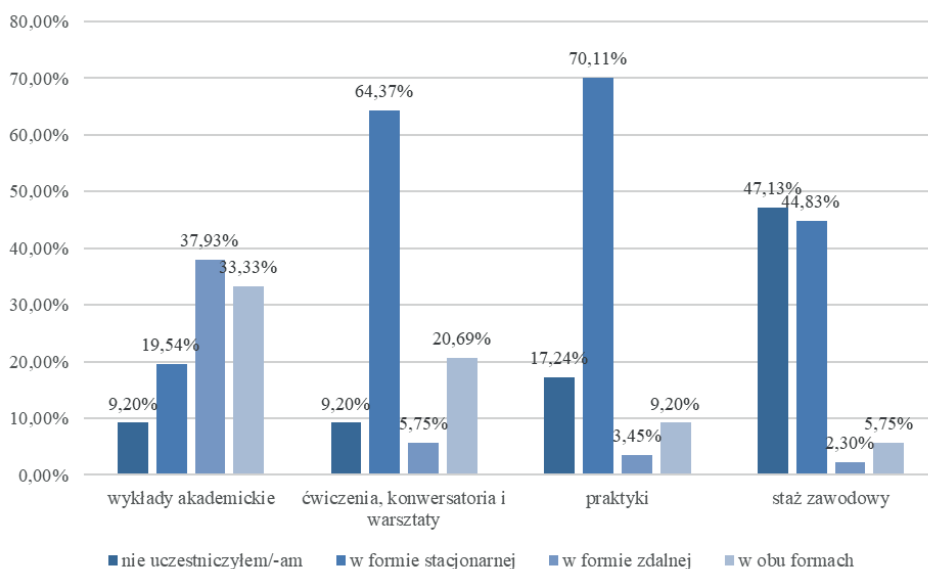
ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Dodatkowo, ankietowani zostali zapytani o preferencje względem poszczególnych form kształcenia realizowanych w trybie zdalnym i stacjonarnym. Z danych przedstawionych na rysunkach 6–7 wynika, że spośród różnych zajęć akademickich

kich prowadzonych w formie zdalnej respondenci najlepiej ocenili wykłady. Nieco bardziej zróżnicowane opinie ankietowani wyrażali na temat bardziej angażujących do pracy własnej form kształcenia, takich jak ćwiczenia, konwersatoria, warsztaty czy praktyki. Jednakże, pomimo znacznie ograniczonych możliwości kontaktu i nawiązania interakcji pomiędzy studentem a wykładowcą, duża część ankietowanych oceniła zajęcia dość pozytywnie.

RYSUNEK 7

Porównanie poziomu satysfakcji ze zdalnych i stacjonarnych form kształcenia



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

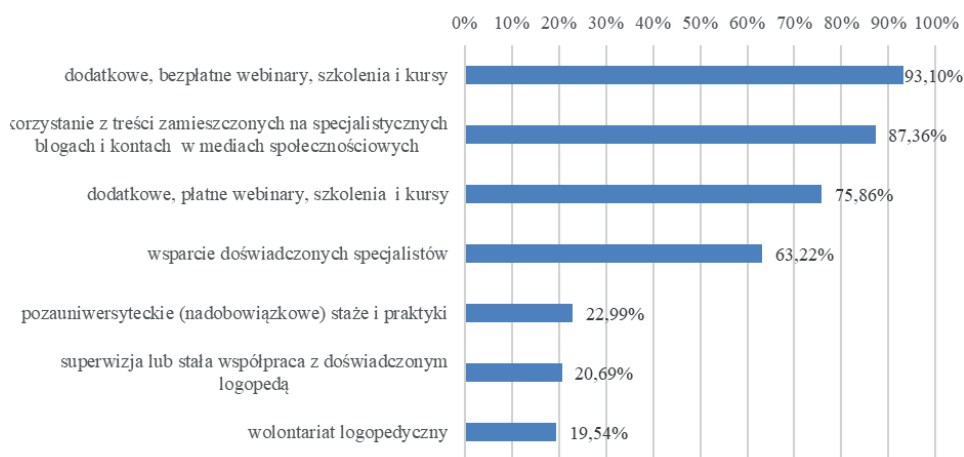
Szczególnie ciekawa obserwacja, wynikająca z przeprowadzonego badania, dotyczy opinii ankietowanych na temat wykładów prowadzonych w formie zdalnej. Okazuje się, że treści wykładowe prezentowane w systemie niestacjonarnym są w odczuciu studentów przekazywane równie skutecznie, jak w przypadku formy tradycyjnej. Doświadczenie edukacji zdalnej otwiera zatem interesujące perspektywy na możliwość trwałego przeniesienia części zajęć do rzeczywistości wirtualnej oraz uzyskania dostępu do wykładów, w których zainteresowani, ze względu na ograniczenia czasowe oraz odległość od miejsca prelekcji, nie mieliby możliwości uczestniczyć.

Rozwój zawodowy

Warsztat logopedy wymaga nieustannego rozwoju, dlatego też kształcenie nie powinno opierać się wyłącznie na edukacji akademickiej, która – chociaż zapewnia solidne podstawy do dalszego poszerzania i uzupełniania swojej wiedzy – może okazać się niewystarczająca w obliczu niekiedy bardzo zaskakujących wyzwań zawodowych. W badaniu zapytano zatem respondentów, w jakich formach doksztalania pozauniwersyteckiego uczestniczyli i które z nich uważają za najbardziej satysfakcjonujące. Wyniki zaprezentowano na rysunkach 8–9. Przedstawione dane nie sumują się do stu procent, ponieważ respondenci mogli zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

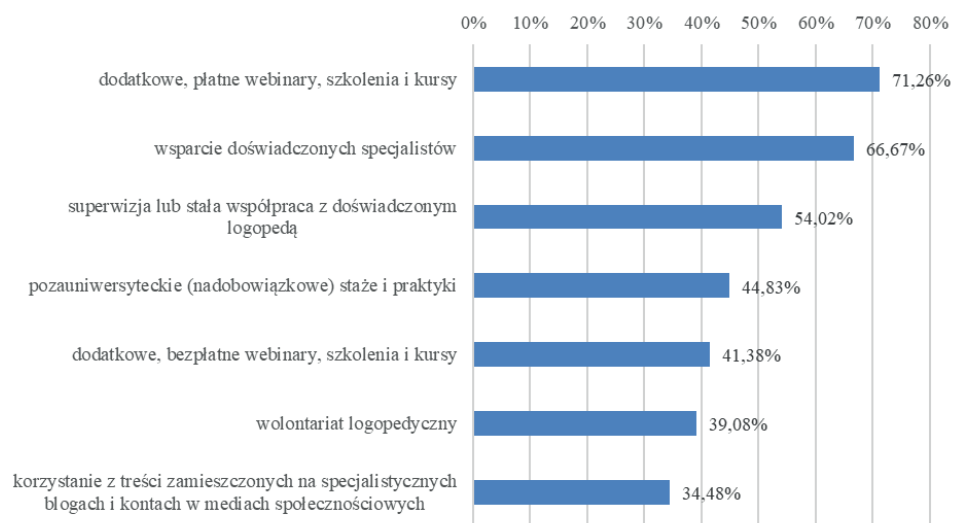
RYSUNEK 8

Dodatkowe – pozauczelniane formy kształcenia



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Jak widać, do najczęściej wybieranych form kształcenia nieobjętego programem studiów akademickich należą te, do których dostęp jest najłatwiejszy: nieodpłatne szkolenia i kursy oraz treści zamieszczane przez specjalistów w przestrzeni internetowej. Duża część ankietowanych zgłaszała także uczestnictwo w płatnych szkoleniach oraz konsultacjach z doświadczonymi logopedami. Natomiast w tych formach doskonalenia zawodowego, które ankietowani wskazywali jako najbardziej wartościowe, uczestniczyła stosunkowo niewielka liczba osób. Organizacja praktyk, stażów czy możliwości stałej współpracy ze specjalistą lub superwizji wiąże się z licznymi trudnościami, zwłaszcza jeśli jest podejmowana z własnej

RYSUNEK 9*Ocena adekwatności pozauczelnianych ofert kształcenia do pracy logopedy*

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

inicjatywy studenta, a nie przy wsparciu uczelni. Okoliczność dodatkowo nie-sprzyjającą tworzyła również sytuacja pandemiczna, która uniemożliwiła wstęp do wielu placówek. Należy jednak zwrócić uwagę na to, że młodzi logopedzi bardzo doceniają możliwość korzystania z wiedzy i doświadczenia starszych stażem specjalistów. Z tego powodu otwarcie się na udzielanie wsparcia studentom i absolwentom logopedii poza murami uczelni wydaje się istotnym krokiem w procesie tworzenia międzypokoleniowej współpracy pomiędzy logopedami różnych specjalności.

Opinie respondentów

Ostatnią część badania stanowiło pytanie otwarte, w którym ankietowani mogli swobodnie wypowiedzieć się na temat szeroko rozumianego wpływu edukacji akademickiej na poziom przygotowania do pracy w zawodzie logopedy. Opinie respondentów okazały się zaskakująco bezpośrednie, na co z pewnością w dużej mierze wpłynęła świadomość, że badanie zostało przygotowane przez studentów. Poniżej zaprezentowano niektóre z nich.

Wielu ankietowanych zwracało uwagę przede wszystkim na zbyt teoretyczny wymiar kształcenia uniwersyteckiego oraz ograniczone możliwości zdobycia praktycznych umiejętności zawodowych.

Myślę, że w nauczaniu akademickim brakuje realnego przełożenia teorii na praktykę. Wychodzimy z dużą wiedzą, ale nie zawsze umiemy z niej skorzystać i zastosować w praktyce. Potrzeba nam więcej praktyk i możliwości kontaktu z pacjentem.

student(ka) I roku studiów II stopnia, Uniwersytet Warszawski

Charakter studiów logopedycznych powinien być o wiele bardziej praktyczny, niż ma to miejsce.

student(ka) II roku studiów II stopnia, Uniwersytet Gdański

Niektórzy spośród respondentów wymieniali obszary, które ich zdaniem powinny zostać w przyszłości objęte programem studiów, gdyż stanowią ważny element pracy logopedycznej. Dodatkowo wskazywali zagadnienia, którym w procesie kształcenia akademickiego powinno się poświęcić więcej uwagi.

W programie studiów nie poruszono lub poruszono w zbyt małym stopniu zagadnienia:

- zaburzeń przetwarzania słuchowego,
- sposobów nauki czytania u dzieci (często zdarza się, że jeśli dziecko ma trudności w nauce czytania, kierowane jest przez wychowawców do logopedy; rodzice również oczekują takiego wsparcia od logopedów),
- konkretne przykłady masażu logopedycznych w poszczególnych rodzajach trudności,
- wprowadzenie elementów nauki języka polskiego jako obcego (ze względu na coraz większą liczbę dzieci innej narodowości w przedszkolach i szkołach).

absolwent(ka) studiów II stopnia, Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

To bardzo trudne i smutne, że po 5 latach kształcenia wyszłam na rynek przygotowana jedynie do pracy z dyslalią i CAPD, a to ze względu na własne zainteresowania i ukończoną protetykę słuchu. Dzisiaj po 3 latach kursów i szczęśliwie znalezionych rozwijających miejscach pracy jestem zupełnie innym człowiekiem. Studia to głównie dotykanie powierzchni metod pracy. Szczęśliwi ci, którzy mieli na starcie środki na dodatkowe szkolenia. Niestety Lublin jeszcze kilka lat temu nie uczył o spektrum autyzmu – były jedynie zajęcia dodatkowe z tego tematu ograniczające się do stosowanej analizy zachowania. A który terapeuta nie pracuje dzisiaj z autystami...

absolwentka studiów II stopnia, Uniwersytet
im. Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

[...] wiedza ta często jest przestarzała, jak na przykład treści dotyczące dyslalii, na której nie mówi się o metodzie SMURF. Zaniedbana jest także emisja głosu oraz wiedza dotycząca pracy z pacjentami foniatrycznymi, np. guzkami głosowymi u dzieci itp. W moim odczuciu studia mogłyby bardziej i lepiej przygotować do zawodu pod różnymi kątami, zwłaszcza tym praktycznym. Niestety wiedzę, często nawet podstawową, jak tę dotyczącą masażu logopedycznego, należy czerpać z kursów i szkoleń.

student(ka) II roku studiów II stopnia, Uniwersytet Warszawski

Oprócz uwag odnoszących się do programów kształcenia obowiązujących na poszczególnych uczelniach, wielu ankietowanych zgodnie zwracało też uwagę na szybko ujawniający się w pracy zawodowej niedostateczny stopień przygotowania w zakresie znajomości i umiejętności stosowania się do wymogów formalnych związanych z obowiązkami logopedy.

Gdy poszłam do pracy jako logopeda do przedszkola z oddziałami integracyjnymi, nie umiałam napisać IPETu. Brakuje tego typu zajęć na studiach.

absolwentka studiów II stopnia, Uniwersytet
im. Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Moim zdaniem, jest za dużo przedmiotów, które nie przydają się w pracy z pacjentem. Brakuje przedmiotów, które dotyczyłyby chociażby wypełniania dokumentacji czy też instruktażu, jak napisać np. opinię logopedyczną.

student(ka) I roku studiów II stopnia, Uniwersytet Łódzki

Uważam, że program studiów powinien obejmować również przedmiot przygotowujący do prowadzenia rzetelnej dokumentacji oraz organizowania pracy ze strony formalnej.

student(ka) I roku studiów II stopnia,
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Ankietowani podkreślali także istotną rolę współpracy z doświadczonymi logopedami oraz możliwość pracy pod ich opieką. Potrzeba wsparcia ze strony pracujących zawodowo specjalistów i wykładowców jest ogromna, ponieważ znacząco ułatwia ono wejście na rynek pracy, minimalizuje ryzyko popełnienia błędu w procesie diagnostycznym i terapeutycznym oraz zapewnia poczucie, że konsultowanie wątpliwości w zawodzie logopedy jest nie tylko możliwe, ale również mile widziane, pożądane i potrzebne.

Brakuje superwizji i wsparcia merytorycznego.

student(ka) II roku studiów II stopnia, Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

Ważne jest, aby kadra wykładowców była czynna zawodowo – w ten sposób mamy pewność, że wiedza przez nich przekazywana jest aktualna i sprawdzona.

absolwent(ka) studiów II stopnia,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Bardzo trudno jest znaleźć pracę, zwłaszcza teraz, w czasach pandemii. Trzeba mieć ogromne szczęście, a także ogromne zaangażowanie, aby sprostać wymaganiom.

student(ka) I roku studiów II stopnia, Uniwersytet Łódzki

Być może warto stworzyć taką listę (otwartą) miejsc, w których można byłoby odbyć staż zawodowy, z określeniem obszaru zaburzeń, jakich będzie dotyczył staż. Taki staż wydaje mi się cennym doświadczeniem, a wielokrotnie trudno jest młodemu pracownikom rozeznaczyć się w środowisku zawodowym i znaleźć wartościowe miejsca, które zgodzą się na przyjęcie stażysty.

absolwent(ka) studiów II stopnia, Akademia Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

Wnioski i dyskusja

Wyniki badania uwypukliły zarówno mocne strony, jak i niedomagania współczesnego systemu kształcenia logopedów w Polsce, widziane z perspektywy studentów i absolwentów dopiero wchodzących na ścieżkę praktyki zawodowej. Kwestie najbardziej problematyczne (wynikające nie tylko z organizacji kształcenia, ale również z sytuacji pandemicznej), które w wypowiedziach ankietowanych wysuwają się na pierwszy plan, to:

- niedobór zajęć ukierunkowanych na kształtowanie umiejętności praktycznych, takich jak np. masaże logopedyczne, innowacyjne metody terapeutyczne, formalno-administracyjna organizacja pracy;
- niewielki stopień przełożenia wysokiego poziomu satysfakcji z kształcenia teoretycznego na umiejętności praktyczne;
- niska dostępność lub za mała liczba praktyk zawodowych, umożliwiających zdobycie kompetencji do pracy w kontakcie z pacjentem;
- ograniczone możliwości odbycia stażu lub podjęcia współpracy z doświadczonym logopedą.

Odczucia respondentów względem nauczania akademickiego okazały się bardzo zróżnicowane. Na taki obraz wyników mogły wpłynąć następujące czynniki:

- profil uczelni i związany z tym charakter programu nauczania;
- dostępność kadry o określonych zainteresowaniach i obszarach specjalizacji;

- indywidualne preferencje naukowo-zawodowe osób ankietowanych i związane z tym poziom motywacji do zdobywania wiedzy w poszczególnych obszarach.

Badanie nie wykazało przewidywanych zależności pomiędzy profilem uczelni a wyższym poziomem satysfakcji studentów i absolwentów z obszarów deklarowanych jako dominujące w procesie kształcenia w danym ośrodku akademickim (respondenci z uczelni o profilu medycznym nie zgłaszali istotnie wyższego zadowolenia z przedmiotów obejmujących medyczne podstawy logopedii, analogicznie nie miało to miejsca w przypadku osób ankietowanych z uczelni o profilu pedagogicznym oraz poziomu satysfakcji z przedmiotów o charakterze pedagogicznym itd.). Z jednej strony brak opisanej zależności może być spowodowany niedostateczną reprezentatywnością grupy badawczej, z drugiej – zbyt licznym zbiorem czynników, które mogą modyfikować subiektywne oceny badanych.

Warto jednak w tej różnorodności, wynikającej ze sposobu kształcenia oraz indywidualnych zainteresowań, dostrzec ogromną wartość, ponieważ dzięki unikatowym umiejętnościom i kompetencjom logopeda staje się atrakcyjny i w pewnym sensie wyjątkowy na coraz bardziej wymagającym rynku pracy.

Z przedstawionego badania wynika przede wszystkim, że znaczna większość studentów odbiera w procesie edukacji akademickiej solidne podstawy teoretyczne, na których może budować swoją późniejszą, już węższą i bardziej wyspecjalizowaną, ścieżkę rozwoju.

Skuteczne kształcenie logopedów wymaga stworzenia kompleksowego systemu wynikającego z odpowiedzi na potrzeby studentów, specjalistów (badaczy i praktyków) oraz pacjentów. Będzie ono możliwe jednak tylko wtedy, kiedy zostaną wcielone w życie postulowane od lat idee (Gunia, 2010, s. 19–26; Ostapiuk i in., 2018, s. 369–398; Przybyła i Woźniak, 2015, s. 415–438), które również respondenci uczestniczący w badaniu uznali za kluczowe.

Sensowna polityka edukacyjna powinna przede wszystkim polegać na uwzględnianiu potrzeb rynku. Pracodawcy oczekują obecnie nie tylko rzetelnego przygotowania teoretycznego, ale również umiejętności łączenia teorii z praktyką (Krajewska-Smardz, 2014, s. 90–109), którą za absolutnie niezbędną w pracy logopedy uważa wielu specjalistów (Ostapiuk i in., 2018, s. 369–398). Powstają już projekty mające na celu ujednoczenie zakresu kompetencji i kwalifikacji wymaganych w zawodzie logopedy, takie jak tegoroczny, mający wiele niedociągnięć, *Projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych czy – zdecydowanie lepiej przemyślany i ujmujący europejski, a nie tylko lokalny punkt widzenia – projekt Net Ques for Speech and Language Therapy Education in Europe* (Przybyła i Woźniak, 2015, s. 415–438), z którym środowisko logopedyczne wiąże duże nadzieje. Usystematyzowany program kształcenia pozwoli bowiem wyrównać poziom jakości świadczonych usług terapeutycznych oraz zmniejszyć rozdźwięk pomiędzy logopedią na gruncie polskim i logopedią na gruncie europejskim, a jednocześnie sprostać

oczekiwaniom i potrzebom pacjentów (klientów), które wynikają bezpośrednio ze struktury rynku pracy (Krajewska-Smardz, 2014, s. 90–109).

Jak już wspomniano, wymagania stawiane logopedom zależą od rodzaju placówki oraz grupy pacjentów, z którymi logopedzi pracują (różne potrzeby pacjentów i wyzwania terapeutyczne). W logopedii zatem powinno się dążyć do wypracowania jednolitych standardów kształcenia, diagnozy i terapii, które umożliwią skuteczne przeprowadzenie pacjenta przez proces terapeutyczny na różnych etapach jego życia (Ostapiuk i in., 2018, s. 369–398). Niezwykle istotnym środkiem do zapewnienia pacjentom najwyższych standardów opieki logopedycznej jest zachowanie ciągłości oddziaływań terapeutycznych (Jachimczak i Podgórska-Jachnik, 2010, s. 149–158; Janiszewska-Nieścioruk, 2013, s. 17–27).

Wypracowanie wspólnego stanowiska w sprawie standardów edukacji i pracy logopedycznej według wielu opinii (Ostapiuk i in., 2018, s. 369–398) powinno prowadzić do zwiększenia prestiżu pięcioletnich studiów stacjonarnych, ograniczenia samowolnej, niekontrolowanej aktywności akademickiej w postaci studiów o niedostatecznym poziomie jakości kształcenia oraz kierunków realizowanych całkowicie w formie zdalnej, a także zlikwidowania studiów podyplomowych (z wyłączeniem studiów specjalizacyjnych) jako pozwalających zdobyć uprawnienia do wykonywania zawodu logopedy. Przedstawione postulaty należałoby jednak nieco złagodzić, uwzględniając przy tym wykazane w badaniu korzyści płynące z realizacji wykładowej części kształcenia w formie zdalnej. Dodatkowo, warto wziąć pod uwagę także motywacje osób decydujących się na studia podyplomowe ze względu na oczekiwania pracodawców, którzy coraz częściej wymagają podnoszenia kompetencji poprzez kursy i szkolenia (Domagała i in., 2016, s. 141–160; Krajewska-Smardz, 2014, s. 90–109); oraz z uwagi na własną chęć samorozwoju i doskonalenia zawodowego. Jednocześnie, słuchacze studiów podyplomowych – podobnie jak specjaliści (Ostapiuk i in., 2018, s. 369–398) – uważają, że do wykonywania zawodu logopedy powinny uprawniać studia stacjonarne, natomiast w formie podyplomowej dostrzegają wartościową możliwość poszerzenia kompetencji zawodowych dla już wykształconych nauczycieli i pedagogów (Domagała i in., 2016, s. 141–160).

Podsumowanie

Usamodzielnienie logopedii jako dyscypliny naukowej stanowi obecnie najpilniejszy i prawdopodobnie najczęściej podejmowany (w najogólniejszych założeniach – jednogłośnie!) postulat w środowisku logopedycznym (Gunia, 2010, s. 19–26; Ostapiuk i in., 2018, s. 369–398; Przybyła i Woźniak, 2015, s. 415–438), który przyczyni się także do podniesienia jakości opieki logopedycznej w Polsce.

Czynniki mające istotny wpływ na osiągnięcie takiego stanu rzeczy to przede wszystkim:

- wypracowanie jednolitych standardów kształcenia, diagnozy i terapii logopedycznej;
- zwiększenie oraz ujednoczenie liczby praktyk zawodowych;
- hierarchizacja dostępnych form kształcenia logopedycznego;
- podjęcie realnych form współpracy międzyresortowej;
- zapewnienie pacjentom ciągłości opieki terapeutycznej, również w wymiarze edukacji włączającej;
- weryfikacja jakości szkoleń i kursów;
- zdefiniowanie kluczowych kompetencji zdobywanych w ramach systemu kształcenia logopedycznego;
- scharakteryzowanie szczegółowych obszarów zainteresowań logopedii;
- ustanowienie zmian legislacyjnych, precyzyjnie definiujących zawód logopedy.

Niektóre z wskazanych czynników są już stopniowo, ale konsekwentnie wprowadzane na grunt polskiej logopedii. Pod tym względem zarówno aktywność środowiska naukowego, jak i poziom świadomości studentów oraz absolwentów logopedii wydają się bardzo optymistyczne. Niewątpliwie, logopedię w Polsce czeka jeszcze wiele przemian, zanim osiągnie ona zakładany kształt, ale w tym zakresie zostało już podjętych bardzo wiele obiecujących inicjatyw.

W trwającej dyskusji najistotniejsze jest jednak, aby logopedzi – jako różni specjaliści, niezależnie od tego, czy dopiero rozpoczynający swoją drogę zawodową, czy będący na niej już od wielu lat – ściśle z sobą współpracowali, pomagali sobie, dążyli do rozwiązania dylematów, wypracowania wspólnych stanowisk w kwestiach spornych oraz wspierali się w kształceniu i pracy zawodowej. Stoimy obecnie przed wyzwaniem wykreowania nowego, spójnego obrazu logopedii, będącego jednak swoistym kontinuum, a doprowadzić nas do tego celu może jedynie budowanie solidarnej wspólnoty, która będzie zgodnie podejmować działania przyczyniające się do systematycznej poprawy jakości kształcenia oraz procesów diagnozy i terapii, a w dłuższej perspektywie – zagwarantuje naszym pacjentom najwyższy poziom opieki logopedycznej.

Bibliografia

- Dobosiewicz-Olechowska, K., Deredas, B., Żebryk-Stopa, A. (2010). Sytuacja logopedy w resorcie służby zdrowia w Polsce. *Biuletyn Logopedyczny*, 1, 45–49.
- Domagała, A., Mirecka, U., Muzyka-Furtak, E. (2016). Edukacja logopedyczna – potrzeby i preferencje zawodowe słuchaczy studiów podyplomowych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio N – Educatio Nova*, 1, 141–160. <http://dx.doi.org/10.17951/en.2016.1.141>

- Dramska, D. (2001). *Profesjonalna tożsamość logopedów w Polsce w świetle przeprowadzonych badań*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Gunia, G. (2010). Kierunki opieki logopedycznej wobec osób z zaburzoną zdolnością komunikacyjną. *Niepełnosprawność*, 4, 19–26.
- Hartman, E., Bartosiewicz, U. (2012). Interdyscyplinarność logopedii – szkoła wrocławska. W: S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki* (s. 48–49). Harmonia Universalis.
- Jachimczak, B., Podgórska-Jachnik, D. (2010). Ciągłość oddziaływań pedagogicznych w procesie wspomagania rozwoju dziecka o specjalnych potrzebach edukacyjnych jako warunek realizacji idei edukacji włączającej. W: S. Przybyliński (red.), *Pedagogika specjalna – tak wiele pozostaje dla nas tajemnicą* (s. 149–158). Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Janiszewska-Nieścioruk, Z. (2013). Możliwości opieki logopedycznej w kontekście prowłączających działań i rozwiązań w systemie edukacji. *Studia Edukacyjne*, 25, 17–27.
- Jastrzębowska, G. (2003). Stan i perspektywy opieki logopedycznej w Polsce. W: T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi* (t. 1, s. 301–329). Uniwersytet Opolski.
- Korzon, A. (1996). Opinie nauczycieli o przygotowaniu do zawodu na studiach pedagogicznych. W: J. Wyczesany, H. Kosęta (red.), *System kształcenia pedagogów specjalnych: Ciągłość i możliwości zmian* (s. 128–136). Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Kowalczevska-Grabowska, K., Borzucka-Sitkiewicz, K. (2017). Opinie absolwentów na temat programu studiów w zakresie pedagogiki zdrowia w kontekście ich doświadczeń zawodowych. *Chowanna*, 1(48), 245–258.
- Krajewska-Smardz, A. (2014). *Zarządzanie relacjami szkoły wyższej z absolwentami* [maszynopis niepublikowany] (s. 90–109). Biblioteka Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu.
- Kubacik, M. (2008). Profilaktyka logopedyczna. *Wychowanie w Przedszkolu*, 6, 48–49.
- Minczakiewicz, E. M. (1998). *Początki i rozwój polskiej logopedii*. Wydawnictwo Edukacyjne.
- Obębowski, A., Pruszewicz, A. (1999). Współpraca foniatry i logopedy w diagnozowaniu i rehabilitacji zaburzeń procesu komunikatywnego. *Logopedia*, 26, 123–128.
- Ostapiuk, B., Pluta-Wojciechowska, D., Grabias, S., Woźniak, T. (2018). Dyskusja po dyskusji na konferencji w Chorzowie, czyli o niektórych problemach logopedii w Polsce. *Logopedia*, 47(1), 369–398.
- Pilch, T. (1998). *Zasady badań pedagogicznych*. Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Płusajska-Otto, A. (2013). Początki kształcenia i opieki logopedycznej w Polsce. W: D. Müller, A. Sobczak (red.), *Rozwój i jego wspieranie w perspektywie rehabilitacji i resocjalizacji* (s. 139–150). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. <http://dx.doi.org/10.18778/7969-022-0.10>
- Przybyła, O., Woźniak, T. (2015). Raport Projektu NetQues for Speech and Language Therapy Education in Europe. *Logopedia Silesiana*, 4, 415–438.

Noty o autorach

ANNA GUZY, dr n. hum., językoznawca, psycholog (Uniwersytet Śląski w Katowicach, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie), trener emisji głosu (Uniwersytet Wrocławski), absolwentka Śląskiej Szkoły Psychoterapii w Gliwicach, adiunkt w Uniwersytecie Śląskim w Katowicach (Instytut Językoznawstwa), psycholog i psychoterapeuta (na drodze do uzyskania certyfikatu) w Centrum Diagnostyki i Psychoterapii „Optima” w Gliwicach. Autorka publikacji z zakresu dydaktyki języka polskiego, emisji głosu oraz języka dziecka. Współautorka książki *Czas na... Język i dydaktyka w badaniach młodych naukowców* (2015), współredaktorka trzech książek poświęconych pracy z uczniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych, autorka i współautorka sześćdziesięciu publikacji. Opiekunka Polonistycznego Koła Naukowego „Bakalarz”. Członek towarzystw i stowarzyszeń naukowych, zarówno w kraju, jak i zagranicą, m.in. European Health Psychology Society, International Association for Research in L1 Education, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Towarzystwa Terapii Dialektyczno-Behawioralnej (DBT).

EWA HRYCYNĄ, dr n. hum. w zakresie językoznawstwa, logopeda, adiunkt w Katedrze Języka Polskiego i Logopedii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. W latach 2010–2013 pracownik Zespołu Etnolingwistycznego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie i Instytutu Sławistyki Polskiej Akademii Nauk do spraw *Słownika stereotypów i symboli ludowych*. Obecnie jej zainteresowania naukowe skupiają się na zaburzeniach semantycznych (zwłaszcza leksykalnych) i pragmatycznych, zaburzeniach mowy w psychiatrii, profilaktyce zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży z perspektywy logopedycznej. Jest członkiem Zespołu Rozwoju i Zaburzeń Mowy Rady Języka Polskiego przy Prezydium PAN, członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Logopedycznego oraz skarbnikiem Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Logopedycznego. Na co dzień pracuje z dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi oraz dziećmi z podwyższonym ryzykiem wystąpienia tych zaburzeń.

OLGA JAUER-NIWOROWSKA, dr hab., psycholog kliniczny, logopeda. Kierownik Zakładu Logopedii i Emisji Głosu Instytutu Polonistyki Stosowanej Uniwersytetu Warszawskiego.

Autorka lub współautorka badań i publikacji naukowych, m.in. *Dyżartria nabyta* (2009), *Zaburzenia mowy u osób z chorobą Parkinsona – nie tylko dyżartria* (2016), *Psychologiczno-motoryczne podejście do diagnozy i terapii osób z dyżartrią* (2021). Prowadzi wykłady na kierunku Logopedia Ogólna i Kliniczna UW i WUM, współpracuje dydaktycznie z Akademią Pedagogiki Specjalnej i Uczelnią Łazarskiego. Pracuje jako logopeda z osobami dorosłymi z neurogennymi zaburzeniami mowy. Zainteresowania naukowe: neurogenne (szczególnie motoryczne) zaburzenia mowy – uwarunkowania psychologiczne i neuropsychologiczne.

URSZULA JĘCZEŃ, dr n. hum., adiunkt w Katedrze Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Jej zainteresowania naukowe skupiają się wokół zagadnień oligofazji, teorii emocji oraz rozumienia pojęć przez dzieci. Dorobek naukowy obejmuje monografię autorską *Językowa projekcja emocji w wypowiedziach dzieci w normie intelektualnej i dzieci z zespołem Downa* (2017), kilkadziesiąt artykułów naukowych w języku polskim i angielskim, rozdziały w monografiach, podręcznikach akademickich oraz recenzje i sprawozdania z konferencji. W latach 2002–2010 była sekretarzem Komisji Rozwoju i Zaburzeń Mowy Komitetu Językoznawstwa Polskiej Akademii Nauk, zajmowała się organizacją posiedzeń tejże Komisji. W roku 2019 została ponownie wybrana na sekretarza Zespołu Rozwoju i Zaburzeń Mowy Rady Języka Polskiego na kadencję 2019–2022. Od 1998 roku, jako sekretarz Komitetu Redakcyjnego, zajmuje się współredagowaniem rocznika „Logopedia” (ISSN 0459-6935) w wersji papierowej (w języku polskim) i elektronicznej (od 2000 roku w języku angielskim).

KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY, dr hab., profesor Uniwersytetu Gdańskiego, neurologopeda i językoznawca, dyrektor Instytutu Logopedii UG. Zainteresowania naukowe koncentruje wokół problematyki rozwoju mowy i jej zaburzeń występujących u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, niepełnosprawnością sprzężoną oraz z uszkodzeniem narządu wzroku, wczesnej interwencji logopedycznej, a także gerontologopedii. Autorka publikacji z zakresu tejże tematyki, m.in. książek *Wyrażenia przymikowe w mowie dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i lekkim* (2013) oraz *Kompetencja i sprawność językowa dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym, umiarkowanym i lekkim* (2017). Współautorka (wraz ze Stanisławem Milewskim i Mirosławem Michalikiem) monografii *Starość – jak ją widzi logopedia* (2020). Współredaktorka ośmiu monografii wieloautorskich, w tym sześciu wydanych w serii Logopedia XXI Wieku. Wiceprzewodnicząca Oddziału Pomorskiego Polskiego Towarzystwa Logopedycznego.

MARTA KRAKOWIAK, dr n. hum., absolwentka filologii polskiej i logopedii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, adiunkt na Uniwersytecie Przyrodniczo-Humanistycznym w Siedlcach, nauczycielka dyplomowana języka polskiego, surdologopeda i neurologopeda pracująca w szkołach podstawowych w Radzynie Podlaskim. Pracę doktorską poświęciła problematyce opóźnienia rozwoju mowy u dzieci z alkoholowym zespołem płodowym (Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS). Zainteresowania naukowe skupia wokół zagadnień związanych z zaburzeniami komunikacji językowej.

EMILIA JESIOTR, studentka logopedii ogólnej i klinicznej na Uniwersytecie Warszawskim, absolwentka studiów I stopnia na specjalności logopedia szkolna i dydaktyka polonistyczna. Od 2019 roku członkini Zarządu Naukowego Koła Logopedycznego Uniwersytetu Warszawskiego, odpowiedzialna za komunikację medialną oraz wewnętrzną Zakładu Logopedii i Emisji Głosu Instytutu Polonistyki Stosowanej. Dwukrotnie otrzymała stypendium rektora za wyróżniające wyniki w nauce. Jej zainteresowania naukowe obejmują zagadnienia dwujęzyczności, wczesnej interwencji logopedycznej oraz struktury wypowiedzi w wymiarze gramatycznym, prozodycznym i komunikacyjnym.

WOJCIECH LIPSKI, dr n. hum., językoznawca, logopeda, zatrudniony w grupie pracowników naukowo-dydaktycznych na stanowisku adiunkta w Katedrze Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Jego zainteresowania obejmują przede wszystkim badania nad psychogennymi zaburzeniami mowy, w tym zaburzeniami językowymi w schizofrenii oraz w spektrum autyzmu. Prowadzi terapię osób z psychogennymi zaburzeniami mowy. Odznaczony brązowym krzyżem zasługi za długoletnią służbę. Miłośnik filmów poruszających tematy zaburzeń psychicznych, psychiatrii, psychoterapii i zdrowia psychicznego.

AGNIESZKA RATAJ-PIETRZAK, studentka III roku logopedii ogólnej i klinicznej na Uniwersytecie Warszawskim. W ramach pracy licencjackiej zajmuje się wpływem bruksizmu na artykulację i fonację osób dorosłych. Od 2020 roku przewodnicząca Zarządu Naukowego Koła Logopedycznego Uniwersytetu Warszawskiego. Jej zainteresowania naukowe dotyczą biomedycznych podstaw wytwarzania mowy, komunikacji wspomagającej i alternatywnej oraz udziału logopedii w procesie rehabilitacyjnym osób po udarach i nowotworach głowy i szyi.

DOMINIK SIEŃKO, logopeda, certyfikowany trener wokalny Modern Vocal Training, instruktor metody oddechowej Butejki. Student logopedii ogólnej i klinicznej na Uniwersytecie Warszawskim, absolwent studiów I stopnia na specjalności logopedia ogólna. Członek Naukowego Koła Logopedycznego Uniwersytetu Warszawskiego. Jego zainteresowania naukowe koncentrują się wokół tematu emisji głosu. Obecnie trener wokalny i logopeda w studio doskonalenia głosu Voice Progress.

Informacje dla autorów

Wytyczne ogólne

„Logopedia Silesiana” jest półrocznikiem. Redakcja prowadzi nabór tekstów w trybie ciągłym. Teksty prosimy zgłaszać za pośrednictwem platformy Open Journal System:

<https://journals.us.edu.pl/index.php/LOGOPEDIASILESIANA/about/submissions>

- Objętość tekstu zgłaszanego jako artykuł powinna wynosić – po uwzględnieniu wymogów edytorskich – około 10–16 stron (minimalnie 20 000 znaków, maksymalnie 40 000 znaków, licząc ze spacjami).
- Elementy publikacji i ich układ:
 - 1) informacje o autorze: imię i nazwisko, afiliacja (w wypadku uczelni: uczelnia, wydział, instytut, katedra lub inna podjednostka), ORCID;
 - 2) tytuł publikacji;
 - 3) tytuł publikacji w języku angielskim;
 - 4) abstrakt w języku angielskim (do 1000 znaków, licząc ze spacjami);
 - 5) słowa kluczowe w języku angielskim (ang.: Keywords);
 - 6) streszczenie w języku polskim (do 1000 znaków, licząc ze spacjami)*;
 - 7) słowa kluczowe w języku polskim;
 - 8) wprowadzenie (wprowadzenia nie opatruje się tytułem);
 - 9) zasadnicza część artykułu, podzielona na rozdziały;
 - 10) podsumowanie (ang.: Conclusion);
 - 11) bibliografia (ang.: References);
 - 12) naukowe dossier w języku publikacji (do 850 znaków, licząc ze spacjami) oraz adres e-mail (przekazanie dossier i adresu e-mail jest jednoznaczne ze zgodą na ich opublikowanie).

* Jeśli publikacja jest napisana w języku innym niż polski, przed streszczeniem należy zamieścić tytuł w języku polskim.

- Edytor tekstu: Word lub LibreOffice Writer.
- Ustawienia strony:
 - format: A4;
 - marginesy: każdy po 2,5 cm.
- Tekst główny:
 - czcionka Times New Roman, 12 pkt.;
 - wyjustowany, wcięcie akapitowe 1 cm;
 - interlinia 1,5.
- Tytuły:
 - tytuł opracowania: wyśrodkowany, pogrubiony, krój Times New Roman, 14 pkt.;
 - śródtytuły: wyśrodkowane, pogrubione, krój Times New Roman, 12 pkt.
- Podział tekstu: jeśli artykuł jest podzielony na opatrzone śródtytułami sekcje, musi ich zawierać co najmniej dwie; w tej liczbie nie uwzględnia się wprowadzenia (które w ogóle nie jest opatrywane śródtytułem) ani podsumowania.
- Przypisy i bibliografia: według reguł APA, zob. szczegółowe wskazówki w dalszej części niniejszych wytycznych.
- Cytaty:
 - krótkie (do 40 słów): w ciągu tekstu odautorskiego, w cudzysłowie;
 - długie (ponad 40 słów): jako tzw. cytaty blokowe, czyli: bez cudzysłowu, jako odrębne akapity, złożone mniejszą czcionką (11 pkt.), z jednowierszowym odstępem przed cytatem i po nim;
 - opuszczenie w cytacie oznacza się wielokropkiem w nawiasie kwadratowym: [...], nie zapominając o wstawieniu znaku interpunkcyjnego przed nawiasem lub po nim, zgodnie ze źródłem, np.:
 - plan tygodniowy [...], jak również miesięczny
 - przede wszystkim komunikacji. [...] W początkowym okresie
 - nie stwierdzono [...]. Naukowcy
- Imiona i nazwiska występujące w publikacji:
 - pierwsze wystąpienie: należy podać imię i nazwisko (pierwsze imię należy podać zawsze, w wypadku kolejnych można podać inicjały);
 - drugie wystąpienie i kolejne: należy podać tylko nazwisko (bez imienia/imion, bez inicjałów imienia/imion).
- Tabele:
 - tabele należy opatrzyć osobną numeracją (liczby arabskie) i tytułami, według wzoru:
 - TABELA 1. Tytuł tabeli
 - numer i tytuł zamieszcza się nad tabelą;

- w tekście głównym publikacji należy zamieścić odsyłacz do każdej z tabel, np.:
 - ...(tabela 1)...
 - ...przedstawiono w tabeli 1.
- zawartość tabeli – czcionka Times New Roman, 11 pkt.;
- tabela nie może zawierać pustych rubryk;
- pod tabelą należy umieścić informację o źródle (w wypadku publikacji należy podać pełny opis bibliograficzny), np.:
 - ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.
 - ŹRÓDŁO: Opracowanie własne, na podstawie: B. Bokus, *Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i polu narracji*, Energeia, 1991, s. 77.
 - ŹRÓDŁO: G. Dryżałowska, *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna. Model kształcenia integracyjnego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, 2007, s. 145.
- Wykresy:
 - wykresy należy opatrzyć osobną numeracją (liczby arabskie), według wzoru:
 - WYKRES 1. Tytuł wykresu
 - numer i tytuł (podpis) należy zamieścić pod wykresem;
 - w tekście głównym publikacji należy zamieścić odsyłacz do każdego z wykresów, np.:
 - ...(wykres 1)...
 - ...przedstawiono na wykresie 1.
 - pod podpisem należy zamieścić informację o źródle, przykłady zob. w punkcie „Tabele”;
 - wykresy należy dodatkowo przekazać w oddzielnych plikach (np.: .docx, .xlsx, .xls), proszę zwrócić uwagę na to, by pliki były edytowalne (muszą zawierać metadane).
- Ilustracje (fotografie, schematy, rysunki, reprodukcje prac plastycznych itp.):
 - ilustracje należy opatrzyć osobną numeracją (liczby arabskie), według wzoru:
 - ILUSTRACJA 1. Tytuł ilustracji
 - numer i tytuł (podpis) należy zamieścić pod ilustracją;
 - w tekście głównym publikacji należy zamieścić odsyłacz do każdej z ilustracji, np.:
 - ...(ilustracja 1)...
 - ...przedstawiono na ilustracji 1.
 - pod podpisem należy zamieścić informację o źródle, przykłady zob. w punkcie „Tabele” oraz następujące:
 - ŹRÓDŁO: Archiwum autora.
 - ŹRÓDŁO: Fot. Imię Nazwisko.
 - ilustracje należy dodatkowo przekazać w oddzielnych plikach (np.: .jpg, .tiff, .png, .pdf), plik powinien mieć rozdzielczość co najmniej 300 dpi (przy wymiarze w skali 1:1, tzn. jeśli na potrzeby publikacji zdjęcie ma być powiększone, rozdzielczość powinna być odpowiednio większa).

Autorzy są odpowiedzialni za uzyskanie i przekazanie Redakcji „Logopedii Silesiany” stosownych zgód na publikację zamieszczonych w swoim opracowaniu przedruków oraz tabel, wykresów i ilustracji objętych zapisami ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych. Redakcja LS akceptuje zgody potwierdzone e-mailowo.

Odsyłacze bibliograficzne i bibliografia *

Odsyłacze bibliograficzne i bibliografię sporządza się według zasad ustalonych przez American Psychological Association (APA).

W niniejszym podrozdziale podano szczegółowe wytyczne według APA dotyczące tekstów polsko- i angielskojęzycznych. W wypadku tekstów w innych językach należy stosować zasady według APA zgodnie ze sposobem ich stosowania obowiązującym w publikacjach w danym języku.

Odsyłacze

- Podstawą sporządzania odsyłaczy jest bibliografia.
- Podstawowy format odsyłaczy: (autor, rok, numer strony).
- Odwołania do stron podaje się po roku publikacji, po skrócie „s.” (w tekstach angielskojęzycznych – po skrócie „p.”, jeśli chodzi o jedną stronę, albo „pp.”, jeśli chodzi o zakres stron):
(Domagała, 2015, s. 46, 58–59)
- Podawanie numerów stron jest obowiązkowe. Od zasady można odstąpić tylko w uzasadnionych przypadkach (np. wskazując literaturę przedmiotu).
- Odwołania dotyczące poszczególnych autorów oddziela się średnikiem. Publikacje przywołuje się w kolejności alfabetycznej:
(Adriaans i Swingley, 2017, s. 76; Boksa, 2014, s. 189, 2016a, s. 24–25, 2016b, s. 275; Domagała, 2015, s. 59)
- Jeśli nazwisko występuje w tekście wywodu, to w nawiasie podaje się tylko rok publikacji i ewentualnie odwołanie do strony lub stron:
Według Marii Nagajowej (1977, s. 36) opowiadanie związane jest z myśleniem wyobraźniowym opartym na emocjach.
Jak wskazują Jan Kulpa i Ryszard Więckowski (1997), „opowiadanie przedstawia

* Podane w podrozdziale przykłady opisów bibliograficznych dotyczą tekstów polskojęzycznych. Przykłady odnoszące się do tekstów angielskojęzycznych można znaleźć w podrozdziale-tabeli: Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty angielskojęzyczne.

działanie, przebieg czynności i zdarzeń z zachowaniem ich następstwa, chronologii i z uwzględnieniem związków zachodzących między nimi” (s. 62).

- Nie stosuje się odwołań typu „ibidem”, „tamże”, „idem”, „tegoż”.

Bibliografia

- Bibliografia może zawierać wyłącznie pozycje przywołane w opracowaniu.
- Nadrzędnym kryterium szeregowania jest układ alfabetyczny.
- Opisy publikacji tego samego autora szereguje się chronologicznie; jeśli ukazały się w tym samym roku, to szereguje się je alfabetycznie, a do roku wydania publikacji dodaje się kolejną literę alfabetu. Jeśli autor występuje również jako współautor, takie pozycje zamieszcza się po książkach jednoautorskich:
 - Boksa, E. (2014). Trudności w komunikowaniu się dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym w opinii specjalistów. W: A. Hamerlińska-Latecka i M. Karwowska (red.), *Interdyscyplinarność w logopedii* (s. 188–207). Gliwice: Komlogo.
 - Boksa, E. (2016a). *Dysfagia z perspektywy zaburzeń komunikacji językowej u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami sprzężonymi*. Kraków: Libron.
 - Boksa, E. (2016b). Ślinotok i zaburzenia komunikacji u pacjentów cierpiących na dysfagię. *Studia Pragmalingwistyczne*, 8, 271–282.
 - Boksa, E., i Chmielewska, K., (2016). Znaczenie zabawek zwierzęcych w rozwijaniu kompetencji komunikacyjnej na tle teorii rozwojowych Winnicotta, Holliday’a i Kozielskiego. W: E. Bator, B. Gierszewska i K. Kępczyk (red.), *Koziółek Matołek i inne bajkowe zwierzęta w tekstach literatury i kultury* (s. 26–35). Pacanów: Europejskie Centrum Bajki, Kielce: Instytut Filologii Polskiej Uniwersytetu Jana Kochanowskiego.
- Opis bibliograficzny sporządza się na podstawie strony tytułowej publikacji.
- W wypadku podwójnych nazwisk umieszczamy między nimi łącznik bez spacji:
 - Dobrze: Kowalska-Nowak
 - Źle: Kowalska – Nowak, Kowalska–Nowak, Kowalska - Nowak
- Między inicjałami imion – z odstępem.
- Tytuły – kursywa vs pismo proste:
 - tytuł książki lub czasopisma: kursywą;
 - tytuł rozdziału w książce, artykułu w czasopiśmie itp.: pismem prostym.
- Tytuły – duże vs małe litery:
 - tytuł książki, artykułu et al. (także w języku angielskim) – duże litery tylko w pierwszym wyrazie tytułu, podtytułu oraz w wyrazach, w których wypadku zapis dużą literą wynika z reguły ortograficznej (np. w nazwach własnych).
 - tytuł czasopisma – duże litery w każdym wyrazie (z wyjątkiem spójników itd.).

- W publikacjach polskojęzycznych informacje bibliograficzne, które są zawarte w publikacji, podaje się w języku oryginału (np. „red.”, „ed.”, „eds.”, „Hrsg.”, „t.”, „vol.”, „Teil”, „Bd.”, „nr”, „no.”, „Nr.”, „tłum.”, „transl.”, „übers.”). W publikacjach angielskojęzycznych stosuje się odpowiednie określenia angielskojęzyczne niezależnie od zapisu w oryginale (czyli zamiast „red.”, „Hrsg.” itp. zapisuje się „ed.” lub „eds.”, zamiast „t.”, „Teil”, „Bd.” – „vol.” itd.).
- Numerację odnoszącą się do tomów, części, zeszytów, numerów czasopisma itp. zapisuje się zawsze cyframi arabskimi, niezależnie od zapisu źródłowego.
- Oznaczenie tomu i numeru czasopisma podajemy po tytule czasopisma, oznaczenie tomu – kursywą, oznaczenie numeru – pismem prostym w nawiasie, bez odstępów przed nawiasem:
...Przegląd Logopedyczny, 23(4)...
- W wypadku publikacji książkowych należy podać informację o wydawcy.
- Jeśli w publikacji nie podano informacji o roku wydania lub wydawcy, należy to zaznaczyć, stosując skróty łacińskie, odpowiednio: „s.a.”, „s.n.”.
- W zapisie oznaczającym zakres, np. zakres stron, stosuje się myślnik (półpauzę) bez światła (stosowanie w tej funkcji tzw. krótkiej kreski, tj. łącznika, jest błędem):
Dobrze: 25–35
Źle: 25-35, 25 - 35, 25 – 35
- Jeśli publikacji został nadany DOI, to należy go podać, w formie hiperłącza (jako ostatni element opisu bibliograficznego, po kropce; na końcu takiego akapitu kropki się nie stawia):
Pham, B., i McLeod, S. (2019). Vietnamese-speaking children’s acquisition of consonants, semivowels, vowels, and tones in Northern Viet Nam. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research: JSLHR*, 62(8), pp. 2645–2670.
https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-S-17-0405

Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty polskojęzyczne

Kategoria	Odsyłacze	Bibliografia
1 autor	...Barbara Bokus (1991, s. 15) wskazała... (Bokus, 1991, s. 15)	Bokus, B. (1991). <i>Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i polu narracji</i> . Energeia.
2 autorów	...Anna Seretny i Ewa Lipińska (2005, s. 88–90) wskazały... (Seretny i Lipińska, 2005, s. 88–90)	Seretny, A. i Lipińska, E. (2005). <i>ABC metodyki nauczania języka polskiego jako obcego</i> . Universitas.
3–20 autorów	...Lucia Ballarati et al. (2016, s. 90) wskazali... (Ballarati et al., 2016, s. 90)	Wymienia się wszystkich autorów: Ballarati, L., Rossi, E., Bonati, M. T., Gimelli, S., Maraschio, P., Finelli, P., Giglio, S., Lapi, E., Bedeschi, M. F., Guerneri, S., Arrigo, G., Patricelli, M. G., Mattina, T., Guzzardi, O., Pecile, V., Police, A., Scarano, G., Larizza, L., Zuffardi, O., i Giardino, D. (2007). 13q Deletion and central nervous system anomalies: further insights from karyotype-phenotype analyses of 14 patients. <i>Journal of Medical Genetics</i> , 44(1), e60. https://doi.org/10.1136/jmg.2006.043059
Książka autorska	...David J. Kuter et al. (1997, s. 19) wskazali... (Kuter et al., 1997, s. 19)	Kuter, D. J., Efraim, E., Mayer, J., Trněný, M., McDonald, V., Bird, R., Regenbogen, T., Garg, M., Kaplan, Z., Tzvetkov, N., Choi, P. Y., Jansen, G., Kostal, M., Baker, R., Gumulec, J., Lee, E.-J., Cunningham, I., Goncalves, I., Warner, M., ... i Cooper, N. (2022). Rilzabrutinib, an oral BTK inhibitor, in immune thrombocytopenia. <i>The New England Journal of Medicine: Research and Review</i> , 386(16), 1421–1431. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2110297

Cd. (Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty polskojęzyczne)

Kategoria	Odsyłacze	Bibliografia
Opracowanie pod redakcją	...w książce po redakcją Małgorzaty Młynarskiej i Tomasza Smereki (2011)... (Młynarska i Smereka, 2007)	Młynarska, M., i Smereka, T. (red.). (2007). <i>Afazja i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia</i> . Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
Powołanie za pośrednictwem	Ze wskazaniem konkretnej niedostępnej publikacji: ...Ludwik Krzysztofik (1913, s. 88, za: Olinder, 2018, s. 66) wskazał... ...(Krzysztofik, 1913, s. 88, za: Olinder, 2018, s. 66). Bez wskazywania konkretnej niedostępnej publikacji, ogólne omówienie koncepcji, badań itp.: ...Ludwik Krzysztofik wskazał, jak przypomina Stanisław Olinder (2018, s. 66), że... ...Ludwik Krzysztofik (Olinder, 2018, s. 66).	Olinder, S. (2018). <i>Historia logopedii</i> . Pagina.
Bez autora, bez redaktora	W nawiasie, jeśli tytuł jest krótki, podajemy cały, jeśli jest długi, podajemy sensownie skrócony początek tytułu: ...w publikacji <i>Przedsięwzięcia międzynarodowe Wydziału Socjologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach</i> (1993, s. 56)...	<i>Przedsięwzięcia międzynarodowe Katedry Socjologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach</i> . (1993). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
Bez wydawcy	...Stanisław Paniek (2013, s. 224) wskazał... (Paniek, 2013, s. 224)	Paniek, S. (2013). <i>Trudności językowe dzieci przedszkolnych</i> (s.n.).

Cd. (Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty polskojęzyczne)

Kategoria	Odsyłacze	Bibliografia
Bez roku wydania	...Andrzej Siwek (s.a., s. 45) wskazał... (Siwek, s.a., s. 45)	Siwek, A. (s.a.). <i>Czynniki społeczno-ekonomiczne w rozwoju dziecka</i> . Wydawnictwo Pedagogiczne.
Z autorem tłumaczenia	...Noam Chomsky (1982, s. 34) wskazał... (Chomsky, 1982, s. 34)	W wypadku publikacji będącej tłumaczeniem konieczne podaje się nazwisko tłumacza: Chomsky, N. (1982). <i>Zagadnienia teorii składni</i> . Tłum. I. Jakubczak. Ossolineum.
Ten sam autor i rok	Po roku wstawiamy literę, zgodnie z zapisem w bibliografii. ...Barbara Toczyska (2007a, s. 33) wskazała... (Toczyska, 2007a, s. 33) ...Barbara Toczyska (2007b, s. 117) wskazała... (Toczyska, 2007b, s. 117)	Po roku wstawiamy kolejną literę alfabetu. W obrębie roku szeregujemy alfabetycznie: Toczyska, B. (2007a). <i>Elementarne ćwiczenia dykcji</i> . Gdańskie Wydawnictwo Oświatowe. Toczyska, B. (2007b). <i>Głośno i wyraźnie. 9 lekcji dobrego mówienia</i> . Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Dwóch autorów o takim samym nazwisku	W tekście odautorskim imię podajemy za każdym razem. W nawiasie podajemy dodatkowo inicjał. Pierwsze wystąpienie: ...Józef Burszta (1973, s. 33) wskazał... (J. Burszta, 1973, s. 33) Drugie wystąpienie i kolejne: ...Józef Burszta (1973, s. 45–47) przedstawił... (J. Burszta, 1973, s. 45–47)	Burszta, W. J. (2015). <i>Kultura pragnień i horyzonty neoliberalizmu</i> . Nauka i Innowacje. Burszta, J. (1973). Oświecenie i romantyzm a słowiańska etnografia i folklorystyka. <i>Lud</i> , 57, 35–52.

Cd. (Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty polskojęzyczne)

Kategoria	Odsyłacze	Bibliografia
Publikacja zwarta złożona z kilku tomów, części itp.	...pod redakcją Marzeny Błasiak-Tytuła i Anny Siudak (2018, t. 1) (Błasiak-Tytuła i Siudak, 2018, t. 1)	Należy podać numer i tytuł tomu (wszystko kursywą): M. Błasiak-Tytuła i A. Siudak (red.). (2018). <i>Neurologopedia. T. 1: Neurobiologiczne podstawy wczesnej terapii zaburzeń rozwojowych</i> . WiR. Jeśli tom nie jest opatrzony tytułem, numer tomu podaje się w nawiasie po tytule, pismem prostym: ...Tytuł (t. 1). ...
Tekst w publikacji zwartej	...Barbara Kamińska (2007, s. 350) wskazała... (Kamińska, 2007, s. 350)	Należy podać zakres stron: Kamińska, B. (2007). Kilka uwag o wymowie dziennikarzy radiowych. W: M. Młynarska i T. Smereka (red.), <i>Afazja i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia</i> (s. 335–341). Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
Tekst w publikacji zwartej złożonej z kilku tomów, części itp.	Katarzyna Sediva-Mączka (2018, s. 129) (Sediva-Mączka, 2018, s. 129)	Należy podać zakres stron: Sediva-Mączka, K. (2018). Torowanie ruchu artykulacyjnego. W: M. Błasiak-Tytuła i A. Siudak (red.), <i>Neurologopedia. T. 1: Neurobiologiczne podstawy wczesnej terapii zaburzeń rozwojowych</i> (s. 127–134). WiR. Jeśli tom nie jest opatrzony tytułem, numer tomu podaje się w nawiasie po tytule, pismem prostym, przed numerami stron: ...Tytuł (t. 1, s. 45–88). ...

Cd. (Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty polskojęzyczne)

Kategoria	Odsyłacze	Bibliografia
Tekst w publikacji zwartej tego samego autorstwa	...Georg Simmel (2006, s. 81) wskazała... (Simmel, 2006, s. 81)	Należy podać zakres stron: Zamiast powtarzać nazwisko, stosuje się odpowiednie łacińskie oznaczenie: Ideam, Eadem, Eidem, Eaedem, zależnie od liczby i pici autorów: Simmel, G. (2006). <i>Socjalizm i pesymizm</i> . W: Idem, <i>Most i drzwi. Wybór esejów</i> (s. 76–85). Oficyna Naukowa.
Tekst w czasopiśmie drukowanym	...Ewa Dereń (2005, s. 147) wskazała... ...(Dereń, 2005, s. 147).	Należy podać zakres stron: Dereń, E. (2005). Opis a opowiadanie: typowe słownictwo szkolnych form wypowiedzi. <i>Nauczytel i Szkoła</i> , 3–4(28–29), 145–159.
Tekst w dzienniku	...Anna U. Jaskół (1999) wskazała... ...(Jaskół, 1999).	Jaskół, A. U. (1999, 9 października). Katowickie przedszkola. <i>Dziennik Zachodni</i> .
Tekst w czasopiśmie w wersji elektronicznej nie opatrzonej DOI	...Danuta Bula (2014, s. 61) wskazała... ...(Bula, 2014, s. 61).	Należy podać adres główny bazy, za której pośrednictwem tekst był przegladany; bez daty dostępu; na końcu akapitu bez kropki: Bula, D. (2014). O potrzebie postawy twórczej nauczyciela. <i>Z Teorii i Praktyki Dydaktycznej Języka Polskiego</i> , 23, 53–66. https://www.journals.us.edu.pl/ Jeśli w danym czasopiśmie artykułom są nadawane numery, należy podać numer artykułu, poprzedzając go słowem „artykuł”; w takim wypadku nie podaje się zakresu stron; na końcu akapitu bez kropki: Burin, D., Kilteni, K., Rabuffetti, M., Slater, M., i Pia, L. (2019). Body ownership increases the interference between observed and executed movements. <i>PLOS ONE</i> , 14(1), artykuł e0209899. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209899

Cd. (Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty polskojęzyczne)

Kategoria	Odsyłacze	Bibliografia
Tekst w czasopiśmie w wersji elektronicznej opatrzonej DOI	<p>...Urszula Ciszewska-Psujek (2018, s. 59) wskazała... ...(Urszula Ciszewska-Psujek, 2018, s. 59).</p>	<p>Należy podać DOI w formie hiperłącza (rozpoczynając od: https://doi.org/) oraz zakres stron; na końcu akapitu bez kropki:</p> <p>Ciszewska-Psujek, U. (2018). Zaburzenia językowe w przebiegu choroby alkoholowej. <i>Obraz i dynamika. Logopedia Silesiana</i>, 7, 56–80. https://doi.org/10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.04</p> <p>Jeśli w danym czasopiśmie artykułom są nadawane numery, należy podać numer artykułu, poprzedzając go słowem „artykuł”; w takim wypadku nie podaje się zakresu stron; na końcu akapitu bez kropki:</p> <p>Burin, D., Kilteni, K., Rabuffetti, M., Slater, M., i Pia, L. (2019). Body ownership increases the interference between observed and executed movements. <i>PLoS ONE</i>, 14(1), artykuł e0209899. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209899</p>
Tekst opublikowany na stronie internetowej	<p>...Piotr Jaworski (2013) wskazał... ...()Jaworski, 2013).</p>	<p>Jeśli wskazano autora, tytuł, datę publikacji, to koniecznie należy podać te informacje.</p> <p>Należy podać nazwę strony internetowej i adres internetowy odsyłający bezpośrednio do danego tekstu; na końcu akapitu bez kropki:</p> <p>Jaworski, P. (2013, 3 sierpnia). <i>Dezynfekcja i sterylizacja pomocy logopedycznych</i>. Polski Związek Logopedów. https://logopedia.org.pl/publikacja.php?id=69</p>

Kategoria	Odsyłacze	Bibliografia
Tekst opublikowany na stronie internetowej, bez autora	<p>W nawiasie, jeśli tytuł jest krótki, podajemy cały, jeśli jest długi, podajemy sensownie skrócony początek tytułu:</p> <p>...w artykule <i>Historia PTL</i> (2008) wskazano...</p> <p>... (<i>Historia PTL</i>, 2008).</p>	<p>Jeśli nadano tekstowi tytuł, podano datę publikacji, koniecznie podajemy te informacje.</p> <p>Należy podać nazwę strony internetowej i adres internetowy odsyłający bezpośrednio do danego tekstu; na końcu akapitu bez kropki:</p> <p><i>Historia PTL</i> (2008, 2 lipca). PTL. https://www.logopedia.umcs.lublin.pl/index.php/ptl/historia-ptl</p>

Oprac. A. U. Piłśniak, częściowo na podstawie: Guide to what's new in the publication manual of the American Psychological Association, seventh edition, American Psychological Association, APA Style, <https://apastyle.apa.org/instructional-aids/whats-new-7e-guide.pdf>; J. Harasimczuk i J. Ciecich, *Podstawowe standardy edytorskie naukowych tekstów psychologicznych w języku polskim na podstawie reguł APA*, konsult. edytorska i językowa M. Bańko i A. Wolański, konsult. psychol. M. Lewicka i T. Sosnowski, 2012; *Style and grammar guidelines*, American Psychological Association, APA Style, <https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines>.

Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty angielskojęzyczne

Kategoria	Odsyłacze	References
1 autor	...Barbara Bokus (1991, p. 15)... (Bokus, 1991, p. 15)	Bokus, B. (1991). <i>Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i polu narracji</i> . Energia.
2 autorów	...Anna Seretny and Ewa Lipińska (2005, pp. 88–90)... (Seretny & Lipińska, 2005, pp. 88–90)	Seretny, A., & Lipińska, E. (2005). <i>ABC metodyki nauczania języka polskiego jako obcego</i> . Universitas.
3–20 autorów	...Lucia Ballarati et al. (2016, p. 90)... (Ballarati et al., 2016, p. 90)	Wymienia się wszystkich autorów: Ballarati, L., Rossi, E., Bonati, M. T., Gimelli, S., Maraschio, P., Finelli, P., Giglio, S., Lapi, E., Bedeschi, M. F., Gueneri, S., Arrigo, G., Patricelli, M. G., Mattina, T., Guzzardi, O., Pecile, V., Police, A., Scarano, G., Larizza, L., Zuffardi, O., & Giardino, D. (2007). 13q Deletion and central nervous system anomalies: further insights from karyotype-phenotype analyses of 14 patients. <i>Journal of Medical Genetics</i> , 44(1), e60. https://doi.org/10.1136/jmg.2006.043059
21 i więcej autorów	...David J. Kuter et al. (1997, p. 19)... (Kuter et al., 1997, p. 19)	Kuter, D. J., Efraim, E., Mayer, J., Trnány, M., McDonald, V., Bird, R., Regenhogen, T., Garg, M., Kaplan, Z., Tzvetkov, N., Choi, P. Y., Jansen, G., Kostal, M., Baker, R., Gumulec, J., Lee, E.-J., Cunningham, I., Goncalves, I., Warner, M., ... & Cooper, N. (2022). Rilzabrutinib, an oral BTK inhibitor, in immune thrombocytopenia. <i>The New England Journal of Medicine: Research and Review</i> , 386(16), 1421–1431. https://doi.org/10.1056/NEJMoa2110297

Książka
autorska

Cd. (Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty angielskojęzyczne)

Kategoria	Odsyłacze	References
Opracowanie pod redakcją	...in a book edited by Małgorzata Młynarska and Tomasz Smereka (2011)... (Młynarska & Smereka, 2007)	Młynarska, M., & Smereka, T. (eds.). (2007). <i>Afazja i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia</i> . Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
Powołanie zapośredniczone	Ze wskazaniem konkretnej niedostępnej publikacji: ...Ludwik Krzysztofik (1913, p. 88, as cited in Olinder, 2018, p. 66)... ...(Krzysztofik, 1913, p. 88, as cited in Olinder, 2018, p. 66). Bez wskazywania konkretnej niedostępnej publikacji, ogólne omówienie koncepcji, badań itp.: ...Ludwik Krzysztofik pointed out, as Stanisław Olinder recalls (2018, p. 66)... ...Ludwik Krzysztofik (Olinder, 2018, p. 66).	Olinder, S. (2018). <i>Historia logopedii</i> . Pagina.
Bez autora, bez redaktora	W nawiasie, jeśli tytuł jest krótki, podajemy cały, jeśli jest długi, podejmy sensownie skrócony początek tytułu: ...in the publication <i>Przedsięwzięcia międzynarodowe Wydziału Socjologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach</i> (1993, p. 56)...	<i>Przedsięwzięcia międzynarodowe Katedry Socjologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach</i> . (1993). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
Bez wydawcy	...Stanisław Paniek (2013, p. 224)... (Paniek, 2013, p. 224)	Paniek, S. (2013). <i>Trudności językowe dzieci przedszkolnych</i> . (s.n.).

Cd. (Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty angielskojęzyczne)

Kategoria	Odsyłacze	References
Bez roku wydania	...Andrzej Siwek (s.a., p. 45)... (Siwek, s.a., p. 45)	Siwek, A. (s.a.). <i>Czynniki społeczno-ekonomiczne w rozwoju dziecka</i> . Wydawnictwo Pedagogiczne.
Z autorem tłumaczenia	...Noam Chomsky (1982, p. 34) wskazał... (Chomsky, 1982, p. 34)	W wypadku publikacji będącej tłumaczeniem koniecznie podaje się nazwisko tłumacza: Chomsky, N. (1982). <i>Zagadnienia teorii składni</i> . Transl. I. Jakubczak. Ossolineum.
Ten sam autor i rok	Po roku wstawiamy literę, zgodnie z zapisem w bibliografii: ...Barbara Toczyska (2007a, p. 33)... (Toczyska, 2007a, p. 33) ...Barbara Toczyska (2007b, p. 117)... (Toczyska, 2007b, p. 117)	Po roku wstawiamy kolejną literę alfabetu. W obrębie roku szeregujemy alfabetycznie: Toczyska, B. (2007a). <i>Elementarne ćwiczenia dykcji</i> . Gdańskie Wydawnictwo Oświatowe. Toczyska, B. (2007b). <i>Głośno i wyraźnie. 9 lekcji dobrego mówienia</i> . Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Dwóch autorów o takim samym nazwisku	W tekście odautorskim imię podajemy za każdym razem. W nawiasie podajemy dodatkowo inicjał. Pierwsze wystąpienie: ...Józef Burszta (1973, p. 33)... (J. Burszta, 1973, p. 33) Drugie wystąpienie i kolejne: ...Józef Burszta (1973, p. 45–47)... (J. Burszta, 1973, p. 45–47)	Burszta, W. J. (2015). <i>Kultura pragnień i horyzonty neoliberalizmu</i> . Nauka i Innowacje. Burszta, J. (1973). Oświecenie i romantyzm a słowiańska etnografia i folklorystyka. <i>Lud</i> , 57, 35–52.

Cd. (Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty angielskojęzyczne)

Kategoria	Odsyłacze	References
Publikacja zwrta	...Barbara Bokus (1991, p. 15)... (Bokus, 1991, p. 15)	Bokus, B. (1991). <i>Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i polu narracji</i> . Energiea.
Publikacja zwrta złożona z kilku tomów, części itp.	...edited by Marzeny Błasiak-Tytuła and Anny Siudak (2018, vol. 1) (Błasiak-Tytuła & Siudak, 2018, vol. 1)	Należy podać numer i tytuł tomu (wszystko kursywa): Błasiak-Tytuła, M., & Siudak, A. (eds.). (2018). <i>Neurologopedia. Vol. 1: Neurobiologiczne podstawy wczesnej terapii zaburzeń rozwojowych</i> . WiR. Jeśli tom nie jest opatrzony tytułem, numer tomu podaje się w nawiasie po tytule, pismem prostym: ...Tytuł (vol. 1). ...
Tekst w publikacji zwrtej	...Barbara Kamińska (2007, p. 350)... (Kamińska, 2007, p. 350)	Należy podać zakres stron: Kamińska, B. (2007). Kilka uwag o wymowie dziennikarzy radiowych. In: M. Młynarska, & T. Smereka (eds.), <i>Afazja i autyzm. Zaburzenia mowy oraz myślenia</i> (pp. 335–341). Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
Tekst w publikacji zwrtej złożonej z kilku tomów, części itp.	Katarzyna Sediva-Mączka (2018, p. 129) (Sediva-Mączka, 2018, p. 129)	Należy podać zakres stron: Sediva-Mączka, K. (2018). Torowanie ruchu artykulacyjnego. In: M. Błasiak-Tytuła, & A. Siudak (eds.), <i>Neurologopedia. Vol. 1: Neurobiologiczne podstawy wczesnej terapii zaburzeń rozwojowych</i> (pp. 127–134). WiR. Jeśli tom nie jest opatrzony tytułem, numer tomu podaje się w nawiasie po tytule, pismem prostym, przed numerami stron: ...Tytuł (vol. 1, pp. 45–88). ...

Cd. (Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty angielskojęzyczne)

Kategoria	Odsyłacze	References
Tekst w publikacji zwartej tego samego autora	...Georg Simmel (2006, p. 81)... (Simmel, 2006, p. 81)	Należy podać zakres stron: Zamiast powtarzać nazwisko, stosuje się odpowiednie łacińskie oznaczenie: Ideam, Eadem, Eidem, Eaedem, zależnie od liczby i płci autorów: Simmel, G. (2006). <i>Socjalizm i pesymizm</i> . In: Idem, <i>Most i drzwi. Wybór esejów</i> (pp. 76–85). Oficyna Naukowa.
Tekst w czasopiśmie drukowanym	...Ewa Dereń (2005, p. 147)... ...(Dereń, 2005, p. 147).	Należy podać zakres stron: Dereń, E. (2005). Opis a opowiadanie: typowe słownictwo szkolnych form wypowiedzi. <i>Nauczytel i Szkoła</i> , 3–4(28–29), 145–159.
Tekst w dzienniku	...Anna U. Jaskół (1999) wskazała... ...(Jaskół, 1999).	Jaskół, A. U. (1999, October 9). Katowickie przedszkola. <i>Dziennik Zachodni</i> .
Tekst w czasopiśmie w wersji elektronicznej nie opatrzonej DOI	...Danuta Bula (2014, p. 61)... ...(Bula, 2014, p. 61).	Należy podać adres główny bazy, za której pośrednictwem tekst był przegladany; bez daty dostępu; na końcu akapitu bez kropki: Bula, D. (2014). O potrzebie postawy twórczej nauczyciela. <i>Z Teorii i Praktyki Dydaktycznej Języka Polskiego</i> , 23, 53–66. https://www.journals.us.edu.pl/ Jeśli w danym czasopiśmie artykułom są nadawane numery, należy podać numer artykułu, poprzedzając go słowem „article”; w takim wypadku nie podaje się zakresu stron; na końcu akapitu bez kropki: Burlin, D., Kiltner, K., Rabuffetti, M., Slater, M., & Pia, L. (2019). Body ownership increases the interference between observed and executed movements. <i>PLOS ONE</i> , 14(1), article e0209899. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209899

Cd. (Podstawowe wzory odsyłaczy i adresów bibliograficznych – teksty angielskojęzyczne)

Kategoria	Odsyłacze	References
<p>Tekst w czasopiśmie w wersji elektronicznej opatrzonej DOI</p>	<p>...Urszula Ciszewska-Psujek (2018, p. 59)... ... (Urszula Ciszewska-Psujek, 2018, p. 59).</p>	<p>Należy podać DOI w formie hiperłącza (rozpoczynając od: https://doi.org/) oraz zakres stron; na końcu akapitu bez kropki: Ciszewska-Psujek, U. (2018). Zaburzenia językowe w przebiegu choroby alkoholowej. <i>Obraz i dynamika. Logopedia Silesiana</i>, 7, 56–80. https://doi.org/10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.04 Jeśli w danym czasopiśmie artykułom są nadawane numery, należy podać numer artykułu, poprzedzając go słowem „article”; w takim wypadku nie podaje się zakresu stron: Burin, D., Kiltner, K., Rabuffetti, M., Slater, M., & Pia, L. (2019). Body ownership increases the interference between observed and executed movements. <i>PLoS ONE</i>, 14(1), article e0209899. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209899</p>
<p>Tekst opublikowany na stronie internetowej</p>	<p>...Piotr Jaworski (2013)... ... (Jaworski, 2013).</p>	<p>Jeśli wskazano autora, tytuł, datę publikacji, to koniecznie należy podać te informacje. Należy podać nazwę strony internetowej i adres internetowy odsyłający bezpośrednio do danego tekstu; na końcu akapitu bez kropki: Jaworski, P. (2013, August 3). <i>Dezynfekcja i sterylizacja pomocy logopedycznych</i>. Polski Związek Logopedów. https://logopeda.org.pl/publikacja.php?id=69</p>

Kategoria	Odsyłacze	References
Tekst opublikowany na stronie internetowej, bez autora	<p>W nawiasie, jeśli tytuł jest krótki, podajemy cały, jeśli jest długi, podajemy sensownie skrócony początek tytułu: ...in the article <i>Historia PTL</i> (2008)... ...(<i>Historia PTL</i>, 2008).</p>	<p>Jeśli nadano tekstowi tytuł, podano datę publikacji, koniecznie podajemy te informacje. Należy podać nazwę strony internetowej i adres internetowy odsyłający bezpośrednio do danego tekstu; na końcu akapitu bez kropki: <i>Historia PTL</i> (2008, October 2). PTL. https://www.logopedia.umcs.lublin.pl/index.php/ptl/historia-ptl</p>

Oprac. A. U. Piłśniak, częściowo na podstawie: Guide to what's new in the publication manual of the American Psychological Association, seventh edition, American Psychological Association, APA Style, <https://apastyle.apa.org/instructional-aids/whats-new-7e-guide.pdf>; J. Harasimczuk, & J. Ciecuch, *Podstawowe standardy edytorskie naukowych tekstów psychologicznych w języku polskim na podstawie reguł APA*, konsult. edytorska i językowa M. Bańko, & A. Wolański, konsult. psychol. M. Lewicka, & T. Sosnowski, 2012; *Style and grammar guidelines*, American Psychological Association, APA Style, <https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines>.

Redakcja i korekta tekstów polskich
Barbara Konopka

Redakcja i korekta tekstów angielskich
Zespół

Projekt okładki, stron tytułowych i działowych
Paulina Dubiel

Łamanie
Tomasz Kielkowski, Anna U. Pilśniak

Publikacja na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach
4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0)



ISSN 2391-4297

Czasopismo elektroniczne, dystrybuowane bezpłatnie
Do końca 2017 roku „Logopedia Silesiana” ukazywała się również
w wersji drukowanej (ISSN 2300-5246)

Wydawca
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice, e-mail: wydawnictwo@us.edu.pl
www.wydawnictwo.us.edu.pl

Ark. druk. 19,5. Ark. wyd. 23,5.

Egzemplarz bezpłatny

ISSN 2391-4297

24



9 772391 429203

Więcej o książce

