

# Logopedia Silesiana 1

W dziedzinie polskiej logopedii pojawia się nowe pismo „Logopedia Silesiana”. Jego celem jest prezentowanie dokonań i przemyśleń współczesnych terapeutów mowy i języka z kraju i zagranicy oraz promowanie logopedycznego dorobku osób współpracujących od kilkunastu lat z prężnie działającymi podplomowymi studiami logopedii w Uniwersytecie Śląskim.

Logopedia łączy wiedzę i doświadczenie wielu obszarów nauki: lingwistyki, dyscyplin medycznych, psychologii, pedagogiki, przyczyniając się do rozwoju badań nad poznawczymi możliwościami człowieka oraz jego zdolnościami interakcyjnymi.

Tematy i treści artykułów pierwszego tomu „Logopedii Silesiany” ukazują interdyscyplinarny charakter postępowania logopedycznego i obejmują swym obszarem perspektywę medycznego, lingwistycznego, psychologicznego oraz pedagogicznego opisu mowy w rozwoju i w zaburzeniach.

Lektura pisma skłania do teoretycznych poszukiwań i dociekań skupionych wokół zagadnień dotyczących teorii logopedii oraz przemyśleń związanych z praktycznymi rozwiązaniami w zakresie wspierania osób z różnego rodzaju zaburzeniami zdolności komunikacyjnej.

*Prof. dr hab. Marian Kisiel*

*Przewodniczący Rady Naukowej „Logopedii Silesiany”*



Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego  
Katowice 2012



# Logopedia Silesiana

Tom **1**



NR 3018

# Logopedia Silesiana 1

Tom

1

pod redakcją Olgi Przybyli



Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego  
Katowice 2012

Redaktor serii: Językoznawstwo Polonistyczne  
Bożena Witosz

Recenzenci  
Grażyna Gunia (recenzowała artykuły części pierwszej i drugiej)  
Edward Łuczyński

Publikacja jest dostępna także w wersji internetowej:

Central and Eastern European Online Library  
[www.cceol.com](http://www.cceol.com)

## Spis treści

Wprowadzenie ( <i>Olga Przybyła</i> ) . . . . .	9
---	---

### Część pierwsza

### Prace naukowo-badawcze

#### Logopedia zagraniczna

GERLINDA JAVORČEKOVÁ, EVA TESÁRKOVÁ: Opieka logopedyczna dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w regionie śląsko-morawskim . . . . .	15
PÉTER LAJOS: Case Study of 13-year-old Boy Suffering from Depression and Stuttering . . . . .	19

#### Logopedia polska

DANUTA PLUTA-WOJCIECHOWSKA: Opis zaburzeń mowy jako pierwszy etap postępowania logopedycznego . . . . .	31
DAWID LARYSZ: Zaburzenia rozwoju mowy dzieci z nieprawidłowościami w budowie czaski . . . . .	47
OLGA PRZYBYŁA, MAŁGORZATA STANDO-PAWLIK: Atypowy rozwój mózgu jako zaburzenie wpływające dysfunkcyjnie na rozwój psychomotoryczny i społeczny dziecka – ujęcie interdyscyplinarne . . . . .	61
LESZEK SZEWCZYK: Znaczenie terapii logopedycznej w kształceniu kaznodziejów . . . . .	82
ELŻBIETA MARIA MINCZAKIEWICZ: Funkcje sygnałów dźwiękonaśladowczych w procesie rozwoju mowy i języka u dzieci z upośledzeniami sprzężonymi . . . . .	90

RENATA DANIEL:	
Rezonans a rejestry głosowe . . . . .	104
KATARZYNA KASICA-BAŃKOWSKA:	
Żywienie dzieci z dysfunkcjami neurologicznymi . . . . .	111

#### Część druga

### Studia z praktyki logopedycznej

ELŻBIETA MARIA MINCZAKIEWICZ:	
Zespół Gregga jako wyzwanie dla teorii i praktyki logopedycznej. Studium przypadku	119
TATIANA LEWICKA, ANNA SZMAL:	
Afazja jako zaburzenie mowy po urazie mózgu – studium przypadku . . . . .	133
ZUZANNA GRYSZKA-MĘDREK:	
Wprowadzenie alternatywnych i wspomagających metod komunikacji u dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym . . . . .	140
MARZENA MACHOŚ-NIKODEM:	
Dogoterapia w pracy logopedycznej . . . . .	159
ELŻBIETA BIJAK:	
Specjalistyczne turnusy terapeutyczne dla jąkających się – organizacja i efekty terapii	173
JUSTYNA TORONCZAK:	
Techniki relaksacyjne w terapii jąkania . . . . .	186

#### Część trzecia

### Materiały, pomoce, sprawozdania

ZUZANNA GRYSZKA-MĘDREK:	
Alternatywne i wspomagające metody komunikacji dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym – scenariusze zajęć . . . . .	199
ELŻBIETA BIJAK, DOROTA KAMIŃSKA:	
„Świat, który rozumie jąkanie” (Benny David) – sprawozdanie z konferencji naukowych z okazji Światowego Dnia Osób Jąkających się (2008–2010) . . . . .	206
AGNIESZKA ROŻEK:	
Sprawozdanie z Logopedycznych Dni Uniwersytetu Śląskiego (2009–2011) . . . . .	210
OLGA PRZYBYŁA, TOMASZ WOŹNIAK:	
Projekt Network for Tuning Standards and Quality of Education programmes for Speech and Language Therapists in Europe – cel i założenia . . . . .	212
Noty o autorach . . . . .	215

# Contents

Introduction ( <i>Olga Przybyła</i> ) . . . . .	9
---	---

## Part One

### Scientific Research

#### Foreign Speech Therapy

GERLINDA JAVORČEKOVÁ, EVA TESÁRKOVÁ: Speech therapy for pupils with special educational in Moravian Silesian Region . . . . .	15
--	----

PÉTER LAJOS: Case Study of 13-year-old Boy Suffering from Depression and Stuttering . . . . .	19
--	----

#### Polish Speech Therapy

DANUTA PLUTA-WOJCIECHOWSKA: Description of speech disorders the first way of logopedic treatment. . . . .	31
--	----

DAWID LARYSZ: Disorders of speech development in children with deformity of the skull . . . . .	47
--	----

OLGA PRZYBYŁA, MAŁGORZATA STANDO-PAWLIK: Atypical brain development as the psychomotor and social disorder of affecting dysfunctional in a child development – an interdisciplinary approach . . . . .	61
---	----

LESZEK SZEWCZYK: Importance of speech therapy in preachers' training . . . . .	82
---	----

ELŻBIETA MARIA MINCZAKIEWICZ: Onomatopoeic signal functions in the development of speech and language impairments in children with conjugated . . . . .	90
--	----



RENATA DANIEL: Resonance and voice registrations . . . . .	104
KATARZYNA KASICA-BAŃKOWSKA: Nutrition of neurologically impaired children . . . . .	111

### Part Two

## Research Conclusions and Studies on Speech Therapy Activities

ELŻBIETA MARIA MINCZAKIEWICZ: Gregg's team as a challenge to the theory and practice speech therapy. Case Study . . . . .	119
TATIANA LEWICKA, ANNA SZMAL: Speech disorder after brain damages in aphasia – case study . . . . .	133
ZUZANNA GRYSZKA-MĘDREK: The introduction of Alternative and Facilitating Methods of Communication of a child suffering from cerebral palsy . . . . .	140
MARZENA MACHOŚ-NIKODEM: Pet therapy in the work of a logoped . . . . .	159
ELŻBIETA BIJAK: Specialist therapeutic holiday for those who stammer – organization & effects of therapy	173
JUSTYNA TORONCZAK: Types of relaxation techniques in therapy of stammering . . . . .	186

### Part Three

## The Supporting Materials, Didactic Visualaids and Reports

ZUZANNA GRYSZKA-MĘDREK: The introduction of alterantive and supportive methods of communication in chil- dren with cerebral palsy . . . . .	199
ELŻBIETA BIJAK, DOROTA KAMIŃSKA: The report based on scientific conference 'The International Stuttering Awareness Day in the series "The World that understands stuttering" (2008–2010) . . . . .	206
AGNIESZKA ROŻEK: The report summering The Speech Therapy Days at the University of Silesia (2009–2011)	210
OLGA PRZYBYŁA, TOMASZ WOŹNIAK: Project Network for Tuning Standards and Quality of Education programmes for Speech and Language Therapists in Europe – the purpose and assumptions . . . . .	212
Notes of Contributors. . . . .	215

## Wprowadzenie

Różne warunki wpływają na naturę, jakość i stan umiejętności komunikowania się człowieka z otaczającą go rzeczywistością; komunikowania szeroko interpretowanego, które nierzadko wykracza poza istnienie tego, co nazwać by można „językiem ludzkim”<sup>1</sup>. Logopedia jest jedną z naukowych dyscyplin, która w teorii i praktyce poszukuje interpretacji dla rozpoznania i opisu zdolności porozumiewania się ludzi ze sobą na wszystkich etapach rozwoju jednostki i w odmiennych aspektach jej funkcjonowania w świecie. Łączy w jedną całość dotychczasową wiedzę logopedyczną, osiągnięcia lingwistyki, dyscyplin medycznych, psychologii i pedagogiki, dążąc do rozwoju badań nad poznawczymi i interakcyjnymi możliwościami człowieka. Idee i koncepcje wielu obszarów naukowych umożliwiają interdyscyplinarne podejście do diagnozy i terapii. Pozwalają stworzyć pełny model opisu poziomu rozwoju mowy i dokonać interpretacji poszczególnych jej zaburzeń z wielu perspektyw. Wiedza lingwistyczna, medyczna, biologiczna, psychologiczna oraz pedagogiczna daje podstawy postępowania terapeutycznego z dzieckiem i osobą dorosłą. Żadna z tych dyscyplin, rozpatrywana oddzielnie, nie pozwala na kompetentną diagnozę zachowań ludzkich związanych z językiem, a tym bardziej na budowanie programów terapii zaburzeń języka i mowy.

Uświadomienie sobie umiejętności nabywania zdolności porozumiewania się, siły oraz potrzeby jego oddziaływania wskazuje na bogactwo i różnorodność elementów szeroko rozumianych ludzkich zachowań komunikacyjnych, które od lat są przedmiotem zainteresowania zarówno teoretyków, jak i praktyków dziedziny wychowania w słowie<sup>2</sup>. Obserwacja słowa w różnych jego realizacjach, odkrywanie

---

<sup>1</sup> Określenie „język ludzki” przyjmuję za Franciszkiem Gruczą (1993), który wprowadził je w interpretacyjnych rozważaniach nt. *Zagadnienia ontologii lingwistycznej: o językach ludzkich i ich (rzeczywistym) istnieniu*. W: *Opuscula Logopaedica in honorem Leonis Kaczmarek*. Red. J. BARTMIŃSKI, S. GRABIAS, B.L.J. KACZMAREK, M. ŁESIÓW, T. WOŹNIAK (sekretarz). Lublin, Wydawnictwo UMCS 1993, s. 25–47.

<sup>2</sup> Gr. *logos* ‘słowo’ + *paideia* ‘wychowanie’ = logopedia.

przyczyn sprawiających, że człowiek zaczyna używać języka, znajdują swoje odzwierciedlenie w logopedycznej debacie nad naturą ludzkiego porozumiewania się.

Bogactwo myśli i idea badawczych poszukiwań łączyć mają autorów „Logopedii Silesiany”, która w swoich założeniach ma być naukowym forum sprzyjającym zarówno rozwijaniu logopedycznej nauki, jak i upowszechnianiu logopedycznej kultury.

Naszym celem jest prezentowanie dokonań i przymysłów współczesnych terapeutów mowy i języka z kraju i zagranicy oraz promowanie logopedycznego dorobku osób współpracujących od kilkunastu lat z prężnie działającymi podypłomowymi studiami logopedii na Uniwersytecie Śląskim. Od 2008 roku z dużym sukcesem organizujemy konferencje o międzynarodowym i ogólnopolskim zasięgu. Idea Logopedycznych Dni Uniwersytetu Śląskiego, w ramach których odbywają się warsztaty naukowo-szkoleniowe i Międzynarodowa Interdyscyplinarna Naukowa Konferencja Logopedyczna oraz konferencje z okazji Światowego Dnia Osób Jąkających się z cyklu „Świat, który rozumie jąkanie”, stały się przyczynkiem do spotkań przedstawicieli świata nauki i zawodowej praktyki. Środowisko Uniwersytetu Śląskiego potrzebowało periodyku, który prezentowałby pokłosie wieloletniej wymiany wiedzy i doświadczeń między przedstawicielami myśli logopedycznej z kraju i zagranicy, zjednoczonymi wspólną ideą terapii mowy oraz opisu zaburzeń mowy i języka. Wszak różne warunki wpływają na naturę i poziom języka. Odmiennie będzie obrazować językiem myślenie i odzwierciedlać swój pogląd na świat człowiek zdrowy i harmonijnie się rozwijający, inaczej zaś przedstawiać się będzie sytuacja człowieka z zaburzeniami uwarunkowanymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego lub z jego dysfunkcjami.

Problematyka pierwszego tomu ukazuje interdyscyplinarny charakter postępowania logopedycznego i obejmuje swym obszarem perspektywę medycznego, lingwistycznego, psychologicznego oraz pedagogicznego opisu mowy w rozwoju i w zaburzeniach.

Artykuły zgromadzone w tomie zawierają wiele cennych teoretycznych wniosków i praktycznych rozwiązań, które ułożono w całość składającą się z trzech zasadniczych części.

Pierwszą część stanowią teksty, których autorzy z kraju i zagranicy prezentują zagadnienia z zakresu logopedii jako nauki i kierunku studiów. Omawiane zagadnienia dotyczą zarówno teoretycznej myśli, jak i strategii badawczo-metodyczno-organizacyjnych. Tworzona jest zatem nowa logopedyczna rzeczywistość, mocno osadzona w tradycjach dyscypliny. W podrozdziale *Logopedia zagraniczna*, otwierającym pierwszą część z tytułowaną *Prace naukowo-badawcze*, zamieszczono dwa artykuły. Pierwszy z nich przedstawia pracę z uczniem o specjalnych potrzebach edukacyjnych czeskich logopedów (Gerlindy Javorčekovej i Evy Tesarkovej). Pokróćce opisane zostały zasady opieki logopedycznej w regionie śląsko-morawskim. Zaprezentowano również alternatywny system komunikacji obrazkowej VOKS, włączany w postępowanie logopedyczne z uczniami szkół specjalnych.

Z kolei artykuł węgierskiego terapeuty mowy i języka oraz psychologa klinicznego Petera Lajosa wpisuje się w bogaty, wieloaspektowy nurt badań nad zaburzeniami płynności mowy. W szkicu omówiono studium przypadku trzynastoletniego jękającego się chłopca, u którego przyczyną zaburzenia stały się traumatyczne doświadczenia z wczesnego dzieciństwa.

Podrozdział drugi – *Logopedia polska* – obejmuje problematykę akwizycji mowy, opisu jej zaburzeń oraz rozważań nad zagadnieniami rozwoju i kształcenia języka z różnych perspektyw badawczych. Autorzy wyjaśniają etiologię zaburzeń, ukazując etapy postępowania logopedycznego w perspektywie propozycji uporządkowania różnego rodzaju złożonych zjawisk występujących w nienormatywnych realizacjach fonemów (Danuta Pluta-Wojciechowska), wskazują wpływ nieprawidłowości w budowie czaszki na zaburzenia rozwoju mowy dzieci (Dawid Larysz) wraz z dysfunkcjami wpływającymi na rozwój psychomotoryczny i społeczny dziecka (Olga Przybyła i Małgorzata Stando-Pawlik). Badacze kierują również uwagę na inne determinanty istotne dla procesu kształtowania się mowy i rozwoju języka dziecka, podkreślają m.in. rolę sygnałów dźwiękonaśladowczych (Elżbieta Maria Minczakiewicz), a także skupiają się na aspekcie żywienia dzieci z dysfunkcjami neurologicznymi (Katarzyna Kasica-Bańkowska). Wśród rozważań znalazły się ponadto odniesienia do znaczenia terapii logopedycznej w kształceniu kaznodziejów (Leszek Szewczyk) oraz uwagi na temat rezonansu w perspektywie rejestrów głosowych (Renata Danel).

Część druga – zatytułowana *Studia z praktyki logopedycznej* – została pomyślana jako zbiór artykułów przydatnych logopedzie w jego zawodowej praktyce. Zaprezentowane szkice łączą różne koncepcje na temat postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, wynikające z praktycznych doświadczeń, podbudowane niezbędną teoretyczną wiedzę z zakresu logopedii. W części tej znalazły się studia przypadków oraz opisy efektów terapeutycznych oddziaływań. Interesujące sposoby wykorzystania doświadczeń wpływających z wiedzy odnajdziemy w opisie postępowania: z pacjentem z zespołem Gregga (Elżbieta Maria Minczakiewicz), z pacjentem po urazie mózgu (Tatiana Lewicka, Anna Szmal), z dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym (Zuzanna Gryszka-Mędrak). W propozycji oddziaływań terapeutycznych znalazły się: dogoterapia (Marzena Machoś-Nikodem) oraz wieloaspektowa terapia jękania (Elżbieta Bijak, Justyna Toronczak).

W ostatniej, trzeciej części tomu, obejmującej *Materiały, pomoce, sprawozdania*, zostały zamieszczone propozycje metodyczne przydatne w codziennej logopedycznej praktyce: scenariusze zajęć z wykorzystaniem alternatywnych i wspomagających metod komunikacji w pracy z dzieckiem z mózgowym porażeniem dziecięcym (Zuzanna Gryszka-Mędrak). Część ta zawiera również sprawozdania z naukowych konferencji: z konferencji z okazji Światowego Dnia Osób Jękających się z cyklu „Świat, który rozumie jękanie”, organizowanych w latach 2008–2010 (Elżbieta Bijak, Dorota Kamińska) oraz z Logopedycznych Dni Uniwersytetu Śląskiego odbywających się w latach 2009–2011 (Agnieszka Rożek). Tom zamyka opis celów i założeń

projektu Network for Tuning Standards and Quality of Education programmes for Speech and Language Therapists in Europe (Olga Przybyła, Tomasz Woźniak).

\* \* \*

Oddając w ręce Czytelników pierwszy tom „Logopedii Silesiany”, mamy nadzieję, że rozważania teoretyczno-kazuistyczne zawarte w publikacji przyczynią się do doskonalenia terapeutycznego warsztatu, a nowo powstałe pismo otworzy możliwość prezentacji dokonań i przemyśleń wszystkim osobom zainteresowanym logopedią jako nauką o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych oraz opisem relacji między mową, myśleniem a rzeczywistością wyrażaną językiem.

*Olga Przybyła*

CZĘŚĆ PIERWSZA

# Prace naukowo-badawcze

Logopedia  
Silesiana  
1



GERLINDA JAVORČEKOVÁ, EVA TESÁRKOVÁ

Szkoła Specjalna z Oddziałami Szkoły Życia, Hawierzów Miasto

## Opieka logopedyczna dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w regionie śląsko-morawskim

**ABSTRACT:** Speech is very important for communication between people. The Moravian-Silesian Region speech therapy is provided free of charge, is covered under the contractual relationship of the medical facilities and health insurance. Speech therapy is available to every child and adult.

**KEY WORDS:** speech therapy, children with special educational, visual communication system PECS

Mowa odgrywa niezmiernie ważną rolę w komunikacji międzyludzkiej. Czasami zdarza się, że nie rozwija się prawidłowo.

W społeczeństwie czeskim mowa jest ceniona, dlatego nawet małe wady wymowy i niewłaściwe wysławianie się mogą być wśród uczniów powodem wyśmiewania kolegów. Z wadami wymowy ściśle powiązane są problemy z nauką. Czyni się więc starania, aby dzieci nie miały nawet najmniejszej wady wymowy. W tym celu wykorzystywana jest logopedia.

W Czechach korekcję wad wymowy zabezpiecza logopeda kliniczny. Może on działać w ramach resortu zdrowia (poradnie logopedyczne), resortu oświaty (logopeda szkolny) oraz Ministerstwa Pracy i Spraw Socjalnych (logopeda w zakładach opieki). Logopeda kliniczny zapewnia opiekę logopedyczną dzieciom i dorosłym z wadami mowy, włącznie z wadami mowy u niesłyszących.

Oferowana opieka logopedyczna jest bezpłatna – finansowana w ramach umów z kasami chorych, co regulują zarządzenia Ministerstwa Zdrowia.

W zależności od woli pacjent może skorzystać z dodatkowej diagnozy, przeprowadzonej na wyraźne jego żądanie, jednakże wówczas wnosi opłatę za ponadstandardowe czynności. Podobnie rzecz się ma z ewentualnym opracowaniem informacji w celach dalszego leczenia bądź korzystania z dodatkowych zajęć. Opieka logopedyczna przysługuje zarówno dzieciom, jak i osobom dorosłym.

Opiekę logopedyczną oferuje się:

- dzieciom, które mają opóźniony rozwój mowy nie tylko w obrębie wymowy, ale również w obrębie trudności semantyczno-syntaktycznych, a więc trud-



ności w opanowywaniu systemu języka, począwszy od bogacenia słownictwa, rozwijania uwagi słuchowej, doskonalenia czynności grafomotorycznych, po poziom organizacji zdania;

- dzieciom, które w naturalnym, fizjologicznym rozwoju potrzebują tylko fachowego ukierunkowania w celu zapobieżenia wystąpienia późniejszych wad wymowy – dzieci w wieku 3–4 lat;
- dorosłym pacjentom, którzy mają trudności z artykulacją głosek i są chętni do poprawienia swojej wymowy;
- ludziom z obciążeniami głosu, wynikłymi ze zmian organicznych na strunach głosowych wskutek niewłaściwego, nieoszczędnego używania technik głosowych (nauczyciele i osoby profesjonalnie pracujące głosem);
- osobom, które nie są zadowolone ze swej wymowy i chciałyby lepiej oraz wyraźniej mówić;
- dorosłym pacjentom po incydentach mózgowych.

Czas pozostawiania pacjenta pod opieką logopedyczną określają uzyskane na podstawie diagnozy wyniki poziomu jego komunikacyjnych możliwości oraz informacje płynące od członków rodziny / osób z najbliższego otoczenia. Najczęstszymi wadami są: dyslalia, opóźniony rozwój mowy, jąkanie, porozszerzcowe dysfunkcje w rozwoju mowy i języka, dysfazja oraz mutyzm wybiórczy.

W regionie morawsko-śląskim opieka logopedyczna jest prowadzona również w szkołach specjalnych. Wadami najczęściej występującymi wśród ich uczniów są: opóźniony rozwój mowy i dyslalia. Rodzice wyrażają pisemną zgodę na terapię logopedyczną prowadzoną na terenie szkoły przez nauczyciela przy współpracy z logopedą klinicznym. Logopeda kliniczny diagnozuje dziecko i wydaje nauczycielowi zalecenia dotyczące postępowania terapeutycznego oraz określa, jakimi metodami należy z dzieckiem pracować. Nauczyciel we współpracy z logopedą specjalistą prowadzi zajęcia z dzieckiem, włączając w zakres postępowania terapeutycznego odpowiednie i różnorodne pomoce logopedyczne. Efekty terapii determinuje jakość współpracy logopedy klinicznego z nauczycielem, ich zaangażowanie oraz poziom merytorycznego przygotowania nauczyciela z zakresu podstaw logopedii. Nauczyciel permanentnie motywuje dziecko do pracy. Motywacja ta jest podstawą korekcji wad wymowy. Na logopedzie klinicznym spoczywa obowiązek oceny zaawansowania terapeutycznych poczynań nauczyciela oraz monitorowanie pracy i weryfikowanie co cztery tygodnie przebiegu terapii. Gdy działania są efektywne, wówczas logopeda wydaje nauczycielowi dalsze dyspozycje oraz wskazuje materiały do kontynuowania terapii logopedycznej. Gdy terapia nie przynosi oczekiwanych efektów / rezultatów, wówczas utrzymuje się dotychczasowe zalecenia, realizując je przez kolejny miesiąc. Wiadomo bowiem, że poziom i skuteczność terapii są uzależnione od indywidualnego tempa pracy każdego dziecka.

W szkołach specjalnych ważna jest współpraca ze specjalnymi centrami pedagogicznymi, które ukierunkowane są na terapię wad wymowy (odpowiedniki polskich poradni psychologiczno-pedagogicznych). W przypadku głęboko upośledzonych

pacjentów dużą rolę odgrywa skupienie uwagi na rozwoju mowy, czego efektem ma być jak najlepsze przygotowanie dziecka do nauki szkolnej.

Komunikacja alternatywna, wykorzystywana w szkołach specjalnych przy problemach ogólnokomunikacyjnych, oparta jest na technikach wizualizacyjnych. W pracy z uczniami pozbawionymi, wskutek uszkodzeń, percepcyjnej i ekspresyjnej możliwości słownego wypowiedzenia się, wykorzystuje się środki niewerbalne, takie jak gest i mimika. Komunikacja może być także zaburzona wskutek złego kontaktu wzrokowego lub niewłaściwego używania mimiki czy gestu. W takich przypadkach należy starać się opanować podstawowe funkcje komunikacji, takie jak wyrażanie potrzeb i życzeń, zwrócenie uwagi oraz wyrażanie sprzeciwu. System komunikacji wykorzystuje konkretne przedmioty, obrazki, symbole i piktogramy. Niektórzy uczniowie używają do komunikacji kart z instrukcjami pisanymi klasycznym pismem lub mają stworzony wymienny system komunikacji obrazkowej VOKS.

VOKS – będący zarówno sposobem nauki komunikacji, jak i ideą jej zaszczepiania – prowadzi do inicjatywy i niezależności w komunikacji. Dzięki jego wprowadzaniu dąży się do rozbudzania potrzeby komunikowania się podopiecznych. Terapeuci tłumaczą im, dlaczego uczą ich komunikowania, czemu jest ono ważne. Rozwijają ich świadomość znaczenia komunikacji dla codziennego funkcjonowania i uświadamiają jej społeczną siłę. Ćwiczenia umiejętności komunikacyjnych są realizowane w ramach zwykłych życiowych sytuacji. System ten podkreśla nierozłączność systemu komunikacyjnego z prowadzeniem wychowania i nauczania. System ten jest oparty na następujących zasadach:

- wysoka motywacja (konkretny wybór systemu dla konkretnego, określonego klienta);
- zmysłowa i konkretna wymiana obrazka za rzecz, o której się mówi;
- wsparcie inicjatywy podopiecznego użyciem delikatnej siły fizycznej i zaakcentowaniem werbalnych haseł i instrukcji;
- wsparcie niezależności toku lekcyjnego.

Terapia logopedyczna w przypadku dzieci z niepełnosprawnością intelektualną jest procesem długotrwałym i wymagającym dużego zaangażowania. Radość płynącą z każdego terapeutycznego efektu przeżywają nie tylko rodzice, ale również prowadzący zajęcia nauczyciele. Nagrodą w logopedycznej praktyce jest bowiem osiąganie coraz lepszej komunikacji werbalnej dziecka z otaczającym go światem.

Tłumaczenie z języka czeskiego  
*Józef Oczadły*

Řeč je velmi důležitá pro komunikaci mezi lidmi. Někdy se nerozvíjí tak, jak má. Nápravu zajišťuje klinický logoped. Může působit ve 3 rezortech – v rezortu zdravotnictví, tj. logopedické poradny, v rezortu školství, tj. školní logoped a v rezortu ministerstva práce a sociálních věcí (tj. logoped působící v ústavech). Klinický logoped poskytuje logopedickou péči pro děti i dospělé s vadami řeči včetně vad řeči u poruch sluchu.

Poskytovaná logopedická péče je bezplatná! Je hrazena v rámci smluvního vztahu zdravotnického zařízení a zdravotních pojišťoven.

Přímo hrazeno pacientem je pouze logopedické vyšetření na vlastní žádost, péče nad rámec smluvního vztahu nebo vypracování zprávy nesledující léčebný cíl. Logopedie je tak dostupná každému dítěti i dospělému.

Péče je poskytována:

- dětem, které z různých příčin zůstávají pozadu za přirozeným vývojem řeči – nejen v oblasti výslovnosti, ale také i v oblasti rozvoje větné skladby, slovní zásoby, zrakového a sluchového vnímání, grafomotoriky;
- dětem, které ve svém přirozeném fyziologickém vývoji potřebují pouze správně nasměrovat ve snaze zabránit vzniku pozdějších možných poruch výslovnosti (3.–4. rok věku dítěte);
- dospělým pacientům, kteří mají potíže s artikulací hlásek a rádi by svoji výslovnost zlepšili;
- lidem s hlasovými obtížemi, způsobeným jednak organickými změnami na hlasivkách nebo pouze nesprávným nešetrným užíváním hlasových technik (hlasový profesionálové, pedagogové...);
- lidem, kteří nejsou spokojeni se svým mluvním projevem, chtějí umět lépe a výstižněji komunikovat;
- dospělým pacientům po mozkových příhodách.

Délka logopedické péče záleží na diagnóze, na spolupráci s rodinou a na dispozicích dítěte. Mezi nejčastější logopedické vady patří dyslálie, opožděný vývoj řeči, zmírnění nebo náprava koktavost, vady řeči při rozštěpech, dysfázie, a elektivní mutismus. V moravskoslezském kraji na ZŠ pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami také probíhá logopedická péče. Nejčastěji se vyskytuje opožděný vývoj řeči a dyslálie. Rodiče musí souhlasit s tím, aby dítě procházelo logopedickou nápravou ve školním zařízení, spoluprací klinického logopeda a učitele. Klinický logoped dítě vyšetří a dá pokyny učiteli, jakým způsobem má s dítětem pracovat. Učitel ve spolupráci s logopedem založí dítěti logopedický sešit s obrázky, podle kterého pracuje. Klinický logoped navštěvuje školu přibližně co 4 týdny. Zjišťuje, jak probíhá náprava vady. Pokud úspěšně, dá učiteli pokyny, příp. materiály k další nápravě. Pokud náprava nepostupuje úspěšně, stejné cviky mluvidel jsou prováděny další měsíc.

Na speciálních školách je důležitá spolupráce se speciálními pedagogickými centry, která jsou zaměřena na vady řeči. Součástí jazykové výchovy je řečová výchova. Velký důraz je kladen u těžce mentálně postižených jedinců, vzdělávajících se v přípravném stupni, na řečovou stránku, aby byli co nejlépe připraveni pro vstup do 1. ročníku školy.

Alternativní komunikace a její využití na základní škole speciální – při komunikační nedostatečnosti a jako nástroj vizualizace. U žáků je narušena receptivní i expresivní složka verbálního vyjadřování. Neverbální prostředky jsou gesta a mimika. Komunikace je také narušena špatným očním kontaktem a špatným napodobováním mimiky a gest. Snažíme se postihnout a zvládat základní funkce komunikace – vyjadřování potřeb a přání, upoutat pozornost a vyjádřit odmítnutí. Využíváme komunikační systém s použitím konkrétních předmětů, obrázků, symbolů a piktogramů. Někteří žáci využívají karty s pokyny psané hůlkovým písmem a také mají vytvořený výměnný obrázkový komunikační systém VOKS.

VOKS je způsob jak učit klienty komunikovat a především jak jim osvětlit proč komunikovat – tedy význam a síla komunikace. Vede k iniciativnímu přístupu, k nezávislosti. Návěť komunikačních dovedností se realizuje v rámci běžných životních situací. Zároveň zdůrazňuje nedělitelnost komunikačního systému od výchovně vzdělávacího procesu.

PÉTER LAJOS

Eötvös Loránd University, „Bárczi Gusztáv”

Faculty of Special Education, Budapest, Hungary

## Case Study of a 13-year-old Boy Suffering from Depression and Stuttering

**ABSTRACT:** Studium przypadku trzynastolatka cierpiącego na depresję i jękającego się. Przyczyną zaburzeń emocjonalnych, nie płynności mowy i depresji chłopca są jego przeżycia z wczesnego dzieciństwa – chłopiec w wieku trzech lat został oddzielony od matki.

**SŁOWA KLUCZOWE:** jękanie, psychologia kliniczna, depresja, separacja, samobójstwo

### Introduction

In clinical practice there is a frequently occurring problem, namely, who has the competence to treat stuttering. Speech therapists often think that – because of the emotional background of stuttering – it is better to refer children who stutter to psychotherapy. In spite of this, psychologists regard stuttering as a speech problem and send back children who stutter to the speech therapist. As we know speech therapy can develop the fluency of speech, communication ability, self-expression, self-competence, and finally can reduce or eliminate the symptoms of stuttering. Although children who stutter may have serious emotional problems, and speech therapists – after a complex examination – have to decide who is competent in the treatment.

This paper presents the diagnostic process of a 13-year-old boy who stutters and suffers from depression in order to outline the competence of a speech therapist in the treatment of people who stutter.

## Childhood depression

Depression affects people of all ages, including children and young people. Depression among school-aged children is becoming increasingly commonplace. Children and adolescents with major depressive disorder are much more likely to commit suicide. Depression in school-aged children is real and it is a serious problem that all too often goes unnoticed. The most common symptoms of depression are feeling worthless, anxious, empty, irritated, hopeless, loss of interest in activities, hobbies, or relationships, reduced pleasure in daily activities, inability to enjoy activities which used to be the sources of pleasure, change in appetite, persistent difficulty in falling asleep or staying asleep, difficulty in concentrating or making decisions.

Sigmund Freud suggests that depression also involves guilt and self-criticism, which can be related to loss during childhood. Anger or hostility may be directed at parents if they do not give the child the love and warmth that is needed for healthy development. However, these destructive feelings are turned inwards and the child blames itself for the loss, which leads to guilt and self-criticism<sup>1</sup>.

Rene Spitz observed that infants separated from their caregivers for a long period exhibit developmental delays, depression and withdrawn affects, and unresponsiveness toward hospital caregivers<sup>2</sup>. According to John Bowlby the human infant has a need for a secure relationship with adult caregivers, without which normal social and emotional development will not occur. Parental behaviour lead to the development of patterns which will guide the individual in later relationships<sup>3</sup>.

## The role of separation in the etiology of stuttering

Sara Klaniczay observed the mothers' report of children who stutter and found that among 80 children who stutter 39 were separated from their mother before the onset of stuttering. In a high percentage of cases a lengthy separation from mother preceded the development of the disorder. The child either having gone on holiday or into hospital without his mother, or mother having left home. In her view frustration of the child's need to cling is fundamental to the formation of stuttering<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> S. FREUD: *Mourning and Melancholia*. "The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud" 1957, Vol. 14, s. 1914–1916.

<sup>2</sup> R. SPITZ: *Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood*. "Psychoanalytic Study of the Child" 1945, Vol. 1, 53–74.

<sup>3</sup> J. BOWLBY: *Attachment and Loss*. New York, Basic Books 2 1969.

<sup>4</sup> S. KLANICZAY: *On Childhood Stuttering and the Theory of Clinging*. "Journal of Child Psychotherapy" 2000, Vol. 26 (1), s. 97–115.

Gertrude Wyatt says that the speech development can be successful only if the relationship between mother and child is uninterrupted. Absence of such relationship may produce a crisis of speech development.

The kind of the anxiety she observed in young stuttering children may best be described as a fear of losing immediate access to and close contact with the mother or as an intensive longing to be closer to her<sup>5</sup>.

Peter Glauber wrote extensively about stuttering as a defensive reaction to the trauma of the child's feelings of separation from mother. In his experience, the predominant cause of stuttering is separation anxiety, but especially in the context of the fantasy of the mother-child symbiosis<sup>6</sup>.

Margaret Wilkinson argues that early symbiotic fusion needs in conflict with the need to separate produce stuttering. She suggests that one of her patient's stutter was symptomatic of him getting 'stuck' in the processes of separation because of his need to remain fused with mother<sup>7</sup>.

Winslow Hunt describes the central conflict within the stutterer's personality to be "between the wish to be in harmony with the mother and the wish to become his own independent self"<sup>8</sup>.

As we know, that early experiences in childhood have an important influence on development and behavior in later life. I think that children, who endured early separation, are more sensitive to the later separation, and become independent more difficultly.

## Case study

A 13-year-old boy was referred to speech therapy because of his stuttering. He started to stutter when he was three years old and that time he also had bedwetting problem.

In the early period during his diagnostic process it turned out that he had serious emotional problems. He was often moody and sad without any reason. Sometimes he became irritable and withdrew from social situations. At that time he lost his interest in school and was thinking about committing suicide. I used

---

<sup>5</sup> G.L. WYATT: *Language Learning and Communication Disorders in Children*. New York, The Free Press 1969.

<sup>6</sup> I.P. GLAUBER: *The psychoanalysis of Stuttering. Stuttering*. In: *Symposium*. Ed. J. EISENSON. New York, Harper and Brothers 1958.

<sup>7</sup> M. WILKINSON: *His mother-tongue: from stuttering to separation, a case history*. "Journal of Analytical Psychology" 2001, Vol. 46, s. 257–273.

<sup>8</sup> W.R. HUNT: *The psychology of stuttering; the insights of I.P. Glauber*. "Contemporary Psychoanalysis" 1984, Vol. 20, s. 464–470.

different methods during his examination: “first interview”, “mother report”, “drawings”, “Rorschach test”<sup>9</sup> and explore his intention of suicide.

### First interview

What we call it first interview is when we first see the patient to obtain the basic information about his problem.

The grandparents called me because of their grandson's stuttering. The mother and her son come to our first appointment. The boy is tall and thin. Moody, not happy. He seems older than his age. He speaks very low. The mother, appeared to be about 30 years old. She was an average woman, long, brown hair, big brown eyes, smiling face. She says that the teacher complains about her son, who has behavioral problems in school. He is not able to control his strong emotions. He is often angry, because his classmates tease him. She adds that, he is often moody and sad. She feels that he has affinity to depression. She tells an incident when strange boys attacked her son while he was walking in the street on his way to the video shop. They teased him, got around him and when he tried to run away (escape), they tripped him up, he stumbled and hurt his knees. He did not know those guys in person, just somebody by sight. This case shocked him very much, and since then he has become more introverted and started to think about committing suicide. He told it first to his teacher in the school, who called his parents, but they did not attach great importance to this and did not ask for help.

Aaron thinks that the source of his problems, that when his classmates make him angry, he can not control his emotions. The teacher notices, when he starts to hit them, and she punishes him. I did not perceive his stuttering as being very strong during our conversation, just only a few blocks interrupted his speech.

### Mother report

The next time I met the mother to obtain data about her child development.

From the history the following details are important. The mother was comparatively young when she became pregnant, she was 21 years old. The pregnancy and birth were normal. Aaron was breast-fed for 6 months, was walking at 9 months and was toilet trained by 3 years. It was interesting, that the mother did not remember his speech development. He did not fit in the nursery school, but later he managed adapt to it. He was lonely in the school and did not have any friends. He began to stutter at 3 years old and he had bed-wetting problems, when he was 4 years old.

---

<sup>9</sup> H. RORSCHACH: *Psychodiagnostics: A Diagnostic Test Based on Perception*. Cambridge, MA Hogrefe Publishing Corp. 1998.

He has got 2 brothers Mike and Adam. Mike is 12 and Adam is 7 years old. When his brother was born he was only 1 year old, and the birth of Mike was a shock for him. When Mike was born, his mother went unexpectedly to a hospital. His father was very busy with his work and left the child in the care of grandparents in their house so the grandparents took care of him. Grandmother did not allow him to be taken to the hospital because it would disturb him. He changed very much, when they took him finally and rejected his mother. It was a traumatic experience for him, because he was too young to be separated from his mother for a long period.

### Drawings

I used different drawing test in the next period of the diagnostic process.

#### Draw the Person – House – Tree Technique

The house-tree-person test (HTP) is a projective personality test, a type of exam in which the test taker responds to or provides ambiguous, abstract, or unstructured stimuli (often in the form of pictures or drawings). In the HTP, the test taker is asked to draw houses, trees, and persons, and these drawings provide a measure of self-perceptions and attitudes. As with other projective tests, it has flexible and subjective administration and interpretation.

**Draw the Person.** He draws the figure of the person with a suitable size. The figure is not too small and not too big according to the size of the paper. He placed it in the center of the page. The lines are entangled. He draws the shape of the figure, especially the head with more than one line. It is not looking for eye contact. It seems that the figure makes a vague step with his left foot.



FIGURE 1. Aaron's man



**Draw the House.** The drawing of the house is schematic. The lines are also entangled. The house is not symmetrical.



FIGURE 2. Aaron's house

**Draw a Tree.** The shape of the tree is also schematic. The proportion of the branches and the trunk is suitable, but the branches seems more dominant than the trunk. The roots, which symbolize the past, are not visible, but this is customary in children, because they are concerned about the present. The lines of the branches, which symbolize the relation to people, are entangled.



FIGURE 3. Aaron's tree

### Family Drawing

The drawing of the family always gives interesting information about the relationships in the family. They represent unconscious desires and fantasies of the person who draws them. In the picture (from left to right): Mike, his mother, Adam, father and him. He draws himself on the picture at the last one, but his shape is the largest one. His two brothers stand next to their mother and he stands next to his father.



FIGURE 4. Aaron's family

### Fantasy Family

This is his “fantasy family” drawing. The task is: to transform his family into anything he wishes. In his “fantasy family” his father is a house. The house is a home. The house symbolizes a feeling of safety. His mother has become a heart. The heart is the symbol of the affection. Mike is an pinball machine, because he is a winner. It symbolizes his feeling that his parents prefer Mike over him. Adam is a mouse, because he is the youngest one, and less brave than his brothers. Aaron has become a TV box, because he likes watching TV.



FIGURE 5. Aaron's fantasy family

### Kinetic Family

I have found that asking children to draw their family during action is very informative. This type of the family drawings manifests the togetherness of the family. For example, if the family members act together it can express their solidarity feelings for each other. In his “kinetic family”: his mother washes up the dishes (left upper). Father digs a garden. His two brothers watch TV. He separately watches TV in his own room.



FIGURE 6. Aaron's kinetic family

### Mother – Child

The task is: to draw a mother with her child. This drawing points out the characteristic of the relationship between mother and her child. In the picture they reach for each other but they are not attained each other.



FIGURE 7. Aaron's mother – child drawing

### Rorschach test<sup>10</sup>

**Next session we made the Rorschach test.** The Rorschach test was developed by the Swiss psychiatrist Hermann Rorschach. The test consists of 10 cards, which are actually symmetrical ink blots. Some are black and white and some are colored. In theory the respondent will project his motives into the descriptions he provides of the inkblot. The responses are scored on three major features:

- We call the first one: The location. In this viewpoint we observe whether the response involves the entire inkblot or some part of it. The location of the response shows, how the individual can adapt to the world. For example, if the person refers to the whole stimulus it means, that person is able to look at the world from a perspective but keeps a distance from the reality. If the person refers to the part of the inkblot it may mean that he is closer to the real life, but gets lost in the details.
- The second one is: Determinants. In this viewpoint we observe whether the subject responds to the shape of the blot, its color, or differences in texture and shading. The determinants show the sociability and the anxiety of the person. For example the introverted persons ascribe more moves to the inkblot than extroverted ones. The anxious persons' answers the shading of the blots are determinate, not though their contour.
- The content of the response. In this viewpoint we observe what the response represents. This is the symbolic meaning of the responses. Rorschach validated method of diagnosing anxiety and hostility from the content of a subject's responses to the ink blots. For example hostility and anxiety is revealed by such responses as "gun" and "blood" and other explicit expressions or cultural symbolisms of this emotions. The blots are differentiated from each other. Each blot can signal specific meaning. For example there are "mother" and "father" blots. We observe how the subject responses refers to the hidden meaning of the blot. Aaron's Rorschach test results from the various analyzing viewpoints:
- According to the location of his responses he can adapt to the world and he is close to the real life.
- The determinants show, that he is more introverted and he is full of a fear and anxiety.
- Anxiety and hostility appeared in the content of his responses to the ink blots. Hostility is revealed by such responses as "dagger". Anxiety is revealed by such responses as "blood". In his responses to the "mother blot" appeared his ambivalent relationship to his mother. According to my explanation: he seems not to be able to separate from his mother and this is the reason of his anxiety, which he tries to eliminate it with his aggression. In his response of the VIIIth blot describes his problem to separate from their parents. He says: "Two pumas, one

---

<sup>10</sup> H. RORSCHACH: *Psychodiagnostics: A Diagnostic Test Based on Perception...*

on the right, one on and the left side of the page, compress the butterfly with their hind legs, prevented him going away”.



FIGURE 8. The VIIIth blot of the Rorschach Test

### Exploration of suicidal thoughts

I devoted one session to the exploration of his suicidal thoughts. I wanted to know how realistic his intention to commit suicide was. The dialogue between us was the following.

**Since when have you had thoughts like this? Where would you commit suicide?** My suicidal thoughts started on the middle of January the first. It was because of my troubles in school. I was seriously of jumping out of the window in school because the others pestered me all the time.

**What would your classmates have believed if you had done it?** They would have thought that I was stupid. But they would have reflected on what had been done to me especially, Thomas and George. Supposedly the others didn't notice, what was done to me.

**What would your teacher have believed if you had done it?** She would have been very sad, but she would not have been surprised, because she knew that I was sad because the others teased me.

**What would your mother have believe?** She would have thought that I had committed suicide because I was sad. She would act so like when grandma died. She went out into the garden. Sat down and cried. Maybe, my death would have shocked her better. Grandma was ill and counted on her death. My death would have been unexpected. She would have put herself through it in 2 or 3 months. She would have thought that she did not care about me. She did not pay attention to me. I withdraw into myself. I turned a deaf ear to her. I pushed myself away from her.

**What would your father have believed?** He probably would get through it more easily, but it could be, that he would become more introverted and would start to think of committing suicide himself. My mother told me, that when my father's first wife left him, it had a big effect on him. He become more introverted and he probably thought of committing suicide, but he never mentioned it.

**What would your grandparents have believed?** Granddad considers suicide a taboo. He never expresses his emotions, but he would have mourned for months. He raised my father strictly. My grandmother would have been very sad but she would take care of my family. She would say that the family should make a step beyond this.

**What would your brothers have believed?** My older younger brother would not understand it, but later he would miss me increasingly. First he would see the benefits, that he gets my room. My youngest younger brother would feel for me like for the fish that died in the aquarium.

**Who would go to your funeral?** Dad would surely go to my funeral and I am not sure that my mom and my siblings would do so.

**Was there anybody who committed suicide in your family?** My great grand father died when he was young. He drank a lot. He went regularly to horse races. Maybe he had suicidal thoughts.

## Conclusion of the diagnostic process

Aaron was separated from his mother when his younger brother was born.

The next separation from his mother was very difficult for him. He did not fit in the nursery school. He was 3 years old, when he began to stutter and 4 when he had bed-wetting problems. These symptoms are signals of his anxiety. I thought that his stuttering could be seen as a reaction to his early separation.

Fitting in into the community always goes slowly for him. He also has integration difficulties in school. He was lonely and his classmates tease and exclude him, which makes him angry. Not long ago his mother changed workplace and spends less time at home. Not much later he started being concerned about his depressed symptoms and suicidal thoughts.

During the diagnostic process I realized that his problems are deeper than speech therapy could help with. After the analysis of the result I decided to refer him to psychotherapy before he would start speech therapy.



DANUTA PLUTA-WOJCIECHOWSKA

Uniwersytet Śląski w Katowicach

## Opis zaburzeń mowy jako pierwszy etap postępowania logopedycznego

**ABSTRACT:** The paper presents a description of speech disorders, in particular those concerning phoneme realization. The author provides a review of different methods in describing speech defects with regard to phoneme realization and she points out to pros and cons of these methods. She also formulates her own proposal for the description of speech impediments taking into account all phonetic categories.

**KEY WORDS:** speech disorders, disorders of phoneme realization, phonetic categories, logopedic treatment

### O etapach postępowania logopedycznego

Postępowanie logopedyczne przebiega zgodnie z paradygmatem wyznaczonym przez następujące etapy: opis zaburzenia, wyjaśnianie przyczyn oraz prognozowanie i projektowanie terapii. Wymienione kroki postępowania, składające się na sekwencję działań związanych z diagnozą i terapią, obowiązują w przypadku każdego zaburzenia mowy<sup>1</sup>. Deskrypcja – jako pierwszy krok – otwiera kolejne etapy postępowania pod warunkiem, że opis jest przeprowadzony zgodnie z kanonami sztuki logopedycznej.

#### Jak jest?

Trójstopniowy model postępowania wiąże się z pytaniami, na które logopeda poszukuje odpowiedzi. W pierwszym etapie sformułowane jest zatem następujące ogólne pytanie dotyczące językowego porozumiewania się: Jak jest? Pytanie to

---

<sup>1</sup> S. GRABIAS: *Mowa i jej zaburzenia*. „Audiofonologia” 1997, nr 10, s. 9–36.



może mieć charakter bardziej szczegółowy i brzmieć: Jaka jest płynność mówienia? W jaki sposób dziecko buduje zdania? W jaki sposób dziecko realizuje fonemy? Czy i w jaki sposób rozumie kierowane do niego wypowiedzi? itd.

Sformułowanie odpowiedzi na postawione pytania związane z pierwszym etapem staje się możliwe po przeprowadzeniu badania poszczególnych umiejętności związanych z mówieniem i rozumieniem. Efektem pierwszego etapu jest opis zaburzenia. Zgodnie z koncepcją diagnozy pozytywnej pełny opis powinien zawierać dwie kategorie cech: cechy normatywne i cechy nienormatywne. Taka postawa jest zbieżna z komentarzem Stanisława Grabiassa na temat wykorzystania w terapii także cech normatywnych mowy, wcześniej uwzględnionych w opisie<sup>2</sup>.

W zależności od stopnia uszczegółowienia opis może przyjąć formę następujących stwierdzeń: dziecko wypowiada się w formie pojedynczych słów, dziecko realizuje fonemy ustne w sposób nosowy, dziecko realizuje fonem /t/ w sposób dorsalny, dziecko nie rozumie kierowanych do niego poleceń itp.

### Dlaczego?

Kolejny etap wynika z pierwszego i łączy się z pytaniem: Dlaczego opisane zaburzenia mowy wystąpiły? Pytania związane z drugim etapem przybierają formę i zakres odpowiedni do opisanych zaburzeń. Innymi słowy, w zależności od opisu zaburzeń logopeda formułuje pytanie o etiologię wystąpienia cech nienormatywnych, np.: Dlaczego dziecko posługuje się pojedynczymi słowami i nie tworzy zdań? Dlaczego dziecko realizuje fonemy ustne w sposób nosowy? Dlaczego dziecko realizuje fonem /t/ w sposób dorsalny? Dlaczego dziecko nie rozumie kierowanych do niego poleceń?

Jeżeli opis zaburzenia jest nieprawidłowy, nieadekwatny do zaburzenia lub niepełny, logopeda sformułuje na jego podstawie nieadekwatne lub niewystarczające pytania dotyczące etiologii. Konsekwencją takiej sytuacji może być to, iż dziecko nie zostanie objęte terapią logopedyczną lub będzie poddane terapii nieadekwatnej do zaburzenia i jego etiologii.

Dla wyjaśnienia etiologii zaburzeń i dalej projektowania terapii logopedycznej kluczowy jest zatem odpowiadający rzeczywistej sytuacji opis objawu – opis na podstawie rzetelnego badania logopedycznego, którego podmiot stanowi osoba mówiąca. Nie można zapominać, że logopeda zajmuje się *homo loquens*, a nie zaburzeniami...

Uzyskanie odpowiedzi na pytanie dotyczące etiologii zaburzeń wymaga przeprowadzenia pełnego badania logopedycznego, na które składają się m.in.: wywiad, badanie narządów mowy, badanie czynności związanych z kompleksem ustno-twarzowym, badanie słuchu fizjologicznego, fonetycznego i fonemowego, bada-

---

<sup>2</sup> Ibidem.

nie rozwoju umysłowego itd. Paradygmat czynności diagnostycznych zmienia się w zależności od wieku badanego i specyfiki stwierdzonych zaburzeń. Niejednokrotnie wyjaśnienie ich przyczyn wymaga przeprowadzenia specjalistycznych badań, np. foniatrycznego, psychologicznego, neurologicznego, audiologicznego.

### Co zrobić, aby zmienić cechy nienormatywne w normatywne?

Trzeci etap postępowania wynika z etapów pierwszego i drugiego. Czynności o charakterze prognostycznym, prowadzące w efekcie do sformułowania programu terapii, wymagają uprzedniej analizy stwierdzonych cech nienormatywnych w kontekście etiologii oraz możliwości i ograniczeń oferowanych przez logopedię metod terapii. W obrębie obszarów wymagających interwencji należy zatem wyodrębnić:

- cechy nienormatywne, które można zmienić za pomocą metod terapii logopedycznej;
- cechy nienormatywne, których likwidacja wymaga na początku zastosowania innych niż terapia logopedyczna metod postępowania (np. operacji chirurgicznej), a zatem nie można ich zmienić za pomocą terapii logopedycznej w istniejących warunkach strukturalnych;
- cechy nienormatywne, których natężenie można zmniejszyć za pomocą terapii logopedycznej (na danym etapie rozwoju i leczenia dziecka) przez skierowanie przebiegu danej czynności na tory zbliżone do normatywnych<sup>3</sup>.

Wyodrębnienie przedstawionych kategorii cech w znacznej mierze ułatwia prognozowanie efektywnego programu terapii. Kategoryzując cechy nienormatywne, można uświadomić sobie realność oddziaływań i ich ograniczenia. Humanistyczne podejście w terapii logopedycznej, które powinno towarzyszyć logopedzie w projektowaniu terapii, wyznacza nieodzowność takiej refleksji. Chodzi o unikanie nierealnych celów, które nie mogą być spełnione ze względu na np. konieczność podjęcia innych niż terapia logopedyczna procedur.

Ten etap postępowania powinien zostać uwieńczony odpowiedzią na kluczowe pytanie, które brzmi: Czy i w jakim zakresie za pomocą metod terapii logopedycznej jestem w stanie pomóc dziecku, czy też likwidacja zaburzenia wiąże się z zastosowaniem najpierw innych metod, np. medycznych lub psychologicznych?

---

<sup>3</sup> D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania – Teoria – Praktyka*. Wyd. 2., poszerzone i poprawione. Bytom, Ergo-Sum 2008.

## Realizacja fonemów jako przedmiot badania logopedycznego

Często występującym zaburzeniem mowy jest nienormalna realizacja fonemów. Badanie dźwiękowych realizacji fonemów wymaga pewnych ustaleń, a mianowicie:

- wyboru systemu fonologiczno-fonetycznego będącego przedmiotem badania;
- zastosowania odpowiedniej procedury i metody badania;
- przyjęcia konwencji związanej z zapisem stwierdzonych zaburzeń.

W przeciętnym gabinecie logopedycznym brak jest urządzeń do obiektywnej metody badania cech fonetycznych tworzonych dźwięków mowy. Z tego powodu w logopedycznej ocenie realizacji fonemów stosowana jest metoda słuchowo-wzrokowo-dotykowa, połączona z wykorzystaniem specjalnych prób, np. próby Czermaka, próby Gutzmana do oceny rezonansu głosek ustnych, mających w sposób bardziej obiektywny ujawnić niektóre cechy tworzonych dźwięków<sup>4</sup>. W ocenie realizacji fonemów warto także uwzględnić objawy trudności działania obwodowego aparatu wymowy<sup>5</sup>.

## W poszukiwaniu paradygmatu opisu zaburzeń realizacji fonemów Różne typologie wad wymowy

Dla jasności wyводу proponuję przyjąć, że termin „dyslalia” oznacza zakłócenia dźwięków mowy<sup>6</sup>. Badacze przyjmują różne kryteria podziału tego typu zjawisk.

Anna Sołtys-Chmielowicz<sup>7</sup> wymienia zasadniczo dwa typy klasyfikacji dyslalii, wyróżnione ze względu na charakter przyjętego kryterium, a mianowicie – przyczynę i objaw. Ze względu na objaw autorka wyodrębnia dwie subkategorie:

- typologię opartą na kryterium ilościowym;
- typologię opartą na kryterium jakościowym.

Typologie ilościowe odnoszą się „do liczby wadliwie wymawianych głosek lub cech dystynktywnych realizowanych nieprawidłowo”, a jakościowe „określają rodzaje wad”<sup>8</sup>.

Typologie opracowane z perspektywy jakościowej uwzględniają różne analizy zakłóceń dźwięków mowy, m.in. podział bardziej ogólny (mogilalia, paralalia, dyslalia właściwa), inne zaś opisują wady szczegółowe. Analiza przeprowadzona przez

<sup>4</sup> A. PRUSZEWICZ: *Foniatria kliniczna*. Warszawa, PZWL 1992.

<sup>5</sup> D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...*

<sup>6</sup> H. MIERZEJEWSKA, D. EMILUTA-ROZYA: *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*. „Audiofonologia” 1997, nr 10, s. 37–48.

<sup>7</sup> A. SOŁTYS-CHMIELOWICZ: *Klasyfikacje dyslalii*. „Audiofonologia” 1997, nr 10, s. 111–116.

<sup>8</sup> Ibidem, s. 111–116.

A. Sołtys-Chmielowicz uwzględniła także propozycję Józefa Kani, który dokonał podziału na:

- zaburzenia paradygmatyczne;
- zaburzenia syntagmatyczne<sup>9</sup>.

Spróbujmy przyjrzeć się niektórym typologiom dyslalii z punktu widzenia potrzeb związanych w szczególności z pierwszym etapem postępowania logopedycznego, pamiętając, że implikuje on rodzaj szczegółowych pytań, które są formułowane w drugim etapie.

Typologia Leona Kaczmarka<sup>10</sup> uwzględniła podział na:

- dyslalię jednoraką – nieprawidłowe wymawianie jednej głoski lub zastępowanie jej inną głoską;
- dyslalię wieloraką – wymawianie kilku lub kilkunastu głosek odmiennie bądź zastępowanie je innymi;
- dyslalię całkowitą – brak wymawiania głosek; realizowane są tylko cechy prozodyczne.

Autor wskazuje, iż dyslalia jednoraka i wieloraka może być prosta („głoska zastępująca nie różni się dużo od zastępowanej”) lub złożona („różnice między głoskami zastępowanymi a zastępującymi są większe”). Jak wykazuje praktyka, opis zaburzenia wykorzystujący w szczególności możliwości podziału na dyslalię jednoraką i wieloraką nie jest wystarczający dla logopedy poszukującego dokładnego opisu tworzonego przez pacjenta dźwięku mowy.

Nieco inny podział wad wymowy, jednak dość podobny do opisanego powyżej, proponuje Antoni Pruszewicz. Uwzględnił on następujące kategorie wad:

- bełkotanie izolowane – wadliwa artykulacja jednej głoski;
- bełkotanie częściowe – wadliwa artykulacja niewielu głosek;
- bełkotanie wielorakie – wadliwa artykulacja wielu głosek;
- bełkotanie uogólnione – zaburzenia artykulacji samogłosek i większości spółgłosek<sup>11</sup>.

W literaturze foniatrycznej odnaleźć można także szczegółowy podział niektórych wad wymowy związanych z realizacją wybranych fonemów, a mianowicie fonemu /r/ oraz fonemów dentalizowanych. Przyjmując, że nienormatywna realizacja fonemu /r/ to *rhotacismus*, A. Pruszewicz wymienia następujące jego rodzaje:

- *rhotacismus labialis* – rotacyzm wargowy;
- *rhotacismus buccalis* – rotacyzm policzkowy;
- *rhotacismus interdentalis* – rotacyzm międzyzębowy;

<sup>9</sup> Autorka zwraca uwagę także na możliwość wyodrębnienia szczególnych postaci dyslalii, „które, choć można opisać je, posługując się terminami już przedstawionymi, to jednak – ze względu na metodykę postępowania – powinny być wyrażone wydzielenie. Chodzi o wymowę bezdźwięczną (zwaną też mową bezdźwięczną) i palatolalię (dyslalia z poszumem nosowym, która występuje przy rozszczepie podniebienia)”. Ibidem, s. 115.

<sup>10</sup> L. KACZMAREK: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin, Wydawnictwo Lubelskie 1982, s. 170.

<sup>11</sup> A. PRUSZEWICZ: *Foniatria kliniczna...*, s. 242.

- *rhotacismus velaris* – rotacyzm podniebienny;
  - *rhotacismus uvularis* – rotacyzm uwularny;
  - *rhotacismus laryngealis* – rotacyzm krtaniowy<sup>12</sup>.
- Ten sam autor wyróżnia następujące rodzaje seplenień:
- *sigmatismus interdentalis* – seplenienie międzyzębowe;
  - *sigmatismus addentalis* – seplenienie przyzębowe;
  - *sigmatismus lateralis* – seplenienie boczne;
  - *sigmatismus stridens* – seplenienie świszczące;
  - *sigmatismus labialis* – seplenienie wargowe;
  - *sigmatismus palatalis* – seplenienie podniebienne;
  - *sigmatismus laryngealis* – seplenienie krtaniowe;
  - *sigmatismus nasalis* – seplenienie nosowe<sup>13</sup>.

Podział seplenień i rotacyzmów, jaki proponuje A. Pruszewicz, jest krokiem w dobrym kierunku, gdyż umożliwia opis niektórych zaburzeń dotyczących nienormalnych realizacji fonemu /r/ oraz fonemów dentalizowanych. Wskazana typologia jakościowa zaburzeń artykulacji nie uwzględnia jednak wszystkich fonemów, a lista możliwych zaburzeń dotyczących nienormalnej realizacji fonemu /r/ oraz fonemów dentalizowanych nie jest wyczerpana i ma charakter wybiórczy. Do takich wniosków upoważnia nie tylko doświadczenie praktyczne, ale również wyniki badań dyslalii ankyloglosyjnej, dyslalii zgryzowej i dyslalii rozszczepowej<sup>14</sup>.

W literaturze foniatrycznej<sup>15</sup> uwzględniany jest także podział na:

- mogilalię – brak głoski;
- paralalię – zastępowanie głosek;
- dyslalię właściwą – deformowanie głosek.

Z kolei w literaturze językoznawczej odnaleźć można podział zaburzeń paradygmatycznych na:

- elizję;
- substytucję;
- deformację<sup>16</sup>.

Takie ujęcie zagadnienia przez Józefa Kanię nawiązuje do typologii funkcjonującej w foniatryi. Podział proponowany przez autora jest niezwykle popularny wśród logopedów. Spróbujmy zatem odpowiedzieć na pytanie: Czy podział wad wymowy na trzy kategorie umożliwia rzetelny opis wadliwej realizacji fonemu?

<sup>12</sup> Ibidem, s. 243–244.

<sup>13</sup> Ibidem, s. 244.

<sup>14</sup> L. KONOPSKA: *Wymowa osób z wadą zgryzu*. Szczecin, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego 2006; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...*

<sup>15</sup> Por. A. PRUSZEWICZ: *Foniatrya kliniczna...*, s. 242.

<sup>16</sup> J. KANIA: *Szkice logopedyczne*. Warszawa, WSiP 1982.

### Trzy kategorie wad wymowy a potrzeby opisu

W ujęciu J. Kani elizja to brak realizacji fonemu. Z deformacją, w myśl koncepcji tegoż autora, mamy do czynienia wtedy, kiedy realizacja fonemu wykracza poza właściwe normie pole realizacji fonemu, a zarazem nie mieści się w polu realizacji innych fonemów. Z kolei substytucja występuje wówczas, gdy realizacja jakiegoś fonemu mieści się w polu realizacji innego fonemu albo inaczej – jeśli dwa fonemy są tak samo realizowane przez jednego pacjenta, np. /s/ → [s] i jednocześnie /sz/<sup>17</sup> → [s]; /l/ → [l] i jednocześnie /r/ → [l]. Takie ujęcie zagadnienia nie jest wolne od pewnych komplikacji, a mianowicie w sytuacji, w której u pacjenta występuje /sz/ → [s międzyzębowe], gdyż [s międzyzębowe] w stosunku do /s/ jest deformacją, a w stosunku do /sz/ – substytucją.

Zaproponowany przez Kanię podział na substytucje i deformacje nie jest zatem precyzyjny i ma pewne ograniczenia. Dotyczą one braku możliwości jednoznacznego zakwalifikowania (do jednej z trzech możliwości) realizacji typu /sz/ = [s międzyzębowe] lub /r/ = [l międzyzębowe], jakie znamy z praktyki logopedycznej. Zresztą sam autor typologii ma pewne wątpliwości, pisząc: „[...] do tych form [elizja, substytucja, deformacja – przyp. D.P.-W.] dają się z a s a d n i c z o sprowadzić wszystkie obserwowane paradygmatyczne zaburzenia wymowy”<sup>18</sup>.

W logopedii oprócz kryterium poprawności fonetycznej, określonej przez normę języka polskiego, stosowane jest także kryterium metrykalne, które wiąże się z przypisywaniem realizacjom typu /sz/ → [s], /r/ → [l] (czyli substytucjom) w pewnym wieku dziecka charakteru fizjologicznego, rozwojowego. Skoro zatem realizacje takie mają charakter rozwojowy, ontogenetyczny, to nie podlegają terapii, gdyż jako rozwojowe z wiekiem „miną i dziecko będzie prawidłowo realizować fonemy”. Taka postawa jest bardzo popularna wśród logopedów. Istota takiego podejścia mieści się w następującej tezie: jeśli występuje substytucja, można oczekiwać, że dziecko w odpowiednim czasie posiada umiejętność normatywnej realizacji fonemów. Czy tak jest zawsze? Praktyka pokazuje, że nie.

Sytuacja kształtuje się odmiennie w przypadku deformacji, a mianowicie: jeżeli występuje deformacja, to nie czekając, należy podejmować terapię logopedyczną, ponieważ mamy do czynienia z patologią.

Sposób opisu nienormatywnej realizacji fonemu z podziałem na substytucje i deformacje jednocześnie określa krok niezwykle istotny: podejmowanie terapii – w przypadku deformacji; niepodejmowanie terapii – w przypadku substytucji.

Przyjrzyjmy się zatem znanym z praktyki logopedycznej scenariuszom.

<sup>17</sup> W opracowaniu użyto zapisu literowego dla oznaczenia fonemów i głosek.

<sup>18</sup> Ibidem (wyróżn. – D.P.-W.).

### Możliwy scenariusz

Badając dziecko trzyletnie, logopeda stwierdza: /sz/ → [s] oraz /r/ → [l]. Realizacje te określa mianem substytucji rozwojowych i przekazuje rodzicom efekt badania: „Nie trzeba podejmować terapii, to dziecku minie”.

Dziecko za rok bądź za dwa lata wraca do logopedy, który wówczas stwierdza: /sz/ → [sz dorsalne] oraz /r/ → [r dorsalne zwarte]. Ustala zatem, że jest to deformacja, i przekazuje rodzicom efekt badania: „Należy bezzwłocznie rozpocząć terapię”.

### Interpretacja

#### Co zrobił logopeda?

Słyszac, że małe dziecko mówi „safa”, „lyba”, logopeda zakwalifikował takie realizacje do substytucji i stwierdził, że mają one charakter rozwojowy, a zatem nie podjął terapii logopedycznej (zgodnie z panującą regułą związaną z kryterium metrykalnym).

#### Co zrobiło dziecko?

Dziecko, mając prawidłowo rozwijający się słuch fonemowy, dąży do zróżnicowania artykulacyjnego fonemów /sz/ – /s/ oraz /r/ – /l/. Napotykając jednak na pewną rzeczywistą przeszkodę (np. skrócone wędzidełko języka, mała sprawność języka, inne cechy anatomiczno-czynnościowe układu oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnego, o których jeszcze mało wiemy!), uzyskuje z biegiem czasu realizacje dorsalne fonemów /sz/, /r/. Inaczej mówiąc, dziecko różnicuje artykulacyjnie fonem /sz/ z fonemem /s/, ponieważ fonem /sz/ realizuje dorsalnie. Robi to zgodnie ze swoimi warunkami anatomiczno-czynnościowymi.

### Analiza

Analizując opis przedstawionej sytuacji, nasuwają się następujące pytania:

- Czy opisane realizacje fonemów przez dzieci w wieku 3 lat były substytucjami czy też już deformacjami?
- Czy rzeczywiście cechy audytywne i artykulacyjne występujące przy realizacjach /sz/ → [s], /r/ → [l] były identyczne, jak przy realizacji fonemów /s/ → [s], /l/ → [l], czy nieco odmienne, a logopeda owych różnic nie zauważył?
- Albo inaczej: Czy logopeda nie zauważył (nie usłyszał, nie zobaczył) owych różnic, czy też zauważył (usłyszał, zobaczył), ale nie dokonał ich prawidłowej interpretacji?

### Nie mówi się „lyba” tylko „Lyba”

Analizując słynną wypowiedź dziecka: „Nie mówi się lyba tylko Lyba”, można przytoczyć następujący komentarz L. Kaczmarka: „Identycznie brzmiące dla otoczenia dziecięce [l], używane zamiast [r], oraz [l] normalne są dla dziecka głoskami różnymi, są realizacjami dwu różnych, jak to mówimy, fonemów, mianowicie /r/ oraz /l/. Dziecko wie, jak dana głoska winna brzmieć, nie każdą jednak umie właściwie wymówić, dlatego też protestuje, gdy otoczenie naśladuje jego wymowę”<sup>19</sup>. Innymi słowy, taka wypowiedź dziecka świadczy nie tylko o jego dobrym słuchu fonemowym, ale także o niedoskonałości słuchu dorosłego, który nie dostrzega, że dziecko wymówiło dwie różne głoski.

### Wnioski dla praktyki logopedycznej

Pojawiające się w dziecięcych artykulacjach drobne i subtelne różnice nie zawsze są dostrzegane przez badającego logopedę, nie można ich zatem opisywać w kategorii substytucji. Otwarte pozostaje pytanie: Które z cech odzwierciedlonych we wrażeniach słuchowych i wzrokowych „docierających” do logopedy będą prowadziły do tego, że z /sz/ → [s] lub /r/ → [l] pojawią się u dziecka normalne realizacje fonemów /sz/, /r/? Tego logopedia jeszcze nie wie...<sup>20</sup>.

Proponuję zatem oderwać się od tropienia i poszukiwania w dziecięcej wymowie substytucji i deformacji, a w zamian rzetelnie opisywać sposób realizacji fonemów, następnie zaś poszukiwać odpowiedzi na pytanie: Dlaczego nienormalne cechy fonetyczne wystąpiły bez względu na wiek dziecka? W takim ujęciu opis realizacji typu /sz/ → [s] powinien przyjąć formę: /sz/ → zębowe. Sam zapis ma jednak znaczenie drugorzędne. Najważniejsze jest poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: Dlaczego wystąpiły opisane realizacje, niezgodne z normą językową?

### System opisu nienormalnych realizacji fonemów – propozycja

Zajmijmy się opisem nienormalnych realizacji fonemów spółgłoskowych, gdyż one najczęściej są przedmiotem terapii logopedycznej. W moim ujęciu podsta-

<sup>19</sup> L. KACZMAREK: *Nasze dziecko...*, s. 73.

<sup>20</sup> Por. B. OSTAPIUK: *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią*. „Logopedia” 2002, nr 31, s. 95–156; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Słuchanie, patrzenie i „kodowanie” w badaniu logopedycznym*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2004, nr 7, s. 23–28; EADEM: *Lowely, jody i safy, czyli o tzw. substytucjach i deformacjach*. „Śląskie Wiadomości Logopedyczne” 2005, nr 8, s. 26–29.



wa opisu nienormatywnych realizacji wynika ze sposobu kategoryzacji spółgłosek i wyznaczników ich charakterystyki, funkcjonujących w opisach polskiego systemu fonetycznego<sup>21</sup>. Owymi wyznacznikami, według których opisujemy spółgłoski podstawowe, są: lokacja, modalność, rezonansowość, sonantyczność (tabela 1.)<sup>22</sup>. Zwróćmy uwagę, że są to również ogólne wyznaczniki, według których – mówiąc metaforycznie – mierzymy spółgłoski. Każda spółgłoska podstawowa ma dokładne parametry lokacji, modalności, rezonansowości i sonantyczności. Są to jej wymiary, które pozwalają ją rozpoznawać, identyfikować, odróżniać od innych i opisywać. Owe wymiary są zgodne z przyjętym systemem fonologiczno-fonetycznym.

TABELA 1. Wyznaczniki opisu spółgłosek podstawowych, czyli kryteria mierzenia spółgłosek a kategorie ukazujące ogólny charakter zaburzenia cechy normatywnej

Wyznaczniki opisu spółgłosek podstawowych, czyli „kryteria mierzenia spółgłosek”*	Kategorie ukazujące ogólny charakter zaburzenia cechy normatywnej
główne miejsce artykulacji (lokacja)	dyslokacja
sposób artykulacji (modalność)	dysmodalność
udział rezonatora nosowego (rezonansowość)	dysrezonansowość
udział wiązań głosowych (sonantyczność)**	dyssonantyczność

\* Por. sposób ujęcia wyznaczników opisu spółgłosek podstawowych według B. Rocławskiego (B. ROCLAWSKI: *Podstawy wiedzy o języku polskim...*, s. 224), a także D. Ostaszewskiej i J. Tambor (D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii...*, s. 27) oraz D. Pluty-Wojciechowskiej (D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Urodzę dziecko z rozszczepem, czyli o filozofii wczesnej interwencji logopedycznej w przypadku dziecka z rozszczepem podniebienia*. „Logopedia” 2006, nr 35, s. 125–142).

\*\* Termin „sonantyczność” wiąże się z łacińskim słowem *sonans*, ~*antis* dźwięczący. W proponowanej konwencji oznacza udział wiązań głosowych. Zdaję sobie sprawę, że termin ten – wprowadzony przeze mnie ze względów poznawczych i dla ekonomiki wywodu – nie jest doskonały, gdyż słownikowa definicja terminu „sonant” oznacza „spółgłoskę o funkcji zgłoskotwórczej, występującą jako środek sylaby”. Termin „sonantyczność” jest zatem wieloznaczny. Zwróćmy jednak uwagę na to, że pierwotne znaczenie terminu *sonans*, ~*antis* wiąże się z czymś, co dźwięczy, może więc dotyczyć udziału wiązań głosowych, które mają znaczenie w tworzeniu cech fonetycznych opisywanych jako dźwięczność, bezdźwięczność.

ŹRÓDŁO: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania – Teoria – Praktyka*. Wyd. 2., poszerzone i poprawione. Bytom, Ergo-Sum 2008, s. 95.

<sup>21</sup> Zob. np.: B. WIERZCHOWSKA: *Wymowa polska*. Warszawa, PWN 1965; D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 1997; B. ROCLAWSKI: *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*. Gdańsk, Glottispol 2001.

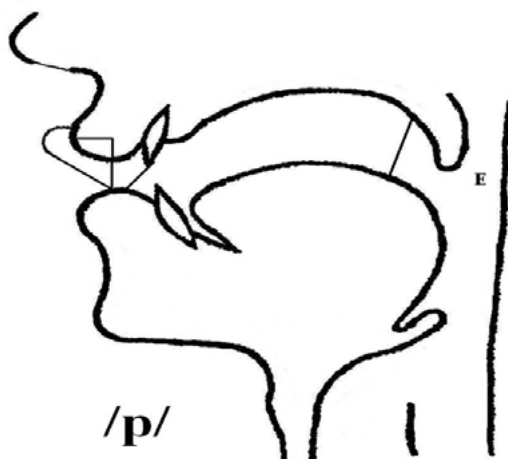
<sup>22</sup> Dokładne wyjaśnienie istoty znaczenia przyjętych terminów: „lokacja”, „modalność”, „rezonansowość”, „sonantyczność” itd. było przedmiotem innej publikacji: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...* Por. także sposób kategoryzacji spółgłosek przez Danutę Ostaszewską i Jolantę Tambor, z których ujęcia częściowo skorzystałam. Badaczki uznają, że twardość / miękkość stanowi „pochodną wobec miejsca artykulacji, to znaczy każda spółgłoska środkowojęzykowa jest miękka i odwrotnie – każda spółgłoska o innym miejscu artykulacji jest twarda lub co najwyżej zmiękczone (czyli ma dodatkowe poboczne miejsce artykulacji)”. D. OSTASZEWSKA, J. TAMBOR: *Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii...*, s. 27–28.

Każda z wymienionych kategorii może podlegać dalszej kategoryzacji z wykorzystaniem chociażby propozycji Barbary Ostapiuk<sup>23</sup>, Liliany Konopskiej<sup>24</sup> i Danuty Pluty-Wojciechowskiej<sup>25</sup>.

Przykładowo, dyslokacje przy realizacji fonemu /p/, jakie odnotowałam w prowadzonych przeze mnie badaniach realizacji fonemów spółgłoskowych u dzieci i młodzieży z rozszczepem podniebienia, pozwoliły na określenie następujących nienormalnych miejsc artykulacji:

- wargowo-nawargowość;
- dwuwargowość z biernością wargi górnej lub zaburzeniami jej ruchomości;
- wargowo-zębowość;
- tylnojęzykowość;
- realizacje poza jamą ustną (ekstraoralność).

Symbolicznie i w znacznym uproszczeniu ukazuje to rysunek 1.



E – realizacje poza jamą ustną, czyli ekstraoralność

Prosta kreska na wargach górnych – brak ruchomości wargi górnej

RYSUNEK 1. Symboliczne oznaczenie dyslokacji przy realizacji fonemu /p/ u osób z rozszczepem podniebienia

ŹRÓDŁO: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...*, s. 119.

Z kolei przy realizacji fonemu /t/ wystąpiły następujące dyslokacje:

- językowo-wargowość;
- międzyzębowość;

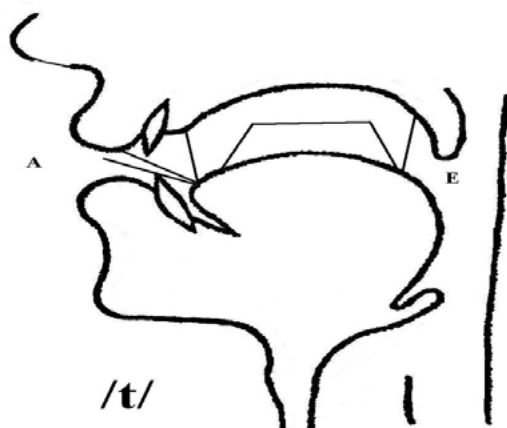
<sup>23</sup> Por. B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*. „Audiofonologia” 1997, nr 10, s. 117–136.

<sup>24</sup> L. KONOPSKA: *Wymowa osób z wadą zgryzu...*

<sup>25</sup> D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...*

- dziąsłowość;
- dorsalność;
- tylnojęzykowość;
- realizacje poza jamą ustną;
- alokacja (brak realizacji).

Schematyczną wizualizację nienormalnych miejsc artykulacji przedstawia rysunek 2.



∩ – dorsalność (która z kolei może być medialna lub dysmedialna)

E – realizacje poza jamą ustną, czyli ekstraoralność

A – alokacja, brak realizacji

RYSUNEK 2. Symboliczne oznaczenie dyslokacji przy realizacji fonemu /t/ u osób z rozszczepem podniebienia

ŹRÓDŁO: D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia...*, s. 120.

Zaproponowany system opisu nawiązuje do typologii dyslalii zawartej w propozycji B. Ostapiuk, która dzieli dyslalie, uwzględniając rodzaj zaburzonej cechy fonetycznej, np. dysdentalność, dyskluzywość, dysnazalność itp.<sup>26</sup> Jest to zatem typologia o charakterze objawowym, a dokładniej – objawowa typologia jakościowa.

### W kierunku poszukiwania etiologii

Opis zaburzenia z wykorzystaniem zaproponowanej strategii staje się punktem wyjścia do sformułowania pytania: dlaczego? W przypadku konkretnych opisów nienormalnych realizacji fonemów logopeda może sformułować następujące pytania:

<sup>26</sup> B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów...*, s. 117–136.

- Dlaczego wystąpiła dorsalność przy realizacji fonemu /t/?
  - Dlaczego wystąpił rezonans nosowy przy realizacji fonemów ustnych?
  - Dlaczego wystąpiła zwarta i dorsalna realizacja fonemu /r/?
  - Dlaczego wystąpiła dwuwargowa realizacja fonemów wargowo-zębowych?
- Pytania te mogą przybrać jeszcze inną formę, a mianowicie:
- Co przeszkadza dziecku w uzyskaniu dentalności przy realizacji fonemu /t/ i powoduje, że uzyskiwana jest dorsalność?
  - Dlaczego dziecko nie potrafi oddzielić jamy ustnej od nosowej przy realizacji fonemów ustnych?
  - Dlaczego dziecko nie podnosi przedniej części języka do górnych dziąseł i nie uzyskuje wibracji przedniej części języka przy realizacji fonemu /r/?
  - Dlaczego dziecko nie zbliża dolnej wargi do górnych zębów przy realizacji fonemów wargowo-zębowych?

W rozważaniach dotyczących charakteru zaburzeń i w poszukiwaniu etiologii zakłóceń dźwiękowych realizacji fonemów może być przydatna typologia dyslalii, jaką proponują Halina Mierzejewska i Danuta Emiluta-Roza<sup>27</sup> oraz – w analizie struktury zaburzenia – propozycja D. Pluty-Wojciechowskiej<sup>28</sup>.

H. Mierzejewska i D. Emiluta-Roza przyjmują, że zakłócenia dźwięków mowy to dyslalia, czyli są one symptomem pewnych nieprawidłowości. Dodając przymiotniki: „obwodowa”, „podkorowa”, „korowa”, autorki proponują określać przyczynę dyslalii. Dyslalia obwodowa przeciwstawiana jest dyslalii podkorowej i korowej, co wynika ze wskazania miejsca defektu, będącego przyczyną wadliwej wymowy. Dyslalia obwodowa ma trzy formy, a mianowicie:

- dyslalię anatomiczną ruchową (dysglosję);
- dyslalię funkcjonalną;
- dyslalię anatomiczną słuchową<sup>29</sup>.

Moim zdaniem dyslalię można kategoryzować, uwzględniając strukturę zaburzonego systemu fonetycznego. Moja propozycja – będąca klasyfikacją objawową – umożliwia pewien wgląd w swoistą strukturę lub architekturę zaburzonego systemu fonetyczno-fonologicznego na tle normatywnego. Proponowana przeze mnie typologia umożliwia także pewne uporządkowanie różnego rodzaju złożonych zjawisk występujących w nienormatywnych realizacjach fonemów spółgłoskowych u różnych osób – „od najprostszych do najbardziej złożonych, od jednowymiarowych do wielowymiarowych, od jednoznacznych w opisie do niemożliwych w charakterystyce za pomocą badania logopedycznego”<sup>30</sup>. Wśród dyslalii, ze względu na ogólny charakter objawu, wyróżniam:

- dyslalię o charakterze dyslokacji;

<sup>27</sup> H. MIERZEJEWSKA, D. EMILUTA-ROZA: *Projekt zestawienia...*, s. 37–48.

<sup>28</sup> D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: „Wymiary głósłki” – jako istotne elementy poznania – podstawę kategoryzacji dyslalii. *Próba opisu*. „Logopedia” 2007, nr 36, s. 51–76.

<sup>29</sup> H. MIERZEJEWSKA, D. EMILUTA-ROZA: *Projekt zestawienia...*, s. 37–43.

<sup>30</sup> D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: „Wymiary głósłki” – jako istotne elementy..., s. 51–76.

- dyslalię o charakterze dysonantyczności;
- dyslalię o charakterze dysrezonansowości;
- dyslalię o charakterze dysmodalności<sup>31</sup>.

Z kolei dokładniejszy podział dyslalii, uwzględniający strukturę zaburzonego systemu fonetycznego, jest – w moim ujęciu – następujący:

- dyslalia jednowymiarowa;
- dyslalia wielowymiarowa;
- dyslalia parawymiarowa;
- dyslalia awymiarowa;
- dyslalia mieszana.

**Dyslalia jednowymiarowa** jest takim rodzajem dyslalii, w którym występuje zaburzenie w obrębie jednego wymiaru. W ramach dyslalii jednowymiarowej można dokonać następującego podziału:

- **dyslalia jednowymiarowa jednogłoskowa:** zaburzenie dotyczy jednej głoski i jednego jej wymiaru, np. zaburzenie obejmuje dźwiękowość przy artykulacji [r], ponieważ występuje [r dentalne];
- **dyslalia jednowymiarowa wielogłoskowa:**
  - **systemowa** (systematyczna?): zaburzenie dotyczy kilku głosek i polega na zaburzeniu jednego, tego samego wymiaru (np. dźwiękowości, będącej cechą głosek [sz, ż, cz, dż, r, l]), przy czym występuje ta sama postać zaburzenia (np. zamiast głosek [sz, ż, cz, dż, r, l] realizowane są głoski [sz, ż, cz, dż, r, l dentalne]);
  - **niesystemowa** (niesystematyczna?): zaburzenie dotyczy kilku głosek i polega na zaburzeniu jednego, tego samego wymiaru, przy czym występują różne deformacje (np. powstają głoski [s, z, c, dz wargowo-zębowe] oraz głoski [t, d, n międzyzębowe]; zwróćmy uwagę, że w przypadku wszystkich tych głosek zaburzony jest jeden wymiar, a mianowicie dentalność).

**Dyslalię wielowymiarową** można podzielić na:

- dyslalię wielowymiarową wewnętrzną;
- dyslalię wielowymiarową zewnętrzną.

**Dyslalia wielowymiarowa wewnętrzna** (skoncentrowana?) ma charakter – przyjmijmy operacyjnie – wewnętrzny, gdyż zaburzeniu ulega więcej niż jeden wymiar w obrębie jednej głoski. Wielowymiarowość zaburzenia jest cechą głoski nienormatywnej, np. zamiast głoski [w] powstaje [f dwuwargowe], czyli mamy do czynienia z zaburzeniem w zakresie dźwiękowości i wargowo-zębowości. W skrajnych przypadkach może być tak, że nie są realizowane normatywnie wszystkie wymiary, np. zamiast głoski [dż] powstaje [sz dorsalne, z częściową ucieczką powietrza przez nos]. Uwzględniając ogólny charakter zaburzenia, o tym przypadku powiemy, że występują: dyslokacja, dysmodalność, dysonantyczność i dysre-

<sup>31</sup> Ibidem, s. 51–76.

zonansowość. Dyslalia wielowymiarowa wewnętrzna może dotyczyć jednej głoski (dyslalia wielowymiarowa wewnętrzna jednogłoskowa) oraz kilku lub kilkunastu głosek (dyslalia wielowymiarowa wewnętrzna wielogłoskowa).

**Dyslalia wielowymiarowa zewnętrzna** (rozsiana?) ma charakter – przyjmijmy operacyjnie – zewnętrzny, gdyż zaburzeniu ulega więcej niż jeden wymiar, ale w obrębie różnych głosek, czyli wielowymiarowość zaburzenia jest cechą więcej niż jednej głoski, lecz w taki sposób, że jedna głoska lub głoski są zniekształcone jednowymiarowo, a inna lub inne także jednowymiarowo, jednakże w zakresie innego wymiaru, np. jedna osoba artykułuje głoski [sz], [ż], [cz], [dź dorsalne] oraz [r dyswibracyjne], czyli zaburzenie występuje w obrębie dźwiękowości przy artykulacji [sz], [ż], [cz], [dź], a wibracyjności – przy wymowie [r]. Takie sytuacje są znane z praktyki logopedycznej. W tej kategorii można także określić dalsze subkategorie, uwzględniające, czy dany wymiar jest zawsze w taki sam sposób deformowany, czy też występują różne sposoby deformacji tego samego wymiaru, czyli pewna konsekwencja / niekonsekwencja (systemowość / niesystemowość?, systematyczność / niesystematyczność?) w sposobie zaburzenia danego wymiaru.

**Dyslalia wielowymiarowa złożona** obejmuje różne postacie dyslalii wielowymiarowej, których nie można jednoznacznie zakwalifikować do wyróżnionych subkategorii dyslalii wielowymiarowej. W tej postaci występuje zaburzenie w więcej niż jednym wymiarze. Może wówczas dojść do „nakładania się zaburzeń związanych z różnymi wymiarami”, co powoduje, że jedne głoski są zaburzone w obrębie jednego wymiaru, a inne w obrębie dwóch lub nawet więcej wymiarów.

**Dyslalia parawymiarowa** obejmuje takie realizacje, które są trudne do opisanie z wykorzystaniem wskazanych przez fonetykę kategorii za pomocą badania logopedycznego.

**Dyslalia awymiarowa** dotyczy braku artykulacji głoski.

**Dyslalia mieszana** obejmuje różne konfiguracje dyslalii jednowymiarowej, wielowymiarowej, parawymiarowej i awymiarowej. Przykładowo, u jednej osoby może wystąpić brak artykulacji głoski [r] wraz z występowaniem wargowo-zębowej artykulacji głosek dźwiękowych dentalizowanych, mamy zatem wówczas do czynienia z dyslalią mieszaną (w tym przypadku: dyslalia awymiarowa wraz z dyslalią jednowymiarową wielogłoskową systemową)<sup>32</sup>.

Wskazanie rodzaju zaburzonej kategorii fonetycznej (np. lokacja, modalność), dalej – rodzaju zaburzonego wymiaru (np. dźwiękowość) lub wymiarów (np. dźwiękowość i ustność) oraz struktury zaburzenia, jeżeli wykluczyć w szczególności zaburzenia słuchu fizjologicznego i fonemowego, powoduje, że logopeda kieruje uwagę głównie w stronę narządów obwodowych i mechanizmów odpowiedzialnych za uzyskanie określonych cech wymiarów – cech fonetycznych<sup>33</sup>. Taka analiza może

<sup>32</sup> Ibidem, s. 64–66.

<sup>33</sup> Por. D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *Realizacja fonemu /t/ ze względu na miejsce artykulacji u osób z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego*. „Logopedia” 2002, nr 30, s. 115–130; EADEM: „Wymiary głoski” – jako istotne elementy..., s. 51–76.

być przydatna w określeniu struktury zaburzenia oraz w rozważaniach dotyczących poszukiwania etiologii stwierdzonych zaburzeń, a także w kształceniu studentów logopedii.

## Zakończenie

Opis objawu jest pierwszym etapem postępowania logopedycznego. Z natury rzeczy przyjmuje on postać językoznawczą, chociaż logopeda uwzględnia także inne parametry, np. psychologiczne. Ze względu na miejsce i rolę, jaką opis odgrywa w postępowaniu logopedycznym, konieczne jest sporządzanie go w sposób rzetelny oraz adekwatny do słyszanych i oglądanych realizacji fonemu. Opis powinien być wolny od sądów o charakterze interpretacyjnym, gdyż nie jest to celem tego etapu postępowania. Na wyjaśnieniu przyczyn wystąpienia opisanych zaburzeń polega zadanie kolejnego etapu we wskazanym na początku opracowania paradygmacie postępowania logopedycznego.

Zakłócenia dźwiękowych realizacji fonemów występują w wielu zaburzeniach, stąd też pojawia się konieczność uporządkowania zagadnień związanych z badaniem i opisem tego typu zjawisk. Przedstawione opracowanie stanowi próbę rekonesansu zagadnień związanych z metodologią opisu dyslalii, zawiera również refleksje wynikające z własnych doświadczeń praktycznych.

DAWID LARYSZ

Górnślaskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II w Katowicach

## Zaburzenia rozwoju mowy dzieci z nieprawidłowościami w budowie czaszki

**ABSTRACT:** Speech therapy should be an integral part of the support for children with craniosynostosis. Knowledge and research pathological deformation of the head in children are presented in this article. Needs should not only focus on the improvement of cranial distortion that results from premature closure of the sutures between the bone of the skull, but also focus on improving the quality of life of patients and their families. Speech and language therapy for children with deformities of the skull and face, requires in-depth knowledge of a speech therapist and therapeutic treatment should be started on the exact type of exercise to adapt to the needs of speech therapy.

**KEY WORDS:** craniosynostosis, pathological deformation of the head, neurodevelopmental disorders, speech therapy, social functioning

### Wstęp

Poszukując w historii gatunku ludzkiego momentu, kiedy człowiek pierwotny po raz pierwszy posługiwał się mową, należy odnieść się do prehistorycznych czasów, do skamieniałych czaszek lub do ich fragmentów. Na podstawie ich struktury można wnioskować, czy budowa głowy człowieka pierwotnego spełniała anatomiczne warunki niezbędne do posługiwania się mową. W 1971 roku Philip Lieberman i Edmund S. Crelin sformułowali hipotezę, według której człowiek może w sposób efektywny posługiwać się mową pod warunkiem, że podstawa jego czaszki ma odpowiednią budowę. Analizując czaszki neandertalczyka, badacze ci ocenili, że zagięcie w dole podstawy w tylnej okolicy jamy czaszki świadczy o tym, że mógł się on posługiwać mową<sup>1</sup>. Zagięcie tylnej części podstawy czaszki umożliwiło bowiem stworzenie odpowiedniej przestrzeni w obrębie struktur nosogardła i jamy ustnej, tym samym mogło przyczynić się do powstania odpowiedniego połączenia ich ze

---

<sup>1</sup> P. LIEBERMAN, E.S. CRELIN: *On the speech of Neanderthal*. „Linguistic Inquiry” 1971, No. 2, s. 203–222.



strukturami ucha wewnętrznego, które są niezbędne do wokalizacji. U noworodków, ale także u wcześniejszych naszych przodków, takich jak np. pitekanthrop czy australopitek, oraz u większości małp naczelnych, podstawa czaszki w miejscu połączenia środkowej jamy czaszki z tylną jest prawie płaska, a istniejący kąt wynosi blisko 180°. Taka budowa czaszki z jednej strony jest konieczna dla rozwoju noworodka, ponieważ umożliwia jednocześnie połykanie pokarmu i oddychanie, ale z drugiej strony uniemożliwia prawidłową wokalizację. Dopiero z upływem czasu i wskutek osobniczego rozwoju czaszka niemowlęcia przybiera właściwy kształt. Kiedy dziecko zaczyna pionizować głowę w akcie siadania i raczkowania, wtedy pojawia się bardziej ostry kąt w tylnej części podstawy czaszki, a kość gnykowa opada w dół. W kontekście rozwoju prawidłowych funkcji prelingwalnych to właśnie ta zmiana w budowie czaszki jest najważniejszym determinantem, który w efekcie przyczynia się do prawidłowej wokalizacji<sup>2</sup>. O ile dla współczesnych klinicystów oczywisty i jednoznaczny jest wpływ zaburzeń budowy twarzoczaszki na nieprawidłowości w nabywaniu i posługiwaniu się mową<sup>3</sup>, o tyle wad budowy mózgowczaszki, w tym nieprawidłowości w budowie podstawy czaszki, często nie łączy się z zaburzeniami procesu nabywania mowy i prawidłowej wokalizacji. W niniejszym opracowaniu zostanie przedstawiona synteza wiedzy klinicznej z zakresu diagnostyki i leczenia dyskranii<sup>4</sup> z występującymi u tych pacjentów zaburzeniami w rozwoju mowy i nieprawidłowościami rozwoju psychoruchowego.

## Budowa czaszki

Czaszka człowieka jest zbudowana z dwóch części – każda z nich stanowi funkcjonalną całość, jednocześnie obydwie jej części są ze sobą nierozzerwalnie powiązane za pomocą całego szeregu interakcji, głównie o charakterze biomechanicznym. Pierwsza część – zwana mózgowczaszką – ma za zadanie przede wszystkim ochronę mechaniczną mózgowia oraz stanowi miejsce lokalizacji ważnych dla życia człowieka narządów zmysłów, takich jak częściowo wzrok, słuch oraz zmysł równowagi.

---

<sup>2</sup> Ibidem, s. 203–222; P. LIEBERMAN, E.S. CRELIN, D.H. KLATT: *Phonetic ability and related anatomy of newborn and adult human Neanderthal man and the chimpanzee*. „American Anthropologist” 1972, Vol. 74, s. 287–307; P. LIEBERMAN: *The Evolution of Human Speech, Its Anatom.* „Current Anthropology” 2007, Vol. 1 (48), s. 39–66.

<sup>3</sup> Por. zaburzenia wokalizacji u dzieci i dorosłych pacjentów z różnorodnymi wadami rozszczepowymi twarzoczaszki opisane szeroko w polskiej literaturze m.in. przez D. PLUTĘ-WOJCIECHOWSKĄ: *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania – Teoria – Praktyka*. Bielsko-Biała, Wydawnictwo ATH 2006; EADEM: *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie 2011.

<sup>4</sup> Dyskraniami można nazwać – na potrzeby tego opracowania – wszelkie wrodzone wady budowy czaszki.

Mózgoczaszka jest zbudowana z 8 kości: czołowej, dwóch skroniowych, dwóch ciemieniowych, potylicznej, klinowej oraz sitowej. Ma kształt puszeki, w której rozróżnia się część górną – sklepienie czaszki, część dolną – podstawę czaszki, oraz cztery ściany: przednią, tylną i dwie boczne. Druga część – nazywana twarzoczaszką, dawniej trzewioczaszką – chroni narządy zmysłów: częściowo wzroku, węchu i smaku, oraz otacza początkowe odcinki dróg oddechowych i pokarmowych. Twarzoczaszka jest zbudowana z 14 kości o dość złożonej budowie anatomicznej. Twarzoczaszkę tworzą kości parzyste: nosowe, szczękowe, jarzmowe, łzowe, małżowiny nosowe dolne, podniebienne, oraz nieparzyste: kość gnykowa, żuchwa oraz lemiesz.

Poszczególne kości czaszki połączone są szwami, które u człowieka dorosłego są stałe i nieruchome. U płodu, noworodka, niemowlęcia oraz małego dziecka szwy czaszkowe odgrywają doniosłą rolę, umożliwiając wzrost czaszki. W czaszce niemowlęcia szwy są włóknistymi przestrzeniami pomiędzy różnymi kośćmi. Ich zadaniem jest umożliwienie wzrostu czaszki w następstwie gwałtownego w trakcie pierwszego roku życia dziecka wzrostu tkanki nerwowej budującej mózg. Wzrost czaszki człowieka trwa nie tylko podczas życia płodowego, ale także przez 6–8 następnych lat. Rozwijający się mózg zwiększa swoją objętość od 2,5 do 3 razy w trakcie pierwszych dwóch lat życia dziecka, dlatego szwy czaszkowe pozostają niezamknięte przez ten czas. W trakcie pierwszego roku życia objętość czaszki wzrasta niemal o 100%, w kolejnym roku – o dalsze 60%. Możliwości wzrostu szybko jednak maleją w późniejszych latach, co jest szczególnie związane z kostnieniem łącznotkankowych spojów pomiędzy kośćmi czaszki, takimi jak ciemiączka (*fonticula*) i szwy. Zarastanie szwów następuje w ściśle określonej kolejności, która jest zdeterminowana zakończeniem gwałtownego wzrostu leżących pod nimi struktur mózgu. Przedwczesne zarośnięcie szwu czaszkowego powoduje zatrzymanie rozwoju czaszki w kierunku prostopadłym do szwu, co powoduje nieprawidłowy, charakterystyczny dla danych szwów kształt czaszki.

Rozwój czaszki jako całości jest bardzo zróżnicowany. Zachodzi w różnym stopniu w kolejnych etapach rozwoju płodu i noworodka w poszczególnych częściach czaszki. Przy urodzeniu mózg dziecka jest relatywnie dobrze rozwinięty (raczej w sensie anatomicznym niż funkcjonalnym), co pociąga za sobą dysproporcję rozwoju mózgowoczaszki w stosunku do twarzoczaszki. Taka sytuacja trwa jeszcze przez kilka miesięcy, średnio do pierwszego roku życia. W dalszych latach następuje zdecydowany, gwałtowny rozwój twarzoczaszki, która musi niejako nadgonić tempo rozwoju, aby zapewnić odpowiednią ochronę dla rozwijających się gałek ocznych i innych struktur oczodołów, elementów budujących jamę ustną, gardło oraz nos, a także rozwijającego się i stopniowo dojrzewającego uzębienia. Dlatego deformacje w budowie czaszki występujące we wczesnych etapach rozwoju czaszki dotyczą początkowo przede wszystkim struktur mózgowoczaszki, zaburzając jej kształt i – co za tym idzie – wpływając na warunki związane z rozwojem elementów mózgowia, ale także wywierając silny wpływ na budowę podstawy czaszki. „Uśpiony” w tym okresie rozwój twarzoczaszki nie ulega znacznym zaburzeniom. Jednakże brak

korekcji deformacji podstawy czaszki przed rozpoczęciem gwałtownego tempa wzrostu twarzoczaszki pociąga za sobą deformacje w budowie struktur twarzy – tym silniejsze, im bardziej zdeformowana jest mózgowcza czaszka.

### Kraniosynostozy – przedwczesne zarośnięcie szwu/szwów czaszkowych

Przedwczesne zarośnięcie szwu czaszkowego powoduje zatrzymanie rozwoju czaszki w kierunku prostopadłym do szwu, co powoduje nieprawidłowy, charakterystyczny dla danych szwów kształt czaszki. Czasami dochodzi do zarośnięcia jednocześnie kilku szwów czaszkowych, wskutek czego następuje znaczna deformacja czaszki. W takich przypadkach najczęściej występuje zespół ostrego nadciśnienia śródczaszkowego, co jest związane z brakiem możliwości powiększania objętości mózgu. W przypadku nieprawidłowości dotyczących jednego szwu prawdopodobieństwo wystąpienia uogólnionego ostrego zespołu nadciśnienia śródczaszkowego jest niewielkie, jednakże może dojść do lokalnego (dotyczącego głównie okolicy, w której nastąpiło przedwczesne zamknięcie szwu) nadciśnienia powodującego zaburzenia w przepływie krwi przez mózg. Etiopatogeneza kraniosynostoz wciąż pozostaje nieznana. Najbardziej prawdopodobne są zaburzenia (mutacje) w zakresie genów odpowiedzialnych za budowę tkanki łącznej, takich jak geny kodujące receptory dla czynnika wzrostu fibroblastów (FGFR1, FGFR2, FGFR3, FGFR4), genów TWIST, EXT2, GLI3, MSX2 i innych. Badania za pomocą mikromacierzy oligonukleotydowych pozwoliły wyodrębnić zestaw 510 genów mogących mieć znaczenie w powstawaniu kraniosynostoz<sup>5</sup>. Pozostałe hipotezy dotyczą roli pierwotnego zaburzenia podstawy czaszki, które wraz z jej rozwojem powoduje bardzo silne napięcie opony twardej, co z kolei zaburza prawidłowy mechanizm tworzenia się szwów. Inna hipoteza bierze pod uwagę nieprawidłową czynność osteoblastów i osteoklastów. Kolejne dotyczą mechanicznego ucisku tworzącej się w życiu płodowym czaszki w przypadku bardzo szczupłej matki i/lub wąskiego kanału rodnego, mechanicznego ucisku przez bliźniaka w trakcie rozwoju płodowego, zaburzeń metabolicznych, hiperwitaminozy A i/lub D w trakcie ciąży, stosowania używek w trakcie ciąży (przede wszystkim alkoholu etylowego) oraz teratogennego działania niektórych leków, np. kwasu walproinowego<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> G.R. HANDRIGAN, M. BUCHTOVA, J.M. RICHMAN: *Gene discovery in craniofacial development and disease-caching in your chips*. „Clin Genet” 2007, Vol. 71 (2), s. 109–119.

<sup>6</sup> Kwas walproinowy – jeden z leków przeciwpadaczkowych, dość szeroko stosowany. Udowodniono, iż przyjmowanie tego leku w trakcie ciąży zwiększa ryzyko urodzenia dziecka z kraniosynostozą o typie *trigonocephalii*. J.R.W. BRITTO: *Syndromic craniofacial fystosis: molecular and developmental aspects*. In: *The Clinical Management of Craniosynostosis*. Eds. J.B.R. HAYWARD. Cambridge, University Press 2004, s. 45–71; L. WILLSON: *Incidence and Epidemiology of Craniosy-*

Klasyczna terminologia dotycząca nazewnictwa kraniosynostoz jest dość skomplikowana i może rodzić wiele nieporozumień. Z tego powodu w niniejszym opracowaniu posłużę się podziałem klinicznym, który rozróżnia trzy główne grupy.

**Grupa 1. Kraniosynostozy niezwiązane z zespołami genetycznymi** (ang. *non-syndromic craniosynostoses*<sup>7</sup>), inaczej zwane prostymi lub izolowanymi, są spowodowane przedwczesnym zarośnięciem najczęściej jednego szwu, rzadziej dwóch lub kilku. Z definicji z wadą budowy czaszki nie współistnieją inne zaburzenia (przynajmniej spowodowane tym samym czynnikiem sprawczym). Do najczęściej występujących rodzajów wad z tej grupy należą:

- przedwczesne zarośnięcie szwu strzałkowego z następowym łódkogłowiem (*scaphocephalia*) lub długogłowiem (*dolichocephalia*);
- przedwczesne zarośnięcie pojedynczego szwu wieńcowego z następowym prawo- lub lewostronnym skośnogłowiem przednim (*plagiocephalia anterior*);
- przedwczesne zarośnięcie szwu metopowego (czołowego) z następową czaszką trójkątną (*trigonocephalia*);
- przedwczesne zarośnięcie jednego szwu węglowego z następowym prawo- lub lewostronnym skośnogłowiem tylnym (*plagiocephalia posterior*);
- przedwczesne zarośnięcie obydwu szwów wieńcowych z następowym krótkogłowiem (*brachycephalia*).

**Przedwczesne zarośnięcie szwu strzałkowego z następowym łódkogłowiem (*scaphocephalia*) lub długogłowiem (*dolichocephalia*)** jest jedną z najczęstszych kraniosynostoz. Częstość występowania szacuje się na 1:5000 żywych urodzeń, z niewielką przewagą chorych chłopców. Występowanie rodzinne dotyczy około 6% przypadków i najprawdopodobniej ma charakter autosomalny dominujący z odsetkiem penetracji szacowanym na 36%<sup>8</sup>. Typowe zaburzenia obejmują wydłużenie czaszki w wymiarze strzałkowym (przednio-tylnym) oraz jej zwężenie w wymiarze czołowym (bocznym). Charakterystyczny dla tej wady łódkowaty kształt czaszki wynika z wgłębienia w rzucie przedwcześnie zarośniętego szwu strzałkowego. Dodatkowo u większych dzieci, które nie były operowane, lub u mniejszych ze

---

*nostosis*. In: *The Clinical Management of Craniosynostosis...*, s. 72–84; E. LAJEUNIE, M. LE MERRER, C. BONAÏTI-PELLIE, D. MARCHAC, D. RENIER: *Genetic Study of non-syndromic coronal craniosynostosis*. „American Journal of Medical Genetics” 1995, Vol. 55 (4), s. 500–504.

<sup>7</sup> Nazwa *non-syndromic* coraz częściej rodzi wiele nieporozumień. Z jednej strony nowoczesne badania na poziomie molekularnym ujawniają znaczną heterogenność opisywanej grupy, z drugiej zaś strony postulowane są możliwości etiopatogenezy tej grupy na poziomie mutacji genowych (E. LAJEUNIE, M. LE MERRER, C. BONAÏTI-PELLIE, D. MARCHAC, D. RENIER: *Syndromal and non-syndromal primary trigonocephaly: analysis of a series of 237 patients*. „American Journal of Medical Genetics” 1998, Vol. 75, s. 211–215). Być może obecne kraniosynostozy *non-syndromic* tak naprawdę są *unknown-syndromic*.

<sup>8</sup> Dziedziczenie autosomalnie dominująco oznacza, że mutacja bądź mutacje znajdują się na chromosomach somatycznych (tj. niepłciowych – X,Y) w grupie alleli dominujących. E. LAJEUNIE, M. LE MERRER, C. BONAÏTI-PELLIE, D. MARCHAC, D. RENIER: *Genetic Study of Scaphocephaly*. „American Journal of Medical Genetics” 1996, Vol. 62, s. 282–285.

znacznym nasileniem wady można zaobserwować zmiany kompensacyjne w budowie czaszki, polegające na wypukleniu okolicy czołowej oraz potylicznej.

Izolowane przedwczesne zarośnięcie pojedynczego szwu wieńcowego z następowym prawo- lub lewostronnym skośnogłowiem przednim (*plagiocephalia anterior*) jest wadą występującą z częstością 1:2100–2500 żywych urodzeń<sup>9</sup>. W badaniach molekularnych potwierdzono występowanie u niektórych dzieci mutacji w zakresie genu *FGFR3*. Rozpoznawany jest wówczas tzw. zespół Muenke<sup>10</sup>. Charakterystyczny dla skośnogłowia przedniego kształt czaszki obejmuje asymetrię części czołowej. Łuk brwiowy po stronie przedwcześnie zarośniętego szwu jest obniżony, a wraz z nim oczodoł. Choć wada dotyczy właściwie jedynie jednej strony czaszki, powoduje zaburzenie całego jej kształtu, szczególnie w kontekście asymetrii podstawy czaszki. Najbardziej nieprawidłowe są struktury przedniego dołu czaszki, co skutkuje zmniejszoną objętością oczodołu po stronie zaburzenia i następowymi zaburzeniami funkcjonowania mięśni poruszających gałkę oczną. Wynikiem tych zaburzeń często jest zez oraz nawykowe nieprawidłowe ustawienie głowy w przechyle. Dokładna analiza budowy czaszki dzieci ze skośnogłowiem przednim wykazała dużą heterogenność wady. W części przypadków stwierdzono również nieprawidłowości w obrębie szwów podstawy przedniego dołu czaszki, takich jak: czołowo-klinowy, czołowo-sitowy oraz sitowo-klinowy.

Przedwczesne zarośnięcie szwu metopowego (czołowego) z następową czaszką trójkątną (*trigonocephalia*) powoduje powstanie zwężonej, w kształcie stożka, przedniej części czaszki, nadając jej w płaszczyźnie poprzecznej charakterystyczny kształt trójkąta. Bardzo ważnym aspektem klinicznym w *trigonocephalii* jest znaczna deformacja podstawy przedniego dołu czaszki, powodująca hipoteloryzm<sup>11</sup>. Również w tej wadzie w części przypadków współistnieje nieprawidłowe zarośnięcie szwów przedniego dołu czaszki, takich jak: czołowo-klinowy, przedklinowy, środkowoklinowy, zewnętrzno-klinowy. U tych dzieci postulowane jest bliżej jeszcze niepoznane tło genetyczne wady najprawdopodobniej o charakterze zespołowym. Częstość występowania *trigonocephalii* szacuje się na 1:15 000 żywych urodzeń. W około 5,6% przypadków zaobserwowano występowanie rodzinne. Stosunek chorych dziewcząt do chłopców wynosi 1:3<sup>12</sup>. Grupa dzieci cierpiących na przed-

---

<sup>9</sup> E. LAJEUNIE, M. LE MERRER, C. BONAITI-PELLIE, D. MARCHAC, D. RENIER: *Genetic Study of non-syndromic coronal craniosynostosis...*, s. 500–504.

<sup>10</sup> M. MUENKE, K. GRIPP, D. McDONALD-McGINN, K. GUANDENZ, L. WHITAKER, S. BARTLETT i in.: *A unique point mutation in the fibroblast growth factor receptor 3 gene (FGFR3) defines a new craniosynostosis syndrome*. „American Journal of Medical Genetics” 1997, Vol. 60 (3), s. 555–564.

<sup>11</sup> Hipoteloryzm – patologiczna budowa podstawy przedniego dołu czaszki oraz twarzoczaszki, powodująca zbyt wąski rozstaw oczodołów; w przypadku *trigonocephalii* najczęściej związana z rotacją przyśrodkowych części oczodołów do wewnątrz, co może zaburzać ruchomość gałek ocznych.

<sup>12</sup> E. LAJEUNIE, M. LE MERRER, C. BONAITI-PELLIE, D. MARCHAC, D. RENIER: *Syndromal and non-syndromal primary trigonocephaly...*, s. 211–215.

wczesne zarośnięcie szwu metopowego jest bardzo różnorodna i heterogenna. W części przypadków występują wady budowy obszaru środkowego mózgowia, takie jak: *holoprosencephalia*, przepuklina oponowo-mózgowa (*meningocele*) czy dysgeneza ciała modzelowatego<sup>13</sup>.

**Przedwczesne zarośnięcie jednego szwu węglowego** z następowym prawo- lub lewostronnym skośnogłowie tylnym (*plagiocephalia posterior*) jest to bardzo rzadka wada, polegająca na asymetrii budowy tylnej części czaszki. Częstość jej występowania szacuje się na około 2,3% wszystkich izolowanych kraniosynostoz<sup>14</sup>.

Nieprawidłowości w szybkości zarastania szwów wieńcowych są relatywnie częste u dzieci leczonych z powodu kraniosynostoz. Izolowane **przedwczesne zarośnięcie obydwu szwów wieńcowych** odnosi się do tych dzieci, które rozwinęły czaszkę o charakterze krótkogłowia i jednocześnie nie prezentują objawów charakterystycznych dla *brachycephalii*, związanych z zespołami genetycznymi. Wyniki badań dowodzą jednak, iż częstość występowania rodzinnego tej wady jest znacznie wyższa, niż dotychczas myślano<sup>15</sup>. Kształt czaszki dzieci z obustronnym przedwczesnym zarośnięciem szwów wieńcowych jest skrócony w wymiarze strzałkowym (przednio-tylnym) oraz zwiększony w płaszczyźnie czołowej, stąd czaszka czasem nazywana jest wieżowatą (*turricephalia*). Okolica czołowa najczęściej jest poszerzona i spłaszczona. W izolowanej postaci wady zwykle nie obserwuje się charakterystycznego dla postaci zespołowych hiperteloryzmu<sup>16</sup> i wytrzeszczu gałek ocznych spowodowanego płytkimi oczodołami. Najczęściej nie dochodzi również do hipoplazji twarzoczaszki. Do grupy przedwczesnego jednoczesnego zarośnięcia dwóch lub wielu szwów czaszkowych z następową wadą złożoną (*syncephalia*) zalicza się bardzo rzadkie przypadki dzieci cierpiących na kraniosynostozę dotyczącą dwóch lub więcej szwów jednak bez innych objawów charakterystycznych dla postaci zespołowych kraniosynostoz. Częstość występowania tej wady szacuje się na 5% dzieci z izolowanymi kraniosynostozami.

**Grupa 2. Kraniosynostozy zespołowe** (ang. *syndromic craniosynostoses*), czyli kraniosynostozy złożone, stanowią bardzo heterogenną grupę chorób obejmującą ponad 80 zespołów klinicznych. Charakterystyczną cechą tych chorób są – poza przedwczesnym zarośnięciem szwów czaszkowych (najczęściej wada dotyczy obustronnie szwów wieńcowych lub jednocześnie większości szwów sklepienia czasz-

<sup>13</sup> Wady budowy obszaru środkowego mózgowia to heterogenna grupa wad wrodzonych mających początek we wczesnym okresie rozwoju płodowego. Najczęściej dotyczą one nieprawidłowości w budowie istoty białej oraz połączeń międzypółkulowych mózgowia. W tej grupie występuje m.in. dysgeneza, czyli nieprawidłowy rozwój ciała modzelowatego – dużej wiązki włókien nerwowych odpowiadających za połączenie pomiędzy prawą i lewą półkulą.

<sup>14</sup> J.J. SHILILTO, D. MATSON: *Craniosynostosis: a review of 519 surgical patients*. „Pediatrics” 1968, Vol. 41, s. 829–853.

<sup>15</sup> E. LAJEUNIE, M. LE MERRER, C. BONAITI-PELLIE, D. MARCHAC, D. RENIER: *Genetic Study of non-syndromic coronal craniosynostosis...*, s. 500–504.

<sup>16</sup> Hiperteloryzm – patologiczna budowa podstawy przedniego dołu czaszki i górnej części twarzoczaszki, polegająca na zbyt szerokim rozstawie oczodołów w stosunku do reszty czaszki.

ki) – nieprawidłowości w budowie szkieletu twarzoczaszki. W części przypadków dodatkowo nieprawidłowości dotyczą budowy szkieletu osiowego i szkieletu kończyn. Nieprawidłowości w budowie twarzoczaszki powodują cały szereg zaburzeń funkcjonalnych, takich jak: wytrzeszcz gałek ocznych na skutek płytkich, szeroko rozstawionych oczodołów, zmniejszenie objętości górnych dróg oddechowych spowodowane hipoplazją twarzoczaszki i/lub żuchwy, co może powodować zespół bezdechu sennego i następową hipoperfuzję<sup>17</sup> mózgowia. Do innych problemów dotyczących dzieci z zespołowymi kraniosynostozami należą nieprawidłowości w budowie jamy ustnej, takie jak: nieprawidłowe uzębienie, nieprawidłowa budowa struktur kostnych i miękkich jamy ustnej, np. rozszczepy warg i podniebienia, skutkujące problemami z karmieniem.

**Grupa 3. Wtórne kraniosynostozy** obejmują bardzo heterogenną grupę patologii przebiegających z nieprawidłowościami w budowie mózgo- i twarzoczaszki. Najważniejszymi z nich są: wtórne kraniosynostozy spowodowane chorobami spichrzeniowymi, metabolicznymi, krzywicą, nadczynnością tarczycy, chorobami hematologicznymi, thalassemią, czerwienicą prawdziwą, toksycznym działaniem niektórych leków, np. kwasu walproinowego czy retinowego. Dość obszerną grupę stanowią również dzieci z kraniosynostozami wtórnymi w stosunku do zaburzeń rozwojowych ośrodkowego układu nerwowego, jak wtórne małogłowie charakterystyczne dla zmian niedokrwienno-niedotlenieniowych oraz idiopatyczne małogłowie spowodowane leczeniem operacyjnym wodogłowie za pomocą układów zastawkowych komorowo-otrzewnowych lub komorowo-przedśionkowych.

## Zaburzenia rozwoju dzieci z dyskraniami

W ostatnich latach toczy się debata dotycząca ewentualnych zaburzeń neurorozwojowych u dzieci leczonych z powodu izolowanych, niespołowych kraniosynostoz<sup>18</sup>. Zagadnienie to jest szczególnie ważne w kontekście odpowiedniego czasu kwalifikacji do zabiegu kranioplastyki oraz jej rozległości. Najważniejszy problem stanowi możliwość wystąpienia u tych dzieci lokalnego nadciśnienia śródczaszkowego (ICP).

---

<sup>17</sup> Hipoperfuzja – stan patologiczny polegający na nieprawidłowym, zmniejszonym przepływie utlenowanej krwi przez tkankę. W tym przypadku dotyczy nieprawidłowego dostarczania przez krew tlenu do struktur mózgowia w wyniku epizodów bezdechu sennego, najczęściej spowodowane zbyt dużym w stosunku do hipotroficzej jamy ustnej, zapadającym się językiem.

<sup>18</sup> K. KAPP-SIMON, M. SPELTZ, M. CUNNINGHAM, P. PATEL, T. TOMITA: *Neurodevelopment of children with single suture craniosynostosis: a review*. „Childs Nervous System” 2007, Vol. 23, s. 269–281; R. HAYWARD: *Venous hypertension and craniosynostosis*. „Childs Nervous System” 2005, Vol. 21, 880–888; T. SHIMOJI, N. TOMIYAMA: *Mild trigonocephaly and intracranial pressure: report of 56 patients*. „Childs Nervous System” 2004, Vol. 20 (10), s. 749–756.

W dostępnej literaturze częstość występowania nadciśnienia śródczaszkowego u dzieci z izolowanymi postaciami CSO<sup>19</sup> szacuje się na 4–20%<sup>20</sup>. Ze względu na trudności metodologiczne związane z pomiarem ICP brak jest jednoznacznej teorii tłumaczącej zarówno przyczyny (określającej czynniki genetyczne oraz inne zmienne wpływające na skomplikowane procesy homeostazy wewnątrzczaszkowej), jak i samą obecność lokalnego nadciśnienia śródczaszkowego. Wciąż otwarte pozostają pytania o to, jak rozwija się mózg dzieci z kraniosynostozami, jak często i na jakim tle powstają zaburzenia rozwojowe oraz czy wczesna interwencja operacyjna pozwala na lepsze rokowanie nie tylko w kontekście estetycznym, ale także neurorozwojowym.

Zaburzenia rozwoju psychoruchowego u dzieci z izolowanymi postaciami kraniosynostoz występują w wieku szkolnym wśród 35–50% populacji<sup>21</sup>. Klasyczna teoria rozumienia etiopatogenezy zaburzeń rozwojowych jest związana z występowaniem nadciśnienia śródczaszkowego. Opóźnienie rozwojowe u dzieci definiuje się jako globalne obniżenie w stosunku do odnośnej wiekowo populacji poziomu inteligencji (w zakresie zdolności społecznych, praktycznych i pojęciowych) oraz występowanie ograniczeń wynikających z nieprzystosowania do środowiska<sup>22</sup>. Należy jednakże zauważyć, że możliwe jest występowanie specyficznych deficytów poznawczych u dzieci, np. w zakresie mowy czynnej i/lub biernej, pamięci (wzrokowej i/lub słownej, krótko lub długoterminowej itd.), rozumowania pojęciowego, zdolności wzrokowo-przestrzennych, rozwiązywania problemów niewerbalnych czy koordynacji motoryki. W przypadku dzieci z izolowanym deficytem poznawczym całościowy iloraz rozwojowy często mieści się w zakresie normy odnośnej dla wieku<sup>23</sup>.

W wielu przypadkach etiologia opóźnienia rozwojowego pozostaje nieznaną. Szacuje się, że prawdopodobne przyczyny zaburzeń neurorozwojowych udaje się ustalić jedynie w 43–75% przypadków. Co więcej, spośród dzieci z upośledzeniem w stopniu lekkim jedynie 20–30% ma stwierdzoną przyczynę nieprawidłowości<sup>24</sup>.

<sup>19</sup> Skrót CSO oznacza klasyczny objaw kraniosynostoz (*classic syndromic craniosynostosis*).

<sup>20</sup> G. TAMBURRINI, M. CALDARELLI, L. MASSIMI, P. SANTINI, C. DI ROCCO: *Intracranial pressure monitoring in children with single suture and complex craniosynostosis: a review*. „Childs Nervous System” 2005, Vol. 21 (10), s. 913–921.

<sup>21</sup> K. KAPP-SIMON, M. SPELTZ, M. CUNNINGHAM, P. PATEL, T. TOMITA: *Neurodevelopment of children...*, s. 269–281.

<sup>22</sup> Szerzej na temat definicji inteligencji oraz metod jej pomiaru: G. KRASOWICZ-KUPIS, K. WIEJAK: *Skala inteligencji Wechslera dla dzieci (WISC-R) w praktyce psychologicznej*. Warszawa, PWN 2006.

<sup>23</sup> *Nowe wyzwania w rozwoju człowieka*. Red. B. KACZMAREK, K. MARKIEWICZ, S. ORZECZOWSKI. Lublin, Wydawnictwo UMCS 2001; A. BIRSH: *Psychologia rozwojowa w zarysie*. Warszawa, PWN 2009.

<sup>24</sup> I. NAMYSŁOWSKA: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa, PZWL 2007; J. WŁODEK-CHRONOWSKA: *Wczesna diagnostyka i terapia dzieci z zaburzeniami psychomotorycznymi*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 1996; J. KIELIN: *Rozwój daje radość*. Gdańsk, GWP 2009.



Najczęściej przyczyny opóźnienia rozwoju powstają jeszcze w trakcie życia płodowego. Dotyczą one zaburzeń genomu i to zarówno na poziomie genetycznym, epigenetycznym, jak i chromosomalnym<sup>25</sup>. Szacuje się, że jedynie w 18% przypadków zaburzenia są spowodowane czynnikami nabytymi lub okołoporodowymi<sup>26</sup>. Jeszcze większy problem sprawia ocena przyczyn powstawania zaburzeń o charakterze izolowanych deficytów poznawczych. Niestety, bardzo często zaburzenia te nie zostają przez długi okres zdiagnozowane (czasem nawet przez całe życie)<sup>27</sup>. Jednym z najczęściej występujących zaburzeń jest opóźnienie nabywania mowy czynnej<sup>28</sup>. Znaczna złożoność procesu angażującego większość kory mózgowej oraz struktur podkorowych uprawnia do rozpatrywania zaburzeń nabywania mowy czynnej, szczególnie w zakresie jej wyższych modalności, takich jak np. semantyka, jako procesu wskaźnikowego dla prawidłowości rozwoju psychoruchowego. Ze względu na dość złożony charakter zaburzenia, szczególnie u młodszych dzieci (proces tworzenia wyższych struktur mowy wciąż trwa), na pierwszy plan najczęściej wysuwają się zaburzenia emocjonalne, impulsywność oraz nieprawidłowa kontrola własnego zachowania. Co ważne, nieprawidłowości te są często wtórne w stosunku do niemożności prawidłowego kontaktu werbalnego z otoczeniem<sup>29</sup>.

Niezwykle ciekawym zagadnieniem w kontekście zaburzeń rozwojowych występujących u dzieci z kraniosynostozami są tzw. minimalne zaburzenia czynności mózgu (ang. *minimal brain dysfunction* – MBD). Pojęcie to wprowadzono w latach siedemdziesiątych ubiegłego stulecia, jednak pewne aspekty kliniczne tego zagadnienia nadal są aktualne. MBD dotyczą dyskretnych zaburzeń funkcjonowania dziecka w środowisku, wynikających z niewielkich uszkodzeń strukturalnych<sup>30</sup>. Pomimo tego, że przyczyn MBD należy szukać jeszcze w życiu płodowym, najczęściej ujawniają się klinicznie pomiędzy 2. a 7. rokiem życia. Jest to związane ze stopniowym dojrzewaniem OUN. Choć dokładne badanie neurorozwojowe w pierwszym roku życia pozwala na stwierdzenie pewnych objawów prodromalnych (np. opóźnionego nabywania funkcji prelingwalnych), to najczęściej są one przez otoczenie (w tym personel medyczny) ignorowane<sup>31</sup>.

---

<sup>25</sup> *Psychologia rozwoju człowieka*. Red. B. HARWAS-NAPIERAŁA, J. TREMPAŁA. Warszawa, PWN 2008; R. SCHAFFER: *Psychologia dziecka*. Warszawa, PWN 2009.

<sup>26</sup> R. SCHAFFER: *Psychologia dziecka*...

<sup>27</sup> E.P. GODWIN, L. MCKENDRY ANDERSON: *Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej*. Warszawa, Wydawnictwo K.E. Liber 2007.

<sup>28</sup> *Nowe wyzwania w rozwoju człowieka*...

<sup>29</sup> S. BLAKEMORE, U. FRITH: *Jak uczy się mózg*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2008.

<sup>30</sup> A. BORKOWSKA: *Neuropsychologiczne mechanizmy powstawania zaburzeń rozwojowych*. W: *Neuropsychologia kliniczna dziecka*. Red. A. BORKOWSKA, Ł. DOMAŃSKA. Warszawa, PWN 2006, s. 13–30.

<sup>31</sup> A. BORKOWSKA: *Neuropsychologiczne mechanizmy powstawania zaburzeń rozwojowych*..., s. 13–30; Z. KUŁAKOWSKA: *Wczesne uszkodzenia dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*. Lublin, Wydawnictwo Folium 2003.

Kontynuując badania nad MBD, w 2001 roku Jeffrey W. Gilger i Bonnie Kaplan zaproponowali wprowadzenie określenia „atypowy rozwój mózgu” (ang. *atypical brain development* – ABD)<sup>32</sup>. Najważniejszym punktem ich teorii jest stwierdzenie, iż u podstaw trudności rozwojowych leżą niespecyficzne mechanizmy patologiczne. Co więcej, rozpoznanie ABD zawiera w sobie jednocześnie możliwość wybitnego rozwoju niektórych modalności, głównie o charakterze wybiórczym. Dzieci operowane z powodu CSO często prezentują zaburzenia rozwojowe bardzo podobne do tych opisywanych powyżej.

Analizując przyczyny zaburzeń rozwojowych u dzieci z kraniosynostozami, należy wymienić następujące czynniki:

- bezpośredni wpływ na budowę mózgu mutacji genowych, leżących u podstawy części izolowanych kraniosynostoz (wydaje się prawdopodobne, że znaczna większość CSO ma nieznaną, jak dotąd, podłoże genetyczne);
- zespół uogólnionego lub lokalnego nadciśnienia śródczaszkowego;
- pierwotne zaburzenia rozwojowe mózgowia;
- wtórne zaburzenia rozwojowe mózgowia, np. związane z nieprawidłowym kształtem czaszki.

Dodatkowymi czynnikami, które mogą mieć znaczenie, są:

- efekty zaburzeń współistniejących, takich jak nieprawidłowości słuchu i wzroku;
- niski poziom stymulacji rozwoju, uzyskiwany w relacji dziecko – rodzice;
- obniżony poziom oczekiwań społecznych od „jednak chorego” dziecka;
- zaburzenia procesu edukacji ze względu na częste wizyty lekarskie, hospitalizacje, rekonwalescencję po zabiegach.

Ponieważ rekonstrukcja neurochirurgiczna nie tylko zmienia kształt czaszki, ale także znacząco wpływa na ciśnienie śródczaszkowe, wciąż aktualne są pytania o najlepszy dla dziecka czas zabiegu przy uwzględnieniu zarówno *stricte* jego medycznego ryzyka związanego ze znieczuleniem ogólnym, znaczną utratą krwi oraz prawdopodobieństwem infekcji etc., jak i minimalizację czasu obecności lokalnego nadciśnienia śródczaszkowego i spowodowanie jak najmniejszych deficytów neurorozwojowych. Nadal nie wiemy, czy u dzieci z izolowanymi kraniosynostozami zaburzenia rozwoju stanowią wynik wady czaszki, czy też są objawem współwystępującym w stosunku do dyskranii. Nie znamy prawdopodobieństwa wystąpienia specyficznych, ale także całościowych zaburzeń rozwojowych. Kolejne kontrowersje budzi pytanie o to, czy wczesny zabieg, związany z większym prawdopodobieństwem powikłań, niesie ze sobą większe prawdopodobieństwo prawidłowego rozwoju i lepszego efektu kosmetycznego. Być może zastosowanie metod neurochirurgii małoinwazyjnej, takich jak zabiegi neuroendoskopowe w bardzo wczesnych etapach rozwoju (w 2.–3. miesiącu życia), są optymalną opcją leczenia dzieci z klasycznymi,

---

<sup>32</sup> J. GILGER, B. KAPLAN: *Atypical Brain Development: a conceptual framework for understanding developmental learning disabilities*. „Developmental Neuropsychology” 2001, Vol. 20 (2), s. 465–481.

nieskomplikowanymi wadami o charakterze izolowanej CSO. Wciąż nie ma perspektywnych badań porównujących funkcjonowanie poznawcze oraz społeczne pacjentów dorosłych operowanych i nieoperowanych z powodu izolowanych CSO.

Nie bez znaczenia są także aspekty emocjonalne nieprawidłowości w budowie czaszki i – co za tym idzie – nieprawidłowego wyglądu głowy. Wydaje się, że obecność CSO może wpływać na zaburzenia wizerunku ciała tych małych pacjentów, w każdym z jego aspektów: poznawczym, afektywnym i behawioralnym. U dzieci z nieoperowaną izolowaną CSO w wieku szkolnym pojawia się obniżone poczucie własnej wartości, związane z nieprawidłowym wyglądem i brakiem akceptacji rówieśników. Dzieci te często noszą różne pejoratywne przydomki, np. „jajogłowy”, „torpeda”, „kosmita”, „obcy”. Podlegają stygmatyzacji społecznej<sup>33</sup>. Dlatego skarżą się: „[...] dzieci nie chcą się ze mną bawić [...]”, „[...] jestem brzydkie [...]” itd. Współwystępujące zaburzenia neurorozwojowe jedynie nasilają problemy emocjonalne i mogą prowadzić do przewlekłego obniżenia nastroju oraz – w późniejszym okresie – do dystymii lub depresji.

W kontekście dalszego życia, w wieku dorosłym chorzy na CSO mogą mieć utrudnione możliwości znalezienia życiowego partnera, charakteryzować się niską samooceną, mniejszą swobodą w kontaktach towarzyskich i wstydlivością. Cechy te sprzyjają nasileniu skłonności do obawiania się krytycznych opinii, ograniczaniu poziomu standardu własnego życia, zmniejszaniu asertywności i w rezultacie powstaniu/narastaniu poczucia winy.

Nieprawidłowy, odbiegający od „normy” kształt czaszki często skutkuje utrudnionymi możliwościami znalezienia wymarzonej pracy, obniżonym statusem społecznym, a co za tym idzie – mniejszymi aspiracjami zawodowymi i niesatysfakcjonującymi dochodami. W badaniach przeprowadzonych w ośrodku w San Diego stwierdzono, że spośród rodziców, którzy początkowo nie zdecydowali się na operację, większość ponownie zgłosiła się z dziećmi do szpitala w wieku średnio 6 lat, nalegając na zabieg kranioplastyki. Zmiana decyzji w głównej mierze była spowodowana aspektami emocjonalnymi oraz psychologicznymi związanymi nie tylko z samymi dziećmi, ale również z poczuciem winy rodziców<sup>34</sup>.

W przeprowadzonych przeze mnie badaniach analizowano częstość występowania zaburzeń rozwoju u dzieci z CSO. Do oceny wykorzystano dostępne na rynku standaryzowane testy rozwojowe, takie jak: Denver Developmental Screening Test (DDST)<sup>35</sup>, Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa (MFED)<sup>36</sup>, Dziecię-

<sup>33</sup> E. GOFFMAN: *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*. Gdańsk, GWP 2007.

<sup>34</sup> B.M. OZGUR, H. ARYAN, D. IBRAHIM, M. SOLIMAN, H. MELTZER, S. COHEN i in.: *Emotional and psychological impact of delayed craniosynostosis repair*. „Childs Nervous System” 2006, Vol. 22 (12), s. 1619–1623.

<sup>35</sup> Denver Developmental Screening Test. Denver 1990.

<sup>36</sup> T. HELLBRUGE, F. LAJOSI, D. MENARA, R. SCHAMBERGER, T. RAUTENSCHTRAUCH: *Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa. Pierwszy rok życia*. Kraków, Wydawnictwo Antykwa 1994; T. HELLBRUGE: *Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa*. Kraków, Wydawnictwo Antykwa 1995.

ca Skala Rozwojowa (DSR)<sup>37</sup>. Przeanalizowano rozwój 74 dzieci z izolowanymi kraniostozami – do pierwszego roku życia dzieci badano co 3 miesiące, a następnie co 6 miesięcy po zabiegu kranioplastyki. Wykazano, że u dzieci leczonych z powodu izolowanego przedwczesnego zarośnięcia szwów czaszkowych występują zaburzenia neurorozwojowe średnio w 44% przypadków. W grupie dzieci operowanych z powodu przedwczesnego zarośnięcia szwu strzałkowego przed zabiegiem stwierdzano w 42,9% nieharmonijny rozwój psychoruchowy. Odpowiednio wartość ta dla dzieci z przedwcześnie zarośniętym szwem metopowym wyniosła 43,8%, a dla dzieci z przedwcześnie zarośniętym pojedynczym szwem wieńcowym – 40,0%. W podgrupach dzieci leczonych z powodu czaszki trójkątnej i łódkogłowia najczęstszymi zaburzeniami były: nieprawidłowy, opóźniony rozwój mowy czynnej oraz opóźnienie rozwoju rozumienia mowy.

Analiza istotności różnic w podgrupach wykazała, że dzieci badane przed 6. miesiącem życia i operowane z powodu przedwczesnego zarośnięcia szwu strzałkowego wykazują istotnie częściej zaburzenia rozwoju mowy czynnej oraz brak harmonii rozwoju w porównaniu z dziećmi operowanymi z powodu czaszki trójkątnej.

Nie stwierdzono znamiennej statystycznie różnicy pomiędzy częstością występowania zaburzeń w analizowanych obszarach rozwojowych u dzieci operowanych przed 6. miesiącem życia w porównaniu z dziećmi operowanymi po 6. miesiącu życia. Jednakże dzieci, które były operowane przed 6. miesiącem życia szybciej osiągały harmonię rozwojową w porównaniu z dziećmi operowanymi po ukończeniu pół roku życia.

Podobne wyniki zanotowano w innych ośrodkach zajmujących się leczeniem dzieci z dyskraniami. Dobrym przykładem są badania japońskie, w których stwierdzono poprawę w zakresie rozwoju mowy u 54 dzieci z izolowaną (niezespołąwą) postacią przedwczesnego zarośnięcia szwu metopowego.

## Zakończenie

Nieprawidłowości budowy czaszki u dzieci są, wbrew pozorom, często występującą wadą wrodzoną lub nabytą. Przedwczesne zarośnięcie szwów czaszkowych występuje u jednego dziecka na 2 000 żywo urodzonych dzieci. Skośnogłowie złożeniowe może występować ponad dziesięciokrotnie częściej. Przy takiej epidemiologii okazuje się, że w Polsce rocznie rodzi się kilkaset dzieci z nieprawidłową budową czaszki. W kontekście występowania u blisko połowy dzieci dysharmonii rozwojo-

---

<sup>37</sup> A. MATCZAK, A. JAWOROWSKA, A. CIECHANOWICZ, D. FECENEC, J. STAŃCZAK, E. ZALEWSKA: *Dziecięca Skala Rozwojowa (DSR). Podręcznik*. Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych 2007.

wej, w tym najczęściej opóźnienia rozwoju mowy czynnej oraz motoryki, wymagają one wzmożonej czujności opiekunów i leczących ich specjalistów. Doniosłą rolę w procesie leczenia odgrywają logopedzi, neurologopedzi oraz psycholodzy, którzy poprzez wczesną diagnostykę i włączenie jak najszybciej programu wczesnej interwencji nie tylko umożliwiają w wielu przypadkach prawidłowy rozwój, ale także podnoszą jakość życia małych pacjentów.

**OLGA PRZYBYŁA**

Uniwersytet Śląski w Katowicach;  
Specjalistyczny Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji  
dla Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu PZG Katowicach

**MAŁGORZATA STANDO-PAWLIK**

Przedszkole Miejskie nr 29 w Sosnowcu

## **Atypowy rozwój mózgu jako zaburzenie wpływające dysfunkcyjnie na rozwój psychomotoryczny i społeczny dziecka – ujęcie interdyscyplinarne**

**ABSTRACT:** Atypical brain development is a term that can be used to address the full range of developmental disorders that are found to be overlapping much of the time in any sample of children. The authors present ideas that are, in part, a response to the neurodevelopmental disorders and psychomotor, social and speech disorder in children.

**KEY WORDS:** atypical brain development, psychomotor and social disorder, sensory integration disorder, neurodevelopmental disorders

Już od chwili narodzin człowiek kształtuje i uczy się wykorzystywać wszystkie zmysły, wzbogaca swoją sferę poznawczo-intelektualną, a jednocześnie, będąc członkiem społeczeństwa, rozwija w sobie wartości społeczno-moralne. We współczesnym świecie coraz częściej jednak zauważa się trudności w zdobywaniu nowych umiejętności i wiadomości przez dzieci, których możliwości intelektualne są niejednokrotnie wyższe od przeciętnych. Przyczyną takiego stanu rzeczy może być nieprawidłowo funkcjonujący układ nerwowy. Mają na to niewątpliwie wpływ różnorodne czynniki, działające na płód w okresie prenatalnym, przyczyniające się do atypowego rozwoju mózgu.

### **Znaczenie prawidłowego rozwoju układu nerwowego dziecka**

#### **Rozwój układu nerwowego w ontogenezie**

Układ nerwowy jest częścią organizmu ludzkiego, którego prawidłowe funkcjonowanie decyduje o właściwym zachowaniu człowieka oraz jego aktywności.

Układ nerwowy stanowi zróżnicowaną strukturę, której każda część spełnia określoną funkcję. Tylko poprawne funkcjonowanie całości układu nerwowego pozwala na pełne wykorzystanie możliwości mózgu jako najważniejszej części organizmu ludzkiego. Na szczególną uwagę zasługuje kora półkul mózgu, w niej bowiem są analizowane i przetwarzane bodźce, pochodzące z narządów zmysłów, narządów wewnętrznych i układów podkorowych. Ich rozwój ma znaczenie zarówno dla prawidłowego przebiegu procesów poznawczych, jak i emocjonalnych<sup>1</sup>. Już niewielkie odstępstwa w budowie i/lub funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego manifestują się nieprawidłowościami w rozwoju człowieka, zależącymi od rodzaju powstałych anomalii. Dlatego tak ważne jest to, aby proces rozwoju układu nerwowego w okresie prenatalnym nie został zakłócony, ponieważ w tym czasie jest on najbardziej podatny na działanie czynników patogennych.

Układ nerwowy człowieka rozwija się z ektodermy – jednego spośród trzech listków rozwojowych, które daje się wyróżnić u płodu we wczesnym okresie rozwoju. Proces ten przebiega wieloetapowo i polega na przekształcaniu struktur układu nerwowego w coraz bardziej złożone na skutek mnożenia komórek, ich migracji do określonych okolic, różnicowania i mielinizacji<sup>2</sup>.

Proces tworzenia układu nerwowego człowieka rozpoczyna się już w pierwszych tygodniach po zapłodnieniu. Około 13. dnia życia płodowego widoczne są zawiązki układu nerwowego, a około 20. dnia zostają uformowane zawiązki mózgu i rdzenia kręgowego<sup>3</sup>. W 28. dniu następuje zamknięcie cewy nerwowej, co przyjęło się traktować jako pierwszy, ważny etap prawidłowego tworzenia się układu nerwowego człowieka<sup>4</sup>. Około 40 dni po zapłodnieniu w przedniej części cewy nerwowej daje się zauważyć trzy wybrzuszenia, z których z czasem rozwiną się: przodomózgowie, śródmózgowie i tyłomózgowie. Od momentu zamknięcia się cewy nerwowej komórki zaczynają się mnożyć, a następnie migrować do przeznaczonych im obszarów, tworząc tam z innymi komórkami właściwe struktury układu nerwowego. W tym procesie zaczynają powstawać aksony i dendryty, a wraz z nimi połączenia nerwowe. Komórki, które nie utworzyły połączeń, obumierają. W 7. tygodniu budowa mózgu dziecka jest zbliżona do mózgu człowieka dorosłego. Mózg zaczyna już wysyłać impulsy do niektórych organów, koordynując w ten sposób ich funkcję. Wtedy tworzą się pierwsze synapsy w mózgu<sup>5</sup>. Od tej chwili ich liczba się zwiększa. W ciągu pierwszych dwóch lat życia dziecka powstaje ich około 400 tys. na sekun-

<sup>1</sup> S. MASGUTOWA, A. REGNER: *Rozwój mowy dziecka w świetle integracji sensomotorycznej*. Wrocław, Wydawnictwo Continuo 2009, s. 39–50.

<sup>2</sup> M. STEUDEN: *Struktura i funkcja układu nerwowego*. W: *Podstawy neuropsychologii klinicznej*. Red. Ł. DOMAŃSKA, A.R. BORKOWSKA. Lublin, Wydawnictwo UMCS 2009, s. 31–83.

<sup>3</sup> D. KORNAS-BIELA: *Z zagadnień psychologii prenatalnej*. W: *W imieniu dziecka poczętego*. Red. J. GULA, J.W. GAŁKOWSKI. Rzym–Lublin, PIKCh–KUL 1988, s. 56–62.

<sup>4</sup> A.R. BORKOWSKA: *Neuropsychologiczne mechanizmy powstawania zaburzeń rozwojowych*. W: *Neuropsychologia kliniczna dziecka*. Red. A. BORKOWSKA, Ł. DOMAŃSKA. Warszawa, PWN 2007, s. 13–25.

<sup>5</sup> D. KORNAS-BIELA: *Z zagadnień psychologii prenatalnej...*, s. 56–62.

dę. Pod koniec 2. miesiąca życia prenatalnego obserwuje się już odruchy nerwowe oraz pierwsze fale mózgowe. Około 5. miesiąca życia płodowego liczba neuronów u płodu osiąga liczbę typową dla dorosłego człowieka. W tym czasie rozpoczyna się również proces mielinizacji, czyli następuje otaczanie włókien nerwowych otoczką mielinową, co trwa do 20.–30. roku życia<sup>6</sup>.

Na prawidłowy przebieg każdego z wymienionych etapów tworzenia się układu nerwowego wpływa wiele czynników. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że każdy etap rozwojowy jest podstawą dla kolejnego. Oznacza to, że odstępstwa od prawidłowego rozwoju, powstałe na skutek działania czynników uszkodzających na którymkolwiek z etapów, powodują niewłaściwy rozwój kolejnych. Im wcześniej zatem nastąpi anomalia w rozwoju, tym wady będą głębsze.

### Asymetria półkul mózgowych

Półkule mózgowe cechuje fizjologiczna asymetria zarówno pod względem strukturalnym, jak i funkcjonalnym. Każda z nich wykazuje przewagę w kierowaniu określonymi procesami, sprawnościami i umiejętnościami. Dodatkowo dostrzegana jest różnica w sposobie przetwarzania i analizowania informacji docierających do mózgu. Te same bodźce w prawej półkuli odbierane są całościowo, natomiast w lewej – sekwencyjnie, analitycznie. Oznacza to, że do pełnego i optymalnego funkcjonowania człowieka potrzebna jest sprawna komunikacja między obiema półkulami.

Różnice dotyczyć mogą również struktur znajdujących się w obu półkulach. Jedną z takich struktur stanowi płaszczyzna skroniowa – struktura zaangażowana w procesy językowe<sup>7</sup>. Badania wykazują, że obszar ten już w chwili urodzenia jest wyraźnie większy w lewej półkuli.

Podobne obserwacje dotyczą bruzdy Sylwiusza. W lewej półkuli najczęściej jest ona dłuższa i prosta, w prawej natomiast – krótsza i zagięta ku górze<sup>8</sup>.

Kolejny obszar stanowi płaszczyzna ciemieniowa, która prawdopodobnie w lewej półkuli kontroluje mowę i ruchy osób praworęcznych, po prawej zaś strotnie wpływa na zdolności przestrzenne.

Odstępstwa w budowie czy asymetrii mogą prowadzić do szeregu zaburzeń. Zachwianie asymetrii płaszczyzny skroniowej może mieć znaczenie w nieprawidłowym rozwoju mowy czynnej i następowej dysleksji.

<sup>6</sup> A. R. BORKOWSKA: *Neuropsychologiczne mechanizmy...*, s. 13–25.

<sup>7</sup> D. BEDNAREK: *Specyficzne trudności w czytaniu w świetle najnowszych badań*. „Kosmos” 2002, nr 51, s. 254.

<sup>8</sup> A. GRABOWSKA: *Lateralizacja funkcji psychicznych w mózgu człowieka*. W: *Mózg a zachowanie*. Red. A. GRABOWSKA, J. ZAGRODZKA. Warszawa, PWN 2006, s. 469–488.



### Czynniki wpływające na rozwój układu nerwowego – przyczyny niewłaściwego rozwoju OUN

Do najczęściej wymienianych czynników negatywnie wpływających na rozwój układu nerwowego należą:

1. Czynniki genetyczne, działające przed zapłodnieniem i tuż po zapłodnieniu:
  - na komórkę rozrodczą, czyli: genopatie oraz gametopatie;
  - na zygotę, czyli blastopatie – zaburzenia rozwoju zapłodnionej komórki (m.in. anomalie chromosomów).
2. Czynniki zewnątrzpochodne, działające po zapłodnieniu (w ontogenezie):
  - na zarodek i płód; zalicza się do nich: wirusy; bakterie; zakażenia przez pasożyty (m.in. *Toxoplasma gondii*); promieniowanie jonizujące; środki toksyczne; konflikt serologiczny; niedobory pokarmowe i witaminowe; zaburzenia w krążeniu płodowym i systemowym.
3. Czynniki działające na dziecko w czasie porodu: bezpośredni uraz czaszko-mózgowy; krwawienia śródczaszkowe; zaburzenia w krążeniu płodowym; środki toksyczne podawane matce.
4. Czynniki działające na dziecko po urodzeniu (encefalopatie wczesnodziecięce lub określone zespoły zaburzeń psychoneurologicznych):
  - urazy;
  - infekcje wirusowe i bakteryjne;
  - intoksykacje ksenobiotykami;
  - zaburzenia metabolizmu;
  - zaburzenia hormonalne;
  - niektóre schorzenia somatyczne (np. zaburzenia przemiany materii, niedożywienie powstałe w wyniku choroby somatycznej, nieprawidłowe funkcjonowanie gruczołów dokrewnych, reumatyzm)<sup>9</sup>.

Wpływ tych czynników na dojrzewający układ nerwowy zależy przede wszystkim od momentu ich zadziałania. Wyróżnia się bowiem w czasie rozwoju momenty, w których organizm jest bardziej wrażliwy na określone bodźce i jednocześnie bardziej podatny na negatywne czynniki środowiskowe. Okresy te nazywane są okresami krytycznymi<sup>10</sup>. Badania wykazują, że najbardziej wrażliwe okresy przypadają na pierwszy trymestr ciąży. Czynniki patogenne działające w pierwszych trzech tygodniach życia płodowego prowadzą zwykle do obumarcia zarodka. W kolejnych dwóch miesiącach powodują głównie zmiany morfologiczne i funkcjonalne. Doprowadzić to może do braku wytworzenia się narządów (agenezji) lub zwiększenia liczby komórek (hiperplazji). W kolejnych trymestrach płód jest już mniej wrażliwy na działanie tych czynników<sup>11</sup>. Należy jednak podkreślić, że nie bez znacze-

<sup>9</sup> M. BOGDANOWICZ: *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*. Warszawa, WSiP 1985.

<sup>10</sup> M. STEUDEN: *Struktura i funkcja układu nerwowego...*, s. 45–47.

<sup>11</sup> A.R. BORKOWSKA: *Neuropsychologiczne mechanizmy...*, s. 13–25.

nia są zarówno natężenie czynników szkodliwych, jak i czas jego oddziaływania na płód. Nawet czynnik o niewielkim natężeniu, działający stosunkowo krótko, może doprowadzić do anomalii w obrębie układu nerwowego. Ich następstwem są zwykle występujące już we wczesnym dzieciństwie symptomy zakłóceń rozwojowych, przejawiających się jako opóźnienia rozwoju psychoruchowego, w tym również szeroko rozumiane trudności w uczeniu się. Dla tego rodzaju objawów Jeffrey Gilger i Bonnie Kaplan w roku 2001 zaproponowali określenie „atypowy rozwój mózgu” (*Atypical Brain Development – ABD*)<sup>12</sup>.

### Atypowy rozwój ośrodkowego układu nerwowego w świetle badań naukowych

#### Pojęcie atypowego rozwoju mózgu (*Atypical Brain Development – ABD*)<sup>13</sup>

Przeprowadzone przez J. Gilgera i B. Kaplan badania odnoszą się do dzieci, które wykazują zaburzenia umiejętności uczenia się, a przede wszystkim czytania. Na ich podstawie naukowcy wysunęli wniosek, że każda badana grupa dzieci wykazuje różnorodność na kilku płaszczyznach. Przede wszystkim wskazują na heterogeniczność objawów oraz brak powiązania między objawem a zaburzeniem. Zauważa się natomiast współwystępowanie niezależnych – jakby się mogło wydawać – odrębnych zaburzeń. Nie jest możliwe jednak ich wyraźne rozgraniczenie. J. Gilger i B. Kaplan wnioskuje, że owe współwystępowanie trudności w przypadku zaburzeń rozwojowych nie jest przypadkiem, lecz stanowi regułę. Co istotne, nie obserwuje się również wzajemnego występowania każdorazowo tych samych objawów.

Następnie należy podkreślić heterogeniczność w przypadku genetycznego podłoża zaburzeń. Również etiologia danego zaburzenia może być zatem odmienna.

Badania neuroanatomiczne wykazały różnorodne mózgowo podłoża tych samych zachowań. Anomalie w obrębie tych samych struktur mogą bowiem powodować odmienne objawy. Tak przeprowadzone badania skłoniły do wprowadzenia pojęcia „atypowy rozwój mózgu” zamiennie do wcześniej używanych określeń:

---

<sup>12</sup> J.W. GILGER, B.J. KAPLAN: *The neuropsychology of dyslexia: The concept of atypical brain development*. „Developmental Neuropsychology” 2001, Vol. 20, s. 469–486.

<sup>13</sup> Ibidem, s. 469–486; IDEM: *Atypical brain development in learning disorders*. In: *Adult learning disorders*. Eds. L.E. WOLF, H.E. SCHREIBER, J. WASSERSTEIN. New York, Psychology Press 2008, s. 55–79; IDEM: *Atypical neurodevelopmental variation as a basis for learning disorders*. In: *Brain, behavior, and learning in language and reading disorders*. Eds. M. MODY, E. SILLIMAN. New York, Guilford Press 2008, s. 7–40.

„minimalne uszkodzenie mózgu” czy „dysfunkcja mózgu”<sup>14</sup>. Nowe ujęcie problemu nie sugeruje uszkodzenia mózgu. Podkreśla natomiast odmienną formę typowego rozwoju. Co więcej, nie zawsze powoduje ona deficyt rozwoju. Niekiedy rozwój atypowy prowadzi do ukształtowania zaskakujących zdolności czy sprawności<sup>15</sup>. Teoria ABD zakłada, że prawidłowo rozwinięte części mózgu mogą tworzyć element kompensacji obszarów dysfunkcyjnych. Teoria ta powinna stanowić punkt wyjścia diagnozy oraz terapii osób, wykazujących objawy atypowego rozwoju mózgu. W celu stworzenia odpowiedniego programu wspomagającego rozwój dziecka uzasadnione jest dokonanie opisu jego słabych i mocnych stron. Pełna diagnoza powinna opierać się na wiedzy kilku specjalistów i być przeprowadzona na poziomie: biologicznym, poznawczym i behawioralnym<sup>16</sup>. Nie należy odnosić się jedynie do faktu opanowania danej umiejętności w określonej normie czasowej. Trzeba przede wszystkim ustalić, w jaki sposób dziecko posługuje się daną umiejętnością i czy nie wykazuje ona znamion odmienności.

Ciekawym zagadnieniem mogącym odnosić się do atypowego rozwoju mózgu jest zachwianie naturalnej asymetrii półkul mózgowych. Fizjologicznie każda z nich ma bowiem swoją strukturę oraz odpowiedzialna jest za inne funkcje. Jednak prawa półkula – co coraz częściej obserwuje się u dzieci – przejmując dominację, powodując, że rozwój mowy jest opóźniony lub zaburzony. Dzieje się tak z powodu różnych, często nieznanych dysfunkcji lewej półkuli, powstałych zapewne wskutek działania niekorzystnych czynników w okresie prenatalnym. Z powodu tych zmian dostrzega się wiele trudności w obrębie rozwijania funkcji poznawczych i sposobów działania. Problemy te odnoszą się do zaburzeń:

- sekwencji ruchowych;
- sekwencji słuchowych;
- spostrzegania wzrokowego;
- sekwencyjnego opracowywania informacji językowych.

Taka sytuacja wiąże się również z problemami w ustaleniu stronności ciała (co może prowadzić do trudności w uczeniu się, szczególnie czytania i pisania).

W trakcie rozwoju trudności te mogą dawać szereg objawów dostrzeganych i opisywanych przez autorów teorii atypowego rozwoju mózgu<sup>17</sup>.

---

<sup>14</sup> Por. Z. ŁOSIOWSKI: *Mikrozaburzenia czynności mózgu – aspekt neurologiczny*. W: *Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Wybrane zaburzenia neurorozwojowe i zespoły neurologiczne*. Red. Z. ŁOSIOWSKI. Warszawa, WSiP 1997, cz. 1, s. 114–130.

<sup>15</sup> M. BIAŁECKA-PIKUL: *O potrzebie nowego spojrzenia na zaburzenia rozwoju*. „Sztuka Leczenia” 2007, nr 1–2, s. 13–24.

<sup>16</sup> A. R. BORKOWSKA: *Neuropsychologiczne mechanizmy...*, s. 13–25.

<sup>17</sup> Por. Z. ŁOSIOWSKI: *Mikrozaburzenia czynności mózgu – aspekt neurologiczny...*, s. 114–130.

## Objawy atypowego rozwoju mózgu

Wczesne dostrzeżenie nietypowego rozwoju wymaga znajomości norm rozwojowych. Należy przy tym pamiętać, że każde dziecko rozwija się w sposób indywidualny. W jego rozwoju mogą występować pewne odstępstwa, które nie zawsze są związane z atypowym rozwojem mózgu. Na prawidłowy rozwój we wczesnym dzieciństwie wpływają bowiem również czynniki środowiskowe, które mogą mieć zarówno pozytywny, jak i negatywny wpływ na postępy dziecka.

Atypowy rozwój mózgu można zaobserwować u dzieci już we wczesnym dzieciństwie. Ich rozwój psychoruchowy nie przebiega bowiem zgodnie z obserwowaną u większości dzieci normą, a opanowane już umiejętności mogą przybierać nietypowe formy. Jest to spowodowane w dużej mierze atypowym przetwarzaniem bodźców zmysłowych, dysfunkcjami w obrębie układów sensorycznych, a także brakiem współpracy pomiędzy nimi (zaburzenia przetwarzania integracji sensorycznej)<sup>18</sup>. Rzutuje to na prawidłowy przebieg procesu uczenia się określonych sprawności oraz zachowanie dziecka. Obraz kliniczny każdego z nich – jak wskazują badania J. Gilgera i B. Kaplan – jest inny. Zwykle jednak objawy przejawiają się opóźnieniem lub zaburzeniem w obrębie rozwoju: ruchowego, intelektualnego, społeczno-emocjonalnego, adaptacyjnego oraz językowego wraz z współwystępującymi trudnościami w zakresie zdolności komunikacji<sup>19</sup>.

### Rozwój ruchowy

Rozwój motoryczny dziecka przebiega w sposób stadialny. Każde zdrowe dziecko osiąga w określonym czasie następujące po sobie sprawności, takie jak: siadanie, raczkowanie, wstawanie, chodzenie<sup>20</sup>. Równoległe rozwija się również jego sprawność manualna. Wszystkie wymienione czynności doskonalą się w miarę powtarzania określonych sekwencji ruchów. W ten sposób z czynności wymagających od człowieka pełnej świadomości stają się czynnościami zautomatyzowanymi, powstającymi na poziomie podświadomości. Uzyskanie zadowalającej płynności ruchów oraz ich skoordynowanie wymaga jednak wielokrotnych powtórzeń<sup>21</sup>.

Na prawidłowy rozwój ruchowy dziecka oraz jego postawę znaczący wpływ mają właściwie wykształcone ruchy globalne i reakcje odruchowe. Pierwsze z nich występują już w życiu płodowym i obserwowane są do około 6. miesiąca życia. Przekształcają się one w 4.–5. miesiącu życia w ruchy dowolne. Jednak u podstaw czynności ruchowych człowieka leżą przede wszystkim reakcje odruchowe,

<sup>18</sup> Por. O. PRZYBYŁA: *Przetwarzanie sensoryczne w aspekcie neurorozwojowym a trudności w nabywaniu mowy i języka*. „Forum Logopedyczne” 2011, nr 19, s. 102–114.

<sup>19</sup> P.G. EMMONS, L. MCKENDRY ANDERSON: *Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej*. Warszawa, Wydawnictwo K.E. Liber 2007, s. 116.

<sup>20</sup> O. PRZYBYŁA: *Przetwarzanie sensoryczne w aspekcie neurorozwojowym...*, s. 106.

<sup>21</sup> V. MASS: *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej dla rodziców i specjalistów*. Warszawa, WSiP 1998.

zapewniające prawidłową pozycję ciała (odruchy postawy) oraz utrzymanie pozycji pionowej (odruchy prostowania). W późniejszym okresie są one zastępowane przez odruchy równowagi. Jednym z pierwszych ruchów dowolnych jest chwytanie, pojawiające się około 4. miesiąca życia, przekształcone z odruchu chwytanego. Od tego czasu obserwuje się szybkie doskonalenie tej czynności. Wyprzedza ona znacznie rozwój lokomocji<sup>22</sup>. Nie bez znaczenia jest również odpowiednie napięcie mięśniowe, które warunkuje właściwe ułożenie ciała oraz prawidłową jego postawę. Niepokojącymi objawami u dzieci we wczesnym dzieciństwie może być zaburzone przekształcanie się odruchów pierwotnych oraz brak rozwoju reakcji prostowania, dostarczającej doświadczeń ruchowych ułożenia ciała przeciwko sile grawitacji, i reakcji równowagi, która powoduje dostosowanie napięcia mięśniowego całego ciała podczas utraty równowagi, przygotowując w ten sposób całe ciało do podparcia. U dzieci z ABD pewne dysfunkcje układu nerwowego powodują nieprawidłowości w doświadczeniach sensomotorycznych. Rzutuje to na prawidłowe odczuwanie własnego ciała i powoduje nieprawidłowe ruchy. Szczególnie ważne w tym przypadku jest funkcjonowanie układu proprioceptywnego, który wykorzystując dane płynące z mięśni i stawów, informuje mózg o pozycji ciała<sup>23</sup>. Nie bez znaczenia okazuje się więc funkcjonowanie samych proprioceptorów. Są to receptory, znajdujące się w mięśniach, ścięgnach i przyległych do nich tkankach. Część z nich – zlokalizowana w uchu wewnętrznym – pełni funkcję wspomagającą w utrzymaniu równowagi. Jest to najwcześniej rozwijający się układ, którego odzwierciedlaniem są ruchy płodu po pierwszych reakcjach na dotyk. W życiu pozapłodowym dzięki proprioceptorom człowiek ma świadomość poruszania się i stania oraz świadomość ułożenia położenia ciała i jego poszczególnych części w przestrzeni. Działając wraz ze zmysłem przedsionkowym, koordynującym ruchy oczu, głowy i ciała, proprioceptory wpływają m.in. na napięcie mięśni. Nie należy zapominać, że dla prawidłowego rozwoju płynności ruchów konieczne jest właściwe przekazywanie informacji, płynących z mechanizmów zmysłowych komórek nerwowych do ośrodkowego układu nerwowego oraz z ośrodkowego układu nerwowego na obwód do mięśni. Ważną rolę na tej drodze odgrywają:

- twór siatkowaty i mózdzek, które pomagają w koordynacji i regulacji ruchów;
- wzgórze, odpowiadające za wstępną ocenę bodźców zmysłowych i przesyłanie ich do kory mózgowej oraz pełniące kluczową funkcję w integracji informacji czuciowych i ruchowych;
- kora mózgowa<sup>24</sup>.

---

<sup>22</sup> J. CZOCHAŃSKA: *Zaburzenia czynności ruchowych*. W: *Neurologia dziecięca*. Red. J. CZOCHAŃSKA. Warszawa, PZWL 1985.

<sup>23</sup> P.G. EMMONS, L.MCKENDRY ANDERSON: *Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej...*

<sup>24</sup> Por. O. PRZYBYŁA: *Trudności w uczeniu się na lekcjach języka polskiego w perspektywie przetwarzania sensorycznego – wybrane zagadnienia*. „Nauczyciel i Szkoła” 2007, nr 3–4, s. 283–296; EADEM: *Integracja sensoryczna w edukacji polonistycznej*. W: *Dialog z rzeczywistością. Język. Literatura. Kultura*. Red. Z. TRZASKOWSKI. Kielce, Wydawnictwo UPH w Kielcach 2007, s. 467–476.

Prawidłowe ich działanie nie tylko koordynuje i upłynnia świadome, celowe ruchy, ale również wpływa na utrzymanie wyprostowanej pozycji ciała, do czego potrzebne jest właściwe napięcie mięśniowe<sup>25</sup>.

Dzieci z atypowym rozwojem mózgu mogą zatem nie rozwijać prawidłowo funkcji ruchowych. Już we wczesnym dzieciństwie da się zauważyć nieprawidłowe ustawienie głowy względem tułowia i nieprawidłową jej kontrolę. Ponieważ tym objawom towarzyszą najczęściej zaburzenia napięcia mięśniowego, u dzieci z atypowym rozwojem mózgu przeważają wzorce zgięciowe lub wyprostne kończyn. Wyraźnie zauważalny jest brak współdziałania grup mięśni. Tułów takiego dziecka jest wiotki. Ma ono trudność w przetaczaniu się, podpieraniu na przedramionach lub rękach, nie potrafi siadać. Zdecydowana większość dzieci z ABD wykształca te umiejętności później. Należy jednak podkreślić, że odbywa się to zwykle w sposób patologiczny, toteż wykształcone odruchy odbiegają od przyjętych wzorów<sup>26</sup>. Do prawidłowego rozwoju brakować może następujących składników:

- prawidłowego napięcia posturalnego;
- automatycznych wzorców postawy i ruchu.

Dziecko w celu utrzymania równowagi uczy się kompensować brakujące elementy poprzez usztywnianie się na obwodzie. Kompensacja ta odzwierciedla deficyty przetwarzania sensorycznego oraz dysharmonie we współpracy zmysłów z obwodowym i ośrodkowym układem nerwowym oraz mięśniami szkieletowymi. Obniżone napięcie mięśniowe w obrębie kończyn górnych i nieprawidłowości w zakresie opanowywania czynności motorycznych mogą prowadzić do:

- spowolnienia ruchów i niedostosowania ruchowego;
- niskiego poziomu koordynacji ruchowej;
- ogólnej niezdarności czy niezgrabności o różnym nasileniu.

Niezdarność i niski poziom koordynacji ruchowej mogą dotyczyć motoryki zarówno małej, jak i dużej. Ujawniają się podczas wykonywania drobnych ruchów oraz złożonych przestrzennie i czasowo ruchów lub łańcuchów ruchowych, np. podczas przeżuwania pokarmów, ubierania się, posługiwania się sztućcami, pisanie, biegania, skakania, wspinania się.

Trudności w zakresie organizacji dowolnych czynności ruchowych oznaczają zaburzenia prakcji. Określa się je mianem dysprakcji. Przy właściwie rozwiniętej prakcji ruchy są bowiem zautomatyzowane i wyuczone, a sprawność ich wykonania doskonali się w miarę treningu. Mimo że różnią się stopniem trudności i formą organizacji, są prakcjami (warto tu nadmienić, że w momencie, gdy dana czynność zostanie opanowana, mówimy o sprawności, a nie o prakcji). Oznacza to, że w przypadku dysprakcji u dzieci każdorazowo napotykają one problemy przy realizacji dowolnej czynności ruchowej i wymagają wielokrotnych powtórzeń oraz niejednokrotnie długotrwałej rehabilitacji ruchowej. Objawami dysprakcji mogą być:

<sup>25</sup> V. MASS: *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej...*

<sup>26</sup> M. MATYJA, M. DOMAGALSKA: *Podstawy usprawniania neurorozwojowego według Berty i Karela Bobathów*. Katowice, Wydawnictwo AWF 1998.

- niski poziom dostosowania ruchowego i słaba rytmizacja ruchów;
- trudności z czynnościami wymagającymi wycucia czasu i sekwencyjności;
- trudności z naśladowaniem ruchu;
- trudności z przełożeniem instrukcji werbalnej na odpowiedź ruchową;
- problemy z koordynacją ruchową;
- niższe niż przeciętne umiejętności z zakresu dużej motoryki;
- trudności w utrzymaniu równowagi;
- preferowanie tylko określonych zabaw i aktywności, zwykle niezwiązanych z czynnościami ruchowymi;
- trudności z wymową (niski poziom ruchów dowolnych aparatu artykulacyjnego, a więc dyspraksja oralna)<sup>27</sup>.

Trudności z wymową, czyli zaburzenia prakcji oralnej (dyspraksja oralna) dotyczą problemów w planowaniu i wykonywaniu celowych ruchów narządów mownych. U dzieci z atypowym rozwojem mózgu oraz dyspraksją można zaobserwować nieprawidłowo rozwinięte funkcje ruchowe języka i warg. W tym zakresie wymienić należy następujące problemy:

- nieprawidłowe ułożenie języka i niewłaściwe czucie języka, warg;
- powolne i słabo wykształcone ruchy języka, warg, szczęki, podniebienia miękkiego;
- problem z szybką zmianą miejsca artykulacji i sekwencyjnością ruchu;
- problemy z koordynacją narządów artykulacyjnych.

Dodatkowo współwystępują problemy będące konsekwencją nieprawidłowego napięcia mięśniowego, a więc otwarte/niedomknięte usta i język ustawiony w nieprawidłowej pozycji, co skutkuje trudnościami w zamykaniu ust, ssaniu, przenoszeniu pokarmu, połykaniu, żuciu, a także w wytwarzaniu dźwięków mowy<sup>28</sup>. Dzieci z atypowym rozwojem mózgu kolejne etapy rozwoju ruchowego, zarówno motoryki dużej, jak i małej, zdobywają z opóźnieniem, a w osiągniętych sprawnościach wykazują wiele nieprawidłowości, co rzutuje na poprawność całościowego wykształcenia się kolejnych etapów rozwoju małej i dużej motoryki.

Problem z planowaniem ruchów często przekłada się na zaburzenia zachowania. Niepowodzenia, jakich doznają dzieci, powodują zniechęcenie, bunt, a nawet agresję. Często reakcje są nieadekwatne do sytuacji lub wieku dziecka. Dlatego tak

---

<sup>27</sup> C. MISSIUNA, S. MOLL, G. KING, M. LAW: *A Trajectory of Troubles: Parents' Impressions of the Impact of Developmental Coordination Disorder*. „Physical and Occupational Therapy in Pediatrics” 2007, Vol. 27 (1), s. 81–101; I.C. GILLBERG, C. GILLBERG: *Children with Preschool Minor Neurodevelopmental Disorders Iv: Behaviour and School Achievement at Age 13*. „Developmental Medicine & Child Neurology” 1989, Vol. 31, s. 3–13; P. RASMUSSEN, C. GILLBERG: *Natural Outcome of Adhd with Developmental Coordination Disorder at Age 22 Years: A Controlled, Longitudinal, Community-Based Study*. „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” 2000, Vol. 39 (11), s. 1424–1431; V. MASS: *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej...*

<sup>28</sup> M. MATYJA, M. DOMAGALSKA: *Podstawy usprawniania neurorozwojowego...*

ważne jest, by dzieci z dyspraksją miały poczucie sukcesu podczas rehabilitacji i w życiu codziennym<sup>29</sup>.

### Rozwój intelektualny

Jak wykazują badania, dzieci z atypowym rozwojem mózgu przejawiają wiele trudności, które mogłyby wskazywać na obniżony iloraz inteligencji, tymczasem ich poziom inteligencji niejednokrotnie przewyższa przeciętny. Teoria ABD zakłada również, że owa atypowość może powodować bardzo wysoki poziom inteligencji lub przejawiać się w ponadprzeciętnych czy nawet wyjątkowych umiejętnościach, takich jak hiperleksja<sup>30</sup>. Na wynik ilorazu inteligencji składa się wiele zdolności oraz rodzajów inteligencji. Człowiek przejawia bowiem różny poziom zdolności w poszczególnych dziedzinach: czytaniu, matematyce, muzyce, sporcie, ortografii itp. Wzrost ilorazu inteligencji i osiągnięcie zadowalających wyników w wielu dziedzinach życia zależą w dużej mierze od możliwości poznawczych dziecka. Bywa, że dzieci wykazują ponadprzeciętne umiejętności w niektórych dziedzinach, w innych zaś przeciętne. Można więc domniemywać, że umiejętności gorzej opanowane blokują większe postępy dziecka. Dzieje się tak dlatego, że niewłaściwie funkcjonujące i rozwijające się spostrzeganie, pamięć, uwaga i mowa – co często obserwuje się u dzieci z podejrzeniem ABD – utrudniają uczenie się i opanowywanie wielu nowych umiejętności<sup>31</sup>.

Mówiąc o **spostrzeganiu**, należy uwzględnić zmysły: wzroku, słuchu, smaku, dotyku, węchu, propriocepcji i równowagi. Każde zdrowe dziecko poznaje świat, wykorzystując je wszystkie. Dzieci z atypowym rozwojem mózgu widzą świat odmiennie. Obserwuje się u nich swoiste przetwarzanie informacji zmysłowych docierających z ciała i zewnętrznego świata. Odmienność ta dotyczy analizy oraz syntezy bodźców.

Nieprawidłowości w odbieraniu bodźców wzrokowych powodują, że dzieci mają trudności z właściwym postrzeganiem świata. Obrazy, które docierają do ich mózgów, są tam zniekształcane. Prawidłowe widzenie zależy od koordynacji obrazu dwóch połówek pól wzrokowych, ponieważ prawa i lewa półkula mózgu odbierają tylko po połowie impulsów wzrokowych z każdego oka. Odmiennie działające części mózgu lub niewłaściwa komunikacja między półkulami mogą więc powodować zaburzenia owej koordynacji postrzeganego obrazu. Dysfunkcje w obrębie percepcji wzorkowej mogą z kolei prowadzić do zaburzeń koordynacji wzrokowo-ruchowej, niezbędnej do zharmonizowania ruchów całego ciała z ruchami gałek ocznych. Brak tej umiejętności uniemożliwia sprawne wykonywanie ruchów pod kontrolą wzroku. Objawia się to niezgrabnością w zabawach

<sup>29</sup> V. MASS: *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej...*

<sup>30</sup> A.R. BORKOWSKA: *Neuropsychologiczne mechanizmy...*, s. 26.

<sup>31</sup> *Ibidem*, s. 26–29.



zręcznościowych, rysowaniu, odwzorowywaniu, a w późniejszym etapie edukacji również w trudnościach w pisaniu.

Równie ważna dla rozwoju dziecka i jego postrzegania świata jest percepcja słuchowa. Bódcze słuchowe można podzielić na: werbalne – związane z mową, oraz niewerbalne – wszystkie pozostałe dźwięki płynące z otoczenia. Można więc przypuszczać, że anomalie dotyczące tego zmysłu mogą powodować u dzieci problemy z różnicowaniem i identyfikacją bodźców słuchowych (niezdolność kojarzenia bodźca słuchowego z jego znaczeniem)<sup>32</sup>. Rzutuje to bezpośrednio na prawidłowy rozwój mowy, co zostanie omówione w dalszej części artykułu. Natomiast nieprawidłowo funkcjonująca koordynacja wzrokowo-słuchowa może prowadzić do trudności w nauce czytania<sup>33</sup>.

Podobne problemy w różnicowaniu i identyfikacji bodźców mogą dotyczyć pozostałych zmysłów: smaku, węchu, dotyku, propriocepcji i równowagi. Warto nadmienić, że w obrębie wszystkich pięciu zmysłów obserwuje się również nietypowość w natężeniu odczuwania bodźców.

Z dysharmonią w interpretacji bodźców wiążą się ściśle **zaburzenia integracji sensorycznej (SI)**. Integracja sensoryczna obejmuje umiejętność organizowania informacji, docierających do mózgu z receptorów, a następnie wykorzystanie ich w celowym i efektywnym działaniu. Uporządkowane bodźce pozwalają na zrównoważone funkcjonowanie organizmu, co przejawia się w łatwym przystosowywaniu się do otoczenia, w dobrym przyswajaniu informacji i prawidłowym rozwoju wszelkich funkcji poznawczych. Zaburzenia integracji sensorycznej łączą się – podobnie jak zaburzenia motoryczne – z funkcjonowaniem i współpracą trzech układów sensorycznych:

- układ dotykowy – umożliwia rozpoznawanie przedmiotów za pomocą dotyku, odpowiada za odczuwanie bólu, ciśnienia, temperatury, różnorodność odbieranych bodźców dotykowych; umożliwia różnicowanie i rozpoznawanie ich; jednocześnie różnorodność dotykowych doświadczeń pobudza do ruchu; dotyk stymuluje rozwój fizyczny i emocjonalny; dzięki dotykowym doświadczeniom kształtuje się schemat ciała i rozwija zdolność umiejscawiania ciała w przestrzeni oraz zdolność planowania czynności ruchowych;
- układ propriocepcji – dostarcza do mózgu informacje o położeniu ciała w przestrzeni i informacje o ruchach, jakie to ciało wykonuje na podstawie łączenia odbioru wrażeń płynących z mięśni i ścięgien;
- układ przedsionkowy (zmysłu równowagi) – koordynuje ruchy oczu, głowy i ciała, dzięki czemu pozwala zrównoważyć ruchy obu stron ciała i utrzymywać równowagę<sup>34</sup>.

---

<sup>32</sup> E. ZAWADZKA, Ł. DOMAŃSKA: *Zaburzenia spostrzegania*. W: *Podstawy neuropsychologii klinicznej...*

<sup>33</sup> M. BOGDANOWICZ: *Psychologia kliniczna dziecka...*

<sup>34</sup> P.G. EMMONS, L. MCKENDRY ANDERSON: *Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej...*, s. 21–22; O. PRZYBYŁA: *Przetwarzanie sensoryczne w aspekcie neurorozwojowym...*, s. 104.

Prawidłowe funkcjonowanie każdego z tych układów wpływa na właściwe kształtowanie wielu umiejętności i funkcji niezbędnych w codziennym życiu. Zostały one ujęte w tabeli 1.

TABELA 1. Wpływ percepcji na rozwój umiejętności dzieci

Umiejętności nabywane dzięki informacjom płynącym ze zmysłów		
zmysł dotyku	układ przedsionkowy	układ proprioceptywny
<ul style="list-style-type: none"> <li>• świadomość ciała</li> <li>• planowanie ruchu</li> <li>• percepcja dotykowa</li> <li>• percepcja wzrokowa</li> <li>• umiejętności szkolne</li> <li>• stabilność mójonalna</li> <li>• funkcjonowanie społeczne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bezpieczeństwo grawitacyjne</li> <li>• napięcie mięśniowe</li> <li>• ruch i równowaga</li> <li>• koordynacja ruchowa</li> <li>• przetwarzanie wzrokowo-przestrzenne</li> <li>• przetwarzanie słuchowo-językowe</li> <li>• planowanie ruchu</li> <li>• bezpieczeństwo emocjonalne</li> <li>• funkcjonowanie społeczne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• świadomość ciała</li> <li>• postawa</li> <li>• kontrola i płynność ruchów</li> <li>• stopniowanie ruchu</li> <li>• planowanie ruchu</li> <li>• bezpieczeństwo emocjonalne</li> <li>• funkcjonowanie społeczne</li> </ul>

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: M. KARGA: *Podstawowe zasady obserwacji i terapii zaburzeń integracji sensorycznej u małego dziecka*. W: *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*. Red. B. CYTOWSKA, B. WINCZURA. Kraków, Wydawnictwo Impuls 2008, s. 227–228.

W przypadku prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego procesy integracji układów sensorycznych rozwijają się i doskonalą w sposób naturalny i automatyczny w wyniku bodźców dostarczanych podczas zabaw dziecięcych. W ten sposób w ciągu kilku lat organizm wypracowuje umiejętność adekwatnego reagowania na impulsy płynące z otoczenia. Im procesy te przebiegają sprawniej, tym człowiek funkcjonuje lepiej. Zdarza się jednak, że przetwarzanie sensoryczne u niektórych osób działa słabiej, co odzwierciedla się w codziennym zachowaniu i odbiorze rzeczywistości<sup>35</sup>.

Najczęstszymi objawami mogącymi wskazywać na deficyty integracji sensorycznej są:

- zaburzenia modulacji – dziecko jest przytłoczone ilością i intensywnością bodźców, płynących z otoczenia (dotyk, ruch, bodźce wzrokowe i słuchowe); w zależności od rodzaju wrażliwości, aby odizolować się od bodźca, dziecko może reagować zatykaniem uszu, nosa, oczu;
- zaburzenia różnicowania, a więc zbyt mała wrażliwość na dotyk, ruch, bodźce wzrokowe i słuchowe – dziecko dostarcza sobie dodatkowej stymulacji, szukając bodźców, które zaspokoją jego potrzeby; obserwator może mieć wrażenie, że dziecko ma niewyczerpaną energię, ponieważ ciągle jest w ruchu, jedną aktywność zastępuje kolejną;

<sup>35</sup> M. KARGA: *Podstawowe zasady obserwacji i terapii zaburzeń integracji sensorycznej u małego dziecka*. W: *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*. Red. B. CYTOWSKA, B. WINCZURA. Kraków, Wydawnictwo Impuls 2008, s. 222.

- zbyt wysoki lub zbyt niski poziom aktywności – dziecko jest cały czas w ruchu lub zachowuje się spokojnie, wszystkie czynności wykonuje powoli, z trudem podejmuje aktywności;
- problemy z koordynacją – dziecko często się przewraca, ma trudności z utrzymaniem równowagi i swobodnym poruszaniem zarówno w sferze motoryki dużej, jak i małej;
- opóźnienie w rozwoju mowy lub zdolności językowych;
- opóźnienie w rozwoju zdolności ruchowych w zakresie małej i dużej motoryki;
- trudności w przyswajaniu nowych umiejętności i wiadomości zwykle z jednej bądź określonych dziedzin nauki, w pozostałych dziecko radzi sobie dobrze;
- niska samoocena, spowodowana frustracją, jakiej dziecko doznaje podczas niepowodzeń w trakcie podejmowanych działań;
- kłopoty z organizacją zarówno przestrzeni własnej, jak i otaczającej rzeczywistości;
- kłopoty z zachowaniem – dziecko może nie słuchać opiekunów, wpadać we frustrację, przejawiać agresję<sup>36</sup>.

Większość z wymienionych objawów można zaobserwować już we wczesnym dzieciństwie. Wynikają one głównie z:

- niewłaściwej organizacji informacji przez system nerwowy – dane przesyłane z receptorów mogą nie być przekazywane albo docierają nieregularnie bądź też nie są powiązane z właściwym komunikatem zmysłowym;
- niewłaściwych reakcji ruchowych, słownych i emocjonalnych – mózg nieprawidłowo przetwarza bodźce zmysłowe<sup>37</sup>.

Właściwa percepcja wrażeń we wczesnym dzieciństwie jest podstawowym elementem rozwoju wielu złożonych umiejętności. Stanowi bowiem bazę dla: orientacji w schemacie własnego ciała, planowania ruchów dużej i małej motoryki, integracji dwóch stron ciała, koordynacji wzrokowo-ruchowej, rozwoju lateralizacji, aby ostatecznie osiągnąć sukcesy w nauce szkolnej, zyskać umiejętność wykonywania złożonych ruchów, móc dowolnie kierować swoją uwagę na wybrane bodźce, myśleć koncepcyjnie, potrafić zorganizować swoje zachowanie oraz posiadać wysoką samoocenę, nieblokującą rozwoju dziecka<sup>38</sup>. Wszystkie te umiejętności dziecko zdobywa w ciągu pierwszych sześciu lat swojego życia. Zaburzenia percepcji w obrębie któregośkolwiek ze zmysłów zakłócają schemat rozwoju, wpływając negatywnie na poszczególne sfery życia, za które zmysły te odpowiadają.

---

<sup>36</sup> P.G. EMMONS, L. MCKENDRY ANDERSON: *Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej...*, s. 49–64.

<sup>37</sup> M.L. KUTSCHER, T. ATTWOOD, R.R. WOLFF: *Dzieci z zaburzeniami łączonymi*. Warszawa, PZW 2007, s. 14.

<sup>38</sup> V. MASS: *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej...*; M. KARGA: *Podstawowe zasady obserwacji i terapii zaburzeń...*, s. 222.

Zaburzenia **pamięci i uwagi** są kolejnym, często obserwowanym objawem atypowego rozwoju mózgu u dzieci. Nie ma wątpliwości, że problemy w tym zakresie znacząco wpływają na przyrost wiedzy i umiejętności dzieci. Deficyt uwagi (ADD) charakteryzuje się osłabioną zdolnością do koncentracji i utrzymywania uwagi na wykonywanych czynnościach. Dzieci z ADD nie selekcionują bodźców napływających do nich z zewnątrz. Wszystkie bodźce są dla nich zatem równorzędne. Powoduje to szybkie zmęczenie dziecka, a co za tym idzie – również problemy z zapamiętywaniem i odtwarzaniem informacji. Im bardziej na danym zajęciu skupiona jest uwaga mimowolna dziecka, tym lepiej ono funkcjonuje. Największe trudności pojawiają się wówczas, gdy dana aktywność wymaga intencjonalnego wysiłku

Dzieci z zaburzeniami pamięci i uwagi charakteryzuje wzmożona ruchliwość, nazywana nadaktywnością. Większość z nich jest impulsywna, wszędzie ich pełno, są niespokojne i nerwowe, nie potrafią dłużej usiedzieć na jednym miejscu. Nie są w stanie systematycznie planować i organizować swoich zajęć. Z powodu popędliwości nie myślą o konsekwencjach swojego postępowania. Trudności te powodują narastanie problemów w nauce oraz blokują zdobywanie nowych umiejętności.

### **Rozwój językowy i zdolności komunikacji**

Czynność mówienia jest ściśle związana z prawidłowym funkcjonowaniem mózgu oraz integracją odruchów. Zależy od trzech układów: fonacji, artykulacji i ruchowego układu oddechowego, które muszą ze sobą prawidłowo współpracować. Dla właściwego rozwoju mowy niezbędne są: czucie ruchu (kinetyka), jego wyobrażenie i planowanie (kinestetyka), a także właściwe różnicowanie dźwięków mowy.

Warto nadmienić, że już w okresie prenatalnym obserwuje się czynności wykonywane przez płód, które przygotowują ruchowo aparat artykulacyjny do prawidłowej wymowy, tj. otwieranie ust i wykonywanie ruchów połykania, usprawniające mięśnie biorące udział w późniejszych procesach mownych, a także podciąganie i unoszenie górnej wargi. Około 17. tygodnia życia płodowego zauważa się odruch ssania. Tuż po urodzeniu wrodzone odruchy bezwarunkowe stanowią podstawę wzorców ruchowych rozwoju mowy. Są to odruchy: ssania, połykania, kłaniania, otwierania ust, zwracania, żuchwy i wysuwania języka. Od tego momentu dziecko rozwija swoje umiejętności komunikacji. Pierwszym etapem jest pojawienie się krzyku i płaczu (reakcje niewerbalne), a następnie – około 2.–3. miesiąca życia – głużenia. Są to ćwiczenia głównie ruchowego aspektu mowy. Około 3. miesiąca życia zostaje uaktywniony – pod wpływem dźwięku – analizator słuchowy. Zaczynają się więc tworzyć połączenia między ruchem a dźwiękiem, aby ostatecznie zrównoważyć rolę analizatora słuchowego z kinestetycznym. W momencie pojawienia się fizjologicznej eholalii zaczynają utrwalać się powiązania słowno-słuchowo-kinestetyczne. Równolegle rozwija się krtań i jej funkcja mowna oraz ustala się prawidłowy tor

oddechowy. Aby rozwój mowy przebiegał prawidłowo, zarówno artykulacja, fonacja, jak i funkcje oddechowe powinny ze sobą współgrać. Ich zharmonizowanie zależy niewątpliwie od właściwej pracy układu nerwowego<sup>39</sup>.

Dzieci z atypowym rozwojem mózgu przejawiają trudności w rozwoju i kształtowaniu się mowy, co w konsekwencji przekłada się na problemy w językowym komunikowaniu się. Przyczyn opóźnionego rozwoju mowy u dzieci z ABD jest wiele. Należy podkreślić, iż są one ze sobą ściśle powiązane. Zalicza się do nich:

- nieprawidłowe napięcie mięśniowe;
- nieprawidłową prakcję, w tym nieprawidłową prakcję oralną;
- zaburzenia koordynacji słuchowo-ruchowej i/lub wzrokowo-ruchowej oraz słuchowo-ruchowo-językowej;
- zaburzenia czucia głębokiego (priopriocpcji) oraz powierzchniowego (nieprawidłowości w modulacji i rozróżnianiu bodźców dotykowych);
- przetrwałe / niezintegrowane odruchy niemowlęce, które prowadzą do nieprawidłowego wykonywania czynności fizjologicznych (oddychanie, polykanie, żucie), blokują mięśnie i właściwą pracę twarzoczaszki (negatywnie wpływają na rozwój mowy i artykulacji) oraz przyczyniają się do nabywania nieprawidłowych wzorców ruchowych i wad postawy.

Głównym objawem opóźnionego rozwoju mowy dzieci z ABD jest nieosiągnięcie przez nie kolejnych etapów jej rozwoju zgodnie z normą przypadającą na wiek dziecka. Zaburzeniu może ulegać rozwój mowy zarówno czynnej, jak i biernej. Zaburzenia w tym zakresie określa się terminami: „afazja rozwojowa” i „dysfazja rozwojowa”, „niedokształcenie mowy o typie afazji”, „opóźniony rozwój mowy” czy też „specyficzne zaburzenia rozwoju językowego” (SLI)<sup>40</sup>.

W definicyjnym ujęciu afazji rozwojowej dziecko – przy zachowaniu normy intelektualnej i braku deficytów sensorycznych oraz uszkodzeń aparatu artykulatoryjnego – nie rozwinęło mowy. Dysfazja rozwojowa natomiast odnosi się do dzieci, u których mowa nie rozwinęła się prawidłowo i obserwuje się jej wyraźne opóźnienie w stosunku do normy rozwojowej; współlistnieją także liczne zniekształcenia mowy<sup>41</sup>. Zwykle pierwsze słowa w takich przypadkach pojawiają się dopiero między 18. a 24. miesiącem życia, a zdania – między 30. a 36. miesiącem życia. Okres

---

<sup>39</sup> Z. DOŁĘGA: *Promowanie rozwoju mowy w okresie dzieciństwa – prawidłowość rozwoju, diagnozowanie i profilaktyka*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2003, s. 91–107.

<sup>40</sup> W opracowaniu specyficzne zaburzenia rozwoju językowego (SLI), opóźniony rozwój mowy oraz funkcjonujące w logopedycznym opisie pojęcia afazji rozwojowej, dysfazji rozwojowej i niedokształcenia mowy o typie afazji przedstawia się jako jedne z możliwych następstw atypowego rozwoju mózgu. W naukowych doniesieniach wskazuje się, że nietypowe i nie do końca rozpoznane asocjacyjne powiązania mogą stanowić główną przyczynę trudności w zakresie nabywania mowy przez dzieci i opanowania przez nie reguł systemu językowego. Por. także Z. ŁOSIOWSKI: *Mikrozaburzenia czynności mózgu – aspekt neurologiczny...*, s. 114–130; A.R. BORKOWSKA: *Neuropsychologiczne mechanizmy...*, s. 13–25 i in.

<sup>41</sup> B. DANILUK: *Specyficzne zaburzenia językowe u dzieci*. W: *Neuropsychologia kliniczna...*, s. 120–121.

braku mowy trwa niekiedy do 3. roku życia. Wówczas jednak zasób słów jest ubogi, występują liczne zaburzenia artykulacji, dłuższe wyrazy są redukowane do dwóch, trzech sylab. Zdarzają się również dzieci, które chociaż prawidłowo rozumieją mowę oraz mają dobrze rozwinięty aparat artykulacyjny i są w stanie wymówić w izolacji prawie wszystkie głoski, czasem też sylaby, to jednak nie potrafią złożyć ich w słowo i wypowiedzieć w należyłym tempie.

Natomiast dzieci, u których rozwój mowy polega nie tyle na jej opóźnieniu, ale przede wszystkim na wolniejszym tempie przyswajania sobie umiejętności systemowych, noszą miano dzieci ze specyficznymi zaburzeniami rozwoju języka (SLI)<sup>42</sup>. Charakterystyczną cechą ich języka jest niższy od przeciętnego zasób słownictwa. Wykazują się one lepszym rozumieniem mowy niż jej produkcją, ale odbywa się to na poziomie niższym, niż wskazywałyby na to normy rozwojowe. Dzieci z SLI przejawiają szczególne trudności w rozumieniu złożonych zdań / wieloskładnikowych komunikatów słownych. Ich zdolności fonologiczne i przyswajanie reguł gramatycznych pozostają poniżej normy, często wykazują znaczne trudności w przyswojeniu umiejętności czytania i komponowania pisemnych wypowiedzi. SLI wywiera negatywny wpływ na inne sfery rozwoju – społeczną, emocjonalną i poznawczą, dlatego w ocenie psychologicznej dzieci te mają obniżony iloraz inteligencji<sup>43</sup>.

W ocenie rozwoju mowy dziecka istotne są również kryteria jakościowe, czyli umiejętność sprawnego posługiwania się językiem wyrażająca się w: językowej sprawności systemowej, społecznej, sytuacyjnej i pragmatycznej. Według wskaźników opracowanych przez Halinę Spionek należy przyjąć, że poważny stopień opóźnienia rozwoju mowy (ORM) występuje wtedy, kiedy:

- mowa dziecka rocznego jest na poziomie emisji dźwięków dziecka półrocznego (dziecko jedynie gaworzy);
- mowa dziecka dwuletniego jest na poziomie mowy dziecka rocznego (dziecko wymawia kilka słów);
- mowa dziecka trzyletniego jest na poziomie mowy dziecka półtorarocznego (dziecko tworzy jedynie równoważniki zdań, a jego słownictwo utrzymuje się na poziomie dziecka półtorarocznego);
- mowa dziecka czteroletniego jest na poziomie mowy dziecka dwuletniego (dziecko formułuje proste zdania, jego słownictwo czynne utrzymuje się na poziomie dziecka dwuletniego, czyli obejmuje około 300 słów);
- mowa dziecka pięcioletniego jest na poziomie mowy dziecka dwuipółletniego (dziecko nadal buduje zdania proste, a jego słownictwo utrzymuje się na poziomie dziecka w wieku dwóch lat i pół roku);

<sup>42</sup> L.B. LEONARD: *SLI – Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*. Gdańsk, GWP 2006; G. KRASOWICZ-KUPIS: *Od badań mózgu do praktyki psychologicznej. SLI i inne zaburzenia językowe*. Sopot, GWP 2012.

<sup>43</sup> A. LASOTA: *Specyficzne zaburzenie rozwoju języka*. „Sztuka Leczenia” 2007, nr 1–2, s. 35–45.

- mowa dziecka sześciolatniego jest na poziomie mowy dziecka trzyletniego (dziecko zaczyna tworzyć zdania złożone, wymawia 1000–1500 słów);
- mowa dziecka siedmioletniego jest na poziomie mowy dziecka trzyipółletniego<sup>44</sup>.

Lżejszy stopień opóźnionego rozwoju mowy występuje wtedy, kiedy mniejsze jest odchylenie czasowe w pojawianiu się kolejnych stadiów rozwojowych mowy. Według H. Spionek lekki stopień opóźnienia rozwoju mowy można stwierdzić wówczas, gdy mowa dziecka dwuletniego utrzymuje się na poziomie rozwoju dziecka półtorarocznego lub gdy u siedmio-, ośmiolatka rozwój mowy jest charakterystyczny dla dzieci pięcio-, sześciolatków<sup>45</sup>.

Oprócz typowego opóźnienia rozwoju mowy, w tym również rozumienia, u dzieci z atypowym rozwojem mózgu obserwuje się występowanie problemów z przetwarzaniem informacji, które są do nich kierowane, oraz zaburzenia ekspresji słownej czy płynności mowy. Charakterystyczne są dla nich również omówienia, spowodowane trudnościami w przypominaniu sobie określonych słów, a także błędne używanie zaimków<sup>46</sup>.

W poszukiwaniu wyjaśnienia patomechanizmów opóźnień w rozwoju mowy zwraca się także uwagę na nieprawidłowości w działaniu mechanizmów lewopółkulowych i próbie kompensowania funkcji językowych przypisanych obszarom prawej półkuli, która zasadniczo:

- opracowuje informacje symultanicznie (globalnie, holistycznie);
- działa – według programu – przez podobieństwo: „to, co jest podobne, jest tym samym”;
- rozpoznaje, zapamiętuje, przetwarza poprzez odniesienie do posiadanych informacji;
- rozpoznaje, zapamiętuje, przetwarza obrazy całościowe ze wszystkich zmysłów;
- przetwarza przestrzeń, muzykę, negatywne emocje;
- rozpoznaje, zapamiętuje, przetwarza znaki ikoniczne, piktogramy;
- przetwarza informacje matematyczne (dotyczy to myślenia matematycznego, a nie liczenia);
- przetwarza czas cyklicznie;
- z informacji językowych rozpoznaje, zapamiętuje, przetwarza:
  - samogłoski,
  - wyrażenia dźwiękonaśladowcze i onomatopeje,
  - konkretne rzeczowniki (w mianowniku),
  - uniwerbizmy,
  - prozodię,
  - kontroluje kierunek czytania,
  - jest aktywna podczas powtarzania,

<sup>44</sup> H. SPIONEK: *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*. Warszawa, WSiP 1975.

<sup>45</sup> Ibidem.

<sup>46</sup> M.L. KUTSCHER, T. ATTWOOD, R.R. WOLFF: *Dzieci z zaburzeniami łączonymi...*

- „lepiej rozumie język mówiony niż pisany”;
- jeśli bardziej aktywna jest półkula prawa, czy poruszają się w kierunku od prawej do lewej (fakt ten tłumaczy problemy dzieci lewoocznych).

Natomiast lewa półkula:

- pracuje w sposób globalny;
- przetwarza bodźce nowe;
- rozpoznając, kieruje się podobieństwem fizycznym „całego” bodźca, a nie jego elementów;
- jest odpowiedzialna za analizę bodźców przestrzennych, w tym także za rozpoznawanie twarzy;
- przetwarza i przechowuje informacje matematyczne i muzyczne;
- rozpoznaje figury geometryczne;
- rozpoznaje podstawowe cechy bodźca – kontur, barwę, jasność;
- przetwarza informacje związane z emocjami – odczytuje znaczenie mimiki, kieruje reakcjami mimicznymi wyrażającymi emocje, rozpoznaje gesty związane z emocjami, pozwala rozumieć emocjonalne zachowania społeczne<sup>47</sup>.

Prawa półkula nie jest zatem przygotowana na precyzyjne odbieranie lewopółkulowych bodźców językowych, nie przejawia bowiem np. umiejętności różnicowania cech dystynktywnych fonemów. Dlatego odbierając bodźce językowe, przetwarza je znacznie wolniej, a przy tym pomija wiele szczegółów. Dla prawidłowego rozwoju mowy i kształtowania kompetencji językowej istotne znaczenie ma więc współzależność międzypółkulowa. Im wolniejsza i bardziej zakłócona jest komunikacja między półkulami, tym trudniejsze staje się funkcjonowanie człowieka i niekorzystnie oddziałuje na jego mowę (język).

### Rozwój społeczno-emocjonalny i adaptacyjny

Człowiek, przychodząc na świat, stopniowo uczy się komunikacji z osobami z najbliższego otoczenia, wchodząc z nimi w ten sposób w relacje społeczne. Będąc członkiem grup społecznych, nabywa umiejętności tworzenia wspólnych relacji, nawiązywania znajomości, radzenia sobie z konfliktami. Niezmiernie ważne jest przy tym nabywanie umiejętności emocjonalnych, które są potrzebne do nawiązania właściwych kontaktów społecznych i realizowania celów, a także zaspokajania potrzeb.

Dzieci zwykle chętnie przebywają w gronie znanych sobie osób i lubią towarzystwo swoich rówieśników. Z biegiem czasu potrafią kontrolować swoje emocje i dostosowywać je do sytuacji, w której się znajdują. U dzieci z podejrzeniem ABD relacje z otoczeniem oraz zachowania emocjonalne bywają zaburzone. Problemy te pojawiają się w różnych okolicznościach i przejawiają się trudnościami z:

- nawiązywaniem pierwszego kontaktu;
- zabawą z rówieśnikami;

<sup>47</sup> J. CIESZYŃSKA, M. KORENDO: *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka. Od noworodka do 6. roku życia*. Kraków, Wydawnictwo Edukacyjne 2007, s. 271–272.



- relacją z innymi osobami;
- radzeniem sobie z konfliktami i sytuacjami trudnymi;
- utrzymaniem koncentracji;
- podejmowaniem decyzji;
- przystosowywaniem się do nowych okoliczności;
- reagowaniem na nowe wydarzenia;
- okazywaniem uczuć;
- reagowaniem na polecenia;
- samoświadomością i świadomością innych ludzi;
- odwzajemnianiem uczuć i empatią;
- uczestnictwem w życiu społecznym<sup>48</sup>.

Zaburzenia emocjonalne mogą przyjmować również bardziej nasiloną postać i przejawiać się głównie występowaniem reakcji emocjonalnych niewspółmiernych do odczuwanych bodźców. W sytuacjach tych można zaobserwować m.in.: nadmierną wrażliwość, drażliwość, wzmożoną agresywność, krótkotrwałość uczuć oraz dużą lękliwość. W skrajnie odmiennym przypadku mamy do czynienia ze swego rodzaju zahamowaniem ruchowym. Dzieci mają wówczas trudności w kontaktach z rówieśnikami i dorosłymi, są nadmiernie nieśmiałe i lękliwe. Często prezentują bierną postawę, charakteryzująca się brakiem zaradności i samodzielności. Silnie przeżywają emocje, łatwo generują je, ale jednocześnie bardzo często nie potrafią ich wyrażać, przez co posądzane są o małą wrażliwość emocjonalną, a nawet o obojętność.

Problemy te często współistnieją z problemami adaptacyjnymi. Dzieci z ABD mogą mieć problemy z przystosowaniem się do zmieniających warunków otoczenia, natężenia napływających bodźców zewnętrznych i wewnętrznych. Przekłada się to negatywnie na codzienne życie dziecka, w tym również kontakty społeczne. Taka sytuacja może pogłębiać z kolei zaburzenia emocjonalne.

## Podsumowanie

Atypowy rozwój mózgu w wielu przypadkach może działać dysfunkcyjnie na rozwój psychoruchowy i emocjonalno-społeczny dziecka. Objawiać się może przede wszystkim w zaburzeniach tych sfer rozwoju, które są kluczowe dla procesu nauki od najmłodszych lat, przekładając się negatywnie na osiągnięte efekty. Wysilek włożony w pracę nad uzyskaniem nowych wiadomości i umiejętności przy tak szerokich zaburzeniach rozwoju jest niewspółmierny do uzyskiwanych rezultatów. Nie-

---

<sup>48</sup> P.G. EMMONS, L.McKENDRY ANDERSON: *Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej...*, s. 64.

sie to ze sobą z kolei ryzyko wystąpienia lub nasilenia się zaburzeń emocjonalnych i motywacyjnych.

Rozpoznanie ABD w Polsce wciąż stawia się bardzo rzadko. Brak jest kompleksowej i powszechnie dostępnej diagnozy oraz fachowej opieki nad dzieckiem i jego rodziną z tak szerokimi problemami. Tymczasem dzieci z ciąż oraz porodów podwyższonego ryzyka, a także wczesnie urodzone powinny obejmować się wczesną, całościową diagnozą i interwencją terapeutyczną. Tylko od razu podjęte działania, zmierzające do wspierania optymalnego rozwoju dzieci, zmniejszą ryzyko wystąpienia rozległych trudności w przyswajaniu nowych umiejętności i wiadomości.

Holistyczna pomoc dzieciom z deficytami rozwoju, mogącymi wskazywać na atypowy rozwój mózgu, powinna stać się częścią założeń dydaktyczno-wychowawczych oraz profilaktycznych i terapeutycznych, jej właściwa realizacja nie tylko bowiem umożliwia przewyżczanie edukacyjnych i zdrowotnych trudności dziecka, ale przede wszystkim buduje pozytywny obraz samego siebie, otwierając szereg nowych możliwości, które dadzą mu poczucie satysfakcji i bezpieczeństwa w społeczeństwie.

LESZEK SZEWCZYK

Uniwersytet Śląski w Katowicach

## Znaczenie terapii logopedycznej w kształceniu kaznodziejów

**ABSTRACT:** Characteristics of the preaching of the Church lies in a clearly specified content, quite different from other public speeches, which is the Word of God. This form of preaching, in terms of the content being the Word of God, and in terms of the form being the word of man, can be described as the word of God in the word of man. Therefore efficiency of the Word of God depends in a sense on its human and linguistic sense. A preacher's word spoken from behind a pulpit should be very powerful. A correct emission is necessary for a beautiful liturgy, but also for a didactic work and preaching. The article, referring to the theory of preaching, point at the importance of a speech therapy in future preachers' training.

**KEY WORDS:** homily, sermon, preacher, speech therapy

Znajomości „sztuki żywego słowa potrzebują wykładowcy, prelegenci, trybuny sejmowe, sądowe i ambony”<sup>1</sup>. Te słowa Mieczysława Kotlarczyka w ciągu lat nie straciły ze swojej aktualności. „Sztuka żywego słowa” obejmuje zagadnienia związane z anatomią, fizjologią, fizyką, fonetyką, psychologią oraz metapsychologią. Jego zdaniem słowo ma moc magiczną, impresyjną. Taką też moc powinno posiadać słowo kaznodziei padające z kościelnej ambony. Aby tak się stało, kaznodzieja powinien być w możliwie najlepszy sposób do tej posługi przygotowany.

### Wskazania teoretyczne

Każda jednostka kościelnego przepowiadania jest specyficznym typem utworu mówionego. Specyfika kościelnego przepowiadania polega na ściśle określo-

---

<sup>1</sup> M. KOTLARCZYK: *Sztuka żywego słowa*. Rzym, Wydawnictwo Watykańskie 1975, s. 20.

nej treści, różnej od wszystkich innych przemówień publicznych, a jest nią słowo Boże. Takie przepowiadanie, będące co do substancji (treści) słowem Bożym, a co do postaci (formy) – słowem ludzkim, można określić jako „słowo Boże w słowie ludzkim”<sup>2</sup>. Istnieje więc zależność skuteczności słowa Bożego od jego ludzkiego, językowego kształtu<sup>3</sup>.

Naukową refleksję nad teorią i praktyką przepowiadania słowa Bożego podejmuje homiletyka. W ramach homiletyki wyróżnia się dwa działy: teoretyczny i praktyczny<sup>4</sup>. Stosowany jest również bardziej tradycyjny podział homiletyki na fundamentalną, materialną, formalną i szczegółową. Homiletyka formalna zajmuje się rozważaniem ludzkiej szaty słowa Bożego. Podejmuje więc takie zagadnienia, jak: metoda przygotowywania jednostki przepowiadania, jej forma językowa, sposób wygłoszenia, osobowość podmiotu przepowiadania, znajomość słuchaczy. Istnieje zatem zależność skuteczności słowa Bożego od jego ludzkiego, językowego kształtu, a w szczególności od jego strony fonicznej, brzmieniowej<sup>5</sup>. Ważne jest zachowanie równowagi pomiędzy tymi płaszczyznami, by czynnik jeden nie był zbyt eksponowany kosztem drugiego. Konieczność tej równowagi dobitnie ujął Leszek Kuc w *Krótkim traktacie o teologii komunikacji*: „Przepowiadania nie można traktować wyłącznie jako sztuki literackiej, czy jako sztuki żywego słowa. Nie jest ono w żadnym sensie wyłącznie sztuką. Jest samym życiem i funkcjonowaniem Kościoła jako wspólnoty konstytuowanej słowem Bożym. Kazanie pod względem technicznym najdoskonalsze może nie mieć nic wspólnego ze spotkaniem mówiącego ze słuchaczami ani z autentycznym zaangażowaniem się w słowo Boże. Z drugiej zaś strony spotkanie takie może nastąpić pomimo znacznych niedostatków technicznych kazania. Nie wynika stąd bynajmniej postulat lekceważenia sztuki i techniki kaznodziejskiej, a przeciwnie konieczność traktowania ich służebnie w stosunku do najwyższej troski, którą jest doprowadzenie do obopólnego spotkania”<sup>6</sup>.

Liczne wskazówki dotyczące formalnej strony kaznodziejskiego przepowiadania znajdują się w dokumencie Kongregacji ds. Duchowieństwa: *Kapłan – głosiciel słowa, szafarz sakramentów i przewodnik wspólnoty w drodze do trzeciego tysiąclecia chrześcijaństwa*. Szczegółowe wskazania dotyczące sposobu realizacji posługi słowa zamieszczone zostały w rozdziale II tego dokumentu, w punkcie: „O skuteczne głoszenie słowa”. „Ludzki »sekret« owocnego przepowiadania tkwi we właściwej mierze »profesjonalności« kaznodziei, który wie, co i jak chce powiedzieć, gdyż ma za sobą

<sup>2</sup> W. PRZYCYNA: *Słowo Boże i ludzkie w kazaniu. Charakterystyczne cechy kazania jako utworu mówionego*. W: *Współczesna polszczyzna w odmianie opracowanej (oficjalnej)*. Red. Z. KURZOWA, W. ŚLIWIŃSKI. Kraków, Wydawnictwo Universitas 1994, s. 167.

<sup>3</sup> A. DRAGUŁA: *Dydaktyka fonetyki pastoralnej*. W: *Dydaktyka homiletyki*. Red. J. TWARDY. Katowice, Wydawnictwo Księgarni św. Jacka 2001, s. 41–42.

<sup>4</sup> Zob. K. MÜLLER: *Homiletyka na trudne czasy*. Kraków, Wydawnictwo M 2003, s. 15; H. SIMON: *Omiletica*. In: *Dizionario di omiletica*. Red. M. SODI, A.M. TRIACCA. Torino–Bergamo, LDC–Velar 1998, s. 1031.

<sup>5</sup> A. DRAGUŁA: *Dydaktyka fonetyki...*, s. 41–42.

<sup>6</sup> L. KUC: *Krótki traktat o teologii komunikacji*. Leszno, Wydawnictwo Lumen 1997, s. 164.

poważne przygotowanie dalsze i bliższe, a nie pozwala sobie na dyletancką improwizację. Trzeba więc przykładać wagę do treści słów, do stylu i dykcji. Pomyśleć wcześniej o tym, co wymagałoby mocniejszego podkreślenia, ale w miarę możliwości unikać godnej pożałowania ostentacji<sup>7</sup>.

I Synod Diecezji Katowickiej precyzyjnie określił zadania stojące przed kaznodziejami: „[...] homilie należy wygłaszać dostatecznie głośno, wyraźnie i poprawną dykcją, z wewnętrznym przekonaniem, unikając monotonii, zaś Pismo Święte i święte teksty liturgiczne należy odczytywać godnie, powoli, ze zrozumieniem, stosując prawidłowe akcenty znaczeniowe. Również odezwy Biskupa Ordynariusza i Episkopatu (listy pasterskie) odczytać należy powoli i wyraźnie<sup>8</sup>”.

Skuteczność komunikacji zależy w dużej mierze od sprawności językowej nadawcy i odbiorcy oraz od stopnia ich językowej świadomości, a także od wiedzy o funkcjonowaniu języka<sup>9</sup>. Prawidłowa emisja jest niezbędna do pięknego sprawowania liturgii, ale także do pracy dydaktycznej i do kaznodziejstwa<sup>10</sup>.

Można wyróżnić pięć zasadniczych wskaźników głosu, odgrywających istotną rolę w komunikowaniu:

- siła głosu (natężenie);
- wysokość głosu;
- tempo mówienia;
- płynność mówienia;
- jakość głosu<sup>11</sup>.

Siła głosu (natężenie) jest jednym z podstawowych atrybutów ludzkiego głosu. Brak możliwości usłyszenia głosu powoduje zanik pozostałych wskaźników w wokalnym przekazie informacji. Poziom głośności w obrębie komunikacji nadawca–odbiorca odgrywa rolę kluczową. Kaznodzieja powinien mówić wystarczająco głośno, aby był słyszany, lecz nie za głośno, by nie przytłoczył swym głosem odbiorców<sup>12</sup>. Wysokość głosu zależy od częstotliwości drgania strun głosowych. Do pewnego progu jest ona łączona z kompetencją, pewnością siebie i asertywnością<sup>13</sup>. Kaznodzieja powinien zwracać uwagę na związek, jaki zachodzi między

<sup>7</sup> Kongregacja ds. Duchowieństwa: *Kapłan – głosiciel słowa, szafarz sakramentów i przewodnik wspólnoty w drodze do trzeciego tysiąclecia chrześcijaństwa*. Poznań 1999, nr 2, s. 2 [dalej: KGS].

<sup>8</sup> *Wiara, modlitwa i życie w Kościele katowickim. Uchwały I Synodu Diecezji Katowickiej*. Katowice–Rzym 1976, s. 28.

<sup>9</sup> G. SIWEK: *Przepowiadać skuteczniej. Elementy retoryki kaznodziejskiej*. Kraków, Wydawnictwo Homo Dei 1992, s. 95.

<sup>10</sup> H. ZIELIŃSKA: *Emisja głosu. Problem nie tylko dla śpiewaków*. „Liturgia Sacra” 1997, nr 2, s. 85–90.

<sup>11</sup> W. GŁODOWSKI: *Bez słowa. Komunikacyjne funkcje zachowań niewerbalnych*. Warszawa, Wydawnictwo Hansa Communicatio 1999, s. 262.

<sup>12</sup> D. KROK, P. FORTUNA: *Preferencje wokalne w strukturze słowa kaznodziejskiego. Psychologiczne badania empiryczne*. „Przegląd Homiletyczny” 2003, nr 7, s. 202.

<sup>13</sup> W. GŁODOWSKI: *Bez słowa...*, s. 262.

treścią kazania a barwą dźwięku jego głosu. Musi także unikać tego, co określane jest mianem „tonu kaznodziejskiego”<sup>14</sup>. Tempo (szybkość) mówienia mierzone jest liczbą słów wypowiedzianych w określonym czasie<sup>15</sup>. Płynność lub ciągłość mówienia wiąże się z przerwami stosowanymi w trakcie wypowiedzi. Na jakość głosu wpływa rezonans głosu, który jest funkcją rozmiaru i kształtu strun głosowych oraz cech fizycznych układu narządów mowy<sup>16</sup>.

Aby kaznodzieja mógł przemawiać przez dłuższy czas bez obciążenia, musi przeprowadzić ćwiczenia w zakresie mowy i kształcenia głosu. Wykształcenie głosu zależy przede wszystkim od właściwej artykulacji i oddychania. Wyćwiczony głos i staranna wymowa są takimi samymi warunkami dobrego kazania, jak rzetelna wiedza teologiczna i duchowa kompetencja<sup>17</sup>.

## Praktyka

Wśród homiletów (a może jeszcze bardziej wśród słuchaczy homilii i kazań) dominuje przekonanie o kryzysie kaznodziejstwa. Badania prowadzone nad tekstami kazań potwierdzają powszechne przekonanie o licznych błędach natury fonetycznej, gramatycznej i stylistycznej. Autorzy kazań nazbyt często korzystają z potocznej polszczyzny jako tworzywa kaznodziejskich tekstów; nie dostrzegają różnicy pomiędzy polszczyzną gwarową, regionalną i potoczną oraz pomiędzy językiem mówionym i pisanym. Świadczy to o braku świadomości językowej. Błędy językowe w kazaniu przyczyniają się do desakralizacji języka religijnego, gdyż sprowadzają tekst kazania do poziomu profanum<sup>18</sup>. Dwie cechy charakterystyczne dla wystąpień licznych kaznodziejów niepokoją językoznawców: bylejałość językowa oraz nadmierna gładkość słowa<sup>19</sup>. Można również dostrzec brak równowagi pomiędzy nadmiernym patosem i potocznością, co może prowadzić do trywializacji czy nawet wulgaryzacji. Pewna doza patosu może być jeszcze dopuszczalna, natomiast wyrażenia swobodne i żargonowe uznawane są za niestosowne. Język kaznodziejów

---

<sup>14</sup> A. SCHWARZ: *Jak pracować nad kazaniem*. Warszawa, Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej, 1993, s. 161.

<sup>15</sup> D. KROK, P. FORTUNA: *Preferencje wokalne...*, s. 203.

<sup>16</sup> *Ibidem*, s. 203.

<sup>17</sup> A. SCHWARZ: *Jak pracować...*, s. 164.

<sup>18</sup> D. ZAWILSKA: *O poprawności językowej w tekstach kazań*. W: *Język w mieście. Problemy kultury i poprawności*. Red. K. MICHAŁSKI. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego 1998, s. 54.

<sup>19</sup> H. KUREK: *Odpowiedzialni za słowo, czyli o oficjalnej odmianie polszczyzny mówionej księży*. W: *Fenomen kazania*. Red. W. PRZYCZYNA. Kraków, Wydawnictwo M 1994, s. 167; J. MIODEK: *Co słyszy językoznawca we współczesnych polskich kazaniach?* W: *Fenomen kazania...*, s. 160–161; J. SAMBOR: *O języku religijnym współczesnych kazań*. W: *O języku religijnym*. Red. M. KARPLUK, J. SAMBOR. Lublin, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego 1988, s. 68.

często jest nadmiernie pompatyczny<sup>20</sup>. Charakteryzuje się również niestarannością strony fonetycznej. Dlatego kapłanowi tak bardzo potrzebna jest sprawność językowa, którą powinien nabyć w ramach studiów. Wielu kandydatów zgłaszających się do seminariów duchownych ma liczne braki w tym zakresie. Często są to zaburzenia wymagające pomocy specjalisty – logopedy.

Formacja intelektualna w seminariach duchownych opiera się na założeniach wyznaczonych przez *Ratio studiorum*. Problematykę logopedyczną podejmuje się w ramach przedmiotu „fonetyka pastoralna”. Fonetyka pastoralna stanowi dział fonetyki, zajmujący się przystosowaniem prawidłowości głosu i mowy do celów duszpasterskich. Termin „fonetyka pastoralna” został wprowadzony do literatury przez ks. Stanisława Wilczewskiego<sup>21</sup> w 1929 roku. Od 1971 roku fonetyka pastoralna jest wykładana w seminariach duchownych. Zastąpiła zajęcia z dykcji i sztuki przemawiania, wchodzące wcześniej w skład zajęć z homiletyki<sup>22</sup>.

Fonetyka pastoralna jest dziedziną praktyczną, łączącą elementy fonetyki artykulacyjnej i logopedii, zwłaszcza zaś logopedii artystycznej (kultury żywego słowa) i logopedii korekcyjnej. Fonetyka artykulacyjna jest często ujmowana jako element składowy gramatyki języka polskiego lub jako część logopedii<sup>23</sup>.

<sup>20</sup> W. PRZYCZYNA, G. SIWEK: *Język Kościoła w Polsce pod koniec drugiego tysiąclecia. Próba opisu*. „Ateneum Kapłańskie” 1999, nr 3, s. 345.

<sup>21</sup> Ks. Stanisław Wilczewski urodził się 26 kwietnia 1886 roku we Wrocławiu. Święcenia kapłańskie przyjął 17 czerwca 1909 roku we Wrocławiu. Nadużywanie głosu wskutek głoszenia licznych kazań spowodowało u ks. Wilczewskiego fonastenię. Chcąc pomóc sobie i innym osobom pracującym głosem, podjął on studia z fonetyki eksperymentalnej i filologii na uniwersytecie w Hamburgu oraz w Państwowym Laboratorium Fonetycznym, zakończone w 1921 roku doktoratem. Specjalizował się w zakresie fizjologii wytwarzania głosu oraz leczenia zaburzeń głosu i mowy. Równocześnie prowadził zajęcia z fonetyki i higieny mowy z księżmi i klerykami we Wrocławiu. W latach 1925–1927, celem udoskonalenia praktyki logopedycznej i kaznodziejstwa, podjął studia na Uniwersytecie Warszawskim z zakresu psychologii mowy i homiletyki. Uczył metody zapobiegania schorzeniom narządu głosu u osób pracujących głosem i estetyki mowy. W 1927 roku założył w Katowicach Instytut Fonetyczny – Poradnię Logopedyczną. Wypracował metody usuwania wad wymowy, zwłaszcza jąkania. Wykładał fonetykę pastoralną w Śląskim Seminarium Duchownym w Krakowie, a także w seminariach duchownych: częstochowskim i krakowskim. Uczył przyszłych kapłanów higieny głosu, estetyki mowy, komunikatywnego głoszenia słowa Bożego z wewnętrznym zaangażowaniem i przeżyciem oraz akcji kaznodziejskiej. Przygotowywał wykładowców fonetyki pastoralnej dla seminariów duchownych diecezjalnych i zakonnych. Znany był również jako wybitny mówca i kaznodzieja. Głosił głównie homilie tematyczne, skupiające treść wokół jednego zdania z Pisma Świętego z aktualnym przykładem życiowym. Preferował zasadę: naturalnie urozmaicać głos, unikać monotonii, mówić z wewnętrznym przekonaniem i przeżyciem. Ks. S. Wilczewski zmarł 12 czerwca 1980 roku w Katowicach w 95. roku życia. Zob. W. BASISTA: *Wilczewski Stanisław*. W: *Słownik biograficzny katolickiego duchowieństwa śląskiego XX i XX wieku*. Red. M. PATER. Katowice, Wydawnictwo Księgarni św. Jacka 1996, s. 459–461; J. MANDZUK: *Wilczewski Stanisław (1885–1980). Homileta*. W: *Słownik polskich teologów katolickich 1918–1981*. Red. L. GRZEBIEŃ. T. 7. Warszawa, Wydawnictwo ATK 1983, s. 400–401.

<sup>22</sup> W. BASISTA: *Fonetyka pastoralna*. W: *Encyklopedia katolicka*. Red. J. WALKUSZ i in. T. 5. Lublin, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego 1989, s. 376–377.

<sup>23</sup> A. DRAGUŁA: *Dydaktyka fonetyki...*, s. 53.

Program zajęć z fonetyki pastoralnej zaproponowany przez *Ratio studiorum* ma „zapoznać studentów z fizjologią ośrodków nerwowych i narządów mowy, z zasadami prawidłowości oddechu, artykulacji i modulacji głosu oraz przypomnieć reguły dotyczące poprawnego posługiwania się mową ojczystą z jednoczesnym podaniem zasad przemawiania i zachowania się na ambonie”<sup>24</sup>. W programie zajęć należy więc ująć następujące tematy:

- fizjologia ośrodków nerwowych i narządów mowy;
- zasady prawidłowego oddechu, artykulacji i modulacji głosu;
- reguły poprawnego posługiwania się mową ojczystą;
- zasady przemawiania i zachowania się na ambonie,
- umiejętność poprawnego czytania słowa Bożego w liturgii<sup>25</sup>.

Powszechnie stosowany termin „fonetyka pastoralna” wydaje się nie odpowiadać zakresowi zagadnień, które podejmowane są w ramach zajęć z tego przedmiotu w seminariach duchownych (na wydziałach teologicznych). Przewidziane zajęcia bowiem zawierają znacznie szerszy materiał, daleko wykraczający poza treść pojęcia „fonetyka”. Dookreślenie „pastoralna” może sugerować, że mamy do czynienia ze specyficznym rodzajem fonetyki charakterystycznym dla posługi duszpasterskiej, co jest oczywistym nieporozumieniem. Nie jest jednak celem niniejszych rozważań refleksja nad rozbieżnością terminu powszechnie stosowanego w procesie kształcenia przyszłych kaznodziejów a rzeczywistym materiałem wykładanym i ćwiczonym w ramach zajęć. Fonetyka, czyli głosownia, to nauka zajmująca się badaniem zjawisk charakterystycznych dla tekstów języka mówionego. Na podstawie badań fonetycznych próbuje się odpowiedzieć na trzy zasadnicze pytania:

- Jaki zasób głosek znamieny jest dla badanego języka naturalnego?
- Jakim zmianom ulegają głoski danego języka w zależności od sąsiedztwa fonetycznego lub też zajmowanej przez nie pozycji w tekście?
- Jakie zjawiska prozodyczne charakterystyczne są dla opisywanego języka naturalnego?<sup>26</sup>

Czynnością wstępną, którą powinien wykonać fonetyk, jest diagnoza mowy przyszłych kaznodziejów. Chodzi tu przede wszystkim o stwierdzenie ewentualnych zaburzeń mowy, takich jak seplenienie, jąkanie, bełkot. Indywidualne przesłuchanie każdego studenta jest na tym etapie nieodzowne. Druga grupa zagadnień obejmuje fizjologię mowy. W ramach tych zajęć student zapoznaje się z procesem powstawania głosek. Kolejna grupa zagadnień dotyczy kształtowania poprawności językowej – studenci zapoznają się z obowiązującymi normami ortofonicznymi, czyli zasadami poprawnej wymowy. Ostatnia grupa zagadnień, określana jako kultura żywego słowa (logopedia artystyczna), ma na celu wyuczenie umie-

<sup>24</sup> *Ratio studiorum. Program studiów w seminariach duchownych w Polsce*. W: *Zasady formacji kapłańskiej w Polsce*. Częstochowa, Wydawnictwo Tygodnik Katolicki „Niedziela” 1999, s. 200.

<sup>25</sup> *Ibidem*.

<sup>26</sup> M. WIŚNIEWSKI: *Zarys fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*. Toruń, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika 1998, s. 9.



jętności estetycznego wyrażenia wypowiedzi silnie nacechowanej emocjonalnie i głosowej interpretacji tekstu<sup>27</sup>. Diagnozy mowy dokonuje się podczas spotkania ze studentami pierwszego semestru specjalności pastoralnej. Studenci mają za zadanie odczytanie dowolnego, krótkiego fragmentu Pisma Świętego. Jeżeli prowadzący zajęcia zdiagnozuje zaburzenia mowy, zaleca studentowi odpowiednie ćwiczenia i kontroluje efekty terapii podczas kolejnych spotkań, najczęściej odbywających się w ramach konsultacji prowadzonych podczas dyżuru na wydziale teologicznym<sup>28</sup>. Najczęściej zdiagnozowanymi zaburzeniami są: seplenienie (sygmatyzm; nieprawidłowa realizacja głosek dentalizowanych, jednego, dwóch lub wszystkich trzech szeregów: *ś, ź, ć, dź, s, z, c, dz, sz, ż, cz, dż*), reranie (rotacyzm; nieprawidłowa realizacja głoski *r*), jąkanie (zaburzenie płynności, tempa i rytmu mówienia spowodowane nadmiernym napięciem mięśni oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych), tachylalia (bardzo szybkie tempo mówienia, powodujące opuszczanie albo powtarzanie sylab lub słów).

Od roku akademickiego 2004/2005 zajęcia z fonetyki pastoralnej noszą nazwę „emisja głosu”. Celem tych zajęć jest osiągnięcie przez studenta pewnej, wyższej niż przeciętna, sprawności w artykulacji, dykcji i emisji głosu. Kapłan jako kaznodzieja i katecheta jest odpowiedzialny za przekaz orędzia zbawienia, zarazem, pełniąc swoją posługę słowem, odpowiada za kształtowanie poprawności językowej swoich słuchaczy. Ćwiczenia z emisji głosu odbywają się na pierwszym roku studiów, w ciągu jednego semestru w wymiarze dwóch godzin tygodniowo.

Odrębnym problemem jest liczebność grup ćwiczeniowych. Niektóre kierunki studiów, np. artystyczne, wymagają ćwiczeń indywidualnych. Analiza programu nauczania fonetyki pastoralnej (emisji głosu) wskazuje, iż nie osiągnie się postulowanej sprawności językowej bez uprzedniego opanowania dość specjalistycznej i dla większości studentów nowej wiedzy. Wiadomo, że osiągnięcie takiej sprawności wymaga czasu i ćwiczeń. Chodzi tu przecież o nabycie pewnej techniki, która jest warunkowana, z jednej strony, posiadaną wiedzą z zakresu fonetyki, logopedii czy kultury żywego słowa, z drugiej zaś – zdolnością wykorzystania tejże wiedzy. Dlatego grupa ćwiczeniowa z tego przedmiotu nie powinna przekraczać 10 uczestników.

Logopedia (gr. *logos* – słowo, *paideia* – wychowanie) jest nauką o kształtowaniu prawidłowej mowy, usuwaniu wad wymowy oraz nauczaniu mowy w przypadku jej braku lub utraty. Zadania stawiane przed logopedią można podzielić na dwie grupy:

- usuwanie wad wymowy;
- kształtowanie prawidłowej mowy i doskonalenie mowy już ukształtowanej.

Odchylenia w mowie mogą dotyczyć zasobu słownictwa (system leksykalny), umiejętności posługiwania się formami gramatycznymi (system gramatyczny) oraz realizacji fonemów i ich percepcji (system fonologiczny). Chociaż logopedia naj-

<sup>27</sup> A. DRAGUŁA: *Dydaktyka fonetyki...*, s. 45–49.

<sup>28</sup> J. SUROWANIEC: *Logopedyczny słownik terminologii diagnostycznej*. Kraków, Wydawnictwo Edukacyjne 1996, s. 178, 251, 270, 279.

więcej uwagi poświęca systemowi fonologicznemu, to jednak zajmuje się całością zagadnień związanych z procesem komunikowania się<sup>29</sup>.

Kultura języka obejmuje komunikowanie się za pomocą zarówno słowa pisanego (drukowanego), jak i mówionego. Składają się na nią zatem trzy podstawowe elementy:

- poprawność gramatyczna, regulowana świadomie stosowanymi w praktyce normami;
- bogactwo w zakresie leksyki i frazeologii oraz zróżnicowania stylistyczne;
- poprawność wymowy i wypowiedzania się.

Do środków ekspresji językowej, a więc szeroko rozumianej kultury języka, należą także mimika i gest. Są to jednak pozajęzykowe środki oddziaływania, towarzyszące słowu mówionemu i wspomagające je. Współdecydują o komunikatywności wypowiedzi<sup>30</sup>.

Zadaniem kaznodziei jest posługiwanie się językiem zapewniającym maksymalną skuteczność oddziaływania głoszonego słowa na słuchaczy<sup>31</sup>. Kaznodzieja znający technikę mówienia osiągnie znacznie lepszy skutek i większy oddźwięk. Opierając się na znajomości odpowiednich zasad, z góry może wykluczyć czynniki zakłócające kazanie, a tym samym zapewnić sobie lepszy kontakt ze słuchaczami. Kto zachowuje reguły mówienia, uczyni kazanie bardziej zrozumiałym<sup>32</sup>. Forma słowna wypowiedzi kaznodziejskiej zależy od temperamentu i upodobań kaznodziei, od tematu kazania, typu słuchaczy i od wielu jeszcze innych czynników<sup>33</sup>.

Językowa strona wypowiedzi kaznodziejskiej: technika wypowiedzi, wymowa i środki pozawerbalne (gesty), odsłaniając zewnętrzną stronę osobowości głosiciela, stanowi w tej wypowiedzi element najdelikatniejszy. Jednocześnie kaznodzieja powinien mieć świadomość, że dla wielu słuchaczy jest wzorem zachowań językowych; słuchacze niejednokrotnie przejmują i naśladują wiele zachowań językowych, także zawierających uchybienia czy błędy.

Skuteczność wypowiedzi kaznodziejskiej uzależniona jest m.in. od jej językowego kształtu. Formalna strona wypowiedzi kaznodziejskiej jest doceniana i przypisuje się jej bardzo ważną rolę. Współczesne przepowiadanie powinno być dynamicznym dialogiem człowieka z Bogiem. Postawa dialogu kaznodziei ze słuchaczami ujawnia się m.in. w formalnej stronie wypowiedzi, a jej przejawami będą: mówienie z pamięci, zachowywanie kontaktu wzrokowego ze słuchaczami, konwersacyjny ton oraz odpowiednio użyty język wypowiedzi.

<sup>29</sup> I. STYCZEK: *Logopedia*. Warszawa, WSiP 1980, s. 13–15.

<sup>30</sup> J. KRAM: *Zarys kultury żywego słowa*. Warszawa, WSiP 1995, s. 9.

<sup>31</sup> A. LEWEK: *Współczesna odnowa kaznodziejstwa*. T. 2. Warszawa, Wydawnictwo ATK 1980, s. 223.

<sup>32</sup> A. SCHWARZ: *Jak pracować...*, s. 162.

<sup>33</sup> J. SAMBOR: *O języku religijnym...*, s. 68.

ELŻBIETA MARIA MINCZAKIEWICZ

Polskie Kolegium Logopedów PAN, Warszawa

Polski Zespół do Badań Naukowych nad Niepełnosprawnością Intelktualną

## Funkcje sygnałów dźwiękonaśladowczych w procesie rozwoju mowy i języka u dzieci z upośledzeniami sprzężonymi

**ABSTRACT:** The aim of the study was to show the meaning and function of the signals in the development onomatopoeic communication skills of children with a diagnosis of disabilities linked. Developing communication skills in children with disabilities coupled is not easy, but necessary. The difficulties lie primarily in the fact that the process underlying the development of speech and language, is a lot of different factors limiting or impeding it. Activating because such a child, the release in response to touch his body, stroking, led to his smile, it's a long and tedious, but fully satisfying and effective path to take their attempts to communicate with the environment.

**KEY WORDS:** function of the signals in the development onomatopoeic, developing communication skills, children with a diagnosis of disabilities linked

[...] Komunikacja jest stałym elementem życia człowieka, jest ona sposobem porozumiewania się ludzi – jest koniecznością. Komunikat, o ile za taki zostanie uznany jakiś sygnał, znaczy zawsze „coś” dla „kogoś” [...]<sup>1</sup>.

Janina Parafiniuk-Soińska

### Wprowadzenie

W wychowaniu i nauczaniu dzieci z diagnozą upośledzeń o charakterze sprzężonym<sup>2</sup> rzadko wykorzystuje się wyniki badań nad komunikacją prelingwalną. Okazu-

---

<sup>1</sup> J. PARAFINIUK-SOIŃSKA: *Ku humanistycznej edukacji*. W: *W kręgu edukacji nauk pedagogicznych i krajoznawstwa*. Red. E. KAMEDUŁA, J. KUŹNIAK, E. PIOTROWSKI. Poznań, Wydawnictwo WSGH 2003, s. 287.

<sup>2</sup> Do tego stanu dochodzić może w rezultacie skomplikowanej patogenezy zaburzeń rozwojowych. Stan ten polega na tym, że u danej osoby występują co najmniej dwie niesprawności, spowodowane przez jeden bądź więcej czynników endo- lub/i egzogennych, działających jednocześnie czy kolejno w różnych okresach życia (w tym również w okresie prenatalnym). A. TWARDOWSKI: *Peda-*

je się, iż posiadane przez te dzieci zdolności do emitowania nie tylko pojedynczych dźwięków, ale także powstających z nich kompleksowych sygnałów dźwiękowych nabierają istotnego znaczenia dla rozwoju bogatszych form porozumiewania się z otoczeniem. Emitowane przez nie, w pełni funkcjonalne sygnały dźwiękonaśladowcze (dodajmy – różnie nazywane przez autorów zajmujących się mową i językiem dziecka) bywają dla wielu z nich w pełni skutecznymi, często jedynymi, formami komunikacyjnymi w kontaktach z najbliższymi, np. w kontaktach z rodzicami i/lub rodzeństwem.

Aby ukazać rozliczne funkcje tych sygnałów, należy na wstępie wyjaśnić samo pojęcie „sygnały dźwiękonaśladowcze”. Interesujące nas zjawisko bywa określane za pomocą różnych nazw, takich jak: „wyrazy dźwiękonaśladowcze”<sup>3</sup>, „dźwiękowe obrazy świata”, „środki paralingwistyczne”<sup>4</sup> lub „onomatopeje”<sup>5</sup>, „sygnały dźwiękonaśladowcze”<sup>6</sup>. Czym w istocie są sygnały dźwiękonaśladowcze zwane też „onomatopejami”? Jakie mogą pełnić funkcje w ogólnym rozwoju dziecka, zwłaszcza w rozwoju sprawności funkcji narządów słuchu i mowy, biorących udział, z jednej strony, w procesie poznawania świata, a z drugiej – w procesie porozumiewania się z otoczeniem dzieci z objawami zaburzeń o charakterze sprzężonym? Postaram się odpowiedzieć na te pytania.

Zanim jednak przejdę do zasadniczego tematu, zaprezentuję kilka objaśnień, które – jak ufam – ułatwią zrozumienie istoty zjawiska emitowania przez większość małych dzieci sygnałów dźwiękonaśladowczych. Terminem „onomatopeja” (z greckiego *onomatopóia* – tworzenie nazw)<sup>7</sup> będziemy nazywać wyraz lub zespół wyrazów naśladowczych swym brzmieniem brzmienie oznaczanego nimi obiektu lub obiektów, również pewnych zachowań ludzi (np. płacz dziecka, kaszel dziadka), zwierząt (np. szczekanie psa, miauczenie kota, rżenie konia), odgłosów natury (np. burzy, wichru, grzmotów) bądź odgłosów techniki (np. warczenie lub prychanie niesprawnego silnika samochodu, dźwięk klaksonu jakiegoś pojazdu, odgłos pracującej maszyny, m.in. prasy introligatorskiej), których małe dziecko

---

*gogika osób ze sprzężonymi upośledzeniami*. W: *Pedagogika specjalna*. Red. W. DYKCIK. Poznań, Wydawnictwo Uniwersytetu im. A. Mickiewicza 1998, s. 290.

<sup>3</sup> E. SACHAJSKA: *Zabawy dźwiękonaśladowcze w rozwoju i terapii mowy dziecka*. „Tu Jesteśmy” 1999, nr 11, s. 28–32.

<sup>4</sup> B. KOPER: *Znaczenie środków paralingwistycznych w komunikacji dydaktycznej*. W: „Prace Pedagogiczne”. T. 17: *Wczesna edukacja dziecka*. Red. M. KAWKA. „Rocznik Naukowo-Dydaktyczny”, z. 172. Kraków, Wydawnictwo Naukowe WSP 1995; W. ŁATA: *Wykorzystanie wyrazów dźwiękonaśladowczych w kształtowaniu wymowy dziecka w wieku przedszkolnym*. W: „Prace Pedagogiczne”. T. 12. Red. J. SZYMKAT. „Rocznik Naukowo-Dydaktyczny”, z. 138. Kraków, Wydawnictwo Naukowe WSP 1991.

<sup>5</sup> Por. J. MALCZEWSKI: *Szkolny słownik terminów nauki o języku*. Kraków, WSiP 1979, s. 114.

<sup>6</sup> W. ŁATA: *Wykorzystanie wyrazów dźwiękonaśladowczych w kształtowaniu wymowy dziecka...*; E. MINCZAKIEWICZ: *Sygnały dźwiękonaśladowcze w kształtowaniu i rozwijaniu umiejętności komunikacyjnych i językowych u dzieci z zespołem Downa*. „Rewalidacja” 2001, nr 1 (9), s. 39–53.

<sup>7</sup> J. MALCZEWSKI: *Szkolny słownik terminów...*, s. 114.

(np. półtoraroczne, dwuletnie, czasem starsze) z różnych powodów używa w sytuacji, gdy nie potrafi jeszcze opatrzyć poprawną nazwą tego, co pragnie w jakiś sposób wskazać lub zasygnalizować swemu rozmówcy (np. osobie przebywającej w jego otoczeniu). Przedstawmy to na przykładzie – dziecko emitując sygnał „bu-bu-bu”, może egzemplifikować w ten sposób rozpoznawany stan emocjonalny innego dziecka lub osoby dorosłej (która w tym momencie być może płacze, a może jest tylko smutna); z kolei sygnałem „hau-hau-hau” może poinformować swoich najbliższych, iż obiektem jego zainteresowań jest w tym momencie pies; natomiast sygnałem „iiiha-ha-ha” ma zamiar wymusić na rodzicach lub swoich opiekunach zakup atrakcyjnej zabawki, oznaczając ją właśnie takim sygnałem (dorośli towarzyszący malcowi na ogół wiedzą, o jaką zabawkę mu chodzi); ten ostatni sygnał – zauważamy – może pełnić różne funkcje, np. funkcję komunikatu-prośby: ‘proszę o tego (konkretnego) konia na biegunach, którego w tym momencie oglądam’, bądź funkcję komunikatu-żądania (dodajmy: kategorię żądania!): ‘chcę mieć tego konia na biegunach!’ Czasem może się jednak zdarzyć, że za pomocą tego samego sygnału „iiiha-ha-ha” malec chce tylko zwrócić na siebie uwagę dorosłych, którzy w tym momencie, nie bacząc na jego obecność i przejawiane przez niego zachowania, rozprawiają o swoich osobistych lub zawodowych problemach, nie zważają na jego potrzeby.

### **Okoliczności i sytuacje, które wychodzą naprzeciw potrzebom komunikacyjnym małego dziecka na prelingwalnym etapie rozwoju mowy i języka**

Tworzeniu takich jak podane wyżej i/lub podobnych sygnałów przez niespełna dwuletnie dzieci o prawidłowo przebiegającym rozwoju sprzyjają kontakty z dorosłymi. Dzieci pozostające w dobrym kontakcie z dorosłymi, którzy cierpliwie słuchają tego, co one mają do powiedzenia, nabywają śmiałości i odwagi w poznawaniu świata. Wydają się one cenić swoich dorosłych partnerów w momentach krytycznych. W każdej trudnej dla nich sytuacji dorośli pochylają się nad nimi, by pomóc im pokonać trudności, ośmielić je, a nawet zaprosić do wspólnej zabawy, w której jest okazja do wprowadzenia i doskonalenia pierwszych pojawiających się sygnałów o charakterze komunikacyjnym.

Z reguły dzieci poznając swe otoczenie, zwłaszcza nieznanne im jeszcze przedmioty, jak również egzotycznie brzmiące, na ogół skomplikowane do wymówienia nazwy, próbują w rozmaity sposób same radzić sobie z trudnościami. Bywa, że interesujące obiekty budzą ich żywe zainteresowanie i przemawiają do wyobraźni, ale nie zawsze tak jest. Niektóre dzieci nie zastanawiając się wiele nad właściwą

nazwą napotkanych na swej drodze przedmiotów, naśladowując zachowania komunikacyjne osób dorosłych (np. mamy, niani czy opiekunki), spontanicznie próbują oznaczać je mniej lub bardziej trafną nazwą (czasem śmieszną i zabawną). Zauważyłam przy tym, że nie tylko podejmują próbę oznaczania tychże obiektów i zaliczenia ich do określonych zbiorów, ale także czynią próby zaszeregowania ich nazw do odpowiednich klas symboli języka<sup>8</sup>.

Za podstawę do zbudowania sygnału – czasem nawet bardzo oryginalnego – egzemplifikującego przedmiot lub zjawisko dzieciom prawidłowo rozwijającym się wystarczy jakaś zupełnie nieistotna cecha, np.:

- wydawany charakterystyczny odgłos lub sposób zachowania się ludzi: płacz dziecka – „bu-bu-bu”; śmiech dziadka – „he-he-he”;
- charakterystyczne zachowanie się poznanych zwierząt: ryczenie krowy – „muuu-muuu”; miauczenie kota – „miau-miau-miau”; mruczenie zadowolonego, drzemiącego przy piecu kota Mruczka – „mru-mru-mruuu”; rechot „koncertujących” żab – „kuma-kuma-kum” bądź „kuuła-kuuła-kuuła”;
- wydawany odgłos silników napędzających rozmaite urządzenia techniczne: warkot silnika samochodu – „brymm-brymm” lub „wrrrr-wrrrr”, bądź ruszającego z miejsca pociągu: „pach-pach-pach” lub „fu-fu-fu”; odgłos piły tarczowej, którą pracownicy parku miejskiego usuwają suche gałęzie drzew; odgłos wrzuconego do wody i tonącego w niej kamienia (znikającego z pola widzenia malca) – „plum-plum”, czy też grającego fortepianu – „plum-plum-plum”, lub innych instrumentów muzycznych.

Emitowany przez dziecko sygnał dźwiękonaśladowczy może być wynikiem nasuwających się mu skojarzeń:

- sygnału z ruchem, np. ruszającego z miejsca pociągu – z sygnałem: „fu-fu-fu”, pędzącego samochodu – z sygnałem klaksonu: „ti-ti-ti” lub „bi-bi-bi”;
- sygnału z czynnością, np. krojenie czegoś nożem – z sygnałem: „ciachu-ciachu-ciach”;
- sygnału z zabawą, z zachowaniem się jakiegoś obiektu, np. odbijanie piłki – z sygnałem: „bach-bach-bach”, a usypianie lalki – z sygnałem: „a-a-a” lub „lu-lu-lu”.

Istota emitowanych i przesyłanych przez dziecko komunikatów o charakterze informacyjnym wydaje się mieć ogromną wartość dla jego osobowego i społecznego rozwoju – z jednej strony, a z drugiej – dla rozwijania bogatszych od wcześniej już nabytych (posiadanych i na ogół utrwalonych przez nie) form porozumiewania się z otoczeniem<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> W. ŁATA: *Wykorzystanie wyrazów dźwiękonaśladowczych w kształtowaniu wymowy dziecka...*; E. SACHAJSKA: *Zabawy dźwiękonaśladowcze...*, s. 28–32.

<sup>9</sup> W. ŁATA: *Wykorzystanie wyrazów dźwiękonaśladowczych w kształtowaniu wymowy dziecka...*; B. KOPER: *Znaczenie środków paralingwistycznych w komunikacji...*

## Zachowania komunikacyjne dzieci z diagnozą upośledzeń o charakterze sprzężonym na prelingwalnym etapie rozwoju mowy i języka

Jednym z podstawowych warunków uczestnictwa dzieci ze sprzężonymi niepełnosprawnościami<sup>10</sup> w komunikowaniu się z otoczeniem jest posiadana przez nie zdolność emitowania i odbioru (wbrew pozorom i obiegowym opiniom) kierowanych do nich sygnałów<sup>11</sup>. Sygnały te polegają na umiejętności naśladowania i emitowania swoiście zestawionych dźwięków, ich dostosowywania do własnych potrzeb, możliwości bądź sytuacji – z jednej strony, a z drugiej – na wymuszaniu reakcji zwrotnych u osób, do których sygnały te (choć czasem bardzo ubogie) intencjonalnie bywają kierowane (np. dziecko emocjonalnie pobudzone obecnością matki lub innej osoby stale opiekującej się nim wymachuje rękami, intonując przy tym sygnały zadowolenia zbliżone do dźwięków kwilenia lub posapywania, a nawet złości). Tego typu sygnały mogą być reakcją dziecka na uśmiech matki, na próbę podania mu jakiegoś przedmiotu (np. grzechotki lub innej zabawki) i – co ciekawe – mogą zmieniać się w sposób zaskakujący i nieoczekiwany. Przykładowo, może to być sygnał manifestujący wielką radość, który czasami w jednej chwili może przerodzić się w sygnał krańcowo odmienny – sygnał niezadowolenia, strachu, a nawet jawnego buntu czy irytacji. Percepcja bądź recepcja sygnałów, którym dziecko z objawami sprzężonej niepełnosprawności (podobnie zresztą jak każde inne, które nastawia się na odbiór określonych sygnałów płynących z otoczenia) nadaje odpowiednie znaczenie, możliwa jest dzięki prawidłowo funkcjonującym zmysłom, zwłaszcza funkcjom narządu słuchu i/lub wzroku oraz ich sprawnym analizatorom zlokalizowanym w mózgu<sup>12</sup>.

Rozwój zdolności do komunikowania się u dzieci z omawianym rodzajem niepełnosprawności zależy m.in. od możliwości odróżnienia siebie od innych obiektów otaczającego je świata oraz świadomości, perspektywy istnienia innych

---

<sup>10</sup> Tym niepełnosprawnościami w swych badaniach i opracowaniach poświęciłam już sporo uwagi, stąd celowo w niniejszym opracowaniu pomijam definicje i szczegółową charakterystykę tego typu zaburzeń.

<sup>11</sup> H. OLECHNOWICZ: *Warunki sprzyjające rozwojowi osobowości społecznej dzieci upośledzonych umysłowo*. „Materiały Informacyjno-Dydaktyczne” 1973, z. 18, s. 41–61; M. PISZCZEK: *Wczesna rehabilitacja kontaktu i wprowadzenie komunikacji alternatywnej w edukacji dzieci głębiej upośledzonych umysłowo*. W: *Edukacja dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim*. Red. M. PISZCZEK. Warszawa, Centrum Metodyczne Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego MEN 1996; M. KWIATKOWSKA: *Dzieci głęboko niezrozumiane*. Warszawa, Oficyna Literatów i Dziennikarzy „Pod Wiatr” 1996.

<sup>12</sup> M. PRZETACZNIK-GIEROWSKA, M. TYSZKOWA: *Psychologia rozwojowa człowieka*. Warszawa, PWN 1996; J. MICHALIK-SURÓWKA: *Dzieci z zaburzeniami komunikacji*. „Rocznik Komisji Nauk Pedagogicznych”, T. 52. Kraków, Wydawnictwo Oddziału Polskiej Akademii Nauk 1999, s. 71–92.

osób, którym tego rodzaju komunikat można przesłać<sup>13</sup>. Spostrzeganie własnej odrębności przez małe dziecko w ogóle jest milowym krokiem w rozwoju „ja”, w szczególności w przypadku tych dzieci, u których nierzadko diagnozuje się dodatkowe wady i zaburzenia rozwoju (np. głębsze lub głębokie upośledzenie umysłowe z dziecięcym porażeniem mózgowym, z dysfunkcją narządu ruchu, z padaczką czy też z zaburzeniami ze spektrum autyzmu), u których czasami trudno doszukać się nawet najprostszych zachowań o charakterze komunikacyjnym<sup>14</sup>. Jak zaznacza Maria Piszczek<sup>15</sup>, wyniki badań nad czynnikami zakłócającymi rozwój umiejętności komunikacyjnych u dzieci (u których wiek życia jest jedynie parametrem pomocniczym) z objawami sprzężonej niepełnosprawności (nazywanych też dziećmi z diagnozą upośledzeń sprzężonych) wskazują na to, że o zaburzeniu rozwoju procesów poznawczych, a w ślad za tym omawianych umiejętności, w tym mowy i języka (mam tu na uwadze najwcześniejsze etapy rozwoju tych procesów), decyduje nie tyle może niewrażliwość dziecka na bodźce i wzmocnienia społeczne, ile raczej zaburzenia percepcji dźwięków (np. w wyniku braku dostatecznie wykształconej uwagi i pamięci lub wady słuchu dzieci te mają trudności w przyswajaniu, identyfikowaniu, a także przypisywaniu sygnałom dźwiękowym określonych znaczeń). Proces kształtowania się mowy warunkowany jest wpływem wielu, różnorodnych czynników, wśród których istotną rolę odgrywa dojrzałość percepcyjna oraz gotowość interakcyjna dziecka (wyrażna gotowość do komunikowania się dziecka z otoczeniem). Proces ten u każdego dziecka, zwłaszcza z diagnozą sprzężonej niepełnosprawności, ma przebieg indywidualny, często nieprzewidywalny w sensie prognostycznym i niepowtarzalny<sup>16</sup>. Jeżeli ogólny rozwój dziecka jest zakłócony, to najprawdopodobniej i proces kształtowania się u niego mowy i języka również będzie mniej lub bardziej opóźniony bądź zaburzony. Na podstawie tej konstatacji można wnosić, że rozwój mowy dziecka jest procesem w wysokim stopniu determinowanym ogólnym, a zwłaszcza psychomotorycznym i społecznym jego rozwojem.

<sup>13</sup> I. KURCZ: *Język a reprezentacja świata w umyśle*. Warszawa, PWN 1987.

<sup>14</sup> M. PISZCZEK: *Wczesna interwencja i pomoc dzieciom niepełnosprawnym. Materiały szkoleniowe*. Warszawa, Centrum Metodyczne Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego MEN 1995; EADEM: *Wczesna rehabilitacja kontaktu...*; J.A. RONDAL: *Language Development in Down's Syndrome. A Life-span Perspective*. „International Journal of Behavioral Development” 1988, No. 1; B.M. LESTER, J. HOFFMAN, T.B. BRAZELTON: *The rhythmic structure of pretern infants*. „Child Development” 1985, Vol. 56.

<sup>15</sup> M. PISZCZEK: *Wczesna rehabilitacja kontaktu...*, s. 74.

<sup>16</sup> *U źródeł rozwoju dziecka. O wspomaganiu rozwoju prawidłowego i zakłóconego*. Red. H. OLECHNOWICZ. Warszawa, Nasza Księgarnia 1988.



## Sygnaly dźwiękonaśladowcze i ich funkcje u prawidłowo rozwijających się dzieci w kontekście rozwoju dzieci obciążonych sprzężoną niepełnosprawnością

Mowa u prawidłowo rozwijającego się dziecka pojawia się funkcjonalnie około pierwszego roku życia, choć podstaw do użycia języka nabywa ono o wiele wcześniej, bo już prawdopodobnie w okresie życia płodowego<sup>17</sup>, kiedy to pojawiają się wrażliwość słuchowa, pozwalająca na percypowanie dźwiękowych sygnałów otoczenia, oraz synchronia ruchowo-słuchowa płodu skorelowana z werbalnym zachowaniem się matki, nabierająca istotnego znaczenia dla rozwoju społecznego noworodka<sup>18</sup>. Okazuje się, iż dziecko z chwilą narodzin prawie natychmiast usiłuje znaleźć kontakt z matką, wyraża gotowość do odwzajemniania jej emocji ukrytych w adresowanych do niego komunikatach<sup>19</sup>. Początkowo reakcje społeczne ujawniają się w podejmowanych przez nie „dialogach czynnościowych” (np. dotyk ciała matki na delikatny jej dotyk, spojrzenie dziecka na spojrzenie matki, jego uśmiech na uśmiech matki), by już po kilku tygodniach mogło ono własnym, przez siebie emitowanym sygnałem, w bardziej lub mniej czytelnym sposób, „odpowiedzieć” na werbalny komunikat matki, który je fascynuje i prowokuje do podjęcia bardziej doskonałej formy dialogu. Zanim jednak dziecko wprowadzi do swego repertuaru sygnały przewokalne (czytelne dla wszystkich symptomy głuszenia, które – jak wyjaśnia Leon Kaczmarek – są sygnałami dla matki, a potem gaworzenia, które mogą już być sygnałami naprzemiennymi, w pełni dialogicznymi), czytelne i pełne treści przede wszystkim dla matki, poprzedzają objawy celowego płaczu i okrzyków naturalnych, które – podobnie jak wykrzykniki (nazywane przez Leona Kaczmarka okrzykami konwencjonalnymi<sup>20</sup>) – są sygnałami-apelami kierowanymi przede wszystkim do matki, a w dalszej kolejności dopiero do innych osób kontaktujących się z nim na co dzień. W trzecim lub czwartym kwartale pierwszego roku życia u dziecka o prawidłowym przebiegu rozwoju samoistnie pojawiają się już okrzyki naturalne w postaci najróżniejszych bogato intonowanych zespołów dźwięków. Ich emisji często towarzyszą przypadkowe gesty, a także żywa mimika. Pojawienie się emitowanych sygnałów wzmocnianych gestem i mimiką jest oznaką witalności i dynamiki rozwoju dziecka, aktywności związanych z jego potrzebami o charakterze społecznym. Te są prawdopodobnie

<sup>17</sup> L. KACZMAREK: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin, Wydawnictwo Lubelskie 1988; D. KORNAS-BIELA: *Prenatalne uwarunkowania rozwoju mowy*. W: *Opieka logopedyczna od poczęcia*. Red. B. ROCLAWSKI. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego 1993; M. PISZCZEK: *Wczesna rehabilitacja kontaktu...*

<sup>18</sup> D. KORNAS-BIELA: *Prenatalne uwarunkowania...*; M. PISZCZEK: *Wczesna rehabilitacja kontaktu...*

<sup>19</sup> D. KORNAS-BIELA: *Prenatalne uwarunkowania...*; *U źródeł rozwoju dziecka...*

<sup>20</sup> L. KACZMAREK: *Nasze dziecko...*, s. 198.

odpowiedzią na obecność matki lub innych osób asystujących dziecku, z którymi próbuje ono wchodzić w interakcje. Jak wynika z moich wieloletnich obserwacji, emitowane przez dziecko sygnały, pod wpływem reakcji otoczenia, mogą ulegać różnicznym modyfikacjom i przekształceniom, w wyniku których pojawiają się czytelne dla otoczenia sygnały dźwiękonaśladowcze. Te ostatnie najczęściej odnoszą się do osób, przedmiotów, czynności, a nawet zdarzeń w danej chwili dla dziecka najważniejszych. Okoliczności, w jakich dochodzi do ich wyemitowania, mogą być rozmaite, np. pojawienie się w polu widzenia dziecka, zwierzęcia lub przedmiotu, któremu dorośli już wcześniej nadali określoną, w pełni skonwencjonalizowaną nazwę, może to być sprowokowany zachowaniami matki lub opiekunki objaw niezadowolenia, a nawet wyraźny protest dziecka na skutek oddalenia się matki, próby ubierania maluszka w ubranko wyjściowe bądź zabrania mu zabawki. Obserwując zachowanie się małych dzieci, zauważyłam, że emitowane przez nie sygnały dźwiękonaśladowcze mogą zmieniać nie tylko swe brzmienie (intonację), ale także swe funkcje (np. identyczny sygnał wokalny poprzez zmianę intonacji raz oznaczać może skargę, prośbę lub życzenie, a innym razem, w zależności od okoliczności, może stać się nazwą obiektu lub nawet konkretnej czynności). Zrozumienie znaczenia funkcji sygnałów dźwiękonaśladowczych emitowanych przez dziecko wymaga od matki lub opiekunki doskonałego wyczucia i równie doskonałej znajomości sposobu wyrażania przez nie swoich odczuć, doznań, oczekiwań, potrzeb i możliwości. „Rozkodowywanie” znaczeń dziecięcych sygnałów dźwiękonaśladowczych trzeba się niestety uczyć. Te wszak mogą się zmieniać w zależności od stanu zdrowia i samopoczucia dziecka, okoliczności lub sytuacji (np. sygnał „na-na-na-na”, jaki często generują zdrowe niemowlęta w wieku 8–9 miesięcy, może w konkretnej sytuacji oznaczać: ‘zwróć na mnie uwagę’; ‘chce mi się spać’; ‘podaj mi smoczek’ bądź ‘zwróć uwagę na to, na co w tym momencie patrzę’; ‘zwróć uwagę na to, co mnie interesuje tu i teraz’). Egzemplifikacją omawianego zjawiska może być zachowanie się dziewiętnastomiesięcznego, prawidłowo rozwijającego się chłopczyka, który będąc na rękach swego taty, obserwował łąbędzie pływające w sadzawce parku miejskiego. W pewnym momencie (prawdopodobnie wtedy, kiedy zwrócił wzrok w tym samym kierunku, co ojciec) zauważył, jak łąbędzie, unosząc skrzydła, zaczęły przemieszczać się po lustrze wody. Poklepał wówczas ojca po twarzy, emitując sygnał „da-da-da”. Ojciec odpowiadając na reakcje syna, podszedł z nim nieco bliżej ogrodzenia sadzawki. Chłopczyk po chwili obserwacji łąbędzia z bliska zmienił intonację emitowanego sygnału „da-da-da”, patrząc raz na łąbędzia, a raz na twarz ojca. Intonacja sygnału wyraźnie wskazywała na zainteresowanie ptakami, a może nawet wyrażała zachwyt dziecka. Ogromną rolę odgrywały przy tym mimika i pełne dynamiki gesty malca, wśród których zauważyłam: gest wskazywania, proszenia, protestu, rozkazu, zadowolenia, niepewności, a nawet obawy czy lęku przed nieznanym mu dotąd (tak niespokojnym) obiektem.

Emitowane sygnały prelingwalne (sygnały dźwiękonaśladowcze), nazywane sygnałami semantycznymi zmiennymi, towarzyszące gestom malca, miały – jak się wydaje – istotne znaczenie dla rozwoju dialogowej formy komunikacji interperso-

nalnej. Pojawiające się sygnały prawdopodobnie służyły także utrwalaniu zainteresowań samym obiektem (łabędzie, ptaki), który w tym momencie wręcz zafascynował chłopczyka. Dziecko około półtoraroczne zaczyna używać, oprócz sygnałów semantycznych sytuacyjnych zmiennych, także sygnały semantyczne stałe. Znaczenie zarówno jednych, jak i drugich sygnałów zmienia się stosownie do sytuacji (o czym świadczyć może intonacja, a czasem gesty), natomiast ich postać dźwiękowa (inwentarz dźwięków) pozostaje najczęściej stała. Obserwując reakcje dzieci z diagnozą sprzężonej niepełnosprawności, będące w wieku od 5. do 10. roku życia, zauważyłam, iż reagowały one na dostarczane im bodźce prowokacyjne, podobnie jak dziewiętnastomiesięczny chłopczyk. Nasuwa się przeto przypuszczenie, że fazy rozwoju procesu porozumiewania się u dzieci z objawami sprzężonej (na ogół głębszej, a nawet głębokiej) niepełnosprawności są wydłużoną w czasie, zmodyfikowaną, często zniekształconą kopią linii rozwoju tego procesu obserwowanego u dzieci pełnosprawnych, charakterystyczną dla wieku od 10. do około 18.–20. miesiąca życia. Zakres znaczeniowy sygnałów semantycznych sytuacyjnych u dzieci ze sprzężoną niepełnosprawnością w wieku od 5 do 10 lat, podobnie jak u dzieci pełnosprawnych, lecz dużo od nich młodszych, pod wpływem kontaktów z dorosłymi i systematycznie nabywanych doświadczeń społecznych wyraźnie ulegał wzbogacaniu. Dzieci te rozumiały – jak wynikało z ich zachowań – o wiele więcej różnych sytuacji, niż zdolne były to uzewnętrznić za pomocą słabo jeszcze opanowanych gestów czy sygnałów dźwiękonaśladowczych. Dzieci o prawidłowym rozwoju psychomotorycznym, mniej więcej w wieku od 10. do 20.–24. miesiąca życia, które w wystarczającym stopniu nie opanowały jeszcze mowy i języka, jakby intuicyjnie wyczuwając swój deficyt poznania, same podejmowały próby wprowadzenia paralingwistycznych sposobów porozumiewania się ze swym otoczeniem (np. z matką, ojcem czy nianią). Wykorzystywały przy tym przykłady zachowań komunikacyjnych swego otoczenia. Obserwowane przeze mnie dzieci z deficytami psychoruchowego rozwoju, pomimo osiągnięcia wieku życia mieszczącego się w przedziale od 5 do 10 lat, wykazujące niski stopień aktywności poznawczej i ruchowej, sporadycznie emitowały utrwalane przez matkę, nianię lub opiekunkę sygnały dźwiękonaśladowcze. Spontanicznie emitowane sygnały dźwiękonaśladowcze występowały u nich, niestety, bardzo rzadko. Czasem pojawiały się i znikwały pod wpływem czy to nadmiaru, czy też braku bądź zaistnienia niekorzystnych, bliżej nieokreślonych bodźców, takich jak zmiana pomieszczenia, hałas, zmiana koloru światła, pojawienie się osób, dotąd nieznanych dziecku, których ono wyraźnie się lęka. Sygnały te były słabo modulowane (intonacja), stąd trudno ustalić ich faktyczne znaczenie i funkcje. Tylko niektóre z omawianych dzieci, które systematycznie obserwowałam całymi miesiącami, próbowały naśladować melodię emitowanych przez matkę lub opiekuna sygnałów dźwiękowych. Dzieci te rzadko emitowały powtarzane przez matkę czy opiekunkę wyuczone bisylaby, chociażby takie, jak: „ta-ta”, „ma-ma”, „ba-ba”, „da-da”, „ga-ga”, które kilkunastomiesięczne dzieci o prawidłowym rozwoju „wypowiadają” bez żadnych „podpowiedzi”. Dzieci o prawidłowym przebiegu rozwoju swobodnie, a przy

tym chętnie posługiwały się tego rodzaju sygnałami, nie rezygnując z podejmowania prób ich modyfikacji i wzbogacania. Na podstawie czynionych przeze mnie wielogodzinnych obserwacji mogłam stwierdzić, że emitowanych sygnałów dźwiękonaśladowczych u dzieci z objawami sprzężonej niepełnosprawności wprawdzie wolno, lecz stopniowo przybywało, chociaż w wielu przypadkach bywały one niezrozumiałe nawet dla matki. Jedynie wówczas, gdy rodzice bądź opiekunowie, oswajając się z brzmieniem emitowanych przez dziecko sygnałów, świadomie je utrwalali, przyporządkowując im nazwę obiektu lub czynności w ten sposób oznaczanych, dzieci te częściej niż pozostałe, spontanicznie podejmowały próby naśladowania także sygnałów podobnych. Powtarzane przez nie sygnały dźwiękonaśladowcze z czasem nie tylko przybierały doskonalszą formę dźwiękową, którą akceptowało najbliższe otoczenie, ale również bogatsza była ich intonacja.

## Dyskusja nad wynikami i próba podsumowania

W procesie kształtowania mowy i języka u dzieci z objawami sprzężonej niepełnosprawności emitowanym przez nie sygnałom próbowałam przypisywać znaczenie o charakterze nie tylko intelektualno-poznawczym, ale także – a może przede wszystkim – społecznym<sup>21</sup>. Na znaczenie wpływu środowiska społecznego na rozwój mowy i języka dziecka zwrócił uwagę Lew S. Wygotski<sup>22</sup>, który podkreślał, że język – podobnie jak każde narzędzie – rozwija swą postać, swój kształt, doskonali oraz zmienia się wraz z rozwojem społeczeństwa i może być przekazywany jedynie drogą kontaktów z innymi ludźmi. „Najważniejszym jednak faktem w rozwoju mowy u dziecka – według L.S. Wygotskiego – jest moment, kiedy to linie rozwoju myślenia i mowy przebiegające dotąd oddzielnie, zaczynają się krzyżować, a potem pokrywać, dając początek zupełnie nowej, tak charakterystycznej dla człowieka formie zachowania”<sup>23</sup>. Dziecko bardzo wcześnie – niezależnie od osiąganego poziomu swego rozwoju – nawiązuje kontakt z otaczającym je światem ludzi dorosłych, chociaż formy kontaktów i widoczne efekty w zakresie porozumiewania się mogą być jeszcze mało satysfakcjonujące. Wypada tu nadmienić, iż praktycznie od chwili poczęcia dziecko wzrasta w otoczeniu osób mówiących, które prowokują je – nawet w sposób niezamierzony – do aktywności komunikacyjnej i zachęcają do posługiwania się własnym aparatem słuchu i mowy<sup>24</sup>. Prawdopodobnie każde z nich intensywnie gromadzi swoje doświadczenia, różnicując formę (jakość) emitowanych sygnałów. Jak podaje Wygotski, „dziecko

<sup>21</sup> *U źródeł rozwoju dziecka...*

<sup>22</sup> L.S. WYGOTSKI: *Myślenie i mowa*. Warszawa, PWN 1989.

<sup>23</sup> *Ibidem*, s. 59.

<sup>24</sup> D. KORNAS-BIELA: *Prenatalne uwarunkowania...*; L. KACZMAREK: *Nasze dziecko...*

dla oznaczania otaczającej rzeczywistości, nigdy nie używa bezsensownych kompleksów dźwiękowych, lecz czyni starania o dobór »prawdziwych słów« (dodajmy symbolicznych sygnałów, a taką funkcję wydają się pełnić omawiane w tym opracowaniu sygnały dźwiękonaśladowcze), z którymi w miarę ich doskonalenia wiąże ono coraz to bardziej zróżnicowane znaczenia<sup>25</sup>. Budowane przez dziecko zespoły (kompleksy) dźwięków, odpowiednio intonowane i służące do oznaczania tego, co ono postrzeża i o czym chce poinformować swoje otoczenie, należy traktować jako podstawę rozwoju i doskonalenia języka. Współczesne wyniki badań psycholingwistycznych wydają się dowodzić, że opanowanie języka przez dziecko jest drogą wiodącą ku poznaniu, opanowaniu i podporządkowaniu sobie obiektywnie istniejącego świata<sup>26</sup>. Język należy więc traktować jako dźwiękową realizację tendencji do symbolicznego ujmowania świata, obiektywnie istniejącej rzeczywistości<sup>27</sup>. Nie jest więc obojętne dla rozwoju i nabywanych doświadczeń językowych dziecka to, jaka jest forma językowa otoczenia, które dostarcza mu jednak nieustannie nowych, niepowtarzalnych przykładów i wzorów. W przypadku dzieci ze sprzężonymi upośledzeniami dążymy do tego, by każde z nich rozumiało sens przesyłanego do niego komunikatu i potrafiło odpowiednio na niego zareagować. Dążenie to wydaje się realne, jeśli przyjąć opublikowaną przed kilkunastu laty koncepcję Noama Chomskiego, z której założeń wynika, że każdy człowiek, a więc prawdopodobnie również dziecko z omawianą tu niepełnosprawnością, posiada wrodzoną zdolność do opanowania języka. Dzięki tej wrodzonej zdolności prawidłowo rozwijające się dziecko, słysząc wypowiedzi dorosłych, drogą skojarzeń i czynionych prób odkrywa w nich reguły nabywanego języka, co sprawia, że stosunkowo szybko potrafi budować i emitować własne – bardziej czytelne lub mniej czytelne – komunikaty. Potrafi ono usłyszonym od dorosłych i dobrze utrwalonym w swoim umyśle słowom lub zastępującym je sygnałom dźwiękonaśladowczym przypisywać określone znaczenia i funkcje<sup>28</sup>. Sygnały dźwiękonaśladowcze jako w pełni funkcjonalne, oznaczające nazwy przedmiotów, czynności, zjawisk, emocji, stanów lub potrzeb, można więc – jak się wydaje – uznać za osobliwe substytuty językowe niezwykle istotne dla procesu rozwoju mowy i języka dziecka. Emitowane przez dwu-trzyletnie dziecko sygnały dźwiękowe, nazywane przez L. Kaczmarka „tworami komunikacyjnymi”<sup>29</sup>, kierują uwagę odbiorcy (np. matki czy ojca) na jakiś przedmiot lub odsyłają odbiorcę do jakiegoś przedmiotu czy zjawiska, których ono nie jest w stanie w tym momencie jeszcze popraw-

<sup>25</sup> L.S. WYGOTSKI: *Myślenie i mowa...*, s. 80.

<sup>26</sup> S. SZUMAN: *Język i mowa*. W: IDEM: *Studia nad rozwojem psychicznym dziecka. Dzieła wybrane*. Wybór i oprac. M. PRZETACZNIKOWA, G. MAKIEŁŁO-JARZA. T. 1. Warszawa, WSiP 1985, s. 521–548; I. KURCZ: *Język a reprezentacja świata...*; M. PISZCZEK: *Wczesna rehabilitacja kontaktu...*

<sup>27</sup> J. MICHALIK-SURÓWKA: *Dzieci z zaburzeniami komunikacji...*

<sup>28</sup> E. MINCZAKIEWICZ: *Sygnały dźwiękonaśladowcze w kształtowaniu...*

<sup>29</sup> L. KACZMAREK: *Nasze dziecko...*

nie nazwać, choć ma świadomość istnienia samego obiektu i nieodpartą wolę jego egzemplifikacji, a tym samym oznaczania. Semantyczne sygnały językowe, pochodzące od obserwowanych przeze mnie dzieci z objawami sprzężonej niepełnosprawności, zbudowane były z symboli dźwiękowych, charakteryzujących się pewnymi wspólnymi cechami akustycznymi obserwowanych obiektów, zjawisk lub czynności, np. emitowany przez dziecko sygnał „bach-bach” informował o zachowaniu się odbijanej od podłogi piłki, „beeeęc-beeeęc” – o efekcie spadającego ze stołu przedmiotu, „tap-tap-tap-tap” – o zachowaniu się skaczącej piłki, „bam-bam” – o obecności i funkcji miernika czasu, jakim jest zegar, „tu-tu-tu” – o znaczeniu klaksonu samochodu, „ta-ta-ta” – o dźwięku grającej trąbki, „szu-szu-szu” – o skutkach silnego podmuchu wiatru, „aty-aty-aty” – o tym, że jakieś przewinienie było powodem wymierzenia komuś kary, „lulu-lulu” – o potrzebie ułożenia dziecka do snu (usypiania go) bądź o stanie zmęczenia czy potrzebie odpoczynku, „kosi-kosi” – o doznawaniu przyjemności płynącej z bawienia się itp. Semantycznym sygnałom językowym pierwotną formę brzmieniową nadali wszak dorośli (np. rodzice, dziadkowie, opiekunki lub nauczycielki przedszkola). Wśród rejestrowanych przeze mnie sygnałów dźwiękonaśladowczych emitowanych przez dzieci objęte badaniami najczęściej pojawiały się:

- „głosy” zwierząt, np. psa: „hau-hau-hau” lub „au-au-au”, kota: „miau-miau-miau”, kozy: „me-me-me”, krowy: „muuu-muuu”, kury: „ko-ko-ko”, koguta: „y-y-y-y” (z odpowiednią intonacją);
- odgłosy przyrody, np. kapiącej z kranu wody: „kap-kap-kap”, chłapania się w wannie lub misce z wodą: „chlap-chlap-chlap” lub „chlapu-chlapu-chlap”;
- egzemplifikacje wyrażanych przez człowieka stanów emocjonalnych, np. śmiechu: „cha-cha-cha”, płaczu dziecka: „bu-bu-bu”, przywoływania kogoś: „hop! hop!”, dziwienia się czemuś: „ho-ho-ho!” itp.

Zauważyłam jednak, że emitowane przez kilkunastomiesięczne dzieci o prawidłowym rozwoju sygnały dźwiękonaśladowcze były o wiele bogatsze i bardziej zróżnicowane akustycznie niż sygnały „używane” nawet przez dziesięciolatków z diagnozą upośledzeń sprzężonych. Sygnały te – niezależnie od tego, jakie noszą różne nazwy (np. „obrazy akustyczne”, „onomatopeje”, „sygnały dźwiękonaśladowcze” lub „symbole umotywowane”)<sup>30</sup> – ubarwiają i dynamizują dziecięcy świat zmysłowy.

Wśród sygnałów dźwiękonaśladowczych przyswojonych przez dzieci z objawami sprzężonej niepełnosprawności znaczące miejsce zajmowały sygnały naturalne, tworzone przez nie same, takie jak: „auuu-auuu” (przypominające wycie), „daaa-daaa-daaa”, „ne-ne-nee”. Większość sygnałów emitowanych przez dzieci z diagnozą upośledzeń sprzężonych miała jednak charakter sygnałów wyuczonych przez dorosłych (rodziców, opiekunów czy terapeutów). Sygnały dźwiękonaśladow-

<sup>30</sup> Ibidem; M. PISZCZEK: *Wczesna rehabilitacja kontaktu...*; M. PODESZEWA: *Rozumienie sytuacji punktem wyjścia do procesów kształtowania mowy*. „Rewalidacja” 1998, nr 2 (4), s. 6–17.

cze (onomatopeje) w kontaktach dzieci z tego typu niepełnosprawnością z ich otoczeniem społecznym w jakimś stopniu pełniły funkcje znaku, należące do klasy symboli samodzielnych, a więc symboli nazywających np.:

- osoby: dziecko – „bo-bo”, babcie – „ba-ba”;
- instrumenty muzyczne: trąbkę – „tru-tu-tu”, bębenek – „bum-bum”;
- zwierzęta: kurę – „ko-ko-ko”, psa – „hau-hau”;
- zjawiska przyrody: burzę – „uuuu-bach”, wicherę – „wiu-wiu-wiu”;
- czynności: krojenie – „ciach-ciach”.

Wśród struktur bisylabicznych, jakie udało mi się zarejestrować, znalazły się zarówno dziwnie brzmiące pytania, np. „ko-ko?” (pytanie z odpowiednią intonacją, w którym dzieciom prawdopodobnie chodziło o wymuszenie odpowiedzi na pytanie: „kto to jest?”), jak i odpowiedzi na pytanie, np. „kaki kaki” (prawdopodobnie chodziło o potwierdzenie ‘tak, tak’), oraz zwroty oznaczające negację lub przeczenie, np. płaczliwie brzmiące „neeeee” (w znaczeniu ‘nie chcę, nie będę’), a także oznajmienia, że czegoś lub kogoś nie ma, np. „ma Aki, ma” – ‘nie ma Agnieszki’<sup>31</sup>. Analiza wyników zebranego materiału empirycznego (dziesiątek kartek dokonanych transkrypcji fonetycznych z opisami towarzyszących zachowań komunikacyjnych dzieci z objawami sprzężonej niepełnosprawności) pozwoliła stwierdzić, że niektóre „dźwięko-sygnaly” czy „słowo-sygnaly” wypowiedane przez dzieci z diagnozą sprzężonej niepełnosprawności trudno zdefiniować, by je odpowiednio zaklasyfikować, gdyż większość z nich właściwie nie należała do zasobu słownika języka polskiego. Z konieczności zaliczyłam je więc do symboli samodzielnych (jako nazwy) lub niesamodzielnych (intonacja) ze względu na pełnione funkcje. Zebrane i poddane analizie sygnały dźwiękonaśladowcze o tak zróżnicowanych funkcjach z konieczności potraktowane zostały tu jednak jako „twory” należące do tzw. autonomicznego języka dziecka, których postać dźwiękowa i zakres użytkowania mogą różnić się w zależności od:

- wieku życia dziecka;
- ogólnego poziomu jego rozwoju;
- jego życiowych i edukacyjnych doświadczeń;
- wpływu środowiska wychowawczego;
- zachowania się osób, z którymi dziecko pozostaje w kontakcie;
- odczuwanych przez dziecko potrzeb komunikowania się z otoczeniem<sup>32</sup>.

Znaczenie takich związków funkcjonalnych człowieka ze światem zewnętrznym wyraźnie akcentuje John Nuttin<sup>33</sup>, podkreślając, że człowiek-podmiot, by mógł

<sup>31</sup> L. KACZMAREK: *Nasze dziecko...*; E. MINCZAKIEWICZ: *Sygnały dźwiękonaśladowcze w kształtowaniu...*

<sup>32</sup> S. SZUMAN: *Język i mowa...*; W. ŁATA: *Wykorzystanie wyrazów dźwiękonaśladowczych w kształtowaniu wymowy dziecka...*; B. KOPER: *Znaczenie środków paralingwistycznych w komunikacji...*; A. DOSEN: *Diagnosis and treatment of psychiatre and behavioural disorders. In mentalny retarded individuals: the state of the art.* „Journal of Disability Research” 1993, Vol. 37, s. 1–6.

<sup>33</sup> J. NUTTIN: *Struktura osobowości.* Warszawa, PWN 1968.

rozwijać swe „ja” osobowe, musi wchodzić w relacje z otoczeniem przedmiotowym i społecznym. Relacje te są bowiem pewnego rodzaju formą włączania się w realnie istniejący, nie zawsze zrozumiały dla niego świat. Konkretne formy kontaktów utrwalają się i rodzą określone, powstałe w działaniu, potrzeby. Odpowiedzią na owe potrzeby są pojawiające się struktury wokalne, kształtujące relacje między jednostką i otoczeniem, a tym samym jej osobowość społeczną<sup>34</sup>. Potrzeby determinują rozwój i przetrwanie wszelakich organizmów żywych. Jedną z istotnych potrzeb społecznych dziecka jest potrzeba nawiązywania kontaktu z otoczeniem, umożliwiającego przyswojenie sobie nowych form zachowań komunikacyjnych, w sposób odpowiedni do potrzeb i możliwości<sup>35</sup>. Każda z takich form zachowań w przypadku dzieci z diagnozą upośledzeń sprzężonych może być odmiennie przez nie postrzegana i oznaczana (dodajmy – oznaczana nie zawsze zrozumiałym i czytelnym dla otoczenia, w pełni funkcjonalnym sygnałem). Aktywność przedmiotowa dziecka niepełnosprawnego mająca charakter poznawczy, egzemplifikowana i oznaczana odpowiednim sygnałem dźwiękonaśladowczym, umożliwia mu, z jednej strony, realizację związków z ludźmi poprzez przedmioty, a z drugiej – realizację związków jego samego (jako działającego podmiotu) z przedmiotami za pośrednictwem ludzi dostarczających mu okazji do nawiązywania takich kontaktów. Sygnały dźwiękonaśladowcze – jak się wydaje – mogą ułatwić porozumiewanie się, niwelując w pewnym sensie istniejące bariery komunikacyjne dzieci, u których nie wykształciła się w pełni mowa oralna lub wykształciła się ona w niewielkim zakresie. Emitowane przez dzieci nawet te niedoskonałe sygnały dźwiękonaśladowcze wydały się jednak uwrażliwiać i rozwijać funkcje narządów mowy i słuchu. Umożliwiły trening słuchowy poprzez generowanie dźwięków i ich percepcję z zewnątrz. Motywowały dzieci do zabawy głosem (modyfikowania sygnałów w zależności od zachowania się języka, warg czy podniebienia miękkiego), przyczyniając się pośrednio do doskonalenia funkcji narządów mowy o charakterze nadawczym (ekspresyjnym). Uważam, że nawet te niedoskonałe twory dźwiękowe, emitowane przez większość dzieci z diagnozą upośledzeń sprzężonych można uznać za istotne dla procesu rozwoju mowy i języka, za podstawę do rozwijania i doskonalenia procesów poznawczych (np. uwagi, pamięci, wyobraźni, myślenia i mowy), wspomagających ogólny, a przede wszystkim intelektualny, motoryczny oraz społeczno-emocjonalny rozwój jednostki.

<sup>34</sup> H. OLECHNOWICZ: *Warunki sprzyjające rozwojowi...*, s. 41–61.

<sup>35</sup> Por. J. NUTTIN: *Struktura osobowości...*



RENATA DANIEL

Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

## Rezonans a rejestry głosowe

**ABSTRACT:** Resonance and voice registrations are one of the important factors of vocal technique. They include the wide range of issues which recognition, and skilful usage causes full and conscious voice operation. Working out proper skills of using voice resonance with a reference to free conscious operation of voice registration is not only a subject of long term process of learning to sing, but also is the center of attention during continuous work on the voice of every vocalist. Definitions of notions, division of resonance chambers and voice registrations their functions and a role and dependence in the process of phonation – there subject of the work.

**KEY WORDS:** resonance, voice registrations, vocal technique, factors of vocal technique

W szeroko rozumianej technice wokalne, stosowanej zarówno w śpiewie solowym – klasycznym, jak i w śpiewie estradowym, fundamentalnymi elementami warunkującymi poprawną emisję głosu są: prawidłowe oddychanie i rezonans. Rezonans powstaje w trakcie emisji głosu i w zależności od wysokości dźwięku przyporządkowany jest odpowiedniemu rejestrowi. Aby zrozumieć istotę oraz wagę rezonansu w odniesieniu do poszczególnych rejestrów, niezbędne jest empiryczne rozpoznanie pól czuciowych, znajdujących się w obrębie głosotwórczej i motorycznej części aparatu głosowego.

Rezonans i rejestry głosowe są w emisji głosu jednymi z najważniejszych elementów techniki wokalne, obejmującymi szereg zagadnień, których rozpoznanie i wykorzystywanie w trakcie fonacji umożliwia pełne i świadome operowanie głosem. „[...] Fonacja stanowi jeden z parametrów fonetycznych mowy w płaszczyźnie segmentalnej. W mowie normalnej (fizjologicznej) występuje kilka typów fonacji stanowiących jedną z istotniejszych cech poszczególnych, kolejnych segmentów. Aparat artykulacyjny zdolny jest z dostateczną dokładnością zsynchronizować przejścia od jednego typu fonacji do innego z granicami międzysegmentalnymi. A więc każdy segment akustyczno-fonetyczny charakteryzuje się określonym typem fonacji. W polskim języku występują w mowie normalnej tylko dwa jej typy:

dźwięczna – decydująca o charakterze quasi-periodycznym segmentu, oraz bezdźwięczna, która decyduje o charakterze szumowym przebiegu odpowiadającego danemu segmentowi [...]”<sup>1</sup>.

Szczególnie ważna w kontekście fonacji jest umiejętność prawidłowego wykorzystywania przestrzeni rezonacyjnych w połączeniu ze swobodnym operowaniem rejestrami głosowymi. Proces nabywania tych umiejętności przez śpiewaka czy wokalistę wymaga wyteżonej, żmudnej pracy, ale zdobyte doświadczenia powodują, że zarówno skala głosu, jak i jego barwa ulegają pozytywnym przeobrażeniom. Świadome wykorzystywanie rezonansu pociąga za sobą również świadome posługiwanie się różnymi odcieniami barwy głosu.

Rezonans – będący zjawiskiem akustycznym – polega na odbrzmieniu (rezonans swobodny), powstającym wówczas, gdy ciało elastyczne o ściśle określonej liczbie drgań własnych zostaje wprowadzone w drgania przez fale akustyczne, wywołane przez sąsiadujące z nim źródło dźwięku o tej samej częstotliwości drgań<sup>2</sup>.

Rezonans uznawany jest także za synonim drgań odczuwanych w czasie wydawania głosu – zarówno w mowie, jak i w śpiewie. Głos bez rezonansu w tym znaczeniu staje się matowy i głuchy, pozbawiony zostaje blasku, czyli tzw. metalu<sup>3</sup>.

„Komorą rezonacyjną, pudłem rezonansowym lub po prostu rezonatorem nazywamy układ akustyczny zamykający pewną przestrzeń powietrzną ograniczoną sztywnymi ścianami. Komory mogą być otwarte z jednej strony (wnęki), mogą mieć kształt kuli, walca i prostopadłościanu. Komorę walcową tworzy również rura otwarta z obu stron lub zamknięta z jednej. Krtani człowieka jest właśnie takim rezonatorem w kształcie rury zamkniętej z jednej strony przez zwarte więzadła głosowe [...]”<sup>4</sup>.

Rola rezonatorów polega na nadawaniu dźwiękom odpowiedniej barwy i ich zróżnicowaniu (w przypadku wokalistów chodzi przede wszystkim o barwę dźwięczną) oraz na wzmocnieniu siły głosu. Mówiąc zatem o rezonansie albo podparciu rezonansowym, odnosimy się do dźwięczności i związanej z nią nośności głosu.

Jeśli chodzi o ciało ludzkie, to stosowany jest podział właściwych mu komór rezonacyjnych na górne i dolne. Granicę umowną między nimi stanowi głośnia, czyli szpara głosowa, tworzona przez fałdy głosowe.

Rezonatorem dolnym jest, ogólnie rzecz ujmując, klatka piersiowa. Rezonator górny, zwany też nasadą, obejmuje trzy komory rezonansowe:

- gardło wraz z nagłośniową częścią krtani;
- jamę ustną;
- jamę nosową<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> *Foniatria kliniczna*. Red. A. PRUSZEWICZ. Warszawa, PZWL 1992, s. 135.

<sup>2</sup> A. MITRINOWICZ-MODRZEJEWSKA: *Akustyka psychofizjologiczna w medycynie*. Warszawa, PZWL 1974, s. 173.

<sup>3</sup> H. SOBIERAJSKA: *Uczymy się śpiewać*. Warszawa, PZWS 1972, s. 63.

<sup>4</sup> A. MITRINOWICZ-MODRZEJEWSKA: *Akustyka psychofizjologiczna...*, s. 173.

<sup>5</sup> H. ZIELIŃSKA: *Kształcenie głosu*. Lublin, Wydawnictwo Polihymnia 2002, s. 40–41.

Spośród dwóch rodzajów rezonansu dla śpiewu większe znaczenie ma rezonans głowy, gdyż klatka piersiowa nie stwarza tych możliwości zmian barwy głosu, jakie daje nasada. Wynika to z większej „stabilności” dolnych dróg oddechowych niż górnych. W prawidłowej emisji rezonans klatki piersiowej zaznacza się głównie przy wydobywaniu dźwięków należących do dolnego i średniego odcinka skali głosu, natomiast przy dźwiękach wysokich ustępuje miejsca rezonatorom nasady, zwłaszcza tym najwyższemu położonym. Im wyższy jest wydobywany dźwięk, tym znacznie większy staje się udział coraz wyżej położonych rezonatorów, z kolei w powstawaniu niższych dźwięków większy udział mają rezonatory niższe<sup>6</sup>.

Osoby, które mają głos nieszkolony lub znajdują się w pierwszym okresie nauki śpiewu, nie odczuwają rezonansu głowy bądź odczucie to jest bardzo nikłe. Dźwięki oparte wyłącznie na rezonansie piersiowym mają ciemne, jakby dudniące zabarwienie, są nienoisne, a wydobywanie dźwięków wyższych sprawia coraz większą trudność. W miarę kształcenia głosu i pogłębiającej się świadomości dźwięku zwiększa się możliwość kontroli naszych doznań czuciowo-wibracyjnych. Odczucie rezonansu głowy staje się wtedy bardziej wyraźne. Prawidłowo brzmiące dźwięki, bogate w rezonans głowy, mają zabarwienie jaśniejsze, nie wymagają wysiłku, sprawiają śpiewakowi zadowolenie, a niewielki nawet głos ma wtedy nośność, pełnię i blask oraz zdolność do zmian dynamicznych. Jeśli wszystkie, nawet najniższe dźwięki skali, bez względu na udział niskich rezonatorów, walory te mają zachować, powinny posiadać domieszkę rezonansu głowy<sup>7</sup>.

Głos uzyskuje odpowiednią siłę i barwę przez wzmocnienie lub osłabienie niektórych składowych tonów krtaniowego w jamach rezonacyjnych samej krtani, gardła, jamy ustnej i jamy nosowej. Zachyłek Morgagniego (kieszonka krtaniowa) jest duży w bardzo silnych głosach. Nie tylko odgrywa on rolę rezonatora, ale również – jako struktura leżąca blisko głośni – jest czynnikiem wzmacniającym jej drgania<sup>8</sup>.

Zjawiska rezonansu w gardle i jamie nosowej powstają dzięki wzmocnieniu wybranych tonów harmonicznym, zawartych w dźwięku powstałym na więzadłach głosowych. Gardło górne wraz z jamą nosową stanowią bezpośrednio komunikujące się komory rezonacyjne, lecz każda z nich ma odrębne znaczenie fizjologiczne w odniesieniu do emisji głosu. Gardło górne jest jamą rezonacyjną, która może zmieniać pojemność dzięki działaniu mięśni zwierającego pierścienia gardłowego. Jedne tony harmoniczne zawarte w dźwięku zostają wzmocnione, inne zaś stłumione. Jama nosowa jest przestrzenią o sztywnych ścianach i ma znaczenie rezonatora jedynie wówczas, gdy jej ton własny harmonizuje z tonem podstawowym więzadeł głosowych. Każdy śpiewak ma zawsze jeden i ten sam ton, który w warunkach fizjologicznych również pozostaje niezmienny<sup>9</sup>.

<sup>6</sup> Ibidem, s. 40–41.

<sup>7</sup> H. SOBIERAJSKA: *Uczymy się śpiewa...*, s. 63–64.

<sup>8</sup> *Foniatria kliniczna...*, s. 46.

<sup>9</sup> A. MITRINOWICZ-MODRZEJEWSKA: *Akustyka psychofizjologiczna...*, s. 177.

Zachodzące w czasie emisji głosu śpiewaczego zjawiska podlegają następującym prawidłom:

- nie tylko głoski nosowe (*m, n, ń, q, ɛ*) zostają zabarwione przez formanty<sup>10</sup> tworzące się w jamie nosowej, lecz każda głoska może być zabarwiona nosowo;
- zabarwienie nosowe zależy od ilości powietrza, jaka dostaje się do jamy nosowej – zbyt mała ilość nie wywołuje zabarwienia nosowego, z kolei zbyt duża szpeci głos i powoduje nosowanie otwarte;
- tworzenie się formantów w jamie nosowej zależy od wysokości dźwięku;
- ze zjawiskiem rezonansu jamy nosowej i gardła górnego łączy się zjawisko współbrzmienia dzięki drganiom kości cienkich: oczodołów, nosa i twarzy, które wyczuwamy, jeśli dźwięk jest „przeniesiony na maskę”.

Wszystkie opisane tu objawy są ściśle ze sobą powiązane w czasie emisji głosu. Dlatego analiza każdego z tych zjawisk jest nieodzowna. W poszczególnych przypadkach należy zatem rozważyć cztery czynniki, od których zależy wartość wokalna danego śpiewaka:

- tworzenie się formantów w jamie nosowej, nadające nosową barwę głoskom;
- zjawisko rezonansu w gardle górnym dzięki wybiórczemu (selektywnemu) wzmocnieniu tonów harmonicznym zawartych w dźwięku;
- zjawisko wzmocnienia tonów harmonicznym w zależności od tonu własnego jamy nosowej;
- zjawisko współbrzmienia dzięki drganiom kości cienkich.

W czynności rezonacyjnej gardła górnego oraz jamy nosowej mogą występować pewne indywidualne odchylenia, które wpływają na emisję głosu, np. krótkie podniebienie lub nadmierne wgłębienie sklepienia gardła górnego<sup>11</sup>. O ile nie można mieć wpływu na budowę anatomiczną – nadmierne sklepienie gardła górnego, o tyle mięśnie krótkiego podniebienia miękkiego można odpowiednimi ćwiczeniami naciągnąć, a tym samym usprawnić jego funkcję. Efekt sprawniej działającego podniebienia miękkiego ma przełożenie na efektywniejsze operowanie większą ilością odcieni barwy głosu.

Nie bez wpływu na jakość rezonansu pozostaje sposób, w jaki się go uzyskuje. Należy przyjąć zasadę, że prawidłowego rezonansu nie szuka się przez forsowanie głosu. Jego istotę można uchwycić najłatwiej przy śpiewie *mezzoforte*. Prawidłowy rezonans charakteryzuje się swobodnym drganiem części kostnych czaszki oraz współdrżaniem powietrza zawartego w komorach rezonacyjnych. Rezonans jest tym swobodniejszy, im mniej jest „pchany”, tj. wymuszony „na siłę”, taki bowiem rezonans nie posiada wartości i jest szkodliwy dla głosu, gdyż dźwięk o podobnym rezonansie, czyniąc złudne wrażenie wielkości, w istocie jest uzyskany wysiłkiem mięśni, gardła i krtani. Dzięki właściwemu podparciu oddechowemu, właściwej

<sup>10</sup> Formant – wzmocnione przytony formujące głoskę. Dla każdego dźwięku artykułowanego grupa wzmocnionych przytonów jest niezmienna. Dzięki ich obecności można rozróżnić głoski zarówno w mowie, jak i w śpiewie na każdej wysokości. Ibidem, s. 175.

<sup>11</sup> Ibidem, s. 178.

pozycji i odpowiedniemu wykorzystaniu przestrzeni wibracyjnych, w szczególności głowy, nikły w początku nauki głos nabiera z czasem blasku, wolumenu, czyli wielkości, objętości, a także siły<sup>12</sup>.

Zagadnienie rezonansu w śpiewie ma bezpośredni związek z posługiwaniem się i operowaniem rejestrami głosowymi. Barwa głosu każdego z rejestrów zależy nie tylko od prawidłowego oddychania czy położenia krtani, ale również od działania jam rezonacyjnych, a nie wyłącznie od tego, czy drgania więzadeł głosowych są całkowite, czy też brzeżne.

Rejestr w ludzkiej skali głosowej jest szereg kolejnych dźwięków wydobywanych za pomocą tego samego, jednakowego mechanizmu<sup>13</sup>. Mechanizm rejestrowy oraz jego wpływ na fonację stanowią najistotniejszy i zarazem najbardziej skomplikowany problem przy analizie funkcjonowania narządu głosowego. Od zarania tworzenia się sztuki śpiewaczej poprzez okres wspaniałego rozwoju włoskiego *bel canto* aż do naszych czasów pedagogzy-wokaliści musieli rozwiązywać go na drodze doświadczeń empirycznych. Wiedziano o istnieniu mniejszych lub większych odcinków skali głosowej, oznaczających się odrębnym w stosunku do innych odcinków, ale jednolitym dla danego odcinka mechanizmem wydobywania dźwięków. Wymagania śpiewu artystycznego narzucały jednak konieczność łączenia ich w jednolity, nieprzerwany szereg, obejmujący całą skalę głosową. Ta właśnie umiejętność techniczna, polegająca na ujednoczeniu i akustycznym wygładzeniu dźwięków w miejscu styków poszczególnych odcinków, nazywana „wyrównywaniem rejestrów”, stanowiła zawsze jeden z głównych celów nauczania śpiewu<sup>14</sup>.

W głosie ludzkim wyróżniamy – zależnie od sposobu wibracji więzadeł głosowych – trzy rodzaje rejestru:

- rejestr łańcuchowy, zwany też piersiowym (głosem piersiowym) od towarzyszącej mu zwykle fonacji z funkcją rezonatora klatki piersiowej, który zgodnie z nazwą „łańcuchowy” odznacza się wibracją łańcucha masy więzadeł głosowych;
- rejestr brzegowy, zwany też głowowym (głosem głowowym) od towarzyszącego mu rezonansu głowy – występuje w nim wibracja jedynie brzegów więzadeł głosowych, co następuje tylko w dynamice *piano*, zwłaszcza *pianissimo*; związany jest zwykle z głowowym rezonansem „kopuły”; charakteryzuje go mocno skupiona, matowa samogłoska *u*;
- rejestr mieszany, zwany też średnim, który odznacza się – w zależności od stopnia dynamiki – wibracją większej lub mniejszej części więzadeł głosowych<sup>15</sup>.

W przypadku głosów nieszkolonych przy śpiewaniu gamy wznoszącej się można zauważyć pewne miejsca w skali głosu, w których intonacja jest niepewna, a wydobyty dźwięk ma mniej blasku, jest chropowaty i załamuje się. Po przekroczeniu tego odcinka barwa głosu zmienia się z ciemnej na jasną. Przyczyną tego jest dokonu-

<sup>12</sup> H. SOBIERAJSKA: *Uczymy się śpiewać...*, s. 66.

<sup>13</sup> W. BREGY: *Elementy techniki wokalne*. Kraków, PWM 1974, s. 29.

<sup>14</sup> *Ibidem*, s. 29–30.

<sup>15</sup> H. ZIELIŃSKA: *Kształcenie głosu...*, s. 47.

jąca się zmiana mechanizmu drgania fałdów głosowych, polegająca na przejściu z rejestru całościowego na brzeżny. Krytyczny odcinek skali, obejmujący dwa lub trzy dźwięki, w obrębie których dokonuje się przejście z jednego sposobu wydobywania dźwięku na drugi, nosi nazwę progu rejestrowego lub tonów przejściowych. Podobne zjawisko zachodzi przy śpiewaniu gamy opadającej z tą różnicą, że próg rejestrowy jest umiejscowiony nieco niżej niż poprzednio. Pewna ilość dźwięków na pograniczu rejestrów może być wydobyta dwoma sposobami, właściwymi danemu rejestrowi.

Jak można zatrzeć te różnice rejestrowe? Podstawę do ich wyrównania stwarza istnienie dźwięków wspólnych obu rejestrom. Sama zaś możliwość oddziaływania na rejestry wynika z zależności, jaka zachodzi między funkcją rejestrową głosu a rezonansem i dynamiką<sup>16</sup>.

Rezonans piersi i dynamika *forte* wiążą się z rejestrem całościowym, a rezonans głowy i dynamika *piano* – z rejestrem brzeżnym. Przypisany danemu rejestrowi rezonans wywołany jest przez właściwe, charakterystyczne dla każdej głoski uformowanie przestrzeni rezonacyjnych. Posługiwanie się głoskami jasnymi, które wywołują współdziałanie rezonatorów nasady, prowadzi do lżejszego, mniejszego zaangażowania więzadeł, natomiast wykorzystanie głosek ciemnych, wywołujących udział rezonatorów niskich, powoduje zwiększenie masy więzadeł głosowych.

Prawidłowa ich funkcja oraz związane z nią niezbędne w emisji głosu wyrównanie rejestrów są wynikiem odpowiedniego uformowania przestrzeni rezonacyjnych i użycia właściwej siły wydobywanych dźwięków. W praktyce sprowadza się to do tego, iż przy śpiewaniu dźwięków wznoszących się w pobliżu tonów przejściowych nieznacznie zmniejszeniu ulega siła głosu przy jednoczesnym większym wykorzystaniu rezonansu głowy. W trakcie śpiewania dźwięków zstępujących zachodzi proces odwrotny – zwiększa się dynamika i następuje przeniesienie przewagi z rezonansu głowy na rezonans piersi. Zmniejsza się tym samym masa więzadeł głosowych, co powoduje, że dźwięki są lżejsze i delikatniejsze, jeszcze poniżej tonów przejściowych. Przejście z jednego do drugiego rejestru zachodzi tym samym niezauważalnie. To istota zasady wyrównywania rejestrów – według niej nie należy podciągać rejestru piersiowego w górę, ale rejestr głowowy sprowadzać w dół.

Głos piersiowy charakteryzują: siła, pełnia i gęstość. Można nim śpiewać dół i średnicę. Góry nie można śpiewać pełnym głosem piersiowym, podobnie jak wyłącznie tym sposobem nie da się zaśpiewać niskich dźwięków w *piano*. Rejestr piersi nie może bowiem występować jako rejestr izolowany, lecz musi posiadać domieszkę głosu głowowego. Innymi słowy – stopień rejestrów osiągnąć jest wówczas, gdy rejestr głowowy niejako wchodzi w skład rejestru piersiowego, co stanowi ważne prawo kształtowania rejestrów. Głos głowowy, cienki i delikatny, z natury

<sup>16</sup> H. SOBIEJAJSKA: *Uczymy się śpiewać...*, s. 101–102.

lżejszy i bardziej zwrotny, decyduje bowiem o ruchliwości i elastyczności głosu, a tym samym umożliwia wszelkie zmiany dynamiki<sup>17</sup>.

Wyrównanie rejestrów zależy głównie od sprawnego posługiwania się rejestrem brzegowym. Z perspektywy fonacji jest to zdecydowanie trudniejsze niż posługiwanie się rejestrem całościowym, a uwarunkowane pracą mięśni całego aparatu głosowego. Sprawne, elastyczne mięśnie mają większą zdolność do przebiegających w nich napięć i rozluźnień, a tym samym do szybkiego przechodzenia z jednej pozycji w drugą.

Współzależność rezonansu w odniesieniu do rejestrów w emisji głosu można porównać do systemu naczyń połączonych – prawidłowe działanie tych drugich uzależnione jest od właściwego wykorzystywania pierwszego. Rezonans jako zjawisko akustyczne wywołuje wzmocnienie niskiego tonu krtaniowego w przestrzeniach klatki piersiowej i nasady. Jako synonim drgań odczuwalnych w czasie fonacji wpływa na dźwięczność głosu zarówno w mowie, jak i w śpiewie. Głos bez udziału rezonansu byłby matowy, głuchy, pozbawiony blasku. Umiejętne wykorzystywanie właściwych ośrodków wibracyjnych i przestrzeni rezonansowych decyduje o walorach brzmieniowych głosu, a także wpływa na oszczędniejszą i efektywniejszą pracę aparatu głosowego. Dlatego wypracowywanie umiejętności prawidłowego posługiwania się rezonansem w odniesieniu do swobodnego i świadomego operowania rejestrami głosowymi nie tylko jest przedmiotem długiego procesu nauki śpiewu, ale pozostaje również w centrum uwagi w trakcie stałej pracy nad głosem każdego wokalisty.

Konkludując, każdy śpiewak lub wokalista, który w sposób profesjonalny pracuje bądź zamierza pracować głosem, powinien posiadać świadomą umiejętność posługiwania się rejestrami głosowymi w kontekście rezonansu. Ta umiejętność bowiem daje niekończące się możliwości operowania barwą głosu, a także pewność wysokiej jakości każdego śpiewanego dźwięku.

---

<sup>17</sup> Ibidem, s. 103.

KATARZYNA KASICA-BAŃKOWSKA

Specjalistyczny Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji  
dla Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu PZG w Katowicach

## Żywienie dzieci z dysfunkcjami neurologicznymi

**ABSTRACT:** Energy needs among neurologically impaired children are difficult to define, so malnutrition or overnutrition are common. Nutritional support should be integral part of therapy reducing morbidity and improving rehabilitation effects. Considering multidisciplinary team working with neurologically impaired children we should always remember about improving oromotor dysfunction and nutritional intervention.

**KEY WORDS:** diet, nutrition, cerebral palsy, neurologically impaired children, early intervention speech therapy

Niedożywienie i niedowaga są najczęściej obserwowanymi stanami związanymi z nieprawidłową podażą energetyczną u dzieci dotkniętych dysfunkcjami neurologicznymi. Różne aspekty mogą wpływać na rozwój fizyczny dziecka, ale o jego prawidłowym wzroście i wadze decydują głównie czynniki żywieniowe i odżywcze, takie jak: niedostateczna podaż kaloryczna, nadmierna strata energetyczna lub zmiany metabolizmu energetycznego<sup>1</sup>.

Wsparcie żywieniowe powinno stanowić integralną część postępowania terapeutycznego i naturalne uzupełnienie interwencji logopedycznej. Zmiany w sposobie odżywiania nie mogą koncentrować się tylko na polepszeniu ogólnego stanu organizmu dziecka. Wprowadzenie prawidłowego odżywiania ma bowiem wpłynąć na jakość życia małych pacjentów i ich rodzin.

Chroniczne choroby neurologiczne mają znaczący wpływ na status życia dziecka. Często są przyczyną niedożywienia, które bezpośrednio obniża jakość życia, a nie-

---

<sup>1</sup> E.B. FUNG, L. SAMSON-FANG, V.A. STALLINGS: *Feeding dysfunctionis associated with poor growth and health status in children with cerebral palsy*. „American Dietetic Association” 2002, Vol. 102, s. 361–373.



rzadko wiąże się z nawracającymi, okresowymi infekcjami oraz z rezygnacją z uczestnictwa w różnego rodzaju aktywnościach, w tym w zajęciach terapeutycznych<sup>2</sup>.

Ważne jest, aby te często skomplikowane i niejednokrotnie trudne przypadki neurologiczne prowadzić z odpowiednim wsparciem żywieniowym, nadzorowanym przez multidyscyplinarny zespół: lekarzy, dietetyków, logopedów, psychologów i innych terapeutów pracujących nad polepszeniem jakości życia dziecka i jego rodziny.

## Przyczyny niedożywienia

Różne mogą być przyczyny niedożywienia:

1. Nieodpowiednia podaż energetyczna<sup>3</sup> – często niższa niż u dzieci zdrowych podaż energetyczna może być spowodowana następującymi czynnikami:
  - niemożliwość samodzielnego jedzenia;
  - zaburzenia koordynacji ręka–usta, a tym samym utrata pokarmu, np. rozlewanie;
  - wolniejsze spożywanie posiłków – zarówno w domu, jak i w placówkach oświatowych;
  - niejednokrotnie niemożność komunikowania werbalnego o głodzie lub sytości (często opiekun dziecka decyduje, kiedy i co ono je).
2. Zwiększone straty pokarmu – często spowodowane są współistniejącymi dysfunkcjami, np. współwystępowaniem refluksu żołądkowo-przełykowego u dzieci z MPDz.
3. Zmiany zapotrzebowania metabolicznego<sup>4</sup> – dzieci z dużą hipotonią mięśniową potrzebują tylko nieznacznie więcej kalorii ponad wydatek energetyczny spoczynkowy, aby normalnie prosperować; jednakże dzieci ze zwiększonym tonusem mięśniowym, z różnymi formami atetozy oraz z di/hemiplegią, wymagają zwiększonej podaży energetycznej do wykonywania aktywności dnia codziennego.
4. Dysfunkcje oromotoryczne (odruchów orofacjalnych)<sup>5</sup>:

<sup>2</sup> J. KRICK, M.A. VAN DUYN: *The relationship between oral-motor involvement and growth: A pilot study in a pediatric population with cerebral palsy*. „American Dietetic Association” 1984, Vol. 84, s. 555–559.

<sup>3</sup> V.A. STALLINGS, B.S. ZEMEL, J.C. DAVIES, C.E. CRONK, E.B. CHAMEY: *Energy expenditure of children and adolescents with severedisabilities: A cerebral palsy model*. „American Journal of Clinical Nutrition” 1996, Vol. 64, s. 627–634.

<sup>4</sup> J. KRICK, P.E. MURPHY, J.F. MARKHAM, B.K. SHAPIRO: *A proposed formula for calculating energy needs of children with cerebral palsy*. „Developmental Medicine and Child Neurology” 1992, Vol. 34, s. 481–487.

<sup>5</sup> S. REILLY, D. SKUSE, X. POBLETE: *Prevalence of feeding problems and oral motor dysfunction in children with cerebral palsy: A community survey*. „Journal of Pediatrics” 1996, Vol. 129, s. 877–882.

- dysfunkcje te dotyczą grupy 90% pacjentów z MPDz i są głównym powodem występowania niedożywienia; rodzice tych dzieci często zgłaszają zaburzony odruch ssania, kłopoty z karmieniem piersią, zaburzone żucie (o ile występuje), problemy z wprowadzaniem do diety stałych elementów pokarmu, krztuszenie się, zachłystywanie, nieprawidłowe połykanie, przetrwały *extrusion reflux*, ślinotok połączony z częstym niedotykaniami ust;
  - 80% dzieci cierpiących na dysfunkcje oromotoryczne było chociaż raz w ciągu życia karmione inną drogą niż doustna; dzieci te częściej narażone są na niedożywienie, a w związku z tym charakteryzuje je mniejsza waga ciała oraz wzrost.
5. Zaburzenia integracji sensorycznej – bardzo często u dzieci, u których obserwuje się nieprawidłowości w zakresie napięcia mięśniowego (obniżone lub wzmożone) oraz inne dysfunkcje ze strony OUN, zauważa się sensoryzmy związane z nadwrażliwością dotykową, zapachową i smakową. Często łączy się to z niemożnością spożywania pokarmów ze względu na sam „odrzucający” zapach, smak lub konsystencję.

## Inne czynniki wpływające na rozwój fizyczny

Niedożywienie jest jedną z przyczyn nieprawidłowego rozwoju fizycznego dziecka, jednakże sama w sobie postać dysfunkcji neurologicznych, np. MPDz, ma znaczący wpływ na wzrost dziecka, gdyż wiąże się w sposób bezpośredni z zaawansowaniem i ostrością kognitywnego defektu oraz stanu ambulatoryjnego dziecka. U dzieci cierpiących na hemiplegię obserwuje się, że strona niedowładna lub porażona jest zazwyczaj krótsza i mniejsza niż strona zdrowa – to jednoznacznie demonstrowa wpływ deficytu neurologicznego na wzrost i rozwój fizyczny dziecka<sup>6</sup>.

Na prawidłowy rozwój dziecka mogą mieć wpływ również inne czynniki, takie jak:

- dysfunkcje współwystępujące;
- choroby endokrynologiczne;
- pochodzenie etniczne;
- potencjał genetyczny;
- stan dojrzewania (rozwoju psychoruchowego)<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> R.D. STEVENSON, C.D. ROBERTS, L. VOGTLE: *The effect of non-nutritional factors on growth in cerebral palsy*. „Developmental Medicine and Child Neurology” 1995, Vol. 37, s. 124–130.

<sup>7</sup> M.P. AZCUE, G.A. ZELLO, L.D. LEVY, P.B. PENCHARZ: *Energy expenditure and body composition in children with spastic quadriplegic cerebral palsy*. „Journal of Pediatrics” 1996, Vol. 129, s. 870–876; E.B. FUNG, L. SAMSON-FANG, V.A. STALLINGS: *Feeding dysfunctionis associated...*, s. 361–373.

## Ocena odżywienia

Kompletna ocena stanu odżywienia dziecka powinna uwzględniać dwie składowe:

- historię żywienia;
- historię medyczną.

Historia żywienia powinna zawierać nie tylko dane dotyczące ilości oraz typu spożywanych pokarmów (płyny, papki, puree, pokarm w postaci stałej), ale także informacje na temat stopnia uzależnienia dziecka od rodzica lub opiekuna w zakresie samoobsługi jedzenia oraz długości trwania posiłku. Jeśli dziecko jest w stanie samodzielnie jeść, dodatkowo zawsze należy uwzględnić ilość utraconego pokarmu w wyniku zaburzonej koordynacji usta–ręka. Powinny być odnotowane wszelkie dysfunkcje oromotoryczne, takie jak: ślinotok, przetrwały *extrusion reflux*, nieprawidłowości odruchów oralnych, zaburzenia połykania, krztuszenie się lub zachłystywanie.

W ocenie żywienia należy brać pod uwagę – poza funkcjonalnymi problemami, z którymi borykają się dzieci z zaburzeniami neurologicznymi – takie ważne elementy, jak: stres związany ze spożywaniem samego pokarmu oraz stres wynikający z interakcji (często tylko niewerbalnej) z opiekunem podczas karmienia.

Historia medyczna powinna uwzględniać obecność dysfunkcji współistniejących, np. często występującego u dzieci z MPDz refluksu żołądkowo-przełykowego, któremu towarzyszą wymioty, ulewania, ból, w końcu – odmowa spożywania pokarmu.

Ważnym czynnikiem wpływającym na stan odżywienia jest także nieprawidłowe funkcjonowanie układu oddechowego, m.in.: nawracające, okresowe zapalenia płuc, dysplazja oskrzelowo-płucna oraz inne zaburzenia, które tylko nasilają już występujące problemy z połykaniem, krztuszenie się i zachłystywanie<sup>8</sup>.

W medycznej historii należy odnotować aktualne infekcje, odleżyny, zaparcia, rozwolnienia oraz podać aktualnie spożywane leki, a w szczególności leki przeciwdrgawkowe, które mogą wpływać na apetyt dziecka.

## Interwencja dietetyczna

Interwencja dietetyczna powinna przebiegać z uwzględnieniem następujących etapów:

---

<sup>8</sup> D. LEWIS, V. KHOSHOO, P.B. PENCHARZ, E.S. GOLLADAY: *Impact of nutritional rehabilitation on gastroesophageal reflux in neurologically impaired children*. „Journal of Pediatrics” 1994, Vol. 29, s. 167–169; A.M. RAVELLI, P.J. MILLA: *Vomiting and gastroesophageal motor activity in children with disorders of the central nervous system*. „Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition” 1998, Vol. 26, s. 56–63.

1. Prawidłowe określenie zapotrzebowania energetycznego:
  - prawidłowe oszacowanie zapotrzebowania na energię w tej heterogenicznej populacji jest bardzo trudne; większość znanych i używanych metod służących określeniu zapotrzebowania energetycznego u dzieci z dysfunkcjami neurologicznymi przecenia ich potrzeby żywieniowe; uwarunkowania wydatku energetycznego muszą być mocno zindywidualizowane pod względem możliwości ruchowych i lokomocyjnych dziecka, stanu napięcia mięśniowego (tonusu), poziomu aktywności dziecka, zmian metabolicznych oraz wzrostu;
  - różnego rodzaju metody pomagające ocenić prawidłowe zapotrzebowanie energetyczne zestawione zostały w tabeli 1.; najlepszą i najbardziej skuteczną metodą określenia odpowiedniej podaży energetycznej jest uważane obserwowanie stanu fizycznego dziecka, tj. przybierania na wadze w odpowiedzi na zmiany żywieniowe i dietetyczne<sup>9</sup>.
2. Zwiększenie możliwości karmienia doustnego:
  - najłatwiejszą, a zarazem najmniej inwazyjną metodą zwiększenia poboru energii u dzieci z dysfunkcjami neurologicznymi jest metoda karmienia doustnego; kluczowe jest jednak nauczanie rodziców lub opiekunów dziecka prawidłowego ułożenia i pozycji dziecka w czasie spożywania posiłku; same umiejętności oromotoryczne także mogą być usprawniane poprzez różnorodne terapie prowadzone przez wykwalifikowanych fizjoterapeutów, logopedów i neurologopedów;
  - konsystencja spożywanego pokarmu powinna być dostosowana indywidualnie do potrzeb pacjenta oraz uwarunkowana jego możliwościami oralnymi (żucia i połykania);
  - kaloryczność posiłków może zostać zwiększona z pomocą dietetyka poprzez dodanie różnego rodzaju składników pokarmowych, umiejętną modyfikację przepisów kulinarnych lub używanie formuł wysokokalorycznych;
  - pobór doustny może być stosowany u dziecka dopóki nie występuje u niego ryzyko zachłyśnięcia, dziecko rozwija się i rośnie prawidłowo oraz czas spożywania posiłków pozostaje w granicach akceptowanych przez rodziców/opiekunów.
3. Karmienie dojelitowe:
  - jeśli karmienie sposobem doustnym jest zbyt niebezpieczne, niewystarczające lub trwa zbyt długo, należy wprowadzić karmienie dojelitowe; typ wprowadzonego karmienia dojelitowego jest uzależniony od przewidywanego czasu karmienia oraz od stanu klinicznego dziecka.

---

<sup>9</sup> T.I. STARK: *The "Body Fat Set-Point": Can it be changed permanently?* [http://www.academia.edu/497061/The\\_Concept\\_of\\_a\\_Body\\_Fat\\_SetPoint](http://www.academia.edu/497061/The_Concept_of_a_Body_Fat_SetPoint).

TABELA 1. Kalkulacja podaży energetycznej u dzieci z dysfunkcjami neurologicznymi

<b>Metoda Kricka*</b>
<p><math>\text{kcal/dzień} = (\text{PPM} \times \text{czynnik napięcia mięśniowego} \times \text{czynnik aktywności}) + \text{czynnik wzrostu}</math></p> <p>gdzie: PPM – podstawowa przemiana materii (<math>\text{kcal/dzień} = \text{powierzchnia ciała (m}^2) \times \text{standardowa przemiana materii (kcal/m}^2/\text{h)} \times 24\text{h}</math>)</p> <p>Czynnik napięcia mięśniowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0,9 – jeśli tonus jest obniżony,</li> <li>▪ 1,0 – jeśli tonus jest w normie,</li> <li>▪ 1,1 – jeśli tonus jest wzmożony.</li> </ul> <p>Czynnik aktywności:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1,5 – jeśli aktywność ruchowa jest mocno ograniczona (pacjent leżący),</li> <li>▪ 1,2 – jeśli pacjent jest uzależniony od opiekuna,</li> <li>▪ 1,25 – jeśli pacjent jest w stanie przemieszczać się samodzielnie (np. czołgając się),</li> <li>▪ 1,3 – pacjent ambulatoryjny.</li> </ul> <p>Czynnik wzrostu: 5 kcal/g pożądanej wagi ciała</p>
<b>Metoda „Wydatku energetycznego względem wysokości ciała”**</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 14,7 kcal/cm – u dzieci bez dysfunkcji motorycznych,</li> <li>▪ 13,9 kcal/cm – u pacjentów ambulatoryjnych z dysfunkcjami motorycznymi,</li> <li>▪ 11,1 kcal/cm – u pacjentów nieambulatoryjnych.</li> </ul>
<b>Metoda „Spoczynkowego wydatku energetycznego”***</b>
1,1 × obliczony spoczynkowy wydatek energetyczny

\* J. KRICK, P.E. MURPHY, J.F. MARKHAM, B.K. SHAPIRO: *A proposed formula for calculating energy needs of children with cerebral palsy*. „Developmental Medicine and Child Neurology” 1992, Vol. 34, s. 481–487.

\*\* M.P. AZURE, G.A. ZELLO, L.D. LEVY, P.B. PENCHARZ: *Energy expenditure and body composition...*, s. 870–876; IDEM: *Caloric requirements of mentally retarded children with and without motor dysfunction*. „Journal of Pediatrics” 1969, Vol. 75, s. 380–384.

\*\*\* IDEM: *Caloric requirements of mentally...*, s. 380–384.

## Podsumowanie

Niedożywienia i niedowagi nie należy uznawać za typowe dla dzieci z dysfunkcjami neurologicznymi. Interwencja dietetyczna powinna być prowadzona przez mulidyscyplinarny zespół specjalistów (lekarzy, logopedów, neurologopedów, fizjoterapeutów, dietetyków), aby zapewnić małemu pacjentowi odpowiedni wzrost, wagę, podnieść jakość jego życia oraz zoptymalizować status jego funkcjonowania. Wczesna interwencja żywieniowa, odpowiednie wsparcie ze strony specjalistów i opiekunów oraz kontynuacja tych działań w życiu późniejszym są niezbędne do osiągnięcia pełnego sukcesu terapeutycznego.

CZĘŚĆ DRUGA

# Studia z praktyki logopedycznej

Logopedia  
Silesiana  
1



ELŻBIETA MARIA MINCZAKIEWICZ

Polskie Kolegium Logopedów PAN, Warszawa

Polski Zespół do Badań Naukowych nad Niepełnosprawnością Intelektualną

## Zespół Gregga jako wyzwanie dla teorii i praktyki logopedycznej Studium przypadku

**ABSTRACT:** This article is an attempt to share their experiences obtained in the course of speech therapy work with children profoundly handicapped, which soon after thorough clinical diagnosis changed, calling them children of a team of Gregg. The first part of article I described is relatively rare occurring in children, with different symptoms disorder caused by rubella virus. Looking for an answer to the question about the nature of the disorder, concentrated on specialist literature and the results of their own trials and speech therapy practice. In the second part of the paper I decided to share their experiences those obtained step by step on how to work with them – as children with a diagnosis of Gregg's team. For example, the selected case study – I tried to show the results of speech therapy struggle. However, the results of several multi-profile treatment of the interesting group of people with a diagnosis of Gregg, I treated as a new challenge to the theory and practice of speech therapy.

**KEY WORDS:** Gregg's team, clinical diagnosis, speech therapy with children profoundly handicapped

[...] chodzi o to, by... mieć odwagę wyruszyć w taką podróż, jaką jest poznanie ludzkiej natury [...]<sup>1</sup>.

Antoni Kępiński

### Zespół Gregga i jego istota

Zespół Gregga (*Congenital Rubella Syndrome* – CRS) to stosunkowo rzadko pojawiający się u dzieci (diagnozowany również u młodzieży, a także osób dorosłych) wieloobjawowy zespół wad wrodzonych, wywołany wirusem różyczki, który powoduje wewnątrzmaciczne zakażenie płodu<sup>2</sup>. Zespół ten bywa nazywany również zespołem różyczki wrodzonej lub zespołem poróżyczkowym. Po raz pierwszy został opisany w 1941 roku przez australijskiego okulistę i pediatrę Normana McAlistera

---

<sup>1</sup> A. KĘPIŃSKI: *Psychopatie*. Warszawa, PZWL 1977.

<sup>2</sup> <http://pl.wikipedia.org/wiki> [data dostępu: 20.06.2010].



Gregga (1892–1966) w pracy *Congenital Cataract following German Measles in the Mother*, a nieco później także w *Observations on Congenital Defects in Infants following Maternal Rubella* (nazwa omawianej jednostki klinicznej pochodzi od nazwiska odkrywcy tego zespołu zaburzeń rozwoju). N. Gregg<sup>3</sup> w toku prowadzonych badań odkrył, że spośród 78 dzieci dotkniętych zaćmą, które leczył i operował, aż 68 (tj. 87,18%), było zarażonych wirusem różyczki, będąc jeszcze w łonie matki (czyli w prenatalnym okresie rozwoju). Przez wiele lat różyczkę uznawano za najłagodniejszą ze wszystkich chorób wysypkowych. Jak dotychczas uważa się, że ciężkie powikłania w wyniku diagnozowanej różyczki wrodzonej są bardzo rzadkie. Zetknięcie się z różyczką na jakimkolwiek etapie ontogenezy pozostawia u człowieka – prawdopodobnie – odporność na całe życie.

Odkrycie zespołu różyczki wrodzonej, dziś o historycznym wręcz znaczeniu, jakiego dokonał australijski pediatra i okulista N. Gregg, rzuciło wyraźny snop światła na rozpoznawane zjawisko, które wcześniej błędnie diagnozowano jako głuchosłepotę i głębokie upośledzenie umysłowe, to zaś powodowało bardzo niekorzystne następstwa. Otóż osoby z tak brzmiącą diagnozą skazywano na bierną vegetację, pozbawiając je możliwości rozwoju w takim zakresie, jak było to możliwe. Prawidłowe rozpoznanie zaburzenia i ukierunkowanie postępowania rehabilitacyjnego zmieniło jakość życia wielu osób, dotąd uważanych za głęboko upośledzone, niezdolne do samodzielnego, w pełni efektywnego i szczęśliwego życia. N. Gregg, lekarz pediatra, chirurg oka i odkrywca w jednej osobie, podczas swej praktyki lekarskiej zwrócił uwagę na rysującą się zależność, zachodzącą pomiędzy nagłym wzrostem liczby przypadków wrodzonej zaćmy u noworodków a epidemią różyczki. Badając to zjawisko, domyślił się istnienia związku tej wady wrodzonej z potężną epidemią zapalenia opon mózgowych i różyczki, jaka wcześniej przetoczyła się przez Australię. O wynikach swoich spostrzeżeń i formułowanych przypuszczeniach opartych na wnikliwej obserwacji poinformował w autorskiej pracy *Observations on Congenital Defects in Infants following Maternal Rubella*, opublikowanej w 1941 roku. W niedługim czasie po ukazaniu się tej publikacji Gregga, w wyniku pogłębionych badań klinicznych, prowadzonych w wielu krajach świata, rozszerzono obraz kliniczny „poróżczkowych wad wrodzonych” o inne jeszcze objawy towarzyszące zaburzeniu. Powodów do tego dostarczyły spostrzeżenia z lat 1964–1968, kiedy to wielka epidemia różyczki przetoczyła się również przez inne kontynenty i kraje, m.in. przez Stany Zjednoczone Ameryki Północnej. Wówczas w USA trudna już dziś do ustalenia liczba kobiet profilaktycznie przerwała ciążę. Taka reakcja ze strony kobiet będących w ciąży i ich rodzin była wielkim wyzwaniem, a jednocześnie wystarczająco silnie działającym bodźcem skłaniającym władze stanowe USA do przyspieszenia prac nad szczepionką, która już w 1969 roku, zaledwie w rok po wybuchu epidemii, była osiągalna na rynku farmaceutycznym.

---

<sup>3</sup> P.A.L. LANCASTER: *Gregg, Sir Norman McAlister (1892–1966)*. „Australian Dictionary of Biography” 1996, Vol. 14, Melbourne University Press, s. 325–327.

W USA szczepi się przeciwko różyczce wszystkie dzieci w wieku przedszkolnym<sup>4</sup>. W Anglii i Australii obowiązkowo szczepi się dziewczynki w wieku 12–13 lat oraz dojrzałe kobiety będące w wieku rozrodczym, które same nie przeszły różyczki ani w okresie wczesnego, ani późnego dzieciństwa (o ile nie stwierdzono u nich przeciwciał przeciw różyczkowym).

Zanim jednak wyprodukowano skuteczną szczepionkę przeciw różyczce, w wielu krajach świata przeprowadzano różnego rodzaju eksperymenty (np. starano się skontaktować młode dziewczęta z chorującymi na różyczkę dziećmi; również w Polsce świadomie nie ograniczano kontaktu osób chorujących na różyczkę z dziećmi zdrowymi), ponieważ zachorowanie na różyczkę pozostawia u danej osoby trwałą odporność na zakażenie tą niezwykle groźną w skutkach, zakaźną chorobą. Chcąc przekonać się o prawdziwości głoszonej tezy, celowo organizowano nawet nazbyt ryzykowne eksperymenty, np. urządzano specjalne przyjęcia „różyczkowe” w domu osoby chorej na tę chorobę, połączone z głośnym śpiewaniem i piciem napojów z tej samej szklanki, z której pił chory na różyczkę, zwiększając tym samym prawdopodobieństwo zakażenia się. Takie „ryzykowne zabiegi” – jak sądzono – były uzasadnione. Traktowano je bowiem jako pewnego rodzaju działania profilaktyczne. Zdawano sobie w pełni sprawę z następstw zakażenia różyczką, któremu może ulec płód w okresie wczesnego rozwoju ciąży matki, oraz z problemów związanych z jego następstwami, a mimo to dopuszczano do stosowania tego rodzaju praktyk. Wyniki badań – jakie zostały zapoczątkowane przez Gregga – aż nadto wyraźnie wykazały, iż różyczka diagnozowana u płodu w pierwszym trymestrze ciąży może grozić bardzo poważnymi konsekwencjami, np. głuchotą, ślepotą, głuchosłepotą, upośledzeniem umysłowym, a nawet zaburzeniami ze spektrum autyzmu. W miarę postępu rozwoju płodu, czyli w okresie dobrze zaawansowanej już ciąży, groźba jego uszkodzenia wyraźnie maleje.

Od chwili zdiagnozowania różyczki wrodzonej choroba ta budziła wielkie zainteresowanie wśród lekarzy, zwłaszcza pediatrów, okulistów i audiologów. Próbowano ustalić jej przyczyny. Do chwili obecnej praktycznie nie udało się jednak stwierdzić, dlaczego wirus różyczki, który ją wywołuje, jest aż tak teratogeny. Niektórzy sądzą, iż wiąże się to z jego niezwykle naturą, wirus różyczki bowiem prawdopodobnie nie zabija namnażających się komórek rozrodczych (rozwijającego się nowego organizmu w łonie matki), lecz tylko zwalnia tempo kolejnych podziałów komórkowych zarodka, podczas gdy inne wirusy atakują je, co prowadzić może do samoistnych poronień.

Ogólnie rzecz ujmując, przyczyną zespołu Gregga jest infekcja różyczkowa występująca u kobiety w ciąży, która sama ani wcześniej, ani aktualnie, będąc w ciąży, nie przeszła różyczki, ani też nigdy na nią nie była szczepiona.

Z badań zasugerowanych przez Gregga wynika, że w około 15% przypadków zachorowań na różyczkę doszło do uszkodzenia zarodka i pojawienia się objawów

<sup>4</sup> <http://pl.wikipedia.org/wiki> [data dostępu: 20.06.2010].

embriopatii (tj. patologicznego zarodkowego rozwoju człowieka)<sup>5</sup>, u około 35% przypadków nie stwierdzono zaburzeń rozwoju, a w około 50% przypadków matek chorujących na tę chorobę płód obumarł. Największe zagrożenie dla rozwoju płodu pojawia się w pierwszym trymestrze ciąży. Dotyczy to około 15–25% przypadków, w których w wyniku zachorowania na różyczkę wrodzoną doszło do poważnego uszkodzenia płodu<sup>6</sup>. Skutki zachorowania w drugim trymestrze ciąży mogą dotyczyć już tylko od 1% do 5% uszkodzeń płodu. Ryzyko wystąpienia wad rozwojowych płodu osiąga swe apogeum mniej więcej około 22. tygodnia ciąży. Uszkodzenia płodu bywają tym cięższe, im we wcześniejszej fazie rozwoju nastąpiło zakażenie go wirusem różyczki.

U dzieci z tzw. embriopatią różyczkową na ogół w 100% diagnozuje się niedorozwój intelektualny umiarkowanego, znacznego, a nawet głębokiego stopnia<sup>7</sup>. U wielu dzieci z taką diagnozą często współwystępują wady rozwoju gałek ocznych, a w ślad za tym również dysfunkcje narządu wzroku, wady serca i układu krążenia oraz – niekiedy bardzo poważne, niezwykle złożone – wady budowy i funkcji narządu słuchu.

Wadą wzroku często występującą u osób z zespołem Gregga jest zaćma (zob. fot. 1.). Głuchota u niektórych osób z tym zespołem bywa następstwem uszkodzenia narządu słuchu i wiążącej się z nim dysfunkcji ucha wewnętrznego. Z kolei wady serca i układu krążenia diagnozowane u części osób z zespołem Gregga nierzadko łączą się z ubytkiem tkanki w obrębie przegrody międzyprzedsionkowej.

---

<sup>5</sup> Embriopatia sięga do swych korzeni, czyli embriologii, która jest nauką o osobniczym rozwoju człowieka i zwierząt w okresie zarodkowym, oraz do embriopatologii, będącej jej subdyscypliną, zajmującą się zaburzeniami tego rozwoju (w naszym przypadku u człowieka) w okresie zarodkowym. Embriopatie są przypadłościami, które mogą pojawiać się w pierwszym trymestrze ciąży, a uściślając – między 15. a 75. dniem jej trwania, czyli w tzw. okresie organogenezy, gdy tworzą się liczne narządy i układy. Przyczyną powstawania embriopatii są uszkodzenia rozwijającego się zarodka przez różnego rodzaju czynniki (np. wirusy, leki bądź używki), powodujące ciężkie niekiedy wady wrodzone dziecka. Wśród embriopatii daje się wyróżnić: 1) embriopatie toksyczne – wywołane przez używki, chociażby takie jak kawa, niektóre leki czy papierosy; 2) embriopatie wirusowe – powstające w sytuacji, kiedy łożysko przepuszcza wirusy do płodu; z tego typu przypadłością mamy do czynienia w przypadku różyczki, żółtaczki zakaźnej bądź odry; 3) embriopatie aniktyczne – powstające w wyniku naświetlenia kobiety promieniami rentgena, zażywania przez kobietę leku o nazwie talidomid (lek ten został, na szczęście, wycofany z rynku farmaceutycznego; zmniejszył wprawdzie nudności poranne czy też torsje, ale jednocześnie powodował deformacje somatyczne u dziecka, np. dziecko przychodziło na świat bez dłoni czy stopy, a często bez kończyn górnych lub/i dolnych).

<sup>6</sup> Por. M. ZAORSKA: *Wczesna rehabilitacja głuchoniewidomych dzieci. (Założenia teoretyczno-praktyczne)*. W: *Dziecko ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w ekosystemie*. Red. W. PILECKA, A. OZGA, P. KURTEK. Kielce, Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej 2005, s. 319–328.

<sup>7</sup> K. GRIEPHAN: *Leksykon zdrowia. Objawy – Diagnostyka – Metody leczenia – Pojęcia medyczne*. Tłum. M. KACZOROWSKA. Warszawa, Klub dla Ciebie 2002, s. 348–349.



FOTOGRAFIA 1. Zaćma wrodzona w zespole Gregga

ŹRÓDŁO: strona internetowa: [http://pl.wikipedia.org/wiki/Zesp%C3%B3l\\_C5%82\\_Gregga](http://pl.wikipedia.org/wiki/Zesp%C3%B3l_C5%82_Gregga) [data dostępu: 20.06.2010].

Dawniej uważano, że klasycznymi objawami wrodzonej różyczki są: zaćma wrodzona, głuchota, małowłowie (*microcephalia*) z objawami głębokiego niedorozwoju umysłowego oraz wady serca. Dziś wyróżnia się znacznie więcej, niż wskazywano nawet jeszcze kilka lat temu, charakterystycznych dla różyczki wad i zaburzeń rozwoju. Pośród nich są zarówno takie, które ujawniają się już w okresie życia płodowego, jak i takie, które stają się zauważalne dopiero w niemowlęctwie, a niektóre nawet we wczesnym dzieciństwie.

Porządkując dane dotyczące przykrych skutków diagnozy zespołu Gregga – dla moich osobistych działań i doświadczeń zawodowych miały one ogromne znaczenie – można ustalić, że u chorych z zespołem różyczki wrodzonej odnotowywano:

- wady serca i dużych naczyń krwionośnych, wady budowy powodujące niedokształcenie lub ubytki przegrody międzyprzedsionkowej i międzykomorowej, zwężenie tętnicy płucnej, a także jej niedrożność;
- wady narządu wzroku, takie jak: zaćma wrodzona, jaskra, zapalenie siatkówki i naczyńówki, małowłowie, zez, zwężenie kanalików łzowych, oczopląs;
- wady słuchu z głuchotą włącznie, będące główną przyczyną opóźnienia lub braku rozwoju mowy u dziecka;
- głuchoślepotę.

Wymienione objawy – istotne dla diagnozy zespołu poróżyczkowego – uznawane są niekiedy za typową triadę różyczkową zespołu Gregga.

Objawami, które towarzyszą omawianemu zaburzeniu, począwszy od okresu noworodkowego i niemowlęcego aż do dorosłości, są:

- niska waga urodzeniowa;
- mikrocefalia (małowłowie);
- wady budowy i funkcji narządów płciowych;
- nieprawidłowy rozwój psychoruchowy;
- zwiększone ryzyko zachorowania na schizofrenię;
- zmiany w siatkówce oka;
- małopłytkowość;

- hepatosplenomegalia;
- uszkodzenie procesu kostnienia<sup>8</sup>.

Aby zapobiec poróżyczkowemu zespołowi wad rozwojowych, należy wytworzyć czynną odporność u kobiet, zanim świadomie podejmą one decyzję o zostaniu matką, a więc przed zajściem w ciążę. Jest to jedyny – praktyczny i skuteczny – sposób. Kobiety podejmujące decyzję o macierzyństwie dobrowolnie poddają się szczepieniom profilaktycznym (znane mi są takie procedury, na szeroką skalę prowadzone w Belgii, Danii i Bułgarii). Dziś specjaliści mówią o dwu rodzajach szczepionek. Jedna z nich sporządzona jest z zabitych wirusów różyczki, natomiast w skład drugiej – szczepionki atenuowanej – wchodzi wirusy osłabione. Szczepionka z zabitych wirusów ma tę przewagę nad szczepionką atenuowaną, że wytwarza odporność organizmu bez ryzyka spowodowania zakażenia.

Szczepienia – niezależnie od rodzaju użytej szczepionki – mają charakter wieloetapowy, ciągły. Przeprowadza się je w kilku, stosunkowo odległych od siebie odstępach czasu. Stan odporności po podaniu szczepionki z zabitych wirusów trwa jednak krócej niż po szczepionce atenuowanej. Z kolei szczepionka sporządzona z żywych, osłabionych wirusów różyczki może wywołać zakażenie. Z chwilą jej przyjęcia kobieta ciężarna jest narażona na ryzyko zachorowania.

W przypadku uzasadnionego podejrzenia zachorowania na różyczkę przez kobietę będącą w okresie wczesnej ciąży konieczny jest jej kontakt z lekarzem specjalistą chorób zakaźnych w celu immunologicznego potwierdzenia lub wykluczenia obecności choroby, a w razie niepomyślnego rokowania także z ginekologiem, aby ustalić stan ewentualnego zagrożenia i podjąć ostateczną decyzję co do dalszego toku postępowania.

Zespół Gregga, znany pod nazwą zespołu różyczki wrodzonej, może powodować nie tylko wady wrodzone, ale często również poważne zaburzenia narządowo-tkankowe organizmu ludzkiego nakładające się na siebie, np. fizyczne wady rozwojowe i deformacje ciała, które mogą korespondować z wadami wzroku, wadami słuchu, a także głuchoślepotą i padaczką, bądź różnego stopnia dysfunkcje ustrojowe. Obserwowałam je u kilku osób dotkniętych tym zaburzeniem, które miałam okazję poznać osobiście. Osoby te trafiły do mnie do gabinetu logopedycznego z diagnozą głębokiego upośledzenia umysłowego, a przy tym były niewidzące, niesłyszące, niemówiące, z padaczką, z nadwrażliwością dotykową, z objawami zaburzeń ze spektrum autyzmu. Sprawiały wrażenie osób niekontaktujących się ze światem, zamkniętych, nieśmiałych, czasem jednak agresywnych, chociaż na pierwszy rzut oka pozbawionych tego rodzaju cech. Dopiero uzyskane wyniki obserwacji, poszukiwania pomocy w środowiskach pozarodzinnych, analiza wyników badań klinicznych, wypisów z ośrodków leczenia (epikryzy), z którymi stopniowo się zapoznawałam, a zwłaszcza wyniki rzetelnie prowadzonych, kilkuletnich obserwacji chorych naprowadziły mnie i cały nasz zespół diagnostyczno-terapeutyczny na trop zespołu Gregga. Zmiany w zakresie wcześniej

<sup>8</sup> [http://en.wikipedia.org/wiki/Norman\\_Gregg](http://en.wikipedia.org/wiki/Norman_Gregg) [data dostępu: 22.06.2010].

formułowanej diagnozy, a w ślad za tym również zmiany planu co do postępowania terapeutycznego okazały się w pełni zasadne. Objawy zaburzeń występujących u tych osób, które trafiły do mnie kilka, a nawet kilkanaście lat temu, będących wówczas jeszcze dziećmi (dziś są osobami dorosłymi), wskazywały na poróżyczkowy zespół Gregga. Objawy zachowań i intencjonalnie sprowokowanych reakcji moich pacjentów oraz trudności w nawiązywaniu przez nich kontaktów z otoczeniem były zbliżone do tych, jakie miałam okazję poznać na podstawie literatury, a także oglądać w jednej z klinik neurologicznych Szpitala Klinicznego Salpêtrière w Paryżu, gdzie odbywałam staż specjalistyczny.

Do udokumentowania danych i prezentacji studium przypadku wybrałam panią Małgorzatę (lat 20; zmieniłam imię, dodając prezentowanej osobie kolejne dwa lata życia, które upłynęły od czasu napisania tego artykułu). Poznałam ją 16 lat temu. Jej przykład nauczył mnie ogromnej pokory wobec zaburzenia, za jakie uznaje się zespół Gregga, oraz pozwolił mi zrozumieć, jak łatwo skrzywdzić człowieka, opatrując go krzywdzącą etykietą, która nie miała w sobie nic z prawdy. Od chwili poznania pani Małgorzaty minęło wprawdzie już kilkanaście lat, ale myślę, że pomimo uzyskiwania słabych efektów terapii nie były to lata stracone. Były to lata bardzo trudnej, mozolnej, właściwie nieukierunkowanej pracy, bo w dużej mierze opartej na domyśle i intuicji, lecz bardzo potrzebnej, której wyniki – wprawdzie niewielkie – ośmielały i skłaniały do poszukiwania nowych, bardziej efektywnych działań na rzecz osób obarczonych ryzykiem zaburzeń ciążowo-metabolicznych. Do opisu sylwetki dołączyłam jeden z konspektów zajęć (akcentując w nim przykłady kilku wybranych metod terapii), które pani Małgorzacie bardzo przypadły do gustu.

## Studium przypadku

**Przykład dwudziestoletniej osoby z diagnozą zespołu Gregga (*Congenital Rubella Syndrome CRS*), objętej programem indywidualnej terapii logopedycznej**

### Próba opracowania diagnozy

Pani Małgorzata jest dziś już dwudziestoletnią kobietą z zespołem wad wrodzonych – poróżyczkowych. Nie widzi i nie słyszy, wykazuje ewidentne cechy zaburzeń ze spektrum autyzmu. Urodziła się w ogólnym stanie określanym jako dobry, uzyskując 8 punktów w skali Apgar. Była kilkakrotnie hospitalizowana w okresie pierwszych dwóch lat życia (według wypowiedzi matki i wpisów dokonanych w książeczce zdrowia Małgorzaty), w sumie spędziła w szpitalu około 80 miesięcy. Dziewczynka urodziła się z poważną wadą wzroku, spowodowaną – jak ustalo-

no – niedokształceniem gałki ocznej. W wieku około 4 lat oprócz wady wzroku zdiagnozowano u niej głęboki niedosłuch obustronny, a w wieku około 6 lat diagnozę rozszerzono o wyraźne cechy zaburzeń ze spektrum autyzmu. Małgorzata nosi okulary o bardzo grubych szklach (choć te prawdopodobnie bardziej pełnią funkcje estetyczne niż korygujące wadę wzroku) oraz aparaty słuchowe (dziś są to już aparaty nowej generacji).

W wieku około 7 lat Małgorzata zaczęła uczęszczać na zajęcia Zespołu Diagnostyki i Terapii Języka organizowane w jednym z ośrodków szkolno-wychowawczych dla dzieci niepełnosprawnych, a właściwie z upośledzeniami o charakterze sprzężonym. Mając 8 lat, dziewczynka uzyskała opinię psychologa poradni psychologiczno-pedagogicznej, wskazującą na „pogranicze umiarkowanego i znacznego niedorozwoju umysłowego, potrzebę zapewnienia dziewczynce stałej opieki, ze względu na brak kontroli czynności fizjologicznych, słabo rozwiniętą mowę i komunikację w ogóle (zarówno niewerbalną, jak też werbalną), co wynika z upośledzenia umysłowego”. Od momentu postawienia takiej diagnozy (od 8. roku życia do chwili obecnej minęło ponad 12 lat) Małgorzata nadal uczęszcza na zajęcia prowadzone przez specjalistów we wspomnianym ośrodku (matka twierdzi, że córka dobrze się tam czuje), ale uczestniczy w nich raczej nieregularnie, głównie ze względu na zmienne nastroje, nasilające się okresowo stany depresji i – ogólnie ujmując – zły stan zdrowia.

Małgorzata ma tylko matkę. Wychowywała się ze starszym o 8 lat bratem Witoldem (imię zostało zmienione). Aktualnie mieszka na wsi z mamą i dziadkami (jej brat ożenił się i wyprowadził do innej miejscowości), gdzie rodzina przeprowadziła się po śmierci ojca dziewczynki ze względu na dobro dziecka (umożliwienie mu kontaktu z dziadkami i obcowania z przyrodą oraz bardzo trudną sytuację materialną). Ojciec zmarł, gdy Małgorzata miała 9 lat. Śmierć ojca zaważyła na jej rozwoju emocjonalnym. Matka zauważyła, że dziewczynka po śmierci ojca stała się niespokojna, pełna lęku i obaw, pozbawiona pewności siebie przy nasileniu cech zaburzeń ze spektrum autyzmu. Miała (podobnie jak dziś) trudności z zasypianiem. Bywała na przemian to rozdrażniona, to znowu „nieobecna” i apatyczna. Dziś sytuacja materialna rodziny wydaje się nieco lepsza. Mama, legitymująca się wykształceniem zawodowym dopiero od kilku lat (po ukończeniu szkoły przysposobienia zawodowego), pracuje w jednym z miejscowych zakładów usługowych. Wcześniej nie pracowała zawodowo, zajmując się wyłącznie Małgorzatą, która – jako dziecko niewidome i niesłyszące, a przy tym z zaburzeniami w zachowaniu – nieustannie wymagała jej troski, pomocy i opieki. Mama jest bardzo zaangażowana w pomoc córce, co wyraża się w dbałości o jej potrzeby osobiste i zdrowotne, o jej kontakty z ludźmi oraz w pozyskiwaniu na potrzeby córki coraz to lepszych programów stymulujących rozwój wielu funkcji (w tym funkcji ruchowej, poznawczej i komunikacyjnej).

Małgorzata jest ładną, szczupłą, wysoką i zadbaną kobietą, która z racji wiotkości mięśni grzbietowych lekko się garbi. Mama ciągle przypomina córce o korek-

cie postawy. Małgorzata jest bardzo wrażliwą osobą, często wydaje się nieśmiała, wycofująca się. Na ogół jest cicha, spokojna i zrównoważona, chociaż czasami miewa momenty napadów niepokoju, lęku i agresji. Najchętniej lubi przebywać w swoim świecie i w towarzystwie osób sobie najbliższych, sporadycznie przejawia chęć nawiązywania kontaktu z innymi osobami (np. z terapeutą czy też wolontariuszem, którego od pierwszego spotkania zaakceptowała i tak jest do dziś; mija już 6. rok od chwili ich poznania). Zdarza się, że Małgorzata – pomimo swej dorosłości – poszukuje okazji do zabawy z dziećmi. Jednak ich towarzystwo – jak dało się zauważyć – szybko ją męczy, a nawet drażni. Małgorzata nadal chętnie bawi się lalkami (przebiera je, przytula, nosi na rękach, wszędzie zabiera je ze sobą). Innymi zabawkami, których w domu ma bez liku, bawi się już tylko od czasu do czasu. Jej zabawy od lat są na ogół takie same, nie różnią się istotnie od siebie, pomimo upływu czasu i lat doświadczeń. Nowymi zabawkami lub przedmiotami, jakie są jej podsuwane przez matkę lub dziadków, Małgorzata bawi się raczej niechętnie, ale kiedy zabawka jej się spodoba i zaakceptuje ją, bawi się nią na swój sposób tak długo, jak długo jest nią zainteresowana (czasem tydzień, a czasem dwie-, trzy godziny, niekiedy zaledwie kilka minut).

Dziewczyna nie mówi ani samoistnie nie poszukuje i nie podejmuje prób w tym zakresie. Sprawność narządów artykulacyjnych, określona na podstawie wyników badań przeprowadzonych za pomocą „Karty Badania Motoryki [kinestezji] Artykulacyjnej” mojego autorstwa<sup>9</sup>, utrzymuje się na poziomie średnim, a to oznacza, że narządy mowy: język, podniebienie twarde i miękkie oraz mięśnie pierścienia zwierającego gardła nie noszą znamion patologii. Dziewczyna przejawia słaby poziom rozwoju umiejętności komunikacyjnych (wskaźniki poziomu rozwoju tych umiejętności sięgają poniżej 10% możliwych do uzyskania punktów)<sup>10</sup>.

Biorąc pod uwagę wyniki obserwacji, Małgorzata wydaje się niezdolna do nawiązywania typowych kontaktów społecznych. Na podstawie jej zachowania się można jedynie przypuszczać, że darzy sympatią wybrane przez siebie osoby. Pomimo silnej wady wzroku – jest osobą niewidzącą (?) lub słabo widząca (?) – Małgorzata bezbłędnie rozpoznaje swoją matkę, którą wprost uwielbia. Kondycja fizyczna i psychiczna (a właściwie kondycja psychomotoryczna) Małgorzaty jako osoby dorosłej jest raczej słaba. Dziewczyna szybko męczy się i zniechęca do wykonywania czegokolwiek (nawet najprostszyc, intencjonalnie wyuczonych czynności). Wyrażnie unika kontaktu twarzą w twarz (*face to face*). Na ogół pozostaje bierna w kontakcie z nowymi, nieznanymi osobami (te zazwyczaj rozpoznaje po zapachu),

<sup>9</sup> E.M. MINCZAKIEWICZ: *Zabawa w rozwoju poznawczym i emocjonalno-społecznym dzieci o zróżnicowanych potrzebach i możliwościach*. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls 2006, s. 49.

<sup>10</sup> Wskaźniki takie zostały ustalone na podstawie wyników badań przeprowadzonych za pomocą „Kwestionariusza do badania rozwoju umiejętności komunikacyjnych i językowych u osób z opóźnieniem lub brakiem rozwoju mowy”. E.M. MINCZAKIEWICZ: *Komunikacja – mowa – język w diagnozie i terapii zaburzeń rozwoju u dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*. Kraków, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej 2001, s. 26–39.



które pojawiają się w jej otoczeniu (np. wizyta studentów lub gości odwiedzających dziadków). Zazwyczaj niechętnie czyni próby korekty reakcji na polecenie. W komunikacji interpersonalnej (np. z matką lub z dziadkami) rzadko posiłkuje się gestami. Ekspresja jej twarzy jest bardzo uboga (brak czytelnych ruchów mięśni mimicznych), rzadko na jej twarzy pojawia się uśmiech, będący oznaką akceptacji lub zadowolenia.

Małgorzata ma w domu stosunkowo bogatą kolekcję zachowanych z okresu dzieciństwa zabawek, które utrzymuje w idealnym porządku. Dokładnie wie, jakie ma zabawki, oraz doskonale orientuje się w tym, ile ich posiada. Wyraźnie złości się, gdy choć jedna z nich gdzieś się zagubi. Konsekwentnie dąży do jej odszukania. Z dokumentów wynika, że Małgorzata cierpi na obniżoną wrażliwość sensoryczno-dotykową i dysfagię. Z jednej strony wykazuje nadwrażliwość dotykową (drażni ją np. delikatny dotyk piórkiem lub kłębuszkiem waty jej dłoni lub ramienia), z drugiej – jak wielokroć zauważyłam – nie reaguje na bardzo silne bodźce, sprawiające jej ból (nie reaguje w chwili uderzenia się ciężkim przedmiotem, np. ubijakiem do mięsa, lub ukłucia kolcem bądź igłą przeznaczoną do iniekcji). W dzieciństwie była bardzo ruchliwym dzieckiem, nadpobudliwym, niereagującym na żadne próby wyciszenia jej i uspokojenia. Z wiekiem i nabywaniem doświadczeń wydaje się spokojniejsza, bardziej wsłuchana w siebie. Od chwili podjęcia terapii w ośrodku leczniczo-terapeutycznym (o charakterze dziennej opieki, dziennego pobytu) Małgorzata początkowo bardzo wolno, a potem dość intensywnie zaczęła rozwijać się nie tylko fizycznie (zwłaszcza ruchowo), ale także intelektualno-poznawczo.

Dziewczyna (od wczesnego dzieciństwa) jest w niektórych sytuacjach zadziwiająco dokładna (np. w układaniu sztućców czy dobrze jej znanych i preferowanych przez nią zabawek). Niechętnie poddaje się zabiegom higienicznym (np. szybko, niedokładnie i nieuważnie myje się, boi się wody, niechętnie zmienia bieliznę), co prawdopodobnie wiąże się z diagnozowaną u niej nadwrażliwością dotykową.

Z uwagi na taki stan jej rozwoju i ewidentne w tym zakresie potrzeby intencjonalnie opracowano dla niej program terapii. Jej celem było podjęcie próby działań w zakresie przezwycięzania nadwrażliwości dotykowej i usprawniania funkcji komunikacyjnej. W toku systematycznie prowadzonej, wielozakresowej terapii od początku zwracano uwagę m.in. na różnicowanie bodźców dotykowych, pozwalające na uczenie Małgorzaty adekwatnych reakcji na takie bodźce, jak: zimny – ciepły, a nawet reakcji na ból, by w ten sposób (pośrednio) lepiej zabezpieczyć ją przed obrażeniami ciała, na które stosunkowo często bywa narażana (np. spalenie się rozgrzanym żelazkiem czy czajnikiem, a także uszkodzenie ciała będące skutkiem dotkliwego uderzenia się lub skaleczenia).

A oto jeden z przykładowo wybranych konspektów zajęć, jakie udało się niegdyś przeprowadzić z Małgorzatą jako osobą z diagnozą zespołu Gregga, osobą, która dla mnie – pomimo wieloletniej znajomości zarówno jej samej, jak i natury jej trudności – ciągle jeszcze pozostaje nierozwiązaną zagadką:

**Konspekt zajęć**

**Temat:** Przygotowanie do kąpeli – wykorzystanie sygnałów dźwiękonaśladowczych: „chlap-chlap”; „chlapu-chlapu-chlap”

**Prowadzący:** terapeuta zajęciowy (logopeda lub mama)

**Miejsce zajęć:** dom rodzinny, łazienka

**Czas trwania zajęć:** 30 minut

**Osoba prowadząca:** osoba mająca dobry, bezpośredni kontakt z 18-letnią Małgorzatą (mama, logopeda lub znajomy terapeuta)

**Uwaga!**

Znając Małgorzatę i jej potrzeby, pracuję z nią, posilkując się różnymi technikami pracy, najczęściej jednak według koncepcji Marii Montessori, które to techniki poznałam w Monachium oraz Metz. Uważam, iż narzucony sposób poznawania i porządkowania świata w znacznym stopniu pozwolił zminimalizować napady złości dziewczyny oraz trudne do zaakceptowania reakcje psychoruchowe (paroksyzmy).

**Opis materiału:**

- kostium kąpielowy;
- wanna, prysznic, woda gorąca i zimna;
- mata-wkładka do wanny, zabezpieczająca przed poślizgnięciem się;
- siedzisko do wanny;
- klapki;
- dwie lekkie miski plastikowe;
- dwa ręczniki (jeden szorstki, a drugi miękki, przyjemny w dotyku);
- kilka zabawek pływających, służących do zabaw w wodzie;
- lampka zapachowa;
- oliwka zapachowa do masażu dłoni i ramion;
- emulsja do ciała o zapachu zbliżonym do zapachu oliwki i lampki zapachowej (w tej konkretnej sytuacji był to zapach związany z wiosną, będący ulubionym zapachem Małgorzaty – osoby objętej działaniem terapeutycznym).

**Cele zajęć:****Cel bezpośredni:**

- zainteresowanie Małgorzaty takim pomieszczeniem, jak łazienka, która do tej pory nie była miejscem przez nią akceptowanym, i zastosowanie sygnałów o charakterze dźwiękonaśladowczym, adekwatnych do sytuacji ćwiczeń w wodzie.

**Cele pośrednie:**

- zapoznanie się i rozpoznawanie pomieszczenia, jakim jest łazienka;
- rozpoznawanie za pomocą dotyku wanny i baterii z prysznicem oraz kurków z zimną i ciepłą wodą, a także innych przedmiotów, które znajdują się w łazience;
- rozpoznawanie dotykiem i różnicowanie zjawiska ciepłej i zimnej wody;
- odkręcanie kurka na przemian z ciepłą i zimną wodą;
- badanie dynamiki strumienia wody płynącej z kranu;
- poznanie zjawiska utrzymywania się na powierzchni wody i pływania zabawek pływających;
- poznanie zjawiska powstałego w wyniku uderzania dłońmi o strumień wody ciekącej z kranu i badanie skutków tego rodzaju „zabawy”.

**Przebieg zajęć:**

1. Witam się z Małgorzatą przez podanie ręki i wpisanie na palcach jej dłoni treści powitania. Informuję ją o tym, gdzie odbędą się zajęcia i co będziemy robić podczas przeznaczonego na to czasu.
2. Przygotowuję łazienkę – zapalam lampkę zapachową, by dziewczyna poczuła, że zajęcia już się rozpoczęły.
3. Pomagam Małgorzacie rozebrać się z ubrania wyjściowego i włożyć strój kąpielowy, by bez obaw mogła wejść do wanny i poczuć całą sobą to szczególne miejsce zajęć.
4. Polecam Małgorzacie usiąść na przygotowanym w wannie siedzisku, by łatwiej było jej manipulować kurkami i strumieniem cieknącej (płynącej) z kranu wody. Odkręcam kurek najpierw z zimną, a potem z ciepłą wodą. Pomagam ułożyć jej dłonie tak, aby dokładnie mogła ustawić je pod strumieniem płynącej z kranu wody (naprzemiennie: raz ciepłej, raz zimnej wody).
5. Zachęcam Małgorzatę do tego, aby sama spróbowała odkręcić kurek i włożyć dłonie pod strumień wody wypływającej z kranu. Obserwuję przy tym jej reakcję, kiedy zamyka kurek i woda z kranu nie płynie, potem znowu kiedy go otwiera i woda płynie wartkim strumieniem.
6. Jako jej terapeuta spuszczam (naprzemiennie) strumień raz gorącej, raz zimnej wody, zapoznając Małgorzatę z przebiegiem treningu: spuszczenie strumienia gorącej wody – zakręcenie kranu z wodą – spuszczenie strumienia z zimną wodą – zakręcenie kranu.
7. Małgorzata odkręca kran z zimną wodą, spuszczać ją do jednej miski, a potem zamyka kran. Z kolei później odkręca kran z gorącą wodą, spuszczać ją do drugiej miski. Kiedy miski zostają napełnione wodą, Małgorzata wkłada ręce do wody i dłońmi niczym łopatkami turbiny prądotwórczej miesza raz wodę ciepłą, a raz zimną. W toku tego rodzaju treningu wpisuję (posługując się daktylografią) w jej dłoń nazwę: „ciepła woda”; „zimna woda”.
8. Małgorzata zanurza ręce w misce raz z ciepłą, raz z zimną wodą, a uderzając rękoma naprzemiennie o lustro wody, doznaje skutków tej czynności – woda bowiem rozbryzguje się wokół. Krople wody padają na twarz dziewczyny, mocząc jednocześnie włosy i kostium, w który jest ubrana. Małgorzata, chlapiąc się w wodzie, doznaje nie tylko skutków tego rodzaju zabawy (chlapania), ale przy tym prawdopodobnie zaczyna rozumieć jej sens. Po wielu, początkowo nieudanych próbach, pod koniec zajęć pojawia się u niej wymuszona reakcja ruchowa na sygnał: „chlalu-chlalu”, „chlalu-chlalu” Sygnał ten staram się więc wpisać w dłoń dziewczyny, by utrwalić go jednocześnie w polach gnostycznych mózgu.
9. Jako terapeuta wpisuję w dłoń dziewczyny polecenie: „włóż ręce do wody ciepłej”, a potem „włóż ręce do wody zimnej”; a dalej wpisuję pytania: „jaka jest woda?”, „co się dzieje z wodą, gdy uderzasz w nią rękoma?”, „co robi woda, kiedy mocno uderzamy?”
10. Po wielu takich próbach, które mają na celu utrwalenie osobistych doznań, wynikających z kontaktu z wodą, dziewczyna (z pomocą matki i/lub terapeuty) wychodzi z wanny, wyciera ciało ręcznikiem, ubiera się (z pomocą), smaruje dłonie i ramiona oliwką zapachową, aby utrwalić zapach związany z miejscem realizowanych zajęć.

11. Małgorzata samodzielnie lub z pomocą matki bądź terapeuty gasi lampkę zapachową (tu dodam, iż Małgorzata jeszcze dziś, będąc już dorosłą kobietą, czasem chętnie wykonuje tego typu czynności, niekiedy jednak nie wyraża na to najmniejszej ochoty, buntuje się i jawnie się temu sprzeciwia).
12. Pożegnanie terapeuty (logopedy) z dziewczyną w sposób dla niej zrozumiały i oczekiwany.

### **Próba rekapitulacji spostrzeżeń i nasuwających się uwag krytycznych**

Z podanego przykładu – może zbyt ogólnego, może mało plastycznego opisu przebiegu zajęć – wynika, że terapia logopedyczna z dorosłą osobą z diagnozą zespołu Gregga może wydawać się co najmniej dziwna. Przez niewtajemniczonego obserwatora może być wszak postrzegana jako prymitywna, dziecięca zabawa, chociaż od osoby objętej terapią zajęcia te wymagają ogromnej uwagi, zaangażowania i współpracy. Podczas zajęć pojawiały się miejscami trudne do zrozumienia epizody. Z powodu zmęczenia Małgorzaty samym przebiegiem zabawy, w wyniku trudnych dla niej i męczących ćwiczeń o charakterze komunikacyjnym, z konieczności trzeba było robić chwilowe (dłuższe lub krótsze) przerwy. Zwracać uwagę na każdą pojawiającą się reakcję dziewczyny, na dokładne wykonywanie przez nią poleceń, wpisywanych do jej ręki. Przy okazji starano się sprawdzać stopień rozumienia przez nią sytuacji, w jakiej się znajduje, jak również stopień rozumienia kierowanych do niej poleceń. Tak przebiegające zajęcia pozwalały na stopniowe zapoznanie Małgorzaty z nazwami przedmiotów, które pojawiały się w toku samej zabawy, oraz z miejscem jej przeprowadzania (np. łazienka, wanna, kubek, kran, woda). W toku tejsz zabawy dążyłam do utrwalania nazw pojawiających się przedmiotów, a także ich cech (np. zimna woda, ciepła woda, ciepły strumień wody, zimny strumień wody, woda płynie / cieknie z kranu – woda nie płynie / nie cieknie z kranu – brak wody). Przy okazji zwracałam uwagę na doznania, jakie towarzyszyły Małgorzacie podczas zajęć. Akcentowałam fakt, że doznania osobiste człowieka mogą zmieniać się z zależności od okoliczności, np. od stopnia zmęczenia, niezadowolenia z obecności osób towarzyszących zabawie, deprywacji potrzeb fizjologicznych.

## Podsumowanie

Zaprezentowane studium przypadku – osobę z diagnozą zespołu Gregga – wybrałam nieprzypadkowo. W przeszłości bowiem osoby dotknięte tym trudnym do zaakceptowania zaburzeniem rozwoju traktowano jako jednostki głęboko upośledzone, niezdolne do nawiązywania kontaktu z otoczeniem, a nawet do swego indywidualnego rozwoju. Po latach zmagania i doświadczeń okazuje się jednak, że nie jest to do końca prawdą. Osoby te już jako dzieci – pomimo pozornej pasywności – przejawiają zainteresowania światem, który jednakże jest im dostępny w bardzo ograniczonym zakresie. Niestety, nieprawidłowo postawiona diagnoza często pozbawia osoby z zespołem Gregga możliwości rozwoju w takim zakresie, jak jest to dla nich możliwe. Przed logopedami zespół Gregga stawia dziś nowe wyzwanie, z którym od wielu już lat próbuję się mierzyć, nie bacząc na piętrzące się trudności, wynikające z natury zaburzenia. Stosowane strategie postępowania i metody pracy logopedycznej, pomimo ogromnego wkładu pracy, nie zawsze prowadzą do pełnego sukcesu. Sytuacja taka – jak się wydaje – wpisana jest w ryzyko naszego trudnego, lecz jakże pięknego zawodu logopedy, terapeuty, przewodnika po życiu i facylitatora.

TATIANA LEWICKA

Centralny Szpital Kliniczny im. Kornela Gibińskiego w Katowicach

ANNA SZMAL

Przedszkole Miejskie nr 28 w Sosnowcu

## Afazja jako zaburzenie mowy po urazie mózgu – studium przypadku

**ABSTRACT:** Cranial-cerebral traumas are a serious sociomedical issue. Brain damages, caused by experienced injury, often lead to various kinesthetic deficits, as well as to cognitive and language disorders. Due to the damage of a nervous system, there are many deep speech disorders such as aphasia, mainly senso-motorical type. The right evaluation of the appearing deficits, the right definition of therapeutic objectives and implementing of the therapy can give brain trauma patients the chance to regain the possibility to communicate.

**KEY WORDS:** brain trauma, senso-motorical aphasia, logopaedic diagnosis, logopaedic therapy objectives

### Wstęp

Urazy czaszkowo-mózgowe są bardzo poważnym problemem socjomedycznym. Częstość urazów jest znaczna i ciągle wzrasta. Urazy komunikacyjne i częściowo przemysłowe stanowią ważną przyczynę zgonów, dłuższej niezdolności do pracy i inwalidztwa. Jednak w ostatnich czasach – dzięki udoskonaleniu diagnostyki i terapii, a także z powodu organizacji szybkiej interwencji medycznej – doszło na świecie, zwłaszcza w krajach rozwiniętych, do wyraźnego zmniejszenia śmiertelności na skutek urazów. Do urazu dochodzi w wyniku silnego zderzenia czaszki z twardym przedmiotem. Uszkodzenia mózgu odniesione w wyniku urazu mogą powodować: wstrząśnienia mózgu, stłuczenia mózgu, zranienie mózgu, ucisk mózgu. Urazom niekiedy towarzyszą złamania kości czaszki<sup>1</sup>. Uraz czaszki może spowodować dwa rodzaje uszkodzenia mózgu: ogniskowe i wielogniskowe.

Ogniskowe uszkodzenie mózgu występuje bezpośrednio pod punktem, gdzie doszło do uderzenia, oraz w prostej linii po przeciwległej stronie mózgu, gdzie następuje zderzenie się z wewnętrzną ścianą czaszki. W tych miejscach może ulec

---

<sup>1</sup> M. PAŁCHALSKA: *Afazjologia*. Warszawa-Kraków, PWN 1999, s. 99.

stłuczeniu powierzchnia kory. Głębiej w obrębie mózgu, pod miejscem uderzenia, może nastąpić krwawienie do mózgu na skutek urazu. Z klinicznych obserwacji wynika, iż w następstwie zamkniętych urazów mózgu bardzo często pojawia się afazja nominacyjna (zaburzenia nazywania).

Większość uszkodzeń mózgowych ma charakter rozsiany, czyli przejawia się licznymi zmianami w obrębie jednej lub obu półkul, przednich oraz tylnych obszarów mózgowych, struktur podkorowych i korowych. Patologia mózgowa o takich cechach powstaje po urazach czaszkowo-mózgowych wskutek patologii krążenia mózgowego. Konsekwencją rozsianych zmian patologicznych są objawy zaburzeń: otępienny, psychopatyczny, zespół łagodnych zmian poznawczych, zespoły mieszanne z dominacją objawów ogniskowych (np. z niedowładem połowicznym, afazją)<sup>2</sup>.

## Opis przypadku

Pacjent, lat 33, wykształcenie zawodowe, trafił do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Miejskiego w Sosnowcu po przebytym urazie czaszkowo-mózgowym. Do urazu doszło w październiku 2008 roku na skutek pobicia. Bezpośrednio po urazie pacjent został przewieziony do Kliniki Neurochirurgii Centralnego Szpitala Klinicznego Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach. W wyniku przeprowadzonych w tamtejszym szpitalu badań (ocena neurologiczna, neuroobrazowanie) rozpoznano krwotok podpajęczynówkowy w przebiegu urazu śródmózgowego. Pacjenta wprowadzono w śpiączkę farmakologiczną i podłączono do respiratora. Z powodu narastających cech obrzęku mózgu wykonano kraniotomię potyliczną po stronie lewej. Stan kliniczny pacjenta stopniowo ulegał poprawie. W piątej dobie hospitalizacji został odłączony od respiratora, uzyskując własny oddech na tlenoterapii biernej. Po zakończonym leczeniu szpitalnym pacjent został przekazany do innego ośrodka medycznego celem rehabilitacji. Do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej Szpitala w Sosnowcu pacjent trafił w lutym 2010 roku. W trakcie pobytu w szpitalu w Sosnowcu przeprowadzono ocenę funkcji językowych oraz dokonano oceny funkcji nerwów czaszkowych (VII, IX, X, XII) związanych z kontrolą czynności narządów artykulacyjnych. Nie stwierdzono odchyień w zakresie ich funkcji. W ocenie neurologopedycznej posługiwano się zestawem prób do badania procesów poznawczych i językowych u pacjentów z uszkodzeniem mózgu Włodzimierza Łuckiego<sup>3</sup>. Bada-

<sup>2</sup> H. MISZTAŁ, E.M. SZEPIETOWSKA: *Planowanie i realizacja procesu diagnozy neuropsychologicznej*. W: *Podstawy neuropsychologii klinicznej*. Red. Ł. DOMAŃSKA, A.R. BORKOWSKA. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2008, s. 421.

<sup>3</sup> W. ŁUCKI: *Zestaw prób do badania procesów poznawczych u pacjentów z uszkodzeniami mózgu: podręcznik*. Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych PTP 1995.

no mowę dialogową, powtarzanie, odtwarzanie struktur rytmicznych, nazywanie (w odniesieniu do czynności, części ciała, części samochodu, kolorów), rozumienie, fluencję słowną, pismo, czytanie, kalkulię, próby rysunkowe, prakcję, pamięć i gnozę wzrokową. W wyniku przeprowadzonego badania oraz obserwacji klinicznej stwierdzono obecność afazji mieszanej. Pacjent był zorientowany autopsychicznie, natomiast jego orientacja allopsychiczna okazała się osłabiona zarówno co do czasu, jak i miejsca. Nie stwierdzono odchyień w zakresie czynności narządów artykulacyjnych, nie wystąpiły zaburzenia połykania. Zaobserwowano trudności w nazywaniu prezentowanych przedmiotów głównie pod postacią omówienia i parafazji semantycznych. Pacjent powtarzał pojedyncze wyrazy i bardzo proste zdania, nieskomplikowane pod względem artykulacyjnym. W zdaniach złożonych popełniał błędy wynikające z trudności o typie deficytów akustyczno-gnostycznych i akustyczno-mnestycznych. Na pytania pacjent odpowiadał pojedynczymi wyrazami. Jego mowa czynna była bardzo uboga. Tempo mowy uległo zwolnieniu z powodu deficytów nominacyjnych. Pacjent nie rozumiał złożonych poleceń słownych, nie potrafił przeczytać krótkich słów i miał trudności w rozpoznawaniu liter. Duży kłopot sprawiała mu także analiza i synteza słuchowa. Pacjent nie radził sobie z opisem ilustracji. Swoją wypowiedź ograniczał jedynie do wyliczenia niektórych elementów obrazka. Nie potrafił również stworzyć opowiadania na podstawie ilustracji. Stwierdzono u pacjenta deficyty na poziomie myślenia przyczynowo-skutkowego. Zaburzone były także ciągi zautomatyzowane (mężczyzna nie potrafił wymienić po kolei dni tygodnia ani miesięcy). Pacjent nie podejmował próby samodzielnego pisania ani odwzorowywania, zaobserwowano u niego labilność nastroju oraz brak motywacji do działania.

## Omówienie

Z raportów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz danych statystycznych z różnych krajów świata wynika, że na świecie na 1000 mieszkańców przybiera corocznie od dwóch do czterech nowych przypadków afazji (niektóre źródła mówią nawet o sześciu przypadkach). W Polsce nie było dotąd ogólnokrajowych badań statystycznych dotyczących epidemiologii i etiologii afazji. Klinicyści oceniają, że udar mózgu może być przyczyną ponad połowy wszystkich przypadków afazji, natomiast uraz głowy – około 25%. Pozostałe przypadki wynikają zazwyczaj z chorób degeneracyjnych i rozrostu guzów w mózgu<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> M. PĄCHAŁSKA: *Neuropsychologiczna diagnoza afazji*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. GAŁKOWSKI, E. SZELĄG, G. JASTRZĘBOWSKA. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 2005, s. 750.



Termin „afazja” od lat budzi wiele kontrowersji. Pochodzi z języka greckiego (*a-fasis*) i oznacza tyle, co niemota. Określenie to nie oddaje jednak całości problemu, dlatego specjaliści z wielu dziedzin próbowali opracować definicję tego terminu.

Według Ireny Styczek afazja to częściowa lub całkowita utrata umiejętności posługiwania się językiem, czyli systemem znaków i reguł gramatycznych, spowodowana uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych<sup>5</sup>.

Mariusz Maruszewski twierdzi, że afazja to spowodowane uszkodzeniem obszaru mowy całkowite lub częściowe zaburzenie mechanizmów programujących czynności porozumiewania się językowego człowieka, który uprzednio czynności te już opanował<sup>6</sup>.

Jak podaje Grażyna Jastrzębowska, termin „fazja” (łac. *phasia*) oznacza zespół czynności neurofizjologicznych odbywających się w ośrodkowym układzie nerwowym, odpowiedzialnych za mówienie i rozumienie. Przedrostek „a-” powinien wskazywać na całkowity brak określonej czynności czy cech, natomiast „dys-” – na częściowy brak lub zniekształcenie. Terminem „afazja” określa się więc całkowity brak mowy (mówienie, rozumienie), natomiast „dysfazja” – częściową utratę mowy na skutek uszkodzenia struktur korowych odpowiedzialnych za czynności nadawczo-odbiorcze. W praktyce jednak dla określenia obu wymienionych zaburzeń używa się wspólnej nazwy „afazja”<sup>7</sup>.

Maria Pąchalska uważa, że afazja jest syndromem oznaczającym dezintegrację procesu przetwarzania informacji, czyli zaburzenie zdolności „dekodowania” i/lub „kodowania” różnorodnych symboli językowych i/lub niejęzykowych występujących w danym języku, kręgu kulturowym czy wspólnocie komunikatywnej, wywołane w następstwie ograniczonego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego.

Zaburzenia mogą dotyczyć również form niejęzykowych, które w życiu codziennym towarzyszą komunikatom słownym lub je zastępują, takich jak: mimika, gest, melodia, akcent, rzadziej – piktogram i rysunek ikoniczny oraz symboliczny<sup>8</sup>.

Zmienność występowania i nasilenia objawów afazji u poszczególnych pacjentów powoduje, że ustalenie właściwej diagnozy jest dość problematyczne. Lidia Sikora wychodzi z założenia, iż klinicysta – opierając się na wiedzy teoretycznej i diagnozując na podstawie wybranych przez siebie metod – może określić poziom uszkodzenia poszczególnych czynności mowy oraz ustalić program terapii<sup>9</sup>.

Warunkiem koniecznym racjonalnie opracowanego programu terapii jest **diagnoza funkcjonalna**, prowadząca do rozpoznania zaburzeń zachowania, wskazania patomechanizmów zaburzeń i wyodrębnienia zachowań pozostających w normie.

<sup>5</sup> I. STYCZEK: *Logopedia*. Warszawa, WSiP 1981, s. 250.

<sup>6</sup> M. MARUSZEWSKI: *Chory z afazją i jego usprawnianie*. Warszawa, WSiP 1974, s. 50.

<sup>7</sup> G. JASTRZĘBOWSKA, A. KAZUB: *Afazja, dysfazja*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi*. Red. T. GAŁKOWSKI, G. JASTRZĘBOWSKA. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 1999, s. 585.

<sup>8</sup> M. PĄCHAŁSKA: *Afazjologia...*, s. 27.

<sup>9</sup> L. SIKORA: *O terapii logopedycznej pacjentki z afazją sensoryczno-motoryczną. Opis przypadku*. „Logopedia” 2000, nr 27, s. 146.

Przeprowadza się również: **diagnozę lokalizacyjną**, ukierunkowaną na identyfikację uszkodzonej struktury mózgu, **diagnozę dynamiki** zmian w obrazie choroby zarówno w warunkach narastania objawów zaburzeń zachowania, jak i ich ustępowania, a także **diagnozę efektywności** procesu terapii chorego z afazją, uzyskaną poprzez porównanie wyników badania wstępnego, badań kontrolnych oraz badania końcowego.

Podobnie jak w przypadku diagnozy afazji, terapia chorych ściśle wiąże się z poglądami teoretycznymi na temat istoty zaburzeń mowy. To wyjaśnia zarówno różnice w określaniu celów i strategii terapii, jak i różnorodność programów oraz szczegółowych metod ich realizacji. Pewnym rozwinięciem charakterystyki podejść do terapii mowy w afazji są propozycje Davida Howarda, Francisa M. Hatfielda, określone przez autorów mianem kierunków lub szkół terapii chorych z afazją.

Terapia chorych z afazją przede wszystkim powinna być nastawiona na komunikację, a nie na samą mowę, chodzi bowiem o osiągnięcie zdolności porozumiewania się pacjenta z otoczeniem. Wśród celów terapeutycznych można wyróżnić:

- cele adaptacyjne – przystosowanie pacjenta do występujących trudności;
- cele kompensacyjne – odbudowa utraconych funkcji;
- cele twórcze – wytworzenie zdolności do nowych zachowań językowych.

Skuteczność terapii afazji zależy od stopnia, rodzaju i głębokości uszkodzeń mózgu, od cech chorego – jego wieku, stanu fizycznego i psychicznego, od momentu rozpoczęcia reedukacji mowy, częstotliwości spotkań, stosunku otoczenia do chorego i jego terapii, trafności zastosowanych metod<sup>10</sup>.

M. Maruszewski uważa, że logopeda przed przystąpieniem do terapii powinien – uwzględniając konkretną sytuację chorego – dokonać wyboru jednej z trzech następujących strategii:

- strategia maksymalistyczna – zakłada, że chory będzie pozostawał pod specjalistyczną opieką tak długo, jak wymaga tego program terapii;
- strategia realistyczna – stosowana jest w sytuacji, gdy z góry wyznaczony został czas na realizację programu reedukacji, a po jego upływie chory będzie pozbawiony opieki specjalistycznej; dlatego program terapii powinien być tak zaplanowany, aby pacjent po wyjściu ze szpitala mógł go kontynuować; należy zatem kłaść nacisk na ćwiczenie tych umiejętności, które w największym stopniu są przydatne w procesie porozumiewania się;
- strategia minimalistyczna – polega na uczeniu chorego zastępczych metod komunikowania się<sup>11</sup>.

Powrót zaburzonych czynności mowy następuje w wyniku współdziałania różnych mechanizmów kompensacyjnych, które ogólnie przyjmują dwie formy:

- kompensacja przez analogiczne pola drugiej półkuli;
- kompensacja przez nieuszkodzone oboczne obszary tej samej półkuli mózgu<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> G. JASTRZĘBOWSKA, A. KOZUB: *Afazja, dysfazja...*, s. 706.

<sup>11</sup> M. MARUSZEWSKI: *Chory z afazją i jego usprawnianie...*, s. 83–85.

<sup>12</sup> J. SZUMSKA: *Metody rehabilitacji afazji*. Warszawa, PZWL 1980, s. 8.

Terapię pacjenta, którego przypadek tu opisujemy, ukierunkowano głównie na doskonalenie rozumienia, nazywania przedmiotów (rzeczowników) i działań (czasowników) oraz cech przedmiotów (przymiotników), czytania globalnego.

Występujące u chorych zaburzenia rozumienia mowy słyszanej mogą mieć różne przyczyny. Do głównych przyczyn zaburzeń rozumienia zaliczamy:

- zaburzenia w zakresie słuchowego odbioru wyrazów;
- zaburzenia w ich znaczeniowej interpretacji;
- zaburzenia rozumienia form gramatycznych wypowiedzi.

Afatyczne zaburzenia w prawidłowym odbiorze słyszanych słów są skutkiem uszkodzenia płata skroniowego dominującej półkuli – głównie tylnej części górnego zakrętu skroniowego, czyli tam, gdzie znajduje się okolica Wernickiego, odpowiadająca za odróżnianie i utożsamianie poszczególnych dźwięków mowy, z których zbudowany jest wyraz<sup>13</sup>.

Mając na uwadze złożoność deficytów językowych, które wystąpiły u pacjenta, zaplanowano terapię wielokierunkową. Pracę rozpoczęto od ćwiczeń funkcji rozumienia. Wykorzystując zestaw obrazków, terapeuta kierował do pacjenta polecenia, które różniły się między sobą długością i brzmieniem (np.: „kot” – „parasol”; „Proszę pokazać kota”; „Proszę pokazać parasol”; „Proszę pokazać rysunek, na którym jest kot”; „Proszę pokazać rysunek, na którym jest parasol”). W następnych etapach zaplanowano pracę nad funkcją nazywania, rozwijania mowy dialogowej i opowieściowej, pisania i czytania. Stosowano również różnorodne gry dydaktyczne, które ćwiczyły pamięć i koncentrację uwagi. W prowadzenie tej grupy ćwiczeń włączano córkę pacjenta, gdyż dziewczynka miała pozytywny i motywujący wpływ na ojca. Tego typu zadania pełniły także rolę ćwiczeń relaksacyjnych. Podczas terapii udało się poprawić poziom umiejętności pacjenta w zakresie rozumienia, nazywania, a także czytania globalnego wyrazów. Jednak w przypadku występowania tak rozległych uszkodzeń mózgu nieustannie należy doskonalić wszystkie wymienione umiejętności.

Obraz afazji pourazowej jest bardzo zmienny i łączy się z wieloaspektowymi zaburzeniami językowymi. Specyficzne problemy w zakresie komunikacji werbalnej, które obserwuje się u pacjentów po urazach mózgu, są niezwykle złożone. Właściwe postawienie diagnozy oraz odpowiednie zaplanowanie terapii w wielu przypadkach pomaga przywrócić utracone funkcje językowe.

Przypadek analizowanego tu przez nas pacjenta pokazuje, jak bardzo zmienia się obraz języka po ciężkim urazie czaszkowo-mózgowym. Jednak systematyczna praca z pacjentem przyniosła oczekiwane efekty. Przyjazna atmosfera i wzajemna akceptacja pozwoliły na uzyskanie wyników prowadzonej terapii. Bardzo ważna była także pomoc rodziny, która chętnie współpracowała. Taki system pracy zmotywował pacjenta do wykonywania ćwiczeń.

<sup>13</sup> J. SENIÓW, M.T. NOWAKOWSKA: *Metody rehabilitacji chorych z zaburzeniami ekspresji słownej*. W: *Metody rehabilitacji chorych z afazją*. Red. M.T. NOWAKOWSKA. Wrocław, Ossolineum 1978, s. 56.

Wielu autorów jest sceptycznie nastawionych i neguje znaczenie rehabilitacji pacjentów z afazją pourazową. Inni jednak podkreślają, że zaniechanie tworzenia i udoskonalania programów rehabilitacji pacjentów z afazją pourazową jest nieetyczne. Nikt bowiem nigdy nie udowodnił, że terapia osób z afazją pourazową jest nieskuteczna. Jak twierdzi M. Pąchalska, doświadczenia kliniczne wskazują na to, że afazja pourazowa pozostaje nieuleczalna tylko wówczas, gdy jest zaniedbana przez dłuższy czas. Należy więc otoczyć opieką neuropsychologiczną zarówno osobę chorą, jak i jego opiekuna<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> M. PĄCHAŁSKA: *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu*. Warszawa, PWN 2007, s. 115.

ZUZANNA GRYSZKA-MĘDREK

Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej

## Wprowadzenie alternatywnych i wspomagających metod komunikacji u dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym

**ABSTRACT:** This article brings up the issue of communication difficulties for people with various disabilities. In the theoretical part it widely explains the rise and development of alternative and supportive methods of communication, and it describes various forms of non-verbal means of communicating. The second part of this article constitutes a case study of a thirteen-year-old mute girl who was taught communicating with application of non-verbal methods, and it also includes a short description of the methods used in working with the child. The course of therapeutic action is to be found in "The Supporting Materials, Didactic Visual aids and Reports" Logopedii Silesiany part.

**KEY WORDS:** alternative and support communication, infantile cerebral palsy, methods of therapy

Komunikowanie się ludzi jest najczęstszą formą społecznego zachowania się człowieka. Każdego dnia wyrażamy swoje myśli, intencje, uczucia, kłócimy się, rozmawiamy. Poprzez wymianę myśli i spostrzeżeń zaspakajamy potrzeby afiliacyjne. Rozmowa – będąca procesem wymiany myśli i uczuć między partnerami – daje poczucie zjednoczenia ze względu na wspólne dzielenie wartości, jest sposobem wzajemnego ubogacania się, dzięki niej unikamy samotności.

Tragedia ludzi wykluczonych z procesu komunikowania się z powodu wielorakich ograniczeń ma swoje poważne konsekwencje w zahamowaniu ich rozwoju emocjonalnego, umysłowego, społecznego, a w konsekwencji również fizycznego. Osoby te potrzebują wyjątkowej uwagi, wsparcia oraz odmiennych metod komunikacji, dostosowanych do ich indywidualnych możliwości i predyspozycji. Taką formę stanowi alternatywna i wspomagająca komunikacja pozostająca w polu zainteresowań zarówno teoretyków, jak i praktyków.

W artykule prezentuję studium przypadku trzynastoletniej, niemówiącej dziewczynki z mózgowym porażeniem dziecięcym, której „kluczem do świata” stały się właśnie alternatywne i wspomagające metody komunikowania się.

## Komunikacja alternatywna i wspomagająca – zarys problematyki

Początek zainteresowań, poszukiwań i eksperymentów w zakresie stosowania odmiennych sposobów porozumiewania się przypada na lata pięćdziesiąte XX wieku i wiąże się z postępowaniem w normalizacji warunków życia, edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami, które wcześniej żyły w izolacji i nie były objęte specjalistyczną pomocą i terapią. W 1983 roku utworzono Międzynarodowe Stowarzyszenie Wspomagającej i Alternatywnej Komunikacji z siedzibą w Toronto<sup>1</sup>. Od nazwy tego stowarzyszenia pochodzi termin „komunikacja alternatywna i wspomagająca” (*Augmentative and Alternative Communication* – AAC), który w najogólniejszym rozumieniu używany jest do określenia odmiennych sposobów porozumiewania się.

Komunikacja alternatywna i wspomagająca, oparta na niewerbalnych sposobach porozumiewania się, stanowi dodatek bądź substytut mowy.

Komunikacja alternatywna znajduje zastosowanie wówczas, gdy osoba porozumiewa się bezpośrednio – twarzą w twarz – inaczej niż za pomocą mowy. Przykładami alternatywnych form komunikacji dla osób pozbawionych umiejętności mówienia są: znaki manualne, graficzne, kod Morse’a, pismo itp.

Komunikacja wspomagająca jest komunikacją uzupełniającą lub wspierającą; określenie „wspomagająca” podkreśla, że interwencja z użyciem alternatywnych środków komunikacji ma na celu: wzmacniać i uzupełniać mowę oraz gwarantować zastępczy sposób porozumiewania się, gdy osoba nie zaczęła mówić<sup>2</sup>.

Różne formy komunikacji alternatywnej porządkuje podział komunikacji na komunikację wspomaganą i niewspomaganą.

Komunikacja wspomagana (*Aided communication*) obejmuje wszystkie formy porozumiewania się, w których ekspresja słowna dokonuje się poprzez selekcję znaków istniejących w fizycznej formie poza użytkownikiem (tablice do wskazywania, syntezatory mowy, komputery). Wskazywanie znaku graficznego lub obrazka jest także formą komunikacji wspomaganej, ponieważ znak lub obraz również stanowią formę ekspresji językowej.

Komunikacja niewspomagana występuje wówczas, gdy niepełnosprawne osoby dokonują aktu ekspresji językowej samodzielnie, produkując znaki, będące „nośnikami” znaków manualnych<sup>3</sup>.

Podział na komunikację zależną i niezależną związany jest ze sposobem użytkowania danej formy komunikacji alternatywnej oraz rolą partnera komunikacji.

Komunikacja zależna występuje wówczas, gdy osoba niepełnosprawna jest zależna od drugiej osoby, mającej za zadanie przetłumaczenie lub ułożenie w całość

<sup>1</sup> W. LOEBL: *Nowatorskie i alternatywne metody w praktyce pedagogiki specjalnej*. Poznań, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza 2002, s. 21-22.

<sup>2</sup> S. TETZCHNER, H. MARTINSEN: *Wprowadzenie do wspomagających i alternatywnych sposobów porozumiewania się*. Warszawa, Stowarzyszenie „Mówić bez Słów” 2002, s. 7-8.

<sup>3</sup> Ibidem, s. 8.

treści przekazu, np. w postaci tablic z pojedynczymi literami, słowami, znakami graficznymi.

W przypadku komunikacji niezależnej informacja jest w całości formułowana przez osobę niepełnosprawną. Osoby posługujące się komunikacją graficzną mogą tego dokonać za pomocą syntezatorów mowy, przekazując całe zdania, lub przy użyciu pomocy technicznych, zapisując informacje na papierze bądź ekranie<sup>4</sup>.

## Rozwój AAC w Polsce

Pierwsze szkoły i ośrodki edukacyjno-terapeutyczne dla dzieci z wielorakimi niepełnosprawnościami powstały w Polsce w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku. W 1988 roku powołano do życia Ośrodek Szkoleniowy Komunikacji Symbolicznej Bliss przy Zarządzie Głównym Towarzystwa Przyjaciół Dzieci. Po 10 latach pracy tego ośrodka, który intensywnie rozszerzał zainteresowania komunikacją alternatywną oraz wzbogacał ofertę szkoleniową dla terapeutów i nauczycieli, zmienił swoją nazwę na Centrum Rozwoju Komunikacji. Od tej chwili kierownictwo i współpracownicy rozszerzyli poszukiwania i propagowanie również innych metodycznych rozwiązań oraz nowych strategii nauczania wspomagających proces komunikowania się. Powstaje coraz więcej instytucji i organizacji, które wnoszą szczególny wkład w rozwój i propagowanie AAC oraz innych systemów, metod i środków wspomagających porozumiewanie się w Polsce.

W rozwoju komunikacji wspomagającej i alternatywnej w naszym kraju można wyróżnić główne nurty, które odnoszą się do:

- praktycznego stosowania różnorodnych sposobów porozumiewania się, pomocy komunikacyjnych, ich przystosowania do indywidualnych potrzeb i możliwości użytkowników;
- popularyzacji wiedzy metodycznej, technicznej, szkolenia specjalistów;
- opracowania warsztatu naukowo-badawczego;
- stworzenia zespołów: eksperckiego, opiniotwórczego oraz propozycji rozwiązań globalnych w tym obszarze<sup>5</sup>.

W ciągu ostatnich lat nastąpił w Polsce spektakularny postęp w różnych zakresach działalności AAC zarówno na polu naukowo-badawczym<sup>6</sup>, jak i realizacji praktycznej. Dokonuje się on dzięki pracy i wysiłkowi powstałych ośrodków. Osoby

<sup>4</sup> Ibidem, s. 8.

<sup>5</sup> W. LOEBL: *Nowatorskie i alternatywne metody...*, s. 32.

<sup>6</sup> Badania naukowe są prowadzone przez pracowników uniwersytetów i akademii pedagogicznych, m.in. na Uniwersytecie Gdańskim, Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, Akademii Pedagogicznej w Krakowie, Uniwersytecie Szczecińskim, Uniwersytecie im. A. Mickiewicza w Poznaniu, Uniwersytecie M. Kopernika w Toruniu (Ibidem, s. 31–32).

w nich zatrudnione dzielą się swoją wiedzą i umiejętnościami, prowadząc szkolenia, publikując artykuły, książki, biuletyny. Działające prężnie od 1999 roku Stowarzyszenie „Mówić bez Słów” jest ciałem koordynującym działalność: upowszechniającą, wydawniczą, szkoleniową, ekspercką i projektującą kompleksową pomoc osobom niemówiącym<sup>7</sup>.

## Charakterystyka osób korzystających z komunikacji alternatywnej i wspomagającej

Stephen von Tatzchner i Harald Martinsen uznali, że osoby korzystające z komunikacji alternatywnej i wspomagającej tworzą trzy zasadnicze grupy w zależności od funkcji, jaką mają w ich przypadku pełnić zastosowane systemy porozumiewania się. Potrzeby tych trzech grup w różnym stopniu i nasileniu dotyczą:

- środków ekspresji;
- wsparcia językowego;
- języka alternatywnego.

Cechą wspólną wszystkich osób korzystających z komunikacji alternatywnej i wspomagającej jest niewykształcona mowa lub utrata umiejętności mówienia w wyniku wypadku bądź choroby, a w konsekwencji – problemy w porozumiewaniu się z innymi<sup>8</sup>.

Dzieci i dorośli należący do grupy ekspresji językowej mają zdolność rozumienia mowy innych, choć nie potrafią się nią posługiwać. Zaburzenia ruchowe o różnym nasileniu wpływają na wybór systemu znaków graficznych. Do tej grupy należą osoby w normie intelektualnej oraz osoby z upośledzeniem umysłowym lub zaburzeniami językowymi, u których występuje znaczna różnica między stopniem rozumienia języka a możliwościami ekspresji. W ich przypadku celem pracy z osobą niepełnosprawną jest zapewnienie formy porozumiewania się, która może być stosowana w różnych sytuacjach przez całe jej życie, oraz stworzenie odpowiedniej relacji między językiem mówionym, wykorzystywanym w danym środowisku, a alternatywną formą językową potrzebną do ekspresji własnej.

Interwencja terapeutyczna opiera się więc na nauce rozumienia prostych i złożonych symboli graficznych, takich jak PCS, PIC, symbole Bliss, oraz na nauce tradycyjnej ortografii i czytania.

W grupie wymagającej wsparcia językowego zasadniczo wyróżnia się dwie podgrupy. W przypadku pierwszej podgrupy – rozwojowej – wprowadzenie alternatyw-

<sup>7</sup> Ibidem, s. 31.

<sup>8</sup> S. TETZCHNER, H. MARTINSEN: *Wprowadzenie do wspomagających i alternatywnych sposobów...*, s. 62.



nego środka komunikacji jest częścią procesu służącego rozwojowi mowy. Zaburzenia występujące w tej grupie osób niepełnosprawnych mają postać łagodną, a forma komunikacji alternatywnej nie musi być stałym narzędziem pomocy. Do tej podgrupy należą dzieci z dyzfazją rozwojową, a także z upośledzeniem umysłowym. Druga podgrupa wsparcia językowego obejmuje dzieci i dorosłych po zabiegach chirurgicznych, którzy okresowo utracili mowę. Głównym celem terapii prowadzonej w ramach tej podgrupy jest określenie jasnej relacji między mową a alternatywną formą językową oraz rozwiązanie problemów środowiskowych związanych z ograniczeniami mowy. Alternatywna forma komunikacji ma pełnić rolę „szkieletu” dla rozwoju naturalnej mowy. Terapeuta koncentruje się zatem na pobudzaniu do rozumienia języka i ekspresji językowej.

Do drugiej podgrupy – sytuacyjnej – zalicza się dzieci, młodzież i dorosłych, którzy nauczyli się mówić, lecz słuchacze mają trudności z rozumieniem ich artykulacji. Stopień rozumienia tych osób przez innych zależy od tego, jak dobrze są one znane otoczeniu, oraz od nasilania dźwięku. Rozumienie dyskusji na temat wspólnych doświadczeń ze słuchaczem nie powinno sprawiać problemów, jednak opis filmu, którego słuchacz nie oglądał, nie musi być już tak jasny w odbiorze.

Dziecko świetnie rozumiane w swojej klasie może być całkowicie niezrozumiane w innej sytuacji dialogowej. Właśnie w takich sytuacjach lub w towarzystwie nieznanymi osoby z tej podgrupy będą potrzebowały znaków manualnych, liter lub znaków graficznych. Interwencja w tym przypadku skupia się więc na umiejętności wspomaganie mowy, a także na monitorowaniu rozumienia przez partnera konwersacji oraz na wykorzystaniu różnych środków i strategii w rozmaitych sytuacjach.

Korzystanie z alternatywnego systemu komunikacji jako wsparcia językowego jest łatwiejsze wówczas, gdy dana osoba została właściwie zdiagnozowana, gdy wiadomo, jak rozwija się mowa dzieci i dorosłych o stwierdzonych dysfunkcjach.

Osoby zaliczane do grupy języka alternatywnego korzystają z tej formy komunikacji przez całe życie, ponieważ mowa nie rozwinęła się u nich wcale lub werbalizują jedynie pojedyncze sylaby. Jest ona również potrzebna tym, którzy komunikują się z nimi. Chodzi więc o wprowadzenie alternatywnej formy komunikacji jako języka podstawowego dla całego otoczenia. Głównym celem interwencji jest zapewnienie warunków, w których dziecko lub dorosły mogliby nauczyć się rozumienia i posługiwania się alternatywnym środkiem komunikacji bez odwoływania się do języka mówionego. Istotne jest również stworzenie odpowiedniego środowiska, w którym taki sposób komunikacji będzie naprawdę funkcjonalny. Do tej grupy zalicza się osoby autystyczne, z upośledzeniem umysłowym, dzieci i dorosłych z agnozą słuchową.

Podział na trzy różne grupy użytkowników AAC jest spowodowany tym, że dzieci i dorośli z zaburzeniami mowy dochodzą różnymi drogami do swojej ostatecznej kompetencji językowej<sup>9</sup>. W każdej z tych grup wyznaczone są różne cele

<sup>9</sup> Ibidem, s. 63 i n.

i one warunkują charakter interwencji. Cele te powinny być sformułowane na podstawie indywidualnej sytuacji danej osoby. Jasny i klarowny podział na grupy może pomóc w ustaleniu koniecznych zadań, jakie wynikają z interwencji.

## Strategie, metody, etapy procedur oceny stosowanych w komunikacji alternatywnej i wspomagającej

Osoby potrzebujące komunikacji alternatywnej i wspomagającej są w różnym wieku (dzieci, młodzież i dorośli) i reprezentują zróżnicowany poziom umiejętności. Pracę z nimi rozpoczyna się od oceny ich potrzeb komunikacyjnych. Dla nich wszystkich tak samo ważne jest to, by móc komunikować się i być rozumianym, aby realizować potrzeby natury fizycznej, emocjonalnej i społecznej. Ocena tych potrzeb w każdym indywidualnym przypadku będzie polegać na określeniu priorytetów interwencji terapeutycznej i wskazaniu umiejętności, które można wyrobić jako pierwsze. Celem wszystkich działań terapeutycznych jest zagwarantowanie takiej jakości życia, którą większość ludzi odbiera jako całkowicie normalną i im należną. Składają się na nią: posiadanie własnego domu oraz stałej pracy lub innego dającego satysfakcję zatrudnienia, a także przyjemność czerpana z towarzystwa innych osób, szczególnie rodziny i przyjaciół. Niezwykle ważna dla tych osób jest również możliwość zachowania kontroli nad własnym życiem i dokonywania w nim wyborów. Duże znaczenie ma poczucie własnej wartości<sup>10</sup>.

Nie osiągnięto jeszcze konsensusu dotyczącego stosowanych w przypadku komunikacji wspomagającej i alternatywnej procedur oceny oraz najlepszego sposobu jej przeprowadzenia. Procedury oceny komunikacji alternatywnej znacznie różnią się w zależności od stosującej ją osoby lub placówki. Niektórzy specjaliści dokonują oceny, wypróbowując z osobami niepełnosprawnymi różne systemy wspomagające oraz urządzenia wysokiej technologii. Inne zespoły specjalistów drobiazgowo oceniają wszystkie aspekty zdolności komunikacyjnych danej osoby. Procedury oceny obejmują zwykle obserwację danej osoby oraz przeprowadzenie badań podstawowych za pomocą dostępnych prób, testów, kwestionariuszy i skomputeryzowanych systemów oceny<sup>11</sup>.

Oceny AAC są powiązane z procedurami diagnostycznymi przeprowadzanymi w wielu dziedzinach. W celu uproszczenia procesu oceny procedury takie zostały podzielone na następujące kategorie:

- ocena środowiska komunikacyjnego;

<sup>10</sup> Ibidem, s. 90.

<sup>11</sup> M. GRYSZKA-MĘDREK: *Dom na nowo malowany*. Kraków, Wydawnictwo „Edition 2000” 2006, s. 138.

- ocena zdolności poznawczych i językowych (dotycząca umiejętności posługiwania się symbolami niezbędnymi w procesie decyzyjnym AAC);
- ocena zagadnień dotyczących pozycji (tym obszarem potrzeb najczęściej zajmują się rehabilitanci);
- ocena zdolności ruchowych oraz badanie umiejętności wzrokowych (stanowi to osobne zagadnienie związane również z rehabilitacją oraz oceną medyczną)<sup>12</sup>.

Strategie oceny stosowane w AAC są procesem zawiłym, obejmującym różne obszary badawcze i za każdym razem przebiegające w zróżnicowany sposób. Ponieważ ocena AAC wymaga uwzględnienia wiedzy z wielu dziedzin, często jest procesem długotrwałym, obejmującym wiele sesji terapeutycznych.

Istnieją różne metody przeprowadzania oceny. Obecnie preferowane modele oceny skupiają się na osobistych potrzebach poprawy umiejętności porozumiewania się. Ocenia się potrzeby komunikacyjne jednostki w jej naturalnym środowisku. Niektóre zespoły specjalizują się w przeprowadzaniu oceny wielospecjalistycznej, w której każdy członek zespołu (logopeda, psycholog, pedagog specjalny, fizjoterapeuta i terapeuta zajęciowy) ma swój wkład w konstruowanie diagnozy i wnosi wiedzę fachową w szerokim zakresie umiejętności. Ciągła interakcja między specjalistami podczas przeprowadzania oceny umożliwia szybkie podejmowanie decyzji dotyczących różnych propozycji związanych z wyborem sposobu komunikacji<sup>13</sup>.

Anne Warrick w książce *Porozumiewanie się bez słów – komunikacja wspomagająca i alternatywna na świecie* przedstawiła profil oceny możliwości komunikacyjnych stworzony na podstawie osobistych doświadczeń autorki w pracy z dziećmi niemówiącymi (schemat 1.).

Istnieją różne metody przeprowadzania oceny. David R. Beukelman i Pat Mirenda dokonali kategoryzacji różnych metod oceny i na tej podstawie wyszczególnili:

- ocenę pełną;
- ocenę opartą na kryteriach;
- ocenę prognostyczną<sup>14</sup>.

Proces pełnej oceny polega na wyczerpującym określeniu umiejętności jednostki pod kątem zdolności poznawczych, wyników w nauce, percepcji, zdolności językowych i ruchowych. W celu określenia, który system AAC wprowadzić, zbiera się informacje z wielu dziedzin. Ocena pełna prowadzi do ustalenia właściwych zaleceń dotyczących komunikacji alternatywnej i wspomagającej<sup>15</sup>.

Ocena oparta na kryteriach jest użytecznym modelem do oceny tych użytkowników AAC, których umiejętności łatwo można podzielić na kategorie ujęte w postaci pytań ogólnych (Czy...?). Proces tak skonstruowanej oceny skraca czas – poprzez naprowadzenie zespołu na właściwe strategie AAC – wyboru systemu.

<sup>12</sup> Ibidem, s. 138.

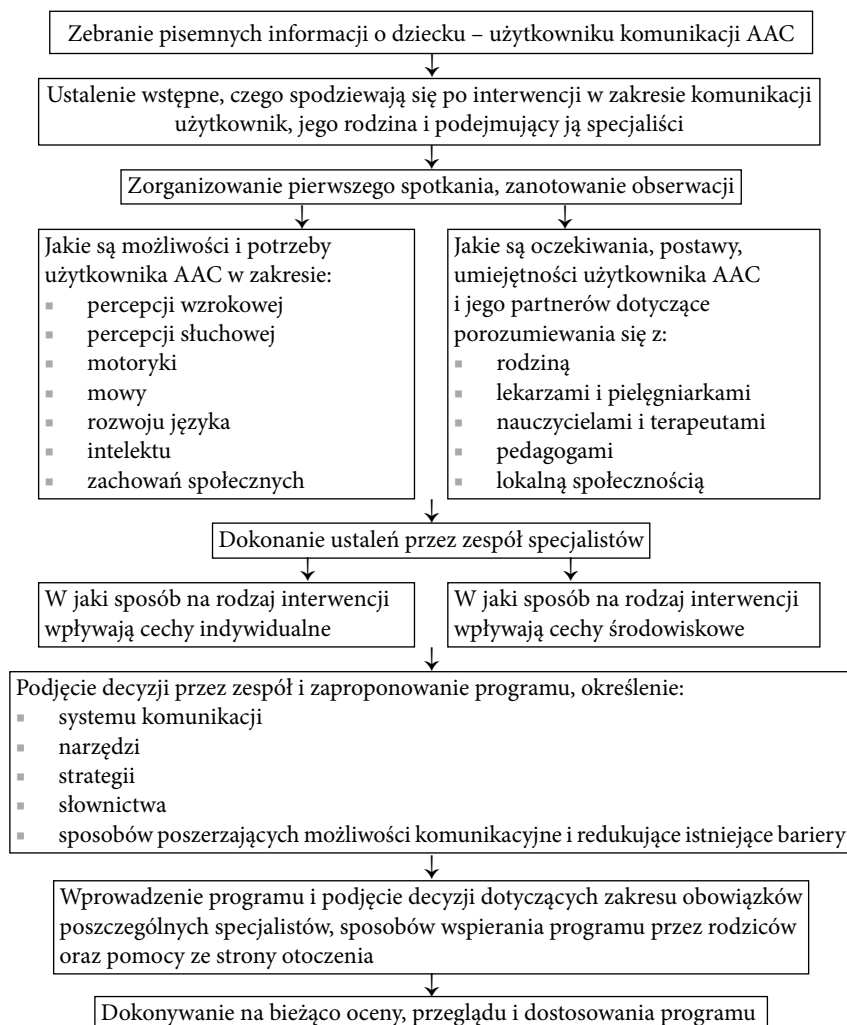
<sup>13</sup> Ibidem, s. 140–141.

<sup>14</sup> Ibidem, s. 141.

<sup>15</sup> Ibidem, s. 141.

W ocenie predyktywnej umiejętności osób niemówiących są dobierane do cech danego systemu AAC. Taki model wymaga dokładnej znajomości różnych opcji i strategii AAC. Członkowie zespołu powinni określić, jakie umiejętności poznawcze, językowe, percepcyjne i ruchowe są niezbędne do obsługi urządzenia AAC, a następnie poddać te umiejętności systematycznej ocenie. Ocenia się środowisko pacjenta, a także motywację i konieczność użycia AAC<sup>16</sup>.

SCHEMAT 1. Profil oceny możliwości komunikacyjnych



ŹRÓDŁO: A. WARRICK: *Porozumiewanie się bez słów – komunikacja wspomagająca i alternatywna na świecie*. Warszawa, Stowarzyszenie „Mówić bez słów”, 1999, s. 86.

<sup>16</sup> Ibidem, s. 145–147.

W dotychczasowych opracowaniach polskojęzycznych omówiono wielospecjalistyczne badanie i ocenę AAC w konwencji oceny pełnej. W tak zaprezentowanej ocenie wyszczególniono następujące metody: testy, kwestionariusze, wywiady, systematyczną obserwację i nauczanie eksperymentalne. S. von Tezchner i H. Martinsen proponują, by diagnoza, która w konsekwencji prowadzi do interwencji językowej, rozpoczynała się od oceny zainteresowań. Jedynie wtedy będzie ona celowa z perspektywy osoby potrzebującej wsparcia. Kolejno powinien następować przegląd czynności, które dana osoba niepełnosprawna jest w stanie wykonać. Ocenione zostać muszą również możliwości ruchowe osoby objętej interwencją. Ma to decydujący wpływ na wybór systemu komunikacji i ewentualnych pomocy w porozumiewaniu się. Pomoc i proponowana interwencja powinny się wiązać z modelem funkcjonowania danej rodziny oraz wszelką inną pomocą (prawną, finansową itp.), jakiej rodzina potrzebuje<sup>17</sup>.

## Formy komunikacji pozawerbalnej

Wszystkie formy komunikacji pozawerbalnej korzystają z różnego rodzaju narzędzi, które stanowią grupy znaków, symboli i obrazków. Do najczęściej używanych systemów zaliczamy:

- piktogramy (*Piktogram Ideogram Communication* – PIC);
- symbole PCS;
- symbole Blissa;
- gesty;
- różnego rodzaju rysunki, obrazki, zdjęcia.

W kodyfikacji komunikacji alternatywnej i wspomagającej piktogramy zostały sklasyfikowane w znakach graficznych, do których należą również symbole Blissa, PCS, rebusy, leksigramy, sigsymbole. Od samego początku metoda ta była wykorzystywana do pracy z dziećmi niepełnosprawnymi intelektualnie, jak również niemogącymi korzystać z symboli Blissa oraz pisma.

Wśród piktogramów można wyróżnić:

- piktogramy wykonane na białym tle, np. *Picture Communication Symbols*;
- piktogramy wykonane na czarnym tle, np. *Piktogram Ideogram Communication*; mają one białe grafy umieszczone na czarnym tle, często z podpisem.

Piktogramy są jednym z najprostszych i najefektowniejszych sposobów nawiązania komunikacji z osobami mającymi problemy w zakresie porozumiewania się (niemówiące, nierozumiejące mowy, niekorzystające z języka, o nieukształtowanej

---

<sup>17</sup> S. TETZCHNER, H. MARTINSEN: *Wprowadzenie do wspomagających i alternatywnych sposobów...*, s. 90–120.

formie reprezentacji symbolicznej), w rozumieniu sytuacji społecznych (z niedostatecznie ukształtowanym poczuciem tożsamości, z trudnościami w inicjowaniu kontaktów) oraz z porozumiewaniem się z najbliższym otoczeniem (dzieci z trudnościami w uczeniu się i zaburzoną percepcją wzrokowo-słuchową)<sup>18</sup>.

Piktogramy są obrazkami czarno-białymi. Mają kształt kwadratu o rozmiarach 10 × 10 cm. Są wydrukowane na kartonie, często zalaminowane. Znaczenie każdego obrazka (białej figury na czarnym tle) jest opisane słownie, pismem drukowanym w formie wyrazu znajdującego się nad wizerunkiem symbolu. Wszystkie występujące w systemie piktogramów znaki (symbole) zostały podzielone na 26 kategorii słownych, które reprezentują otaczającą rzeczywistość: przedmioty, postacie, czynności, cechy, obiekty, stany emocjonalne, uczucia, symbole społecznego kontaktu, porządek czasowy i relacje przestrzenne. Piktogramy cechuje:

- reprezentacyjność realnej rzeczywistości;
- prostota formy graficznej;
- pojemność kategorii: wybór najbardziej funkcjonalnie uzasadnionych symboli rzeczywistości;
- jednoznaczność przedstawionych treści;
- określony poziom stylizacji;
- przewaga ikoniczności nad arbitralnością;
- duży kontrast czarno-biały, ułatwiający percepcję<sup>19</sup>.

Znaki piktogramów w różnorodny sposób reprezentują obiekty i wizerunki rzeczywiste. I tak, obrazy wysokoikoniczne są bardzo podobne do obiektu, obrazy niskoikoniczne są mniej lub bardziej uproszczone bądź stylizowane. Symbole, mimo że bezpośrednio nie przedstawiają obiektu, lecz reprezentują go przez pokazanie pewnego szczegółu, można podzielić na:

- symbole asocjacyjne (kojarzeniowe), które pokazują coś, co my kojarzymy z pojęciem, np. walizkę kojarzymy z podróżą;
- symbole podobieństwa, które powodują, że kojarzymy je z pojęciami przez analogię, czyli dzięki pewnej zgodności pomiędzy symbolem a jego znaczeniem w naszej świadomości, np. serce przebite strzałą kojarzymy z miłością;
- symbole arbitralne, które nie posiadają wizualnego połączenia z pojęciem, tj. tworzą obraz i nadają mu pewne znaczenie, np. symbol € reprezentuje walutę<sup>20</sup>.

Reguły składni zależą od nadawcy, czyli niepełnosprawnego użytkownika, który dysponuje ograniczonymi możliwościami percepcji. Tworzy on indywidualny styl użycia piktogramów. Może budować swoje wypowiedzi według reguł składni języka dźwiękowego lub używać jednego znaku w formie sygnalizacji ważnych treści.

<sup>18</sup> *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*. Red. J. BŁESZYŃSKI. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls 2006, s. 362–366.

<sup>19</sup> M. PODESZEWSKA-MATEŃKO: *Piktogramy – istota, charakterystyka ogólna*. W: *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji...*, s. 369–373.

<sup>20</sup> *Ibidem*, s. 375–376.

System PCS, który powstał w 1980 roku, zawiera ponad 3 000 symboli uporządkowanych w takie kategorie, jak: ludzie, czasowniki, symbole opisowe, jedzenie, czas wolny, rzeczowniki itp. Każdy symbol został opatrzony napisem. Symbole mogą przedstawiać pojedyncze słowa, zwroty, zdania i zestawy zdań. Obrazki w systemie PCS dostępne są w postaci:

- książki *The Communication Symbols Book*, która zawiera 3 000 czarno-białych symboli w wersji angielskiej;
- zestawu kolorowych, samoprzylepnych naklejek;
- oprogramowania Boardmarker, które jest najbogatszą wersją.

Obecnie system PCS jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych systemów na świecie. Od 2001 roku jest dostępny w polskiej adaptacji. Przejrzystość systemu sprawia, że dzieci bardzo szybko zaczynają rozumieć znaczenie symboli i nie muszą wkładać zbyt wiele wysiłku, aby się ich nauczyć. Dużym atutem systemu jest jego elastyczność, spójność oraz walory estetyczne. Większości dzieciom symbole po prostu się podobają, dlatego lubią z nich korzystać<sup>21</sup>.

System komunikacji Blissa jest metodą porozumiewania się, w której słowa zostały przedstawione w postaci rysunku. Rysunki (symbole) stanowią graficzną ilustrację znaczenia danego słowa. Symbole są przedstawione w formie prostych kształtów geometrycznych, takich jak: koła, linie, kwadraty, strzałki itp. Każdy symbol ma swoje znaczenie, które jest bliższe pojęciom niż konkretnym słowom, reprezentuje szerokie pole znaczeniowe i oznacza również kilka wyrazów pokrewnych, bliskich znaczeniowo. System ten jest bardzo przemyślany. Gdy do prostego symbolu dodaje się kolejny element graficzny, wówczas powstaje nowy obraz i w logiczny sposób zmienia znaczenie symbolu. Można je ujmować w kategorii, np. części mowy, a każda część mowy ma określony kolor tła. Jest więc możliwe budowanie wypowiedzi zgodnie ze składnią danego języka. Podstawowy słownik Blissa zawiera około 3 000 symboli, które reprezentują ponad 6 000 słów. Specyfika i wyjątkowość systemu polega na możliwości budowania pełnych zdań, prowadzenia rozmowy, wyrażania opinii i ocen, opisywania przeżyć i zdarzeń. System komunikacji Blissa umożliwia zatem rozwijanie w pełni swojej własnej osobowości. Ma uniwersalny charakter, jest elastyczny, nie ogranicza się do jednego języka. Z systemu Blissa mogą korzystać osoby z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, u których występują zaburzenia mowy lub całkowity jej brak. W Polsce system ten działa od 19 lat i doskonale sprawdza się w pracy logopedów, w szpitalach, sanatoriach, szkołach specjalnych i klasach integracyjnych<sup>22</sup>.

Wśród systemów komunikacji niewspomaganej szczególnym zainteresowaniem cieszą się:

- Program Językowy Makaton;

<sup>21</sup> K. KANIECKA: *Picture Communication Symbols*. W: *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji...*, s. 353–361.

<sup>22</sup> A. LECHOWICZ: *System komunikacji symbolicznej Bliss – twórca systemu, budowa, użytkownicy, rozwój systemu w Polsce*. W: *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji...*, s. 451–470.

- gesty Coghamo;
- fonogesty.

Program Językowy Makaton powstał w 1972 roku dzięki pracy Margaret Walker, Kathy Johnston i Tony'ego Cornfortha z niesłyszącymi dorosłymi osobami niepełnosprawnymi intelektualnie. Jako podstawową formę porozumiewania się wykorzystano znaki manualne języka migowego. Z czasem metoda ta ulegała zmianom i poprawkom, dzięki czemu obecnie stosowanie w Makatonie gestów, symboli i mowy wypływa z filozofii komunikacji totalnej, zakładającej, że każdy powinien mieć możliwość używania wszystkich kanałów komunikacyjnych, jakie odpowiadają jego potrzebom. Głównym założeniem Makatonu jest umożliwienie podstawowej komunikacji, a następnie – o ile będzie to możliwe – przejście do pełniejszego systemu komunikacji, jakim może być mowa werbalna. Nie ma jednej określonej grupy posługującej się Makatonem. Osoby, które z niego korzystają z różnych przyczyn, potrzebują przystosowanych form pomocy do skutecznego porozumiewania się. Fundament metody stanowi słownictwo podstawowe, obejmujące najważniejsze gesty i symbole. Zasób słów tworzą głównie pojęcia dnia codziennego. Rozwinięciem słownictwa podstawowego jest słownictwo dodatkowe, w ramach którego zasób słów jest uporządkowany tematycznie – ludzie, zawody, hobby, zwierzęta, transport itp. Znakami wykorzystywanymi w Makatonie są gesty i symbole graficzne, które mogą być stosowane łącznie lub oddzielnie. W odróżnieniu od języka migowego w Makatonie kolejność wykonywanych znaków odpowiada kolejności wyrazów języka mówionego, przy czym gesty wspomagają tylko słowa kluczowe w zdaniu, a nie każde jego słowo. Wykonywanym gestom powinna towarzyszyć mowa, zgodna z regułami gramatyki. Metoda ta, oprócz gestów, posiłkuje się również elementami towarzyszącymi językowi dźwiękowemu i migowemu, takimi jak: wyraz twarzy, kontakt wzrokowy, postawa ciała czy zachowanie przestrzenne (kierunek, ruch, miejsce). Symbole wykorzystywane w Makatonie, które stanowią graficzną reprezentację pojęć, tworzą proste, czarno-białe rysunki liniowe, są pomyślane w taki sposób, aby można je było bez większego trudu narysować odręcznie. Znaki nie zastępują mowy, stanowią jedynie jej uzupełnienie, pomagają „zobaczyć” wypowiedziane słowa. Uczenie znaków Makatonu powinno odbywać się w naturalnym środowisku osoby niepełnosprawnej, w miejscu, które ona zna i w którym czuje się bezpiecznie. Nie należy się ograniczać jedynie do otoczenia domu i domowników, ale dobrze jest uwzględnić inne miejsca, w których dana osoba na co dzień funkcjonuje. Zastosowanie gestów Makatonu nie tylko pozytywnie wpływa na naukę mówienia, ale również przynosi inne korzyści, gdyż:

- redukuje frustrację i napięcie spowodowane niemożliwością skutecznego porozumiewania się osoby niemówiącej z rodziną;
- stwarza szansę budowania relacji z innymi ludźmi, a przede wszystkim więzi emocjonalnej z rodziną;
- umożliwia rodzinie poznanie własnego dziecka;



- daje osobie niemówiącej możliwość rozwijania kompetencji komunikacyjnych w interakcjach społecznych;
- wspomaga proces pamięci;
- stymuluje rozwój intelektualny;
- daje poczucie samodzielności i kreatywności, przyczyniając się do lepszego rozwoju psychospołecznego<sup>23</sup>.

Stymulacja umiejętności komunikacyjnych otwiera osobie niepełnosprawnej, niemówiącej świat nowych możliwości. Gdy dana osoba zyska większą odrębność i świadomość własnej sprawczości, wówczas zaczyna porozumiewać się, a dzięki temu ma szansę zaistnieć wspólnie z innymi i współtworzyć rzeczywistość<sup>24</sup>.

## Studium przypadku

Celem badań jest przedstawienie zasad skuteczności podjętej terapii logopedycznej w zakresie komunikacji wspomagającej i alternatywnej trzynastoletniej dziewczynki z mózgowym porażeniem dziecięcym i jej rodziny. Terapia logopedyczna z tą pacjentką była prowadzona przeze mnie w jej rodzinnym domu. Dojeżdżałam do dziecka trzy razy w tygodniu na jedną godzinę zajęć. Terapia odbywała się w pokoju dziecka bez obecności opiekunów, gdyż jakakolwiek obecność innej osoby rozpraszała dziewczynkę i uniemożliwiała przeprowadzenie zajęć.

Kamila jest trzynastoletnią dziewczynką ze zdiagnozowaną niepełnosprawnością sprzężoną: czterołożynowym mózgowym porażeniem dziecięcym, niedowidzeniem, spastycznym zwłknięciem rzepek obu stawów. W badaniu psychologicznym przeprowadzonym w 2008 r. w Centrum Edukacji i Rehabilitacji w Zabrzu stwierdzono spadek aktywności dziecka w stosunku do poprzedniego badania. Zmianę w zachowaniu powiązano ze skomplikowaną sytuacją rodzinną dziewczynki. W skali do kwalifikowania dziecięcego autyzmu C.A.R.S. dziecko uzyskało wynik 37. W badaniu aktywności dziewczynki ukierunkowanej na własne ciało stwierdzono, że dziecko nie chodzi, porusza się na kolanach, w domu rodzinnym czasem wokalizuje, w przedszkolu nie zaobserwowano takiej aktywności, dziewczynka dość często rwie swoje włosy, naciska dłonią na gardło, wyrzuca palec wskazujący lewej ręki w górę. Na podstawie badania aktywności dziecka ukierunkowanej na przedmioty ustalono, że dziewczynka nie interesuje się żadnymi przedmiotami. Badanie aktywności dziecka ukierunkowanej na osoby pozwoliło zdiagnozować: wyraźne upośledzenie

<sup>23</sup> B.B. KACZMAREK: *Teoretyczne i praktyczne podstawy metody Makaton*. W: *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*. W: *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji...*, s. 285–293.

<sup>24</sup> M. GRYCMAN: *Budowanie efektywnego systemu porozumiewania się u dziecka z zespołem Cri du Chat (krzyku kociego)*. „Biuletyn Stowarzyszenia Mówić bez Słów” 2004, nr 5 (7), s. 20.

czynności takich, jak kontakt wzrokowy, wyraz twarzy, gesty, kontakt z drugą osobą – dziewczynka w domu przytula się do babci, inicjuje czasem z nią kontakt, w przedszkolu takiej aktywności nie przejawia, przy silnej stymulacji dziewczynka naśladuje klaskanie, obserwuje się reakcje odroczone, poproszona o wskazanie różnych części ciała zawsze wskazuje na nos. Wszystkie te obserwacje świadczą o upośledzeniu umysłowym w stopniu znacznym, w dolnej granicy przedziału.

Obecnie dziewczynka mieszka z ojcem i babcią w niewielkim, dwupokojowym mieszkaniu w Zabrze. Sytuacja rodzinna dziecka jest niezwykle trudna, ponieważ jej życie toczy się w centrum konfliktu pomiędzy babcią a ojcem. Babcia jest prawnym opiekunem Kamili, wobec ojca toczy się postępowanie o pozbawienie praw rodzicielskich. Nieustanne konflikty i kłótnie pomiędzy dorosłymi nie wpływają korzystnie na rozwój emocjonalny dziewczynki. Przedmiotem sporu jest brak – zdaniem babci – zaangażowania ojca w opiekę nad niepełnosprawną córką oraz jego długoletnie bezrobocie, a w efekcie trudności finansowe rodziny i brak środków na rehabilitację dziecka. Trudności w znalezieniu pracy ojciec tłumaczy przewlekłą chorobą nerek (2 razy w tygodniu uczęszcza na dializy). Zdaniem babci jest to zwyczajna wymówka i lenistwo zięcia. Mama dziewczynki nie żyje od 11 lat. Z wywiadu przeprowadzonego z babcią dowiedziałam się, że Kamila była pierwszym i jedynym dzieckiem rodziców. Urodziła się o czasie, z prawidłowo przebiegającej ciąży, jednak przez cesarskie cięcie. Szczegółowych przyczyn takiego rozwiązania babcia nie zna. Waga dziewczynki tuż po urodzeniu była bardzo niska (2 100 g). Nikt z lekarzy nie stwierdził żadnych nieprawidłowości i mamę wraz z dzieckiem wypisano ze szpitala.

W opiece nad Kamilą młodym rodzicom pomagała babcia. Dziewczynka miała trudności ze ssaniem i utrzymaniem temperatury ciała. Jej wiotkość tłumaczono niską wagą urodzeniową. Mama ze względu na trudności z naturalnym karmieniem zdecydowała się na karmienie butelką. Kłopoty ze ssaniem dziewczynki sprawiły, że karmienie zajmowało większą część dnia. Właściwy odruch ssania pojawił się około 2. miesiąca życia. Wtedy też zaniepokojeni rodzice udali się do pediatry, ponieważ Kamila miała trudności z unoszeniem głowy, a jej piąstki były cały czas zaciśnięte. Szczegółowe, specjalistyczne badania wykazały czterokończynowe mózgowie porażenie dziecięce. W tym samym czasie z powodów ekonomicznych rodzice Kamili przeprowadzili się na Śląsk. Tutaj mama dziecka rozpoczęła jego intensywne leczenie i rehabilitację. Z rozmowy z babcią wynika, że rozwój Kamili był nieco opóźniony, ale ogromne zaangażowanie i odpowiedzialność mamy dawały nadzieję na pomyślną rehabilitację. Te informacje nie pokrywają się jednak z danymi ze szpitalnej karty informacyjnej. Niestety, choroba mamy i jej śmierć spowodowały, że dziewczynka pozostała pod opieką ojca i jego matki. Obydwoje opiekunowie nie kontynuowali rehabilitacji ani nie podejmowali żadnych innych działań na rzecz dziecka. Od 3. roku życia Kamila uczęszczała do żłobka. Ojciec i jego matka nie współpracowali z wychowawcami. Dziewczynka nadal pozbawiona była właściwej opieki. Taki stan rzeczy trwał do 2006 roku kiedy zmarła babcia dziecka. Opuszczony, samotny ojciec był bezradny i nie potrafił podjąć się wychowania niepełnosprawnej córki.

Sytuację jego pogorszyła utrata pracy, a następnie ucieczka w alkohol. Od tej chwili Kamilą zajmuje się teściowa ojca. Jest ona osobą niezwykle energiczną i z wielkim zapałem, zaangażowaniem podjęła walkę o rehabilitację wnuczki i jej godną przyszłość. Rozpoczęła ponownie wizyty u specjalistów: pediatry, neurologa, psychiatry, ortopedy, okulisty, dentyści, logopedy. Wieloletnie zaniedbania doprowadziły do poważnych i nieodwracalnych deficytów u dziewczynki.

W 2008 roku dziecko zostało skierowane do kliniki pediatrii i neurologii w Katowicach, gdzie poddano je szczegółowym badaniom fizycznym i psychicznym. W badaniu neurologicznym stwierdzono cechy niedowładu czterokończynowego o typie piramidowo-pozapiramidowym, zmienne napięcie mięśniowe w kończynach górnych, masywne przykurcze w stawach kolanowych i skokowych, widoczne okresowo mimowolne ruchy rąk. Ocena psychologiczna wykazała znaczne opóźnienie rozwoju umysłowego: dziecko siedzi samodzielnie, nie chodzi, porusza się na wózku bądź czworakując, koordynacja wzrokowo-ruchowa odpowiada 15.–16. miesiącowi życia, mowa kształtuje się na poziomie 20. miesiąca życia.

Babcia dziewczynki bardzo skrupulatnie przestrzega wszystkich zaleceń lekarskich. Kamila poddana została intensywnej rehabilitacji ruchowej w miejscowej przychodni. Tam również, w 2010 roku, dziewczynka rozpoczęła terapię logopedyczną. Właściwą terapię poprzedziła nauka prawidłowej podaży pokarmów. Do tej pory dziewczynka spożywała posiłki wyłącznie miksowane, nie potrafiła gryźć ani żuć pokarmów. Po kilku tygodniach trudnej pracy Kamila zaczęła spożywać posiłki stałe. Kolejnym etapem terapii było wprowadzenie masażu ustno-twarzowego oraz praca nad wywoływaniem samogłosek. Dziewczynka w miarę poprawnie realizuje samogłoski, lecz duże napięcie mięśniowe oraz porażenie języka uniemożliwiają dalszą pracę nad mową dźwiękową, dlatego prowadząca terapię logopeda zaproponowała alternatywną formę komunikacji.

### Diagnoza logopedyczna

Na podstawie historii choroby Ośrodka Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych prowadząca logopeda stwierdziła oligofazję w stopniu znacznym, dyzartrię na podłożu mózgowego porażenia dziecięcego. Terapię rozpoczęła od wywoływania samogłosek [a], [o], [u], [e] metodą torowania dźwięków, nauki właściwej podaży pokarmów, terapii żucia oraz ćwiczeń oddechowych. Terapia prowadzona była od stycznia 2010 roku.

### Analiza i opis badań własnych

Pracę z Kamilą rozpoczęłam jesienią 2010 roku w ramach praktyki w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych. Zajęcia odbywały się raz w tygodniu

i trwały 15 minut. Dziewczynka przychodziła na terapię bardzo spięta, przestraszona. Jej ogromny stres i blokadę psychiczną babcia tłumaczyła rehabilitacją ruchową, która zaczynała się tuż po zajęciach z logopedą. Dziewczynka nie lubiła ćwiczeń z rehabilitantem, ponieważ są one bolesne i nieprzyjemne, konieczne jednak dla jej dalszego prawidłowego rozwoju. Od stycznia 2011 roku rozpoczęłam zajęcia terapeutyczne z Kamilą w jej domu rodzinnym. Spotykałyśmy się 3 dni w tygodniu na godzinnych sesjach terapeutycznych. Ponieważ ustalenie profilu oceny możliwości komunikacyjnych dziecka do zastosowania komunikacji wspomagającej i alternatywnej było niemożliwe – dziewczynka nie reagowała na żadne próby przeprowadzenia testów, postanowiłam przeprowadzać na bieżąco ocenę tych możliwości na podstawie obserwacji. Dopiero kilka tygodni później, gdy dziewczynka przyzwyczaiła się do mojej obecności i nieco ośmieliła, miałam możliwość dokonania oceny jej zdolności poznawczych i umiejętności.

Nasze spotkania zaczęły się od budowania wzajemnego zaufania i dobrych relacji. Dziewczynka, z reguły nieufna i zamknięta w sobie, w domu zachowywała się swobodniej i pewniej niż na wizytach w ośrodku. Pierwsze dni terapii upłynęły na zabawach relaksacyjnych, ruchowych, oddechowych, dostosowanych do możliwości i umiejętności dziecka.

Podjęta terapia miała na celu przede wszystkim zdobycie przez Kamilę umiejętności porozumiewania się. Osiągnięcie tego celu głównego było możliwe tylko przy jednoczesnym nakreśleniu celów szczegółowych, które wyznaczają drogę do jego spełnienia. Za cele szczegółowe uznałam:

- rozwijanie potrzeby kontaktu z innymi ludźmi;
- kształtowanie umiejętności percepcyjnych;
- kształtowanie wspólnego pola uwagi;
- ćwiczenie koncentracji uwagi;
- usprawnianie układu oddechowego;
- kształcenie słuchu – aparatu odbiorczego;
- aktywizowanie dziecka podczas zabawy;
- stymulowanie ogólnego rozwoju dziecka;
- wyrobienie umiejętności komunikowania własnych potrzeb;
- wyrobienie umiejętności budowania sygnałów służących porozumiewaniu się.

Podczas pracy z dziewczynką posługiwałam się metodami stymulującymi, aktywizującymi, korygującymi, usprawniającymi, metodami kontroli dotykowej i czucia skórznego.

Opracowując scenariusz zajęć na każde spotkanie, szczególną uwagę zwracałam na ćwiczenia rozwijające wzajemne zaufanie i umiejętność współdziałania z drugą osobą. Takie właśnie zabawy, stymulujące czucie taktylne i proprioceptywne dłoni, rozpoczynały nasze spotkania. Po kilku tygodniach dziewczynka dobrze poznała i zapamiętała treść wierszyków i piosenek do zabaw paluszkowych. Te wspólne gry sprawiały jej szczególną przyjemność i radość. Zdarzało się, że dziewczynka z niespotykanym wdziękiem „wymuszała” wielokrotne powtórzenia. Powtarzal-

ność i przewidywalność zajęć powodowały, że dziecko czuło się pewnie i wykazywało niewielką inicjatywę w dialogu interpersonalnym. W czasie naszych kilku ostatnich spotkań Kamila sama zainicjowała melodię i wskazała gestem chęć do zabawy paluszkowej.

Wiele czasu zajmowały nam również ćwiczenia oddechowe (dmuchanie piórek, kuleczek styropianowych, kolorowych kartek papieru) oraz ćwiczenia artykulatorów (masaż Jacka Kielina), których dziewczynka nie lubiła i wykonywała je bardzo niechętnie.

Druga seria zabaw dotyczyła poznawania i utrwalania kolorów. Te ćwiczenia sprawiały dziewczynce wyjątkową trudność. Mimo wielu ciekawych, atrakcyjnych form zabaw z kolorami (zabawy manualne z klockami, wstążkami, kręglami, rysowanie farbami, kredkami, rzuty piłkami) nie udało się osiągnąć zadowalających wyników.

Efektów nie dały również próby wprowadzenia, rozumienia i utrwalania pojęcia „taki sam” oraz gestu „gdzie”. Ćwiczenia na podstawie kolorowych klocków, pluszowych zabawek, przedmiotów codziennego użytku szybko nudziły Kamilę. W wielu przypadkach stanowczo odmawiała uczestnictwa w zabawie.

Podczas zajęć dziewczynka zwracała szczególną uwagę na kolorowe książeczki. Bardzo szybko nauczyła się gestu „czytać” i wskazywała palcem na leżące na stole książki, które oglądała z zainteresowaniem. Wielokrotnie podczas naszych spotkań, na wyraźną prośbę (w formie gestu „jeszcze”) dziecka, powracaliśmy do przeczytanych już książeczek. Wszystkie one dotyczyły zwierząt domowych, a więc postaci znanych i bliskich dziecku. Na tej podstawie rozpoczęłam pracę z piktogramami. Przygotowałam kolorowe obrazki zwierząt, bohaterów bajek, które stały się początkiem nauki wskazywania, kojarzenia symbolu (ilustracji) z desygnatem. Jednocześnie rozpoczęliśmy pracę nad rozróżnianiem i naśladowaniem dźwięków wydawanych przez te zwierzęta. Z czasem zabawy osiągały coraz wyższy stopień trudności. Do pracy wykorzystałam płyty z nagranyymi dźwiękami przyrody i zwierząt. Dziewczynka, słuchając nagrań odgłosów zwierząt, na polecenie: „Pokaż, jakie zwierzątko tak mówi”, próbowała wskazywać palcem piktogram, odpowiadający danemu dźwiękowi. Ta umiejętność wymaga jeszcze wielu ćwiczeń i powtórzeń, ale daje nadzieję na skuteczną pracę nad komunikacją alternatywną.

Kolejne zadanie, które postawiłam przed Kamilą, było ukierunkowane na doskonalenie małej motoryki poprzez zabawy konstrukcyjne i plastyczne. W tym celu wykorzystywałam kolorowe klocki, z których dziewczynka budowała wieże, a także plastelinę, z której ugniatała kulki. Wprowadziłam również nowe pojęcia i gesty: „duży” i „mały”. Zadaniem dziecka było budowanie wieży dużej lub małej oraz odpowiedź – za pomocą gestu – na pytania: „Jaką budujemy wieżę, dużą czy małą?” oraz „Gdzie jest wieża duża / mała?” Po zakończeniu budowy dziewczynka z wielką radością burzyła swoją wieżę i gestem „jeszcze” prosiła o kontynuowanie zabawy. Wielokrotne powtarzanie zabawy nauczyło Kamilę intencjonalności wykonywanych ruchów. Jednak kontrola terapeuty nad hamowaniem zbyt szybkich ruchów

wykonywanych przez dziecko jest jeszcze niezbędna. Pozwoli ona na kształtowanie i doskonalenie umiejętności skupiania uwagi oraz precyzyjnego wykonywania ruchów. Zabawa z plasteliną wywoływała umiarkowany entuzjazm dziewczynki, którą bardzo rozpraszał charakterystyczny zapach tego materiału, co powodowało, że skupiała uwagę na doznaniach zapachowych, a nie na pracy z materiałem plastycznym.

Mocną stroną dziewczynki okazała się duża umiejętność skupienia uwagi podczas oglądania bajek. Udało nam się wypracować wspólne pole uwagi podczas „sesji bajkowych”. Kamila chętnie wskazywała bohaterów bajkowych i ich cechy charakterystyczne (np. okulary). Wykorzystałam tę sprawność do wprowadzenia nowych piktogramów z ilustracjami ulubionych dobroćek. Dziewczynka bardzo szybko nauczyła się wskazywać bajki, które chciałaby oglądać.

Szczególną uwagę i zaangażowanie dziecka wywoływały wierszyki i piosenki ilustrowane gestem. Kamila chętnie naśladowała ruchy, proste czynności w zabawie typu „rób to co ja” lub „weź do ręki ten sam przedmiot”.

Pracowałyśmy zawsze bez udziału opiekunów, ponieważ obecność innej osoby, dodatkowy szmer, dzwonek do drzwi czy hałas uliczny rozpraszały dziewczynkę i uniemożliwiały prowadzenie zajęć.

Większość zaplanowanych w scenariuszach zajęć udało mi się przeprowadzić, lecz wymagają one jeszcze wielokrotnych powtórzeń w celu ich utrwalenia i zautomatyzowania. Praca z tablicą komunikacyjną, którą zamierzałam – jeszcze przed przystąpieniem do indywidualnych zajęć – wprowadzić, nie doszła do skutku. W przypadku Kamili ta forma wydaje się dość odległa.

## Podsumowanie

Praca z Kamilą była dla mnie wielkim wyzwaniem. Bardzo powoli, ale skutecznie udało mi się nawiązać dobre relacje z dziewczynką. Moje wizyty domowe były wyczekiwane. Dziewczynka zawsze witała mnie z wielkim entuzjazmem. Dziecko na ogół pracowało chętnie, z zaangażowaniem, choć bywały momenty trudne, nieprzewidziane w scenariuszach.

Ten krótki czas wspólnych zajęć pozwolił na sformułowanie następujących wniosków: Dziewczynka wykazuje gotowość do używania znaków AAC, ponieważ chętnie bawi się na konkretach i obrazkach. Podczas naszych zabaw przejawiała wyjątkową aktywność w poznawaniu nowych zabawek, przedmiotów i manipulowaniu nimi. Zabawy naprzemienne: „ja buduję – ty budujesz”, „ja śpiewam – ty śpiewasz” dostarczały dziecku nowych wrażeń i emocji, stały się impulsem do interakcji pomiędzy mną a Kamilą. Zdarzało się, że dziewczynka prowokowała do zabawy, spoglądając na zabawkę lub podając ją, prosiła gestem „jeszcze” o powtórzenie zadania. Kiedy zajęcia terapeutyczne dobiegały końca, często manifestowała swoje niezadowolenie poprzez mimikę twarzy oraz krzyk.

Dziewczynka zaczyna rozumieć „przynależność” nazw przedmiotów do desygnatów i próbuje się tymi nazwami posługiwać. Moment, kiedy będą one stanowiły jej słownik, pozwoli na zbudowanie w przyszłości tablicy komunikacyjnej.

Terapia Kamili musi opierać się na filozofii komunikacji totalnej, która zakłada, że należy korzystać ze wszystkich dostępnych kanałów komunikacyjnych, jakie odpowiadają jej potrzebom. Wprowadzając symbole i gesty, trzeba mieć na uwadze osobę, z którą się pracuje, a nie system. Znaki i gesty muszą być dostosowane do umiejętności i potrzeb komunikacyjnych dziewczynki. I choć w przypadku Kamili ograniczenia ruchowe spowodowane mózgowym porażeniem dziecięcym są spore (duże, zmienne napięcie mięśniowe), a upośledzenie umysłowe znaczne, przystosowanie tych znaków jest możliwe. Te małe sukcesy w mojej pięciomiesięcznej pracy dają duże nadzieje na powodzenie w zastosowaniu komunikacji alternatywnej i wspomagającej.

Chciałabym, aby ta metoda porozumiewania się pozwoliła Kamili nie tylko uczyć się na poziomie adekwatnym do jej możliwości, ale również aktywnie wpływać na swoje życie, by inni mogli dostrzec w niej myślącą, uczuciową i rozumiejącą świat dziewczynkę. By osiągnąć taki stan, potrzeba jeszcze wielu lat pracy – zarówno z dzieckiem, jak i jej opiekunami. Opiekunowie wykazują wielką nieufność wobec proponowanej przeze mnie metody komunikacji. Reakcje ich nie są jednak odosobnione, większość rodziców reaguje podobnie. Użycie AAC nie oznacza zaniedbania wspomagania rozwoju mowy, jeśli tylko warunki biologiczne na to pozwalają, dziecko jest stale zachęcane do poszerzania repertuaru użycia mowy.

MARZENA MACHOŚ-NIKODEM

Szkoła Podstawowa nr 14 z Oddziałami Integracyjnymi w Zabrze

## Dogoterapia w pracy logopedycznej

**ABSTRACT:** The article concerns talking the advantage of a therapy with the participation of a dog in the work of logoped. It presents the terminology connected with the pet therapy. The author describes a therapy model of dyslalia and oligophasia with talking advantage of a dog as a therapist. In introduces into anisive of the pet therapy, which can be a form of the multisensory stimulation to teaching.

**KEY WORDS:** pet therapy

Praca logopedyczna z dziećmi z różnego rodzaju deficytami wymaga podejścia holistycznego, uwzględniającego zastosowanie w terapii elementów metod paralogopedycznych, przede wszystkim pedagogicznych, psychoterapii, arteterapii, bajkoterapii, terapii przez zabawę oraz dogoterapii. Logoterapia dziecka głębiej i głęboko upośledzonego wymaga zastosowania bodźcowania polisensorycznego, angażującego paralelnie kilka zmysłów. Podejście holistyczne stanowi także główną ideę towarzyszącą analizowaniu procesów komunikowania się, które obejmują zarówno teoretyczne modele komunikacji językowej, jak i komunikację wizualną, dotykową, wibracyjną, węchową, smakową, termiczną oraz somatyczną. Substancjalizacja myśli w przypadku dziecka głęboko upośledzonego nie może opierać się na mowie i piśmie, ale przede wszystkim na różnego rodzaju sygnalizowaniu będącym nośnikiem myśli.

Dogoterapię należy traktować jako narzędzie wspierające terapię właściwą. Udział psa w zajęciach może stanowić czynnik stymulujący w procesie akwizycji języka dziecka z trudnościami w porozumiewaniu się. Kontakt ze zwierzęciem niejednokrotnie inklinuje w kierunku wyzwalania spontanicznej aktywności komunikacyjnej dziecka – zarówno werbalnej, jak i pozajęzykowej. Dogoterapia jest metodą znajdującą zastosowanie w przyswajaniu zarówno języka prymarnego, jak i alternatywnych form wspomagających porozumiewanie się.

W Polsce dogoterapia cieszy się dużym zainteresowaniem. Istnieje kilka fundacji zrzeszających ludzi prowadzących zajęcia przy udziale psów z dziećmi prze-



jawiającymi różnego rodzaju zaburzenia. Jest to dziedzina młoda, co powoduje określone konsekwencje, takie jak brak jednolitości, jeśli chodzi o terminologię, przygotowanie psów oraz wymagania, jakim powinna sprostać osoba prowadząca zajęcia z udziałem psów. Na rynku wydawniczym brak pozycji z zakresu dogoterapii, mówiących o tym, jak prowadzić ćwiczenia, aby osiągnąć efekty terapeutyczne. Na stronach internetowych fundacji zamieszczane są tłumaczenia anglojęzycznych materiałów dotyczących terapii kontaktowej. Do tej pory ukazało się pięć pozycji w języku polskim – składają się na nie materiały opracowane przez grupę wolontariuszy związanych z fundacją „Przyjaciel”: *Dogoterapia; Pies. Przyjaciel i terapeuta; Heca na cztery łapy; Terapia z udziałem psa* Beaty Pawlik-Popielarskiej oraz pozycja wydana przez Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym. Publikacje prezentują podstawowe założenia dogoterapii w pracy z dziećmi z różnego rodzaju dysfunkcjami – dziećmi autystycznymi, z zespołem Downa, z mózgowym porażeniem dziecięcym, oraz podają przykłady zabaw z udziałem psa terapeuty.

Terapia ze zwierzęciem (*pet therapy*) obejmuje różne formy. Do głównych należą:

- AAA – Animal Assisted Activities;
- AAT.

AAA to zajęcia z udziałem zwierząt, które dostarczają możliwości motywacyjnych, edukacyjnych, rekreacyjnych i/lub terapeutycznych korzyści, podnoszących jakość życia. Zajęcia z udziałem zwierząt opierają się na spotkaniu i zabawie ze zwierzęciem, które w tym przypadku może być powtarzane w różnej grupie odbiorców, inaczej niż program terapeutyczny, który odnosi się do konkretnej osoby bądź choroby. Zajęcia AAA są prowadzone w różnych środowiskach przez wykształconych specjalistów lub wolontariuszy z udziałem zwierząt spełniających określone kryteria<sup>1</sup>.

Specyfika zajęć z udziałem zwierzęcia cechuje się następującymi wyznacznikami:

- cele terapeutyczne nie są planowane z wizyty na wizytę;
- wolontariusze i terapeuci nie są zobowiązani do prowadzenia dokładnych notatek;
- przebieg wizyty ma charakter spontaniczny;
- czas spotkania nie jest z góry określony.

Przykładem zajęć typu AAA może być wizyta grupy wolontariuszy ze swoimi psami i kotami w domu opieki lub wizyta psa i opiekuna w zakładzie opieki dla dzieci. Cechą charakterystyczną tych zajęć jest brak wyznaczonych, określonych celów terapeutycznych.

Inną formą kontaktu ze zwierzęciem jest AAT<sup>2</sup> – terapia z udziałem zwierząt. AAT to działanie terapeutyczne zmierzające w kierunku wyznaczonego celu, w któ-

<sup>1</sup> Strona [www.deltasociety.org](http://www.deltasociety.org).

<sup>2</sup> Na stronie [www.deltasociety.org](http://www.deltasociety.org) znajdujemy następujące przykłady AAT (materiały nadesłane przez Polski Związek Dogoterapii, tłum. M. ZIELIŃSKI):

- Zawodowy terapeuta w asyście psa i przewodnika próbuje zwiększyć zakres ruchu w ramieniu pacjenta. Pacjent ma określony cel, polegający na zwiększeniu zakresu ruchu w kierunku swej

rym zwierzę spełniające określone kryteria stanowi integralną część procesu leczenia. Terapię prowadzą wyspecjalizowani profesjonaliści z dziedziny zdrowia ludzkiego. Terapia AAT jest planowana. Ma na celu spowodowanie poprawy w fizycznym, społecznym, emocjonalnym i poznawczym funkcjonowaniu pacjenta. Może mieć charakter zajęć zarówno indywidualnych, jak i grupowych. Jest to proces dokumentowany – stałe monitorowanie przebiegu zajęć umożliwia osiąganie przez pacjentów określonych celów<sup>3</sup>. Cele terapii z udziałem zwierząt mogą obejmować:

- rozwijanie funkcji motorycznych;
- rozwijanie umiejętności poruszania się na wózku;
- rozwijanie poczucia równowagi;
- rozwijanie werbalnego porozumiewania się członków grupy;
- rozwijanie umiejętności skupiania uwagi;
- rozwijanie umiejętności wypoczynku / relaksacji;
- podnoszenie poziomu pewności siebie;
- obniżenie lęku;
- zmniejszenie poczucia samotności;
- rozwijanie słownictwa;
- rozwijanie pamięci krótko- i długoterminowej;
- rozwijanie pojęć, takich jak: wielkość, kolor, kształt, ilość;
- rozwijanie chęci brania udziału w zajęciach z grupą;
- rozwijanie interakcji z innymi uczestnikami zajęć;
- rozwijanie interakcji z personelem (z nauczycielami, terapeutami);
- zwiększanie motywacji do ćwiczeń.

Poglądy znanych terapeutów i naukowców wywarły wpływ na powstanie koncepcji wykorzystania psów w procesie leczenia ludzi<sup>4</sup>. Anna Freud w 1937 roku zwróciła uwagę na pewne podobieństwo związane z procesami emocjonalnego zrozumienia w relacji człowiek – pies. Carl G. Jung i Sigmund Freud w trakcie pracy z osobami chorymi psychicznie zaobserwowali u pacjentów obcujących ze zwierzętami mechanizmy projekcyjne oraz pozytywne emocje. Zwierzęta i symbole zwierząt stanowiły w terapii Junga pretekst do interpretacji treści archetypowych. W 1942 roku twórcy Children's Apperception Test – Kris i Bellac – wywnioskowali, że dzieci łatwiej budują więź emocjonalną ze zwierzętami niż z osobami dorosłymi<sup>5</sup>.

---

stopę. Pies zna specyficzne komendy używane w tym określonym przypadku. W czasie każdej sesji mierzony jest postęp dokumentowany przez terapeute.

- Specjalista w zakresie zdrowia psychicznego włącza świnkę morską do terapii małej grupy dorosłych z zaburzeniami rozwojowymi. Grupa pracuje nad poprawą komunikacji i umiejętności zachowania się w społeczeństwie. Terapeuta monitoruje i dokumentuje przebieg każdej sesji.

<sup>3</sup> J. FIŁOZOF: *Dogoterapia. Co to jest?* Jarosław, Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, Koło w Jarosławiu 2004, s. 15.

<sup>4</sup> S. MASGUTOVA: *Rola dogoterapii w emocjonalnej rehabilitacji dzieci z trudnościami w rozwoju*. „CZE-NE-KA” 2004, nr 4, s. 34. Za: B. PAWLIK-POPIELARSKA: *Terapia z udziałem psa*. Gdańsk, Via Medica 2005, s. 3.

<sup>5</sup> B. PAWLIK-POPIELARSKA: *Terapia z udziałem psa...*, s. 3.

Określenie „terapia z udziałem zwierząt” zostało po raz pierwszy użyte w 1964 roku. W tym czasie amerykański psychiatra Boris Levinson<sup>6</sup> w trakcie terapii jednego ze swoich pacjentów zaobserwował pozytywną zmianę w jego zachowaniu, mającą ścisły związek z kontaktem młodego człowieka z psem lekarza. W tym konkretnym przypadku kontakt z psem usprawnił komunikację i wpłynął pozytywnie na leczenie<sup>7</sup>. Levinson badał również zachowanie dzieci autystycznych. Dzieci te dążyły do kontaktu z psem na drodze werbalnej i poza-werbalnej. Obserwacja zachowań, których dzieci nie manifestowały w kontakcie z innymi ludźmi, skłoniło Levinsona do zapoczątkowania działań terapeutycznych w obecności psa. Terapię z wykorzystaniem zwierząt Levinson nazwał *pet therapy*. Amerykański psychiatra wierzył, iż zwierzęta stanowią ważny element na drodze osiągnięcia uczuciowej równowagi pacjenta<sup>8</sup>. Obserwacje dotyczące terapeutycznego aspektu obcowania ze zwierzętami Levinson opisał w kilku publikacjach. Sądził, że obcowanie ze zwierzętami pomaga w zaspokajaniu instynktownych potrzeb człowieka, takich jak potrzeba odczuwania dotyku, ciepła i przyjemności<sup>9</sup>. W 1968 roku we Francji Ange Condoret – weterynarz i twórca SEMPARE (Towarzystwa Studiów Psychosocjologicznych i Medyczno-Pedagogicznych nad Relacjami Dzieci Zdrowych i Nieprzystosowanych ze Zwierzętami Domowymi), rozpoczął specjalną terapię przy udziale zwierząt. W 1977 roku powstała amerykańska fundacja Delta Society – wiodąca międzynarodowa organizacja zajmująca się badaniem więzi pomiędzy ludźmi a zwierzętami<sup>10</sup>. W 1984 roku w Wielkiej Brytanii działalność rozpoczęła charytatywna organizacja Pets as Therapy (PAT), skupiająca wolontariuszy z psami odwiedzającymi szpitale, domy spokojnej starości i hospicja. W 1989 roku powstał we Francji ANECAH – Narodowy Związek Edukacji Psów dla Osób Niepełnosprawnych. Program Pet Partners prowadzony w USA wykorzystuje różne zwierzęta, pomagając łącznie ponad 35 tysiącom ludzi. W USA działa program IMPACT przeznaczony dla więźniów skazanych za ciężkie przestępstwa – więźniowie zajmują się psami oraz szkolą je dla osób niewidomych i niepełnosprawnych fizycznie<sup>11</sup>.

W Polsce od niedawna przyjął się termin „dogoterapia”. Według definicji dogoterapia jest metodą wykorzystującą psy w rehabilitacji osób niepełnosprawnych, samotnych i starszych. Główne działanie tego rodzaju terapii kontaktowej polega na kontakcie fizycznym (głaskanie, przytulanie się do psa, ujmowanie podawanej

---

<sup>6</sup> W 1964 roku Boris Levinson zakomunikował, że porozumiewa się za pośrednictwem psa z młodym chorym psychicznie mężczyzną. B. LEVINSON: *Pet-oriented child psychotherapy*. 2<sup>nd</sup> ed. Springfield, IL, Ed. Charles C. Thomas 1969.

<sup>7</sup> Ibidem, s. 4.

<sup>8</sup> Ibidem, s. 4.

<sup>9</sup> Por. Ibidem; IDEM: *Pets and human development*. Springfield, IL, Ed. Charles C. Thomas 1972; IDEM: *Pet-Oriented Child Psychotherapy*. 2<sup>nd</sup> ed. Springfield, IL, Ed. Charles C. Thomas 1997.

<sup>10</sup> J. FIŁOZOF: *Dogoterapia. Co to jest?...*, s. 13.

<sup>11</sup> Ibidem, s. 13–14.

łapy) oraz nawiązaniu psychicznej więzi ze zwierzęciem, co przyspiesza leczenie lub ułatwia przejście choroby<sup>12</sup>.

W Polsce pierwszą osobą propagującą udział psów w rehabilitacji osób niepełnosprawnych była Maria Czerwińska – założycielka i prezes Fundacji Przyjaźni Ludzi i Zwierząt CZE-NE-KA. M. Czerwińska zaproponowała i upowszechniła określenie „dogoterapia”. Pojęcie to przyjęło się i upowszechniło w naszym kraju. W ostatnich latach powstały liczne fundacje i stowarzyszenia skupiające osoby propagujące pracę z psem jako proces wspomagający leczenie, rehabilitację, a także rewalidację. Paralelnie z określeniem „dogoterapia” używa się pojęcia „terapia kontaktowa”, które zostało zaproponowane przez twórców Stowarzyszenia Terapii Kontaktowej w Koszlinie – Elwirę i Sławomira Ziobro<sup>13</sup>. Beata Pawlik-Popielarska wprowadza polską terminologię terapeutycznych form terapii z psem, będącą odpowiednikiem oznaczeń proponowanych przez Delta Society – AAA i AAT. Upowszechnia pojęcia „terapeutyczna zabawa” i „skuteczna współpraca”.

Celem terapeutycznej zabawy jest nawiązanie przez uczestnika kontaktu dotykowego i emocjonalnego z terapeutą. Natomiast skuteczna współpraca opiera się na realizacji konkretnego programu ćwiczeń, mających na celu rehabilitację oraz rewalidację. Aktywności podejmowane w trakcie terapii kontaktowej obejmują stymulację w sferze motoryki oraz czynności zmierzające do poprawy w zakresie funkcjonowania werbalnego.

W zajęciach dogoterapii mogą brać udział ludzie z różnego rodzaju dysfunkcjami. Jedynym przeciwwskazaniem jest alergia na sierść zwierzęcia. Z terapeutycznych kontaktów z psem korzystają osoby:

- z zaburzeniami rozwoju;
- upośledzone umysłowo;
- po przebytych chorobach lub urazach pozostawiających trwałe ślady w sprawności fizycznej lub/i psychicznej;
- z uszkodzeniem wzroku i słuchu;
- niedostosowane społecznie;
- samotne, przebywające w domach opieki lub hospicjach<sup>14</sup>.

Systematyczna realizacja programu dobranego do indywidualnych potrzeb i możliwości uczestnika może doprowadzić do osiągnięcia wielu celów terapeutycznych, takich jak:

- obniżenie napięcia mięśniowego;
- zwiększenie możliwości lokomocyjnych;
- stymulowanie sprawności motorycznej;
- poprawa funkcjonowania emocjonalno-czuciowego;
- stymulacja rozwoju umysłowego;
- poszerzenie zdolności werbalnych oraz korygowanie wad wymowy;

<sup>12</sup> Ibidem, s. 17.

<sup>13</sup> B. PAWLIK-POPIELARSKA: *Terapia z udziałem psa...*, s. 4.

<sup>14</sup> Ibidem, s. 8.

- rozwijanie umiejętności społecznych;
- kształtowanie charakteru oraz umożliwienie wzięcia odpowiedzialności za innych uczestników zajęć oraz za psa;
- zwiększenie motywacji do wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych;
- wzmocnienie poczucia własnej wartości;
- umożliwienie kontaktu ze zwierzęciem i innymi uczestnikami zajęć;
- integrowanie środowiska rodzinnego z osobą uczestniczącą w zajęciach;
- stwarzanie okazji do zabawy;
- nawiązywanie naturalnej więzi ze światem<sup>15</sup>.

Wspieranie rehabilitacji oraz rewalidacji za pomocą metody terapii kontaktowej stanowi pewne novum, brak wyczerpujących opracowań tematu oraz jednolitych, skodyfikowanych zasad dotyczących warunków prowadzenia dogoterapii.

### **Wpływ terapii kontaktowej przy udziale psa na werbalizację dziecka z deficytami rozwojowymi**

Niejednokrotnie w terapii kontaktowej z udziałem psa biorą udział dzieci mające problemy z komunikacją werbalną. Wiele z nich wykazuje słabe umiejętności w odbiorze komunikatu ze względu na ograniczone posługiwanie się słownikiem czynnym i biernym. Duża grupa dzieci upośledzonych potrafi znaleźć się w roli odbiorcy komunikatu, jednak ma problemy z funkcjonowaniem jako nadawca. Dzieje się tak za sprawą ubogiego słownika czynnego oraz licznych deformacji poszczególnych dźwięków, które znacznie różnią się od prototypu artykulacyjnego.

Obserwacje poczynione przez autorów publikacji na temat dogoterapii wskazują na liczne korzyści płynące z zastosowania terapii kontaktowej jako metody wspomagającej rewalidację dziecka z deficytami rozwojowymi. Spotkania z psem wpływają na doskonalenie zdolności koncentrowania uwagi, zwiększają możliwość zapamiętywania i poszerzania wiedzy ogólnej oraz rozwijają umiejętność odbioru komunikatów kierowanych do dziecka, mogą również stymulować pewne procesy zachodzące w akwizycji języka prymarnego oraz zastępczych form komunikacji. Wpływ zajęć dogoterapeutycznych na rozwój mowy dzieci prezentuje tabela 1.

---

<sup>15</sup> Ibidem, s. 8–9.

TABELA 1. Wpływ zajęć dogoterapeutycznych na rozwój mowy dzieci

Źródło / autor	Imię i charakterystyka dziecka objętego dogoterapią / zachowania przed rozpoczęciem terapii	Zachowania związane z przyswajaniem języka przez dziecko / manifestacje werbalne towarzyszące spotkaniom z psem
1	2	3
Beata PAWLIK-POPIELARSKA: <i>Terapia z udziałem psa</i> . Gdańsk, Via Medica 2005	Paweł, 9 lat, zespół Downa i upośledzenie umysłowe, problemy w zachowaniu, trudności z koncentracją uwagi, okresowe jąkanie się.	Podczas zabaw z psem nie obserwuje się już tak często napięcia emocjonalnego. Dziecko rzadziej się jąka. Chłopiec chętnie się wypowiada i koryguje niewyraźną mowę. Autorka opracowania zauważa poprawę w sferze komunikacji werbalnej. Dziecko potrafi prawidłowo stosować komendy wobec psa [s. 64–65].
	Krysia, 9 lat, mózgowo-porażenie dziecięce, upośledzenie umysłowe w stopniu znacznym.	Dziecko lepiej wykonuje zadania manualne. Jest aktywniejsze fizycznie. Chętniej się wypowiada [s. 65].
	Łukasz, 9 lat, mózgowo-porażenie dziecięce, upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym.	Dziecko stosuje prawidłowe komendy. Łukasz zapamiętuje bardzo dużo nowych informacji [s. 65].
	Daniel, 9 lat, upośledzony w stopniu znacznym, możliwe, że jest dzieckiem autystycznym (brak dokładnej diagnozy), słabo wykształcona mowa, oboje rodzice głuchoniemi, dziecko zamknięte, żyje we własnym świecie.	Widoczna poprawa w zakresie komunikacji werbalnej. Daniel zaczął mówić (co zbiegło się z całoroczną terapią prowadzoną przez innych pedagogów). Na zajęciach z psem śpiewa: „Gdy był mały, to znalazłem go w ogródku...”. Dziecko rozwinęło się pod względem emocjonalno-uczuciowym [s. 66].
	Rafał, 14 lat, zespół Downa, upośledzenie umysłowe w stopniu znacznym, prawie nie mówi. Z powodu śmierci własnego psa zamknął się w sobie.	Dziecko nauczyło się wydawać psu odpowiednie komendy. Zdaniem B. Pawlik-Popielarskiej jest to największe osiągnięcie chłopca, które udowodniło, że może on nauczyć się posługiwać mową. W następnym roku Rafał będzie uczęszczał na zajęcia logopedyczne [s. 66].
	Paweł, 14 lat, chłopiec jest dotknięty autyzmem, upośledzenie umysłowe w stopniu głębokim.	Dziecko nawiązało dotykowo-emocjonalny kontakt z psem (chwilowy). Głaszcząc psa, czasem chłopiec mówi: „głaszczę Traperą”, „dobry pies”. W czasie spotkań dogoterapeutycznych nauczył się spoglądać w lustro i na pytanie: „Kto to jest?” odpowiada: „Ja jestem i Traper jest” [s. 66].

1	2	3
<p>Agnieszka POPŁAWSKA: <i>Pies, przyjaciel i terapeuta: program dogoterapii przeznaczony do pracy z dzieckiem niepełnosprawnym</i>. Warszawa, „Przyjaciel” Fundacja Osobom Niepełnosprawnym 2004</p>	<p>Ola, 9 lat, zespół Downa, wokalizuje samogłoski, nie naśladuje odgłosów szczekania psa, nie wymawia słowa „pies”, nie powtarza imion psów, nie potrafi rozpoznawać i nazywać części ciała psa ani żadnych przedmiotów z nim związanych (wykonywanych przez psa czynności).</p>	<p>W trakcie zajęć dziewczynka artykułuje wiele samogłosek i sylab, spontanicznie naśladuje odgłosy szczekania psa „hau”, „au” oraz odgłosy towarzyszące ćwiczeniom. A. Popławska relacjonuje, że dziewczynka wyraża chęć udziału w ćwiczeniu. Na pytanie terapeuty: „Kto chce...?” odpowiada: „Ola” lub „ja”. Ola potrafi powtórzyć imiona psów oraz części ciała psa: „oko”, „ucho”, „nos”, „łapy”, także nazwy czynności: „biega”, „idzie”. Rozpoznaje kilka przedmiotów związanych z psami: „piłka”, „smycz”, „miska” [s. 41–44].</p>
	<p>Sebastian, 10 lat, zespół Downa, dziecko prawie nie mówi, artykułuje samogłoski, dźwięki gardłowe i słowo „mama”, porozumiewa się za pomocą gestykulacji oraz mowy ciała i mimiki (łączy te formy ekspresji z wydawaniem pojedynczych dźwięków), ma duży zasób słownictwa biernego, rozumie polecenia słowne, wskazuje przedmioty, czynności i cechy przedstawione ikoniznie, dziecko korzysta ze znaków komunikacji wspomagananej, w sytuacjach zaaranżowanych używa symboli PIC, ma własną książkę komunikacyjną.</p>	<p>Zasób reakcji głosowych oraz dźwięków artykułowanych przez dziecko nie uległ zmianie. W trakcie zajęć z psem wzbogacono zasób piktoqramów używanych przez chłopca o symbole ściśle związane z zajęciami: „pies”, „pije”, „duży”, „mały”, „je”, „biega”, „siedzi” [s. 45–48].</p>
<p>Janina FIŁOZOF: <i>Dogoterapia? Co to jest?</i> Jarosław, Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, Koło w Jarosławiu 2004</p>	<p>Monika, 5 lat, mózgowo porażenie dziecięce, głęboka niepełnosprawność intelektualna, dziecko nie porusza się.</p>	<p>W trakcie zajęć dogoterapii dziewczynka gaworzyła przy spokojnej zabawie, a przy gwałtowniejszej (np. klepanie psa) – śmiała się [s. 51–52].</p>
	<p>Przemek, 14 lat, porażenie spastyczne, syndrom Westa, głęboka niepełnosprawność intelektualna, dziecko nie mówi.</p>	<p>W trakcie zajęć w obecności psa Przemek gaworzył, uśmiechał się [s. 54].</p>

cd. tab. 1

1	2	3
J. FILOZOF: <i>Dogoterapia. (Zajęcia z dziećmi o głębokiej niepełnosprawności intelektualnej w OREW Jarosław). „Rewalidacja” 2005, nr 2 (18)</i>	Lidka, 8 lat, zespół Retta, epilepsja, głęboka niepełnosprawność intelektualna, nie mówi.	Dziewczynka odczuwa pozytywne bodźce dotykowe towarzyszące terapii kontaktowej z psem, w czasie dotykania psa pokrzykuje [s. 43–45].
	Tomek, 10 lat, zespół Downa, głęboka niepełnosprawność intelektualna, nie mówi, rozumie kierowane do niego komunikaty.	Na jednych zajęciach dziecko naśladowało warczenie psa. Chwilami chłopiec reaguje na kontakt z psem głośnym śmiechem. Na słowa terapeutki: „Chodź do pieska, piesek na ciebie czeka, będziemy głaskać pieska” wstaje i idzie za panią [s. 45–48].

### Prezentacja autorskiego dogoterapeutycznego programu polisensorycznej stymulacji komunikacji werbalnej i niewerbalnej dziecka z deficytami rozwojowymi<sup>16</sup>

Zajęcia z udziałem psa mogą stanowić atrakcyjną formę wspierającą pracę logopedy z dzieckiem z deficytami rozwojowymi. Autorski dogoterapeutyczny program polisensorycznej stymulacji porozumiewania się ma na celu usprawnianie komunikacji werbalnej i pozawerbalnej. Program obejmuje zabawy i ćwiczenia, które w trakcie realizacji mogą ulegać różnego rodzaju modyfikacjom. Dobór ćwiczeń zależy od indywidualnych możliwości i potrzeb każdego dziecka.

Program został podzielony na kilka części. Część pierwsza ujmuje zajęcia dogoterapeutyczne w aspekcie stymulacji układu taktylnego. Przeznaczona jest dla dzieci wykazujących różnego rodzaju zaburzenia natury sensorycznej. Stymulacja taktylna i nawiązanie „komunikacji dotykowej” stanowią bazę dla przywrócenia świadomości ciała oraz nawiązania pozawerbalnego i werbalnego kontaktu z dzieckiem. Identyfikacja własnego ciała jest funkcją mózgu polegającą na poczuciu świadomości własnego ciała, jego granic, na odczuwaniu jego poszczególnych części i ich przynależności do jednej całości. W trakcie kontaktu z psem dziecko może zdobywać umiejętności nazywania poszczególnych części ciała, co wiąże

<sup>16</sup> M. MACHOŚ-NIKODEM: *Dogoterapeutyczny program polisensorycznej stymulacji porozumiewania się. Poradnik dla logopedów, dogoterapeutów i nauczycieli wykorzystujących terapię kontaktową w pracy z dziećmi z dysfunkcjami rozwojowymi*. Warszawa, CMPP 2006.



się ściśle z rozwojem mowy. Program prezentuje ćwiczenia stymulujące rozwój funkcji somatognostycznych, które powinny stanowić element rehabilitacji dzieci w wieku przedszkolnym<sup>17</sup>, wtedy bowiem dzieci uczą się rozróżniać i nazywać poszczególne części oraz tworzą pozytywny obraz własnego ciała.

Zajęcia z psem są okazją do kształtowania przez dziecko orientacji we własnym ciele, do określania i nazywania jego poszczególnych części, a następnie wskazywania analogii między budową własnego ciała a ciała psa. W przypadku dzieci z zaburzoną somatognozją można wykorzystać ćwiczenia Weroniki Sherborn<sup>18</sup>, a także programy aktywności: świadomość ciała, kontakt i komunikacja oraz dotyk i komunikacja Knillów<sup>19</sup>. Ćwiczenia z udziałem psa stanowią wzbogacenie metod pracy z dzieckiem z zaburzoną komunikacją. Pies jest w stanie wykonywać wybrane aktywności, stanowiące elementy ćwiczeń proponowanych przez W. Sherborn. Niektóre ćwiczenia dzięki modyfikacji można zastosować w trakcie spotkań dziecka z psem, np. dziecko może w asyście terapeuty przechodzić pod psem, również pies może przechodzić nad dzieckiem. Pies może także uczestniczyć w sesjach programów Knillów – w tym przypadku dziecko naśladuje aktywności podejmowane przez psa, np. leżenie na brzuchu, czołganie się, obracanie się z brzucha na plecy.

Logopeda angażujący się w terapię dzieci z trudnościami komunikacyjnymi powinien posiadać wiedzę o różnych systemach znaków oraz o procesie ich nauczania. Strategie stosowane w interwencji językowej znajdują coraz szersze zastosowanie. Obecnie dostępnych jest wiele systemów komunikacji zastępczej. Trudności dzieci korzystających z komunikacji alternatywnej są zróżnicowane. Niektóre z nich używają komunikacji pozawerbalnej z powodu dysfunkcji ruchowej, uniemożliwiającej sprawne użycie artykulatorów, hamującej w ten sposób rozwój mowy. Kolejną grupę użytkowników komunikacji alternatywnej i wspomaganej stanowią ludzie, którym nie udało się wykształcić mowy, a tradycyjna terapia logopedyczna nie przyniosła oczekiwanych rezultatów. Trudności z brakiem komunikacji, z niemożnością nabycia umiejętności językowych w procesie akwizycji języka powodują konsekwencje – niezależnie od wieku – we wszystkich sferach rozwoju. W fazie przedwerbalnej zaburzają interakcje pomiędzy dzieckiem a jego opiekunem, co następnie uniemożliwia proces prawidłowej socjalizacji. Opiekunowie dziecka z dysfunkcją w sferze werbalnej nie są w stanie zrozumieć potrzeb i zainteresowań dziecka, dziecko zaś traci naturalną możliwość uczenia się w rodzinie, w tym możliwość przyswajania języka.

Umiejętność samoekspresji, wyrażanie własnych potrzeb i myśli już w dzieciństwie daje poczucie własnej wartości oraz pozwala postrzegać siebie jako

<sup>17</sup> Por. A. GICZEWSKA: *Fenomen dotyku matki. Stymulacja systemu taktylnego i jej wpływ na rozwój psychoruchowy dziecka*. Środa Śląska, Wydawnictwo Centrum 2005, s. 46.

<sup>18</sup> M. BOGDANOWICZ, A. KASICA: *Ruch Rozwijający dla wszystkich: efektywność metody Weroniki Sherborne*. Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia 2003.

<sup>19</sup> M. i Ch. KNILL: *Dotyk i komunikacja*. Warszawa, CMPP 1992; EIDEM: *Programy aktywności: świadomość ciała, kontakt i komunikacja*. Warszawa, CMPP 1997.

niezależnego i równego innym. Możliwość korzystania z pozawerbalnych form aktywności językowej jest bardzo ważna dla osób niepełnosprawnych, podnosi bowiem jakość ich życia, pozwala na lepsze zrozumienie świata oraz rozwinięcie wielu umiejętności<sup>20</sup>.

Program stymulacji porozumiewania się przy udziale psa prezentuje możliwość wykorzystania kontaktu z psem do przyswajania znaków systemów komunikacji wspomagającej porozumiewanie się. W zależności od rodzaju kodu ikonicznego, którym posługuje się dane dziecko, kontakt z psem umożliwi wprowadzanie tematycznych znaków wybranego systemu: Pictogram Ideogram Communication, Picture Communication Symbols, symboli Blissa, znaków manualnych, zdjęć oraz innych symboli. Znaki związane z psem (pies, psie akcesoria, czynności) mogą stanowić element strukturyzacji ramowej sterowanej sygnałami. Takie zastosowanie symboli w indywidualnych sesjach z psem ma na celu uświadomienie dziecku, że określone znaki stanowią sygnały poprzedzające określone czynności i wydarzenia<sup>21</sup>. Znaki graficzne używane są przez dzieci wykazujące znaczne trudności w porozumiewaniu się. Grupa użytkowników niewerbalnych sposobów porozumiewania się obejmuje ludzi z deficytami rozwojowymi, z niepełnosprawnością ruchową, autyzmem i upośledzeniem umysłowym.

Zastępcze systemy komunikacji mogą być stosowane jako pomoc intensyfikująca terapię logopedyczną, jako środek tymczasowego porozumiewania się do czasu opanowania przez dziecko elementów języka prymarnego. Obserwacje terapeutów pozwalają na stwierdzenie, iż systemy wspomagające porozumiewanie się nie muszą być rozwiązaniem ostatecznym. Można je stosować dla rozwijania łatwiejszej formy komunikowania się. Dziecko nabywające kompetencji językowych odrzuca system zastępczy, gdyż przy użyciu języka prymarnego jest w stanie szybciej zaspokoić swoje potrzeby. Niektórzy rodzice i opiekunowie dzieci korzystających z systemu zastępczego obawiają się uzależnienia od komunikacji wspomaganej, jednak taka ewentualność ma prawo zachodzić jedynie wtedy, kiedy terapia trwa bardzo długo i nie pojawiają się próby werbalizacji. Dlatego priorytetowe zadanie logopedy / dogoterapeuty powinno polegać na paralelnym używaniu symboli i słów w trakcie spotkań dziecka z psem. Wprowadzanym znakiem musi – równolegle – towarzyszyć komunikat werbalny. Wprowadzając jakikolwiek system, nie można zaprzestawać pracy nad rozwojem mowy dźwiękowej.

W przypadku dzieci mających problemy z werbalizacją systemy komunikacji zastępczej powinny być wprowadzane jak najwcześniej. Odpowiednim momen-

---

<sup>20</sup> Por. S. VON TETZCHNER, H. MARTINSEN, A. LOEBL-WYSOCKA, J. GAŁKA-JADZIEWICZ: *Wprowadzenie do wspomagających i alternatywnych sposobów porozumiewania się. Nauka znaków oraz używania pomocy komunikacyjnych przez dzieci, młodzież i dorosłych z zaburzeniami rozwojowymi*. Warszawa, Stowarzyszenie „Mówić bez Słów” 2002.

<sup>21</sup> Por. ibidem; A. WARRICK: *Porozumiewanie się bez słów. Komunikacja wspomagająca i alternatywna na świecie*. Tłum. M. DOŃSKA-OLSKO. Warszawa, Stowarzyszenie „Mówić bez Słów” 1999.

tem jest już okres przedszkolny. Zachodzą wówczas najistotniejsze etapy procesu przyswajania języka. Jest to również najlepszy czas na wprowadzanie znaków komunikacji alternatywnej. Wczesna interwencja wprowadzająca nowy system ma związek z istnieniem okresu wczesnej wrażliwości – okresu, kiedy umysł dziecka jest najbardziej plastyczny, zdolny do przyswajania języka. Umieszczone w tabeli propozycje dotyczą przede wszystkim zajęć z małym dzieckiem w wieku przedszkolnym. Kontakt i zabawa z psem mogą stanowić okazję do wprowadzania znaków systemów wspomagających porozumiewanie się.

Wszystkie formy komunikacji pozawerbalnej korzystają z różnego rodzaju narzędzi, które stanowią grupy znaków, symboli i obrazków. Do najczęściej używanych systemów należą: piktogramy, symbole PCS, symbole Bliss, gesty oraz różnego rodzaju rysunki, obrazki i zdjęcia.

Prezentowana koncepcja obejmuje wprowadzanie i utrwalanie znaków systemów innych niż język mówiony z czasie spotkań z psami. Ujęcie stanowi rozszerzenie propozycji programowej autorstwa A. Popławskiej, która w swoim programie dogoterapii proponuje użycie alternatywnych metod języka w czasie zajęć ze zwierzętami<sup>22</sup>.

W trakcie spotkań z psem można zastosować zabawy i ćwiczenia usprawniające pracę narządów artykulacyjnych, które obejmują różnego rodzaju ćwiczenia oddechowe, artykulacyjne, fonacyjne i słuchowe. Terapia kontaktowa umożliwi również stymulację aktywności werbalnej dziecka, kształtuje rozumienie mowy, może także służyć wzbogaceniu słownika czynnego i biernego oraz ogólnemu rozwijaniu mowy.

Odpowiednio dobrane ćwiczenia z udziałem psa mogą korygować określone nieprawidłowości, takie jak dyslalia czy kształtowanie słuchu fonemowego. W przypadku tych ćwiczeń pies jest tylko towarzyszem, np. wyciąga z pojemnika różne przedmioty zaczynające się na określone głoski. Główna inicjatywa należy tu do prowadzącego zajęcia logopedy, który korzysta z obecności psa do korygowania konkretnych zaburzeń natury logopedycznej. Ćwiczenia wchodzące w skład prezentowanego segmentu powinny być prowadzone przede wszystkim z małymi dziećmi przedszkolnymi w ramach szeroko pojętej profilaktyki logopedycznej. Oddychanie jest czynnością fizjologiczną, konieczną w werbalizacji. U wielu dzieci przedszkolnych stwierdza się niewłaściwy stereotyp oddechowy, manifestujący się oddychaniem przez usta zamiast przez nos, krótką fazą wydechu oraz nierównomierną siłą wydechu w trakcie budowania wypowiedzi ustnych<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> Por. A. POPŁAWSKA: *Pies, przyjaciel i terapeuta: program dogoterapii przeznaczony do pracy z dzieckiem niepełnosprawnym*. Warszawa, „Przyjaciel” Fundacja Osobom Niepełnosprawnym 2004, s. 20.

<sup>23</sup> Proponowane ćwiczenia dostosowane do zajęć z wykorzystaniem psa stanowią modyfikację ćwiczeń oddechowych, usprawniających język, wargi i podniebienie miękkie na podstawie: A. BAŁEJKO: *Jak usuwać wady mowy*. Porady dla nauczycieli i rodziców. „Logopeda Radzi”. Białystok, Orthdruk 1994.

Istnieje również możliwość zastosowania zajęć z udziałem psa do nauki czytania globalnego według Glena Domana<sup>24</sup> oraz nauki czytania według Ireny Majchrzak<sup>25</sup>. Spotkania z psem mogą stanowić doskonałą okazję do wprowadzania etykiet związanych z psem oraz kolorami i kształtami.

W Polsce dogoterapia jest jeszcze mało znana, cieszy się jednak coraz większym zainteresowaniem terapeutów oraz rodziców dzieci niepełnosprawnych. Dogoterapia nie jest typową rehabilitacją, a psa nie można nazywać terapeutą – stanowi on jedynie medium pomiędzy dzieckiem a terapeutą, specyficzną pomoc w rozwoju określonych czynności (co oczywiście nie pomniejsza roli psiego przyjaciela w przebiegu terapii). Program jest alternatywną propozycją dla logopedów oraz innych terapeutów pracujących z dziećmi z dysfunkcjami rozwojowymi.

Każdorazowo program powinien być opracowywany do potrzeb i możliwości konkretnego dziecka. Pies jest jedynie środkiem do osiągnięcia zamierzonych celów. W trakcie realizacji indywidualnie stworzonego programu należy monitorować i dokumentować zachowania podopiecznych. Wyniki obserwacji będą stanowiły podstawę ewaluacji programu.

## Dogoterapia, logopedia a socjalizacja kognitywna dzieci trzyletnich w przedszkolu masowym

Zajęcia logopedyczne wykorzystujące obecność psa można prowadzić w najmłodszej grupie w przedszkolu masowym<sup>26</sup>. Okres pomiędzy 2. a 3. rokiem życia stanowi integralny etap w procesie akwizycji języka prymarnego. W tym okresie dziecko przyswaja najwięcej nowych słów, a także podstawy systemu leksykalnego, fonetycznego i morfologicznego języka ojczystego<sup>27</sup>.

W trakcie zajęć z psem w najmłodszej grupie przedszkolnej można stymulować prawidłowe oddychanie (np. dzieci dmuchają na sierść psa) oraz usprawniać pracę narządów artykulacyjnych. „Maluchy” chętnie dmuchają na sierść psa oraz naśladują ruchy języka czy odgłosy zwierzęcia. Obecność psa można wykorzystać do „zabawy w czytanie” – rytuałem może być inicjowanie spotkań dogoterapeutycznych odnajdywaniem wizytówki z imieniem psa. Szereg tego typu zabaw można wprowadzać równolegle z nauczycielem wykorzystującym na zajęciach metodę I. Majchrzak. Warto zaznajamiać dzieci z literowym obrazem wyrazów dźwiękonaśladowczych w trakcie wykonywania ćwiczeń ortofonicznych („miau”, „ko, ko”,

<sup>24</sup> G. DOMAN: *Jak nauczyć małe dziecko czytać*. Bydgoszcz, Excalibur 1992.

<sup>25</sup> I. MAJCHRZAK: *Wprowadzanie dziecka w świat pisma*. Warszawa, WSiP 1995.

<sup>26</sup> Takie zajęcia odbywają się cyklicznie w Miejskim Przedszkolu nr 42 w Rudzie Śląskiej. Biorą w nich udział dzieci dwuipół-, trzyletnie, nauczyciel oraz logopeda z psem.

<sup>27</sup> I. STYCZEK: *Zarys logopedii*. Warszawa, WSiP 1970, s. 117.

„kwa, kwa”, „auuuu...”). W tym celu należy przygotować obrazki odnoszące się treścią do konkretnego dźwięku, np. ilustracja ziewającego pieska będzie występowała równolegle z obrazem graficznym samogłoski *a*, ilustracja szczekającego psa – paralelnie z napisem „chau, chau”, z kolei rysunek dziewczynki uciszającej zwierzę – z napisem „cicho”. Istotne jest to, aby ilustracje cyklicznie pojawiały się w trakcie spotkań dzieci z psem.

Zajęcia edukacyjne z udziałem psa prowadzone w grupie dzieci najmłodszych umożliwiają poznanie zwierzęcia, przełamywanie lęku przed nim oraz kształtowanie prawidłowych zachowań w kontakcie z psem, ponadto są znakomitą okazją do socjalizacji kognitywnej oraz do podejmowania przez maluchy szeregu aktywności.

ELŻBIETA BIJAK

Szkoła Podstawowa nr 3 z Oddziałami Integracyjnymi w Mikołowie  
Specjalistyczne Centrum Terapii Jąkania w Wodzisławiu Śląskim

## Specjalistyczne turnusy terapeutyczne dla jąkających się – organizacja i efekty terapii

**ABSTRACT:** The author presents the effects of therapy of people taking part in specialist therapeutic holiday for those who stammer, which constitute a coherent system of therapeutic activities performed in accordance with the assumptions of “The Modified Programme of Psychophysiological Therapy of Stammering People” by dr M. Chęciek. The material contains the results of diagnoses (preliminary and final) of the Level of Logophobia and the Frequency level of stammering by adult participants of the holiday XI/XII 2008, VIII 2009, XI/XII 2009.

**KEY WORDS:** stuttering, stammering, therapy, speech therapy, help, programme

Jąkanie jako zaburzenie komunikacji międzyludzkiej występuje od najdawniejszych czasów. Pierwsze zapisy na jego temat odkryto na tabliczkach odkopanych w Mezopotamii. Jąka się około 1% populacji dorosłych ludzi. Mimo wielu publikacji, przeprowadzonych badań, eksperymentów i mnogości teorii na temat jego przyczyn oraz sposobów leczenia nadal pozostaje ono zjawiskiem zagadkowym. Jąkanie – będąc przyczyną problemów w kontaktach interpersonalnych – często powoduje stopniowe wycofywanie się z życia towarzyskiego, społecznego, budzi wiele negatywnych emocji, potęguje lęk, irytację, smutek, brak wiary w siebie i bezradność. Nierzadko wywołuje dezorientację, zmieszanie, zaniepokojenie, litość czy też lekceważenie.

W międzynarodowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10 (1998) jąkanie (zacinanie się – F98.5) oznacza zaburzenie mowy, które charakteryzuje się częstym powtarzaniem i wydłużaniem dźwięków, sylab lub słów albo częstymi wahaniami i przerwami w rytmiczności toku wypowiedzi. Jako zaburzenie należy je klasyfikować tylko wówczas, gdy natężenie w sposób wyraźny przerywa płynność mowy. Jąkaniu mogą towarzyszyć ruchy twarzy, czasami występujące łącznie z ruchami innych części ciała. Te współruchy zbiegają się w czasie z powtórzeniami, wydłużeniami i przerwami w toku wypowiedzi<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> L. POPEK: *Inne zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym*. W: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Red. I. NAMYSŁOWSKA. Warszawa, PZWL 2007, s. 165.

Według Zbigniewa Tarkowskiego „jąkanie to zaburzenie komunikacji międzyludzkiej, które ma specyficzną strukturę składającą się z czynników lingwistycznych [...], biologicznych [...], psychologicznych [...] i społecznych [...]”<sup>2</sup>.

Podobnie definiuje jąkanie Mieczysław Chęćek. Jego zdaniem jest ono komunikatywnym zaburzeniem płynności mówienia o podłożu wieloczynnikowym, któremu towarzyszą zakłócenia fizjologiczne, psychologiczne, językowe i socjologiczne, a które przejawia się skurczami mięśni oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych, wywołujących kloniczne i toniczne blokowanie jednostek mowy, oraz dysfunkcjami objawów pozajęzykowych pod postacią m.in. stanów logofobicznych i współruchów mięśniowych<sup>3</sup>.

Rene Byrne – odpowiadając na pytanie: Co to jest jąkanie? – twierdzi: „jąkanie się jest zaburzeniem mowy, w którym obserwujemy zawahania, potknięcia, napięcie mięśniowe i nagłe ruchy. Objawy te są tak znaczne, że powodują lęk u mówiącego i słuchacza”<sup>4</sup>.

Elżbieta Stecko określa jąkanie jako zaburzenie płaszczyzny suprasegmentalnej tekstu mówionego. Jej zdaniem stanowi ono złożony problem wielu dyscyplin. Psychologia, medycyna, socjologia rozpatrują to zagadnienie w aspekcie etiologii, logopedia zaś – w aspekcie terapii pacjenta<sup>5</sup>.

Przytoczone definicje mają charakter opisowy. Różnice w ujmowaniu jąkania wynikają ze złożoności problemu i wielu koncepcji dotyczących jego przyczyn i patomechanizmu. Prezentowane w literaturze przedmiotu próby precyzyjnego wyjaśnienia czynników wywołujących to zaburzenie nadal napotykają trudności. Jąkanie jest zjawiskiem dynamicznym, ulegającym zmianom w czasie i pod wpływem różnorodnych czynników. Charakteryzuje się: zmiennością, sytuacyjnością, sporadycznością, nieświadomością, mimowolnością i wielowymiarowością<sup>6</sup>.

## Terapia osób jękających się

Istota terapii osób jękających się według Z. Tarkowskiego polega na rozwiązaniu ich problemów. Problem jest funkcją celu i przeszkody, co można wyrazić za pomocą wzoru:

<sup>2</sup> Z. TARKOWSKI: *Jąkanie. Księga pytań i odpowiedzi*. Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia 2010, s. 161.

<sup>3</sup> M. CHĘĆEK: *Jąkanie. Diagnoza – Terapia – Program*. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls 2007, s. 48.

<sup>4</sup> R. BYRNE: *Pomówmy o zacinianiu*. Warszawa, PZWL 1989, s. 9.

<sup>5</sup> E. STECKO: *Jąkanie u dzieci z obniżoną aktywnością histydazy*. „Logopedia” 1993, nr 20, s. 147.

<sup>6</sup> Z. TARKOWSKI: *Psychosomatyka jękania. Dlaczego osoby jękające się mówią płynnie*. Lublin, Wydawnictwo Fundacji Orator 2007, s. 26.

$$P = f(C + Pr)$$

gdzie: P – problem, C – cel, Pr – przeszkoda.

Problem powstaje wtedy, kiedy pojawia się przeszkoda uniemożliwiająca osiągnięcie celu<sup>7</sup>.

Celem postępowania terapeutycznego powinno być usunięcie lub złagodzenie objawów występujących w jąkaniu<sup>8</sup> – w odniesieniu do płynności mówienia zarówno objawów psychicznych, jak i objawów neurofizjologicznych.

W Polsce nadal brak jednolitego systemu organizacji terapii, co wiąże się z istnieniem wielu technik, metod i programów terapii osób jąkających się oraz z różnymi sposobami ich klasyfikacji. W proponowanych przez PTL Standardach Postępowania Logopedycznego jako standardowe postępowanie przyjęto:

- minimum 1–2 spotkania muszą być poświęcone diagnozie;
- jeśli chodzi o częstotliwość spotkań terapeutycznych, powinny odbywać się minimum dwa 30-minutowe spotkania na tydzień z możliwością ich połączenia;
- terapia może być indywidualna i grupowa w zależności od metody;
- pacjent musi codziennie wykonywać ćwiczenia;
- czas terapii wynosi minimum 12 tygodni;
- w przypadku bardzo intensywnej terapii (prowadzonej codziennie, przez kilka godzin) czas może być skrócony do 2–3 tygodni;
- w terapii należy uwzględnić etapowość: ćwiczenia w gabinecie, przeniesienie efektów w sytuacje pozagabinetowe, utrwalenie wyników terapii;
- kontrolę wyników terapii należy przeprowadzić do 6 miesięcy od jej zakończenia<sup>9</sup>.

### **Intensywny program terapeutyczny dla jąkających się dzieci, młodzieży i dorosłych**

Pod koniec lat osiemdziesiątych poprzedniego stulecia w ramach działalności Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy w Lublinie (obecnie Fundacja Orator) organizowano pierwsze obozy letnie dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami płynności mówienia. W kolejnych latach liczba uczestników letnich i zimowych spotkań terapeutycznych stopniowo się zwiększała, a ich organizację przejęło Specjalistyczne Centrum Terapii Jąkania w Wodzisławiu Śląskim. Obecnie dwa razy w roku w Wiśle

<sup>7</sup> „[...] Jąkanie samo w sobie nie stanowi problemu. Bywa przeszkodą w osiągnięciu celu”. Z. TARKOWSKI: *Jąkanie...*, s. 168.

<sup>8</sup> T. WOŹNIAK: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku jąkania*. „Logopedia” 2010, nr 37, s. 223.

<sup>9</sup> Ibidem, s. 225.



w Beskidzie Śląskim pod kierunkiem doktora M. Chęćka i grupy współpracujących z nim terapeutów osoby jękające się intensywnie i kompleksowo pracują nad płynnością swojej mowy. Uczestnikami turnusów są dzieci wraz z rodzicami bądź opiekunami oraz młodzież i dorośli, dla których jękanie stanowi barierę w swobodnym, prawidłowym komunikowaniu się.

Intensywny program terapeutyczny dla jękających się dzieci, młodzieży i dorosłych (tzw. turnus) oparty jest na założeniach autorskiego Zmodyfikowanego Programu Psychofizjologicznej Terapii Jękających się Chęćka, który powstał na bazie wieloletnich doświadczeń autora w pracy terapeutycznej z jękającymi się oraz odbytych licznych szkoleń i staży u uznanych specjalistów m.in. w zakresie terapii jękania i zaburzeń głosu w ośrodkach logopedyczno-foniatrycznych w Berlinie Zachodnim, Monachium, Londynie, Oksfordzie i innych. Program stanowi spójny system oddziaływań terapeutycznych ukierunkowanych na skorygowanie nie płynności mówienia, zmniejszenie napięcia mięśniowego i wyeliminowanie współruchów oraz podniesienie gotowości komunikacyjnej poprzez zminimalizowanie logofobii.

### Diagnoza wstępna i końcowa

Warunkiem zakwalifikowania osoby z nie płynnością mówienia do udziału w turnusie jest wcześniejsze uczestnictwo w minimum jednej sesji diagnostyczno-terapeutycznej, poświęconej m.in. wnikliwemu wywiadowi, diagnozie stanu jękania oraz innych nie płynności mówienia, przy aktywnym udziale bliskich. Diagnostyka jest prowadzona na podstawie: Kwestionariusza Cooperów do Oceny Jękania<sup>10</sup> lub Kwestionariusza do Badania Stopnia Nie płynności Mówienia u Dzieci<sup>11</sup>, Listy Objawów Chroniczności Jękania oraz Kwestionariusza Nie płynności Mówienia i Logofobii<sup>12</sup>.

W czasie trwania turnusu (w pierwszym i ostatnim dniu) przeprowadzane są diagnozy: wstępna i końcowa. Ich celem jest określenie stanu jękania, poziomu logofobii oraz występowania współruchów neuromięśniowych. Wszystkie sesje diagnostyczne są nagrywane w celach porównawczych.

### Kontrakt terapeutyczny

Ważnym elementem pracy terapeutycznej podczas turnusu jest zawierany w pisemnej formie kontrakt między terapeutami a pacjentem oraz jego osobami

---

<sup>10</sup> M. CHĘCIEK: *Kwestionariusz Cooperów do Oceny Jękania. Zarys Terapii. Podręcznik*. Lublin, Wydawnictwo Fundacji Orator 2001.

<sup>11</sup> M. CHĘCIEK: *Jękanie...*

<sup>12</sup> Z. TARKOWSKI: *Kwestionariusz Nie płynności Mówienia i Logofobii (Diagnoza i Terapia Jękania)*. Lublin, Wydawnictwo Fundacji Orator 1999, s. 46.

towarzyszącymi (rodzicami, opiekunami, partnerami). Zawsze uzgodniony zostaje przed rozpoczęciem procesu terapeutycznego, stając się wyznacznikiem ukierunkowanych i nieprzypadkowych oddziaływań. Stanowi swoisty rodzaj umowy, zawierającej precyzyjne i realistyczne cele terapii oraz warunki jej realizacji. Określa wskaźniki efektywności stosowanych zabiegów terapeutycznych oraz zakres wzajemnych zobowiązań stron.

### Bloki terapeutyczne

W czasie trwania turnusu terapia prowadzona jest w grupach (6–10-osobowych), dopasowanych pod względem wieku, potrzeb i możliwości uczestników (określanych na podstawie diagnozy wstępnej), oraz w formie indywidualnych konsultacji. Zakres oddziaływań terapeutycznych jest kierowany zarówno do samego jękającego się pacjenta, jak i do wspierających go osób, które czynnie uczestniczą w procesie terapii. Zajęcia organizowane są bardzo intensywnie (około 10 godzin w ciągu dnia) w postaci bloków terapeutycznych.

#### Psychoterapeutyczna metoda radzenia sobie z logofobią – relaksacja i wizualizacja

Relaks jest stanem wewnętrznej równowagi i spokoju. W takim stanie wszystkie mięśnie są rozluźnione, wiotkie w dotyku. Człowiek odczuwa odprężenie, wewnętrzne uspokojenie, czuje się dobrze, a jego lęki i niepokoje znikają. Wtedy wzrasta zaufanie do siebie i wiara we własne siły. Wyzwała to pozytywne uczucia również wobec innych<sup>13</sup>. Techniki relaksacyjne zawierają tak ważny element dla terapii osób z dysfluencją, jak ćwiczenia kontroli napięcia mięśniowego i ćwiczenia oddechowe. Duże znaczenie ma możliwość doświadczenia podczas treningu uczucia wyciszenia<sup>14</sup>. Natomiast wizualizacja umożliwia pracę nad emocjami, weryfikację stosunku do czynności mówienia i stanowi dobry początek do własnej pracy z problemem<sup>15</sup>. Zarówno relaks, jak i wizualizację należy stosować systematycznie, najlepiej codziennie, by przyniosły oczekiwany efekt.

Podczas turnusu uczestnicy są wyczerpująco informowani o tym, czemu służy relaks, w jaki sposób i gdzie można go zastosować, jakie są jego rodzaje oraz jak ważny jest w odniesieniu do procesu terapeutycznego osób jękających się. Uczestnicy regularnie poddawani są relaksacji i wizualizacji z wykorzystaniem relaksacji progresywnej Edmunda J. Jacobsona, treningu autogennego Johanna H. Schultza

<sup>13</sup> W. KOSTECKA: *Zintegrowany program terapii osób jękających się*. Lublin, Agencja Wydawniczo-Handlowa Antoni Dudek 2004, s. 89.

<sup>14</sup> A. KNOBLOCH-GALA: *Problemy terapii osób z zaburzeniami płynności mówienia*. „Logopedia” 1993, nr 20, s. 78.

<sup>15</sup> Ibidem, s. 80.

oraz relaksacji neuromięśniowej Zdzisława Bartkowicza. Relaksacja jest łączona z ćwiczeniami oddechowymi i ćwiczeniami oddechowo-rozluźniająco-koncentracyjnymi w zakresie równoważenia półkul mózgowych według metody Kinezoologii Edukacyjnej Paula Dennisona oraz technikami oddechowo-medytacyjnymi według hatha-jogi. Wyciszeniu i relaksowi sprzyjają codziennie czytane poranne afirmacje oraz towarzysząca im muzyka relaksacyjna.

### **Ćwiczenia płynnie porozumiewającego się mówcy – terapia oddechowo-emisyjno-dykcyjna**

Głównym celem zajęć w tym bloku jest poprawa płynności mowy, zwolnienie jej tempa, uodpornienie na stres i niepowodzenia wynikające z różnorodnych aktów werbalnej komunikacji, przezwycięzenie bariery nieśmiałości w kontaktach interpersonalnych oraz osiągnięcie sukcesu płynnie i swobodnie porozumiewającego się mówcy. W czasie zajęć wprowadzane są:

- elementy relaksacji (z podkreśleniem jej wpływu na prawidłową emisję głosu);
- ćwiczenia izometryczne, ćwiczenia usprawniające motorykę ogólną ciała z wykorzystaniem ćwiczeń wzmacniających motorykę narządów artykulacyjnych (plastykę ruchu);
- ćwiczenia prowadzące do uzyskania pełnego oddechu, wydłużenia, wyrównania i dostosowania do celów mownych fazy wydechowej;
- techniki oddechowe;
- techniki dykcyjne;
- ćwiczenia w celu wzmocnienia i poprawy artykulacji;
- ćwiczenia z wykorzystaniem rezonansu piersiowego i głowowego;
- techniki i ćwiczenia fonacyjne;
- praca z tekstem – zgodnie z zasadami poprawnej wymowy polskiej.

Niezwykle ważne jest również uświadomienie jękać się i ich bliskim, iż nie wystarczy jednorazowe, sporadycznie lub przypadkowo wykonane ćwiczenie. Nabycie i swobodne stosowanie określonych umiejętności wymaga długofalowego, systematycznego i konsekwentnego postępowania.

W celu podniesienia efektywności pracy zarówno podczas zajęć, jak i poza nimi terapeuci oraz uczestnicy turnusu (osoby jękać się i ich osoby towarzyszące) zobowiązani są do stosowania tzw. mowy terapeutycznej – zwolnionego tempa mówienia.

### **Trening zwolnionego mówienia z wykorzystaniem metody „Echo” z elementami muzykoterapii i socjoterapii**

Echokorektory mowy są dziś urządzeniami powszechnie stosowanymi w terapii jękania. Powodzenie terapii prowadzonej przy użyciu echokorektora mowy zależy, z jednej strony, od systematyczności wykonywania zalecanych ćwiczeń, z drugiej

zaś – od umiejętności „synchronizowania” dźwięków własnej mowy ze słyszaniem dźwiękami echa<sup>16</sup>.

W Zmodyfikowanym Programie Psychofizjologicznej Terapii Jąkających się Chęćka echokorekcja, czyli trening zwolnionego mówienia z wykorzystaniem korektora echo, jest jego elementem – istotnym, ale tylko przejściowym, stosowanym jedynie w początkowej fazie procesu terapeutycznego. Pierwsze ćwiczenia w mówieniu z jego użyciem bazują na prostym materiale słownym (pojedynczych wyrazach i prostych zdaniach). Stopień trudności stopniowo wzrasta, wprowadzane są elementy dialogu i dramy, uwzględniające indywidualne potrzeby oraz możliwości uczestników terapii. Następnym etapem terapii jest stopniowe wycofywanie echokorektora i praca bez niego z wykorzystaniem tzw. echa zapamiętanego.

### Technika delikatnego startu mowy i inne techniki płynnego mówienia

Technika delikatnego startu mowy (TDSM) polega na wypracowaniu u jąkającego się: delikatnego (miękkiego) nastawienia głosu, umiejętności kontrolowania zwierania (napinania) narządów artykulacyjnych, fonacyjnych i mięśni aparatu oddechowego, zmniejszenia ciśnienia wewnątrzoralnego w celu zlikwidowania: klonicznych powtórzeń nagłosowych głosek lub sylab, bloków tonicznych uniemożliwiających płynny start mowy.

Wprowadzanie TDSM początkowo polega na ćwiczeniach delikatnego, miękkiego kontaktu narządów artykulacyjnych na starcie mowy, np. delikatnego zwarcia warg w czasie realizacji spółgłosek *m*, *p*, *b*. Na starcie stosuje się podejście „pantomimiczne”, delikatne, bez mocnego wybuchu powietrza. Dobór kolejności głosek należy traktować indywidualnie, zależnie od charakteru występujących bloków. Ćwiczenia wymawiania wyrazów ze spółgłoskami zwarto-wybuchowymi w nagłosie poprzedza się ćwiczeniami na sylabach i wyrazach zawierających głoskę *m* w nagłosie. Brak napięć mięśniowych warg przy przeciąganiu tej głoski oraz brak wzmożonego ciśnienia wewnątrzoralnego przy jej realizacji stanowi dobrą, porównywalną ilustrację zastosowania zmniejszonego do minimum ciśnienia powietrza w jamie ustnej przy wymawianiu głosek *p*, *b* oraz zmniejszonego napięcia mięśni warg przy realizacji tych głosek. Podobny mechanizm dotyczy również głosek: *t*, *d*, *k*, *g*<sup>17</sup>. Kolejny etap stanowi wypracowanie „miękkiego ataku”, miękkiego, przydechowego startu mowy, który zapobiega blokowaniu, szczególnie w przypadku mocnych zwarć krtańowych przy wypowiedaniu wyrazów z samogłoskami w nagłosie. Jeśli u pacjenta nie występują toniczne bloki krtańowe na samogłoskach, można pominąć miękki atak, stosując jednakże technikę przedłużania samogłosek.

Technikę delikatnego startu mowy wprowadza się równocześnie z innymi technikami wspierającymi płynne mówienie. Jedną z najstarszych, klasycznych metod

<sup>16</sup> B. ADAMCZYK, W. KUNISZYK-JÓŻKOWIAK, E. SMOŁKA: *Pojęcie synchronizacji w mówieniu chóralnym z echem i pogłosem w terapii jąkania*. „Logopedia” 1993, nr 20, s. 5.

<sup>17</sup> M. CHĘCIEK: *Jąkanie...*, s. 96–97.

w terapii jąkających się jest technika zwolnionego, przedłużonego mówienia, czyli przeciągania samogłosek (TPM)<sup>18</sup>. Spowolnienie tempa mowy daje osobie jąkającej się możliwość kontrolowania płynności mówienia. Kolejna metoda wspierająca płynną mowę polega na stosowaniu gestu upłynniająco-rytmizującego. Podczas mówienia jąkający się wykonuje zsynchronizowany z mową paraboliczny ruch dłonią lub palcem wiodącej ręki – jeden ruch jedna fraza lub kilkusylabowy wyraz. Poprawie płynności mówienia służy także tzw. technika negatywnej praktyki. W celu uświadomienia pacjentowi pełnego obrazu zaburzenia przeprowadza się ćwiczenia „celowego jąkania się”<sup>19</sup>.

### Psychodrama i socjoterapia

Psychodrama jest uproszczonym, improwizowanym przedstawieniem teatralnym przygotowanym dla celów terapeutycznych. W teatrze można odegrać typowe sytuacje wywołujące niepłynność mówienia i logofobię, a tym samym utrwalić efekty desensybilizacji<sup>20</sup>. W czasie turnusu wszystkie scenki dramatyczne odgrywane przez poszczególne osoby zawsze analizowane są na forum grupy – zarówno pod kątem płynności mowy (podkreśla się prawidłowe cechy płynności mowy), jak i wykorzystania zdobytych umiejętności radzenia sobie w trudnych komunikacyjnych sytuacjach. Odgrywanie ról i wykonywanie zadań, relacjonowanie odczuć towarzyszących zabawie i wcielaniu się w określone postacie, ocena wzajemnego zachowania się uczestników podczas zabawy terapeutycznej mają również korzystny wpływ na eliminowanie lęku przed mówieniem. Ćwiczenia dramatyczne stanowią zarazem wprowadzenie i przygotowanie do kolejnego etapu – zajęć w terenie, podczas których uczestnicy wykonują różnorodne zadania terapeutyczne w naturalnym środowisku.

Socjoterapia stanowi kluczowy etap terapii jąkania. Przebiega w naturalnych sytuacjach komunikacyjnych. Jest sprawdzianem efektywności poprzednich etapów leczenia<sup>21</sup>. Wyjście z ośrodka, poza oswojoną już grupę, rozmowy z przypadkowymi, nieznanymi osobami są kolejnym wyzwaniem, któremu muszą sprostać uczestnicy turnusu. Pytania o drogę, godzinę, ceny artykułów, rozmowy telefoniczne, przemowy na środku rynku, nawiązywanie nowych znajomości, a nawet wręczanie kwiatów bądź czytanie aforyzmów przechodniom – to typowe zadania uczestników socjoterapii.

Końcowe sesje terapeutyczne służą wspólnej analizie i dyskusji na temat osiągnięć i porażek w zakresie płynności mówienia w aspekcie różnorodnych sytuacji społecznych. Umożliwia to ostateczne przezwyciężanie lęku przed mówieniem oraz zautomatyzowanie gestów płynności.

<sup>18</sup> IDEM: *Kwestionariusz Cooperów...*, s. 50.

<sup>19</sup> IDEM: *Jąkanie...*, s. 100.

<sup>20</sup> Z. TARKOWSKI: *Kwestionariusz...*, s. 46.

<sup>21</sup> Ibidem, s. 46.

### Grupowa terapia płynnej, werbalnej komunikacji

Grupowa terapia płynnej, werbalnej komunikacji – stanowiąca blok zajęć popołudniowych, prowadzonych w zwiększonej grupie – ma na celu przede wszystkim:

- nabywanie nowych umiejętności interpersonalnych, takich jak: asertywność, umiejętność podejmowania decyzji, szukania wsparcia i pomocy, umiejętność rozwiązywania sytuacji konfliktowych;
- eliminowanie negatywnych stanów emocjonalnych, wzmacnianie wiary w siebie i własne możliwości oraz poznawanie zasad dobrej komunikacji;
- stwarzanie okazji do wypróbowania i wyćwiczenia nowych wzorców zachowań społecznych.

Istotną rolę w terapii osób jękających się odgrywają emocje. Zaburzeniom płynności mówienia niejednokrotnie towarzyszy zjawisko aleksytymii, czyli niezdolności do werbalizacji własnych emocji i radzenia sobie ze stresem, nasilone przez wysokie natężenie negatywnych emocji. Znaczącą przeszkodę w komunikowaniu się, często występującą wraz z niepłynnością mówienia, stanowią współruchy, które powodują u jękających się zawstydzenie, prowadzą do unikania lub zerwania kontaktu wzrokowego z rozmówcą. Organizowane przez terapeutów różnorodne formy aktywności sprzyjają odblokowywaniu się i odreagowywaniu negatywnych emocji u pacjentów oraz służą nabywaniu nowych umiejętności psychospołecznych wpływających korzystnie na ich funkcjonowanie społeczne. Uczestnicy turnusu mają możliwość lepszego poznania siebie, swoich mocnych stron i umiejętnego wykorzystywania ich w sytuacjach życiowych.

### Grupowa terapia zmniejszania stanów logofobii

Logofobia jest szczególnym rodzajem lęku komunikacyjnego, definiowanym jako indywidualny poziom obawy lub niepokoju, związany z sytuacją komunikacyjną<sup>22</sup>. W związku z tym praca terapeutyczna powinna być ukierunkowana na kształtowanie odpowiedniego nastawienia poprzez umiejętne radzenie sobie z własnymi emocjami w sytuacjach stresujących oraz wyrabianie odporności na pojawiający się stres komunikacyjny. Dlatego wśród zajęć prowadzonych w czasie turnusu terapeutycznego ogromną rolę odgrywała grupowa terapia zmniejszania stanów logofobii, mająca na celu redukcję lęków przed mówieniem, a także przełamywanie strachu, wstydu przed tym, że w czasie mówienia osoba z niepłynnością mowy może się zająknąć. Podstawę do pracy w tym zakresie stanowią techniki i umiejętności, które uczestnicy nabywają w czasie bloków zajęć przedpołudniowych (terapii delikatnego startu mowy, technik płynnego mówienia, ćwiczeń oddechowo-emisyjno-dykcyjnych, treningu zwolnionego mówienia, relaksacji i wizualizacji). Ich tematyka dostosowywana jest do potrzeb grupy oraz etapu terapii.

<sup>22</sup> IDEM: *Psychosomatyka...*, s. 36.

## Krąg wsparcia

Zajęcia organizowane są odrębnie w grupie jąkających się uczestników turnusu i w grupie wspierających ich osób. Zgodnie z ogólnie przyjętymi normami celem kręgów wsparcia jest wzajemna wymiana myśli i doświadczeń związanych z problematyką jąkania. Jąkający się prezentują swoje własne sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach, zadają nurtujące ich pytania, dodają sobie otuchy, wzajemnie się motywują. Podobnie w grupie opiekunów następuje wspólne wypracowanie metod postępowania w kłopotliwych momentach, dochodzi do dzielenia się spostrzeżeniami i niepokojami. Spotkania te dają przede wszystkim możliwość przekonania się, że inni też borykają się z problemami, potrzebują wsparcia i pomocy, mają rozterki.

## Efektywność specjalistycznych turnusów terapeutycznych dla jąkających się dzieci, młodzieży oraz dorosłych

Wyniki diagnoz wstępnych i końcowych, obserwacje oraz rozmowy z uczestnikami turnusów świadczą o wysokiej efektywności intensywnego programu terapeutycznego dla jąkających się dzieci, młodzieży i dorosłych prowadzonego na podstawie założeń Zmodyfikowanego Programu Psychofizjologicznej Terapii Jąkających się autorstwa M. Chęćka.

Analizując efekty uzyskane przez osoby jąkające się w czasie terapii prowadzonej w warunkach turnusowych, należy podkreślić:

- zwiększenie gotowości do komunikowania się;
- obniżenie stopnia fobii społecznej;
- znaczne obniżenie stresu komunikacyjnego (w tym lęku przed publicznym wystąpieniem).

Świadczą o tym m.in. wyniki uzyskane w próbie reakcji unikania / występowania objawów logofobicznych (por. tabela 1.), w której jąkający się oceniali poziom lęku towarzyszącego 50 sytuacjom życiowym, ocenianym w skali od 0 do 3 punktów:

- 0 pkt oznacza: „nie boję się mówić”;
- 1 pkt oznacza: „trochę boję się mówić (odczuwam lekki lęk)”;
- 2 pkt oznaczają: „boję się mówić (przeżywam strach)”;
- 3 pkt oznaczają: „bardzo boję się mówić (wolałbym nie mówić / unikam mówienia)”.

W czasie diagnozy wstępnej 18 dorosłych uczestników aż 73 razy wybrało odpowiedź: „bardzo boję się mówić (wolałbym nie mówić / unikam mówienia)”, natomiast ostatniego dnia terapii nikt spośród nich nie wskazał sytuacji, w której unikałby mówienia. Natomiast liczba sytuacji, którym lęk nie towarzyszy, podwoiła się (diagnoza początkowa: 331 wskazań, diagnoza końcowa: 647 wskazań).

TABELA 1. Poziom logofobii u dorosłych uczestników turnusów (XI/XII 2008, VIII 2009, XI/XII 2009)

Lp.	Uczestnik	Płeć	Wiek	Pierwszy dzień turnusu					Ostatni dzień turnusu					Różnica
				0	1	2	3	Razem	0	1	2	3	Razem	
1.	G.B.	M	18;4	10	16	12	12	76	41	9	0	0	9	67
2.	L.M.	M	18;8	37	13	0	0	13	47	3	0	0	3	10
3.	M.K.	M	18;10	20	21	7	2	41	44	6	0	0	6	35
4.	C.M.	M	19;3	30	14	6	0	26	45	4	1	0	4	22
5.	J.D.	K	19;8	13	20	14	3	57	26	20	4	0	28	29
6.	D.P.	M	19;9	17	27	6	0	39	48	2	0	0	2	37
7.	M.A.	K	21;4	7	17	20	6	75	27	18	5	0	28	47
8.	P.M.	M	21;7	13	11	22	4	67	46	4	0	0	4	63
9.	P.M.	K	22;1	33	16	1	0	18	41	9	0	0	9	9
10.	M.P.	M	22;1	16	16	13	5	57	40	9	1	0	11	46
11.	K.M.	K	22;4	9	15	21	5	72	8	32	10	0	52	20
12.	B.P.	M	23;3	13	14	14	9	69	28	21	1	0	21	48
13.	P.M.	M	24;8	8	11	21	10	83	40	10	0	0	10	73
14.	S.R.	M	26;4	22	20	7	1	37	24	24	2	0	28	9
15.	W.Ł.	M	26;8	10	24	16	0	56	15	31	4	0	39	17
16.	SZ.M.	M	30;3	35	11	2	2	21	48	2	0	0	2	19
17.	H.L.	K	33;4	4	19	13	14	87	34	16	0	0	16	71
18.	B.A.	M	56;7	16	31	3	0	37	45	5	0	0	5	32

Analiza sukcesów i porażek pozwoliła na przewartościowanie problemu jąkania oraz wskazanie mocnych i słabych punktów terapii. Spowodowała, że uczestnicy sami, spontanicznie wyznaczali sobie zadania, którym wcześniej nie byłiby w stanie sprostać, przekraczali bariery, które przed turnusem były dla nich nie do pokonania.

Wynikami prowadzonych zabiegów terapeutycznych są również:

- poprawa kontaktów interpersonalnych;
- widoczny wzrost samooceny;
- nabycie umiejętności identyfikowania własnych emocji oraz kontrolowania i radzenia sobie z nimi.

Można je zaobserwować w naturalnych sytuacjach społecznych towarzyszących sesjom socjoterapeutycznym w ośrodku i w terenie (sklep, ulica, kawiarnia, urząd, szkoła itp.), w czasie wolnym od zajęć, podczas końcowych prezentacji na forum całej grupy oraz realizacji zadań terapeutycznych rejestrowanych w formie nagrań wideo.

Z punktu widzenia zarówno jąkającego się – nadawcy, jak i jego rozmówcy – odbiorcy komunikatu słownego bardzo ważne są:

- uzyskanie pozytywnych efektów terapeutycznych w postaci bardziej płynnej mowy;
- umiejętność stosowania technik wspomagających płynność mówienia, w tym świadome stosowanie w mówieniu poznanych gestów płynności;



- znaczne ograniczenie współruchów i reakcji wegetatywnych oraz nabycie umiejętności panowania nad nimi.

Ilustrują to rezultaty uzyskane podczas diagnoz początkowych i końcowych oceniających stopień częstotliwości jąkania za pomocą Kwestionariusza Coope-rów do Oceny Jąkania (por. tabela 2.) oraz opisywane okoliczności zachowań werbalnych.

TABELA 2. Stopień częstotliwości jąkania u dorosłych uczestników turnusów (XI/XII 2008, VIII 2009, XI/XII 2009)

Lp.	Uczestnik	Płeć	Wiek	Pierwszy dzień turnusu		Ostatni dzień turnusu	
				% niepełności	stopień jąkania	% niepełności	stopień jąkania
1.	G.B.	M	18;4	0	norma	0	norma
2.	L.M.	M	18;8	9,38	lekki	6,06	lekki
3.	M.K.	M	18;10	8	lekki	0	norma
4.	C.M.	M	19;3	19,57	umiarkowany	6,14	lekki
5.	J.D.	K	19;8	4,15	lekki	0,75	zbliżony do normy
6.	D.P.	M	19;9	0	norma	0	norma
7.	M.A.	K	21;4	11,3	lekki	0	norma
8.	P.M.	M	21;7	6,16	lekki	4,8	lekki
9.	P.M.	K	22;1	0,87	zbliżony do normy	1	zbliżony do normy
10.	M.P.	M	22;1	7,38	lekki	3,75	zbliżony do normy
11.	B.P.	M	23;3	16,27	umiarkowany	0	norma
12.	K.M.	K	22;4	5	lekki	0,85	zbliżony do normy
13.	P.M.	M	24;8	0,96	zbliżony do normy	0	norma
14.	S.R.	M	26;4	9,1	lekki	0	norma
15.	W.Ł.	M	26,8	21,86	umiarkowany	2,26	zbliżony do normy
16.	SZ.M.	M	30;3	1,98	zbliżony do normy	0	norma
17.	H.L.	K	33;4	2,1	zbliżony do normy	0,56	zbliżony do normy
18.	B.A.	M	56;7	20,23	umiarkowany	3	zbliżony do normy

Najważniejszy – jak wynikało z rozmów z osobami kończącymi terapię turnusową – okazał się jednak sukces terapeutyczny, sukces na miarę indywidualnych możliwości poszczególnych osób w postaci własnej satysfakcji (także satysfakcji osób z najbliższego otoczenia współuczestniczących w procesie terapeutycznym) oraz poczucie sprawstwa.

Na poparcie przytoczę fragmenty listu jednego z uczestników programu, który pisze o swoim subiektywnie odczuwanym sukcesie:

### List Maćka, studenta socjologii, byłej osoby jąkającej się

Jest takie stare powiedzenie: „mowa jest srebrem, a milczenie złotem”. W kontekście osób jąkających się ta sentencja staje się niezwykle przewrotna. Nie ma bowiem dla nich nic bardziej krępującego, niż zasadzająca się na zaciśniętych ustach pozorna cisza i nic bardziej pożądanego, jak rzeka niczym nieskrępowanych słów.

...wiem o tym, ponieważ sam się jąkam.[...]

Z całą pewnością **nie mógłbym osiągnąć sukcesu, gdyby nie czynne uczestnictwo w terapii.**[...] Z perspektywy czasu dostrzegam poszczególne jej elementy, które systematycznie konstruowały mnie, jako człowieka „mówiącego” na nowo, uczyły i dodawały pewności siebie.[...]

Jestem obecnie długo wyczekiwany gościem, tym, na którego czekałem od tyłu lat. Zwolniłem tempo mowy, dzięki czemu bez żadnych oporów wchodzę w interakcje z innymi ludźmi. Nie stronię od urzędów, sklepów, kiosków (nie jeżdżę na gapę), sam zamawiam pizzę przez telefon dla mnie i mojej Dziewczyny, dochodzę swoich racji na drodze rzeczowych dyskusji. Nie utożsamiam już zwykłej tremy (która towarzyszy nam zawsze) ze strachem przed mówieniem. Odbywam aktualnie praktyki w szkole podstawowej jako nauczyciel wychowania fizycznego... uczę, rozmawiam z dziećmi, staram się tłumaczyć, co wcześniej było poza moim zasięgiem. Przede wszystkim zakopałem gdzieś swój lęk, obawy przed konsekwencjami podjętych prób. Liczę się z ewentualnymi potknięciami (zdarzają się), że coś jeszcze może pójść w moim mówieniu nie tak, ale nie nastawiam się już na porażkę, ale raczej na sukces! Komuś może wydawać się, że zwolnione tempo mówienia jest czymś nienaturalnym... wręcz przeciwnie! Dzięki niemu moje wypowiedzi są bardziej kontrolowane, przemyślane, spontaniczne – po prostu takie, jakie chciałbym, żeby były. Polubiłem swoje mówienie i mówię coraz więcej i więcej...

Dopóki walczę..., jestem zwycięzcą.

Cieszę się z tego, co udało mi się już osiągnąć, czuję, że złapałem wiatr w żagle. **Wiem także, że to dopiero początek...** Nie wolno tego wypuścić, tej szansy, którą daje terapia. Mocno utkwiły mi w pamięci słowa jednego z uczestników turnusu: „że zawsze będziemy jąkałami?”. Ja się z tym zgadzam. Te słowa są dla mnie takim buforem bezpieczeństwa. Przypominają o potrzebie ciągłych ćwiczeń, podejmowania wyzwań, doskonalenia technik płynnego mówienia, by stały się czymś naturalnym i by moje jąkanie pozostało tylko anegdotą, którą będę opowiadał w przyszłości.

Łódź, 28 września 2009 roku

Maciek z Łodzi

JUSTYNA TORONCZAK

Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 13 w Zabrze

## Techniki relaksacyjne w terapii jąkania

**ABSTRACT:** The article describes types of relaxation techniques which are used in therapy of stammering people conducted on the basis of Modified Psychophysiological Therapy of Stammering People Program by dr M. Chęciek. As a matter of fact the article presents the work of therapists who used the method during the specialist periods for stammering people organized by the Specialist Center for Speech Disfluencies in Wodzisław Śląski. It presents who to perform those techniques, shows their application and benefits.

**KEY WORDS:** therapy, stammer, autogenous training, neuromuscle relaxation

Techniki relaksacyjne wykorzystywane są w terapii osób z różnymi dysfunkcjami zarówno psychicznymi, jak i logopedycznymi (głównie stosowane są podczas pracy z osobami jękającymi się). Wprowadza się je dla prawie każdej grupy wiekowej, rozpoczynając od dzieci pięcioletnich, a kończąc w zasadzie na osobach bez określonego limitu wiekowego. Jedyną różnicą w prowadzeniu takich zajęć jest inna rozpiętość czasowa przeznaczona na dane ćwiczenie. Zmodyfikowane musi także zostać adekwatne słownictwo, dopasowane przede wszystkim do wieku odbiorcy. Bardzo ważną rolę odgrywają również odpowiednia intonacja i barwa głosu terapeuty prowadzącego zajęcia. Jako psycholog, psychoterapeuta, logopeda staram się spełnić wszystkie wymagania, aby zajęcia odbywały się z jak największą korzyścią dla odbiorcy.

Klasyczna teoria jękania głosi, że jest ono wynikiem dyskoordynacji oddychania, fonacji i artykulacji<sup>1</sup>. Bezpośrednią tego przyczyną może być wzmożona aktywność mięśni biorących udział w tworzeniu mowy. Często nierozładowane napięcie przechodzi z aparatu mowy na inne części ciała i uaktywnia się pod postacią np. tików, podskoków, wykrzywień twarzy.

---

<sup>1</sup> Z. TARKOWSKI: *Psychosomatyka jękania*. Lublin, Wydawnictwo Fundacji Orator 2007, s. 27.

Stwierdzono, że osoby jåkające się mają słabą odporność psychiczną i fizyczną<sup>2</sup>. W związku z tym często są bardziej podatne na stres psychologiczny, który może spowodować utratę kontroli mózgowej<sup>3</sup>. Wówczas może pojawić się także zjawisko hiperwentylacji, a w konsekwencji występują: kołatanie serca, częstoskurcz, bóle w klatce piersiowej, mrowienia w wargach, palcach rąk i/lub nóg, ból w żołądku, podbrzuszu, toniczne skurcze mięśni szkieletowych, lęk, osłabienie czy nawet utrata świadomości. Aby tym i wielu innym objawom zapobiec, trzeba osoby jåkające się poddać urozmaiconym technikom relaksacyjnym.

## Relaksacja podczas turnusów terapeutycznych

Relaksacja polega na rozluźnieniu, odprężeniu poszczególnych grup mięśniowych i powolnym, jednostajnym, spokojnym oddechu. Reakcja relaksu obejmuje reakcję demobilizacyjną organizmu, prowadzącą do zmniejszenia aktywności układu sympatycznego. Charakteryzuje ją: zmniejszenie zużycia tlenu przez organizm o około 10–12%, zmniejszenie częstości uderzeń serca do około 3 na minutę, zwolnienie rytmu oddychania, spadek poziomu kwasu mlekowego, wzrost częstotliwości i intensywności fal alfa w mózgu<sup>4</sup>. Poziom alfa jest bardzo ważny, ponieważ dopełnia realizację sfery psychofizycznej, z której wyłania się prawdziwa tożsamość człowieka.

W stanie relaksu, czyli zmniejszenia napięcia, mięsień staje się „miękki”, rozluźniony, „ciężki”. Nie utrzymuje się sam w miejscu przyczepienia, ale „ciąży” w dół<sup>5</sup>. Dlatego ciało człowieka w tym stanie jest „ciężkie”, jakby samo opadało w „dół”. Natomiast mięśnie na skutek rozluźnienia naczyń krwionośnych i lepszego dopływu do nich krwi stają się „ciepłe”.

Zajęcia relaksacyjne podczas turnusów terapeutycznych odbywają się w małych grupach z uwagi na różnorodność wiekową. Osoby dorosłe relaksują się od 45 minut do godziny, natomiast małe pięcio-, siedmioletnie dzieci aktywnie uczestniczą w zajęciach przez około 10 minut.

Zajęcia powinny odbywać się w dużej, przewietrzanej sali. Każdy z uczestników może przynieść na zajęcia koc plażowy, ponieważ większość ćwiczeń odbywa się w pozycji leżącej. Ważne jest również to, aby do sali nie docierały żadne dźwięki bądź ich ilość była ograniczona. Uczestnicy muszą mieć wygodny strój, najlepiej sportowy, który nie będzie krępował ruchów ciała. Zdarza się bowiem, iż ciasny

<sup>2</sup> M. CHĘCIEK: *Jåkanie. Diagnoza – terapia – program*. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls 2007, s. 51.

<sup>3</sup> Z. TARKOWSKI: *Psychosomatyka jåkania...*, s. 73.

<sup>4</sup> S. SIEK: *Walka ze stresem*. Warszawa, Wydawnictwo ATK 1986, s. 48.

<sup>5</sup> IDEM: *Relaks i autosugestii*. Warszawa, Wydawnictwo Krajowa Agencja Wydawnicza 1986, s. 7.

pasek w spodniach, niewygodne obuwie, kolczyki w uszach dekoncentrują. Uczestnicy nie mogą spóźnić się na zajęcia, ponieważ to dezorganizuje i zaburza pracę grupy, przynosząc negatywne skutki.

Każdą z technik rozpoczynamy od spokojnego miarowego, kilkukrotnego wdechu powietrza nosem i wydechu ustami. Często zajęciom tym towarzyszy odtwarzana muzyka relaksacyjna.

## Techniki relaksacyjne stosowane w terapii osób jękających się

Technik relaksacyjnych jest bardzo wiele. Podczas turnusów terapeutycznych najczęściej stosowane są następujące techniki:

- trening autogenny / autogeniczny Johannaesa H. Schultza;
- relaksacja neuromięśniowa Edmunda Jacobsona;
- pełna relaksacja neuromięśniowa Zdzisława Bartkowicza;
- specjalne ćwiczenia wyobraźni (np. wizualizacja);
- elementy jogi.

Jedne z nich, m.in. joga, relaksacja E. Jacobsona czy Z. Bartkowicza, zmuszają organizm do stanów demobilizacyjnych przez specjalne układy ćwiczeń fizycznych. W innych dużą rolę odgrywa autosugestia, np. w treningu autogennym Schultza. Wszystkie te techniki połączone są z ćwiczeniami oddechowymi i ćwiczeniami oddechowo-rozluźniającymi<sup>6</sup>. Dzięki ich różnorodności każdy może dopasować sobie rodzaj relaksu do własnych potrzeb i możliwości oraz wykonywać je w stosownej sytuacji.

### Trening autogenny / autogeniczny Johannaesa H. Schultza

Trening autogenny J.H. Schultza – będący jedną z technik relaksacyjnych stosowanych w terapii osób jękających się – nie jest łatwy i trzeba się go stopniowo uczyć, ponieważ nie jesteśmy na co dzień przyzwyczajeni do introspekcji. Tę technikę można wyćwiczyć, nasz organizm posiada bowiem systemy i mechanizmy działające automatycznie, czyli bez korzystania z naszej woli, a można wtedy trening autogenny przeprowadzać samodzielnie.

Metoda ta została opracowana w 1932 roku przez niemieckiego dermatologa J.H. Schultza, który w późniejszym okresie swojej kariery zainteresował się neurologią i psychoterapią. Termin „autogenny” pochodzi od greckich słów *auto* – samo, *genesis* – powstanie.

<sup>6</sup> IDEM: *Walka...*, s. 50.

Schultz określa trening autogeny jako metodę oddziaływania na własny organizm i życie psychiczne, polegającą na wywołaniu u siebie reakcji odprężenia i koncentracji oraz na stosowaniu prostych formuł autosugestii<sup>7</sup>. To one wprowadzają organizm w stan alfa, w którym afirmowane treści dostają się łatwiej do naszej podświadomości.

Osoby jękające się poddawane tego rodzaju relaksowi odczuwają dwa uczucia: ciężkości i ciepła. Metoda ta opiera się bowiem na wywołaniu w swoim ciele właśnie tych dwóch doznań. Składa się ona z sześciu sugerowanych elementów, które następują po sobie:

- uczucie ciężaru;
- uczucie ciepła;
- regulacja pracy serca;
- regulacja swobodnego oddychania;
- uczucie ciepła w splocie słonecznym (w brzuchu);
- uczucie chłodu na czole.

Przyjmuje się następujące założenie: jeżeli człowiek chce kontrolować to, co jest na zewnątrz, powinien zmienić się od wewnątrz. Niezwykle ważne jest zrozumienie, że wejście w stan wyciszenia nie powinno być wykonywane z wysiłkiem, a więc nie w sposób czynny, lecz bierny. Ćwiczący musi zatem zdać się na własne czucie, aż po spontaniczne i naturalne przyjęcie wrażeń przewidzianych przez trening autogeny (ciężar, ciepło itp.). Od ćwiczącego wymaga się jedynie oderwania się od siebie, stania się obserwatorem samego siebie i pozwolenia w ten sposób, aby działało się to, co ma się dziać. Ta samoobserwacja umożliwi nabranie świadomości własnego ciała i tego, co w nim zachodzi<sup>8</sup>.

Początkowo trening autogeny dla osób jękających się (kiedy wykonują tę technikę po raz pierwszy) jest trudny, ponieważ wymaga przede wszystkim oderwania się od problemów dnia codziennego, skupienia się na tym, co jest tu i teraz, wyciszenia. Aby osiągnąć zamierzony cel, trzeba tę technikę wyćwiczyć.

Czasami w grupie występuje opór, gdyż nie jest łatwa zmiana dotychczasowego funkcjonowania organizmu, który przyzwyczajony został do życia w pędzie, stresie, nadmiernej aktywności, często życia pełnego lęku, a czasem nawet przerażenia. Ćwiczenia treningu autogennego obejmują kilka grup reakcji:

- pierwszy etap polega na nauczaniu się przyjmowania odpowiedniej postawy ciała, ułatwiającej uzyskiwanie stanu odprężenia mięśni, odprężenia naczyń krwionośnych, zwolnienie rytmu pracy własnego organizmu; przyjęcie odpowiedniej postawy, zamknięcie oczu odcina dopływ do organizmu strumieni bodźców działających z zewnątrz organizmu;
- drugim etapem ćwiczenia jest uczenie się koncentrowania na reakcjach własnego organizmu i własnego życia psychicznego;

<sup>7</sup> IDEM: *Relaks...*, s. 28.

<sup>8</sup> V. ALBISETTI: *Trening autogeniczny dla spokoju psychosomatycznego*. Kielce, Wydawnictwo Jedność 2006, s. 36–37.

- trzeci etap obejmuje uczenie się umiejętności sterowania reakcjami własnego organizmu i życia psychicznego oraz przestawienia, przełączenia rytmu pracy organizmu i życia psychicznego;
- w czwartym etapie ćwiczeń następuje nabywanie umiejętności przekształcania i formowania własnej osobowości, zgodnie ze świadomymi celami i zamiarami. Ćwiczenia te rozpoczynają się od koncentracji na wrażeniach płynących z własnych rąk i nóg oraz na uczeniu się wywoływania wrażeń ciężkości w rękach, nogach, całym tułowi<sup>9</sup>.

Po przyjęciu jednej z postaw ciała (leżącej bądź siedzącej), najbardziej odpowiedniej dla osoby relaksującej się, powtarzamy następujące sentencje: „prawa ręka jest ciężka” – powtarzamy to pięć, sześć razy, następnie jeden raz: „jestem spokojny” i kolejno pięć, sześć razy: „prawa noga jest ciężka”, a potem znów po jednym razie: „jestem spokojny”. W ten sposób „obciążamy” po kolei wszystkie partie ciała, następujące po sobie, zaczynając od ręki dominującej. Pamiętamy, aby podczas wykonywania tego ćwiczenia oczy były zamknięte.

Najlepiej jest, jeżeli prowadzący wypowiada te sentencje grupie, wtedy bowiem łatwiej można uzyskać pełny relaks. Zdecydowanie trudniej jest powtarzać sekwencje w myślach, samemu, chyba że stosowało się ten trening już wielokrotnie.

Zalecane jest wykonywanie takiej relaksacji przed snem, kiedy np. brat / siostra bądź matka / ojciec mogą nas wprowadzić w stan odprężenia, mówiąc po kolei, co mamy robić.

### Relaksacja neuromięśniowa Edmunda Jacobsona

Relaksacja neuromięśniowa Jacobsona jest kolejną techniką relaksacyjną stosowaną w terapii osób jękających się. Edmund Jacobson był amerykańskim fizjologiem, badającym przez 20 lat aktywność nerwowo-mięśniową. Dowiódł związku między zaburzeniami emocjonalnymi i psychicznymi a napięciem mięśniowym. Jego metoda polega na naprzemiennym, świadomym napinaniu i rozluźnianiu mięśni. Jacobson twierdził, że nauczenie się odczuwania napinania własnych mięśni stanowi podstawę uczenia się relaksacji. Wyćwiczenie tej techniki jest konieczne po to, aby człowiek uczący się jej wiedział, że jest w stanie napięcia mięśniowego. Według Jacobsona stan relaksu jest pojęciem negatywnym, ponieważ oznacza brak napięcia mięśniowego<sup>10</sup>.

Przyjmowanie pozycji leżącej pozornie może świadczyć o odpoczynku, swobodzie, nie zawsze natomiast wiąże się z rozluźnieniem mięśni, które często i tak cały czas mogą pozostawać napięte. Ludzie nie zdają sobie z tego sprawy, ponieważ nie umieją odczuwać „wrażeń napięcia” docierających z organizmu.

<sup>9</sup> S. STEK: *Relaks...*, s. 28–30.

<sup>10</sup> *Ibidem*, s. 9.

Nauka techniki relaksacji Jacobsona polega na wykonywaniu określonych, celowych ruchów rękami, nogami, tułowiem, także ruchów twarzy, po to, aby napiąć i rozluźnić określone grupy mięśni. Napinanie i rozluźnianie służy najpierw wyuczeniu się rozróżniania wrażeń płynących z mięśnia napiętego i z mięśnia rozluźnionego. Dzięki temu człowiek uczy się nawyku rozluźniania i napinania mięśni<sup>11</sup>. Dopiero po dokonaniu kilkuset prób potrafimy stosować napinanie i rozluźnianie swobodnie, bez użycia świadomości, niejako automatycznie. Jeżeli nauczymy się rozluźniać dwie, trzy grupy mięśni, to z chwilą, kiedy zaczyna się rozluźniać jedna z tych grup, zaczynają to samo robić również inne grupy mięśni<sup>12</sup>.

### Relaksacja neuromięśniowa Zdzisława Bartkowicza

Profesor Bartkowicz był jedną z pierwszych osób stosujących techniki relaksacyjne podczas turnusów terapeutycznych prowadzonych przez doktora Mieczysława Chęćka. Uczestnicy turnusów – na podstawie Zmodyfikowanego Programu Psychofizjologicznej Terapii łąkających się – mogą korzystać ze stworzonej przez profesora płyty CD z przedstawioną przez niego relaksacją neuromięśniową. Ciepły, wyciszający głos wprowadza uczestników w głęboką relaksację i odprężenie.

Metoda ta jest zbliżona do techniki relaksacyjnej Jacobsona, ponieważ również polega na napinaniu i rozluźnianiu pewnych grup mięśniowych. Bardzo istotne znaczenie ma wsłuchanie się w ostatnie słowo wypowiedziane podczas relaksacji, a jest nim słowo „spokój”. To ono właśnie staje się sygnałem do wywołania stanu relaksu podczas wykonywania czynności dnia codziennego. Kiedykolwiek i gdziekolwiek je wypowiesz, umysł przekaże impuls ciału, doprowadzając w ciągu 5–10 minut do stanu odprężenia<sup>13</sup>. Nasz organizm został w ten sposób zakodowany, aby móc się zrelaksować.

### Pozytywy relaksacji

Dzięki stosowaniu treningu autogennego poddajemy nasz organizm tzw. programowaniu, uderzamy jakby z centrum interwencyjnego w nasz wegetatywny układ nerwowy. W ten sposób możliwe jest trzymanie z dala od siebie stale powtarzających się bodźców (nieprzyjemności, konflikty, stresy itp.). Możemy zatem kontrolować nasze organy, które ciągle są narażone na nienaturalne reakcje wegetatywne.

<sup>11</sup> Ibidem, s. 11.

<sup>12</sup> Ibidem, s. 12.

<sup>13</sup> E. BOENISCH, C.M. HANEY: *Twój stres. Sens życia równowaga i zdrowie*. Gdańsk, GWP 2002, s. 125.



Człowiek ma większy wgląd w siebie, potrafi zapobiec silnym reakcjom stresującym pojawiającym się nagle w organizmie, umie panować nad własnym ciałem, co jest niezmiernie ważne w życiu codziennym każdej osoby, nie tylko z dysfluencją mowy.

Kiedy mięśnie są w stanie relaksu, człowiek spontanicznie, nieświadomie lub w sposób zamierzony i celowy odpręża się, ujawnia zupełnie inne reakcje: jego oddech jest głęboki i regularny, odruchy nieco zwolnione, ciśnienie krwi obniżone, mięśnie twarzy i tułowia odprężone, żołądek, jelita, serce działają bez zakłóceń, a sen jest mocny i człowiek budzi się wypoczęty<sup>14</sup>.

Bardzo ważne jest rozluźnianie mięśni klatki piersiowej, gardła, przepony, które pomagają osobom jękającym się w płynniejszym, łatwiejszym wysławianiu się. Ich mowa często zostaje wtedy pozbawiona bloków, polepsza się nastawienie psychiczne. Taki człowiek czuje się lżejszy, a jego napięcia, lęki i stres opadają.

Praktyki relaksacyjne oszczędzają ogromną ilość energii człowieka. Pomagają w powolnym, swobodnym, jednostajnym oddechu. Dostarczają przyjemnych doznań, poprawiają samopoczucie, wzmacniają zaufanie do siebie. Wtedy osoba jękająca się wie, że posiada narzędzie, dzięki któremu może walczyć z trudnościami w życiu.

Techniki te działają korzystnie na poprawę obrazu siebie i przyczyniają się do utrwalenia takich właściwości, jak: akceptacja, pogodzenie się ze sobą, pozytywne nastawienie do siebie, wiara w siebie, zaufanie do siebie, czyli wszystko to, co jest znacznie zniekształcone i obniżone.

Techniki relaksacyjne dają wyciszenie, spadek napięcia mięśniowego, rozluźnienie. Żołądek, serce, jelita pracują lepiej. Wpływają także pozytywnie na naszą wyobraźnię i procesy myślenia. Przeciwdziałają stanom lękowym. Stosuje się je również dla uzyskania głębszych zmian osobowości i osiągnięcia różnych celów terapeutycznych i autopsychoterapeutycznych<sup>15</sup>.

## Pozytywy wizualizacji

Wizualizacja – w najogólniejszym ujęciu – stanowi zbiór myśli przedstawionych w formie obrazów. Jest to proces aktywizowania doświadczeń zmysłowych (percepcyjnych) i emocjonalnych w celu wykorzystania zgromadzonych zasobów psychicznych dla przyszłych planów i ich realizacji. Wizualizacja działa podobnie jak projekcja filmu z przeszłości w celu konstruowania przewidywań co do przyszłości. Projekcja ta ma naturalnie wpływ nie tylko na oczekiwania co do przyszłych

<sup>14</sup> S. SIEK: *Walka...*, s. 55.

<sup>15</sup> *Ibidem*, s. 51.

zdarzeń, ale również na nasze działanie, na realizację przewidywań i planów. My sami niejednokrotnie bezwiednie stosujemy wizualizację<sup>16</sup>.

Techniki wizualizacyjne wywodzą się z różnych źródeł, występują np. w terapii Zen czy w jodze. Proces ten jest częścią naszego rozwoju, zdobywania nowych umiejętności. Kilkaset lat temu stosowano ją dla celów medycznych, np. w Tybecie, Indiach, Afryce, wśród amerykańskich Indian i Eskimosów. W czasach mniej odległych w Niemczech, Szwajcarii czy we Włoszech wykorzystywano ją głównie w leczeniu zaburzeń emocjonalnych.

Wizualizacja – podobnie jak intuicja – jest rodzajem myślenia nielogicznego, pracy wyobrazeniowej. Dzięki niej docieramy do rzeczywistości wewnętrznej i subiektywnej. Staje się ona jednym ze sposobów, dzięki któremu możemy zatroszczyć się o własne zdrowie i przejąć za nie odpowiedzialność. Wizualizacja stanowi sposób na oczyszczenie umysłu ze starych, negatywnych myśli („chwaśców”) i zastąpienie ich nowymi, pozytywnymi przekonaniami („ziarnami zdrowych roślin”)<sup>17</sup>.

Stosowanie wizualizacji oddziałuje na napięcia mięśniowe, umożliwia doświadczanie i wyrażanie zablokowanego lęku, który tak często towarzyszy osobom jękającym się. Stwarza możliwość przeżycia trudnej, czasem nawet traumatycznej sytuacji w sposób pozytywny. Dostęp do zablokowanego potencjału pozwoli wykorzystać go inaczej i odmiennie zinterpretować dane przeżycie<sup>18</sup>.

Wizualizacja pomaga w rozwiązywaniu wszelkich problemów związanych z podejmowaniem decyzji, w których działanie uzależnione jest od wcześniejszych doświadczeń. Ratuje w sytuacjach stresujących, takich jak egzamin czy trudne wystąpienie publiczne. Poprawia koncentrację, usprawnia pamięć, wycisza, wspomaga proces uświadomienia obrazu własnego ciała. Uruchamia zasoby fizjologiczne i biologiczne. Wbudowuje w miejsce poczucia beznadziejności, lęku, bólu, strachu itp. wyobrażenie sukcesu, zdrowia, radości, powodzenia, sprzyja zwalczaniu choroby i wszelkich dysfunkcji.

Techniki wizualizacji mogą oddziaływać także na poziomie duchowym naszej egzystencji. Celem tego oddziaływania może być pomoc w scaleniu i integracji funkcjonowania jednostki. Ważne jest, aby człowiek zaakceptował swoje ograniczenia i miał bardziej adekwatną wizję siebie, by mógł odnaleźć własny autentyzm, własną tożsamość, eksponując życzliwe spojrzenie na siebie i innych, by czuł przynależność, zdolność do kochania i bycia kochanym<sup>19</sup>.

Osobom jękającym się brak jest wiary we własne możliwości. Często mają obniżoną samoocenę. Ich życiu codziennemu towarzyszy ciągły lęk, strach, wycofanie, dlatego tak ważne jest stosowanie wizualizacji jako wzmocnienia, postrzegania siebie i świata w sposób bardziej pozytywny. Osoby jękające się często myślą

<sup>16</sup> F.J. PAUL-CAVALLIER: *Wizualizacja*. Poznań, Wydawnictwo Rebis 1992, s. 62.

<sup>17</sup> G. EPSTEIN: *Uzdrowienie przez wizualizację*. Poznań, Wydawnictwo Zysk i S-ka 1989, s. 12.

<sup>18</sup> F.J. PAUL-CAVALLIER: *Wizualizacja...*, s. 71.

<sup>19</sup> Ibidem, s. 73.

perspektywicznie negatywnie, dlatego technika wizualizacji pomaga zmienić ich dotychczasowy, negatywny sposób myślenia. Dzięki niej docieramy do wewnętrznego świata człowieka. Dostrzegając dynamikę narządów wewnętrznych, jesteśmy w stanie stymulować je i nad nimi panować. Osoby z dysfluencją mowy często mają problemy z układem oddechowym, wegetatywnym, trawiennym itp. Wizualizacja uwalnia poszczególne organy od napięć i bólu. Pomaga w odkrywaniu i wykorzystywaniu możliwości drzemiących w człowieku. Pamiętajmy, że przecież każdy człowiek wie o swoim organizmie więcej niż ktokolwiek inny.

Każdy może efektywnie nauczyć się wykorzystywać technikę wizualizacji, choć z początku może się ona wydawać trudna, zwłaszcza w pierwszych dniach terapii. Niektórzy mają zwyczaj zamieniać odczucia i wrażenia na słowa, czyli preferują werbalizację, a nie wizualizację. Zalecam wtedy rozejrzenie się wokół siebie. Ćwiczenie trwa kilka minut. Obowiązuje następująca zasada: unika się nazywania tego, co się widzi, a następnie wyobraża się sobie to, co się zobaczyło wcześniej, lecz bez używania nazw. Jeżeli pobudzi się wyobraźnię, potęga wyobrażeń rozjaśni życie, a w konsekwencji pojawi się pozytywne myślenie. Bardzo ważne jest to, aby osoby przystępujące do wizualizacji były wyciszone i zrelaksowane, miały zamknięte oczy. Pomieszczenie, w którym prowadzone są zajęcia, powinno być przewietrzane i wyciszone oraz mieć dogodną temperaturę.

Wizualizacja podczas terapii odbywa się przeważnie w pozycji leżącej. Towarzyszy jej zazwyczaj muzyka relaksacyjna.

Relaks i wizualizację należy stosować regularnie, najlepiej codziennie, aby przyniosły pożądany efekt<sup>20</sup>. Techniki te zaczynamy zawsze od kilku głębokich oddechów, które są niezwykle istotne w pracy z osobami jękającymi się.

## Oddech w relaksacji...

Chińczycy utożsamiają oddech z umysłem. Twierdzą, że im lżejszy jest oddech, tym radośniejszy jest duch i ciało. W przypadku osób jękających się bardzo ważny jest spokojny, miarowy, jednostajny oddech oraz wydłużona faza wydechu. Wdychamy powietrze przez nos, natomiast wypuszczamy je ustami. Wydech powinien być dłuższy niż wdech, który jest bezwysiłkowy, normalny. Uspokojenie funkcji organizmu zaczyna się właśnie od wydechu, a nie wdechu. Oddychanie rozpoczynające się od wydechu wywiera silny wpływ na układ przywspółczulny oraz nerw błędny. To one właśnie pomagają i pozwalają organizmowi wyciszyć się, zrelaksować i uspokoić.

<sup>20</sup> E. BIJAK, T. BRAWAŃSKI, D. KAMIŃSKA, E. SKRZYPIEC-KUCHARZEWSKA, J. TORONCZAK: *Efektywność terapii osób jękających się uczestniczących w specjalistycznych turnusach terapeutycznych*. „Forum Logopedyczne” 2008, nr 15, s. 23–26.

Oddychanie stanowi punkt wyjściowy – umożliwia odwrócenie się od świata i skupienie uwagi na wnętrzu. Dzięki niemu możemy odkryć moc wyobrażeń<sup>21</sup>. Trzydzieści minut głębokiej relaksacji rozpoczynającej się „głębokim oddechem” odpowiada dwóm godzinom snu.

Wszystkie zaprezentowane przeze mnie techniki relaksacyjne są niezwykle korzystne w systemie terapeutycznym osób jąkających się. W zasadzie stanowią podstawę do wykonania każdego kolejnego ćwiczenia logopedycznego.

Metody te wydają się proste. Trudność zaczyna się wtedy, kiedy trzeba je fizycznie wykonać. Jak w przypadku każdego nowego zadania nasz organizm musi się zmobilizować, przełamać, przewyciężyć bariery. Ważna jest sumienność i systematyczność wykonywania ćwiczeń, a rezultaty i korzyści będą ogromne.

---

<sup>21</sup> G. EIPSTEIN: *Uzdrowianie...*, s. 48.



CZĘŚĆ TRZECIA

# Materiały, pomocę, sprawozdania

Logopedia  
Silesiana  
1



ZUZANNA GRYSZKA-MĘDREK

Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej

## Alternatywne i wspomagające metody komunikacji dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym – scenariusze zajęć<sup>1</sup>

Prezentuję scenariusze zajęć przeznaczone dla trzynastoletniej, niemówiącej dziewczynki z mózgowym porażeniem dziecięcym, której „kluczem do świata” stały się alternatywne i wspomagające metody komunikowania się.

Realizacja opracowanych scenariuszy ma na celu przede wszystkim:

- rozwijanie kompetencji komunikacyjnej niemówiącego dziecka;
- rozwijanie komunikacji werbalnej poprzez alternatywne i wspomagające metody terapii, m.in. wprowadzanie symboli, gestów, znaków;
- rozwijanie umiejętności w zakresie zachęcania do porozumiewania się z otoczeniem.

### Scenariusz 1

Cele szczegółowe:

- utrwalanie głoski [m];
- usprawnianie narządów mowy: ćwiczenia oddechowe, fonacyjne, usprawniające mięsień okrężny warg.

Przebieg zajęć:

#### 1. Powitanie.

Nawiązanie pozytywnego kontaktu z dzieckiem, rozpoznanie jego nastroju.

Zabawa paluszkowa – wspólna zabawa przy *Piosence paluszkowej na dzień dobry*:

Bawiły się dzieci, bawiły się paluszkami  
Jak pierwszy nie może, to drugi nam pomoże.  
Bawiły się dzieci, bawiły się paluszkami  
Jak drugi nie może to trzeci nam pomoże.

---

<sup>1</sup> Scenariusze stanowią dopełnienie praktycznej części artykułu mojego autorstwa zamieszczonego w niniejszym tomie (zob. s. 140–158).



Logopeda lekko stuka opuszkami palców dziecka w rytm i tekst melodii, stymulując je.

Zabawa paluszkowa – wspólna zabawa przy piosence *Śniadanie u braciszka*:

Puk! Puk! Kto tam?

To najmniejsza siostrzyczka, przyszła na śniadanie do braciszka.

Puk! Puk! Kto tam?

To większa siostrzyczka, przyszła na śniadanie do braciszka.

Puk!Puk! Kto tam?

To największa siostrzyczka, przyszła na śniadanie do braciszka.

Puk! Puk! Kto tam?

Ach, jeszcze jedna siostrzyczka przyszła na śniadanie do braciszka

Teraz jest rodzinka cała, tra la, la la, tra, la, la, la

A to piąstka moja mała, tra la, la, la tra, la, la la.

Logopeda w rytm i tekst piosenki stuka o kciuk dziecka, a następnie porusza delikatnie każdym z jego palców, na koniec zamyka piąstkę i porusza całą dłońią.

2. Ćwiczenia usprawniające język i wargi:

- zwieranie warg (dzióbek) i rozciąganie na boki (uśmiech);
- cmokanie wargami;
- pionizacja języka;
- próba wypchania policzków językiem z prawej i lewej strony.

3. Inscenizacja wiersza *Kto mruczy* z udziałem zabawek pluszowych: kota i misia. Dziecko słucha wiersza, dotyka, głaszcze, bawi się zabawkami i w odpowiednim miejscu, które wskazuje logopeda, mruczy cicho, z jednakową głośnością i jak najdłużej mmm...

Mały kotek wskoczył

Na Kamili kolana

Mruczy by tu zostać

Do samego rana: mmm..., mmmm

A gdy kotek widzi

Miskę pełną mleka

Głośno sobie mruczy

Z wypiciem nie zwleka: mmm..., mmmm

Takie duże misie

Śniąc o plastrach miodu

Mruczają bardzo głośno

I nie czują głodu: mmm..., mmm

Kiedy bure misie

Są w pobliżu ula

Przyjemne mruczenie  
 Aż pszczołki rozczuła: mmm..., mmmm  
 Bardzo grzeczne dzieci  
 Aby mówić pięknie  
 Na ćwiczeniach mruczą  
 Przyjemnie i dźwięcznie: mmm..., mmmm.

4. Ćwiczenia oddechowe:
  - próba kierowania strumienia wydychanego powietrza na kulkę umieszczoną na statywie (zabawa z dmuchawką);
  - zdmuchiwanie piórek trzymany na otwartej dłoni.
5. Zakończenie zajęć.  
 Podkreślenie aktywności dziecka, zachęcanie go do dalszych ćwiczeń, nagrodzenie jego wysiłku.

## Scenariusz 2

Cele szczegółowe:

- utrwalanie głoski [f] w izolacji i sylabach;
- utrwalanie rozróżniania kolorów;
- pogłębianie fazy wydechowej;
- ćwiczenia artykulacyjne;
- stymulacja czucia taktylnego i proprioceptywnego dłoni.

Przebieg zajęć:

### 1. Powitanie.

Piosenka paluszkowi na dzień dobry.

Zabawa paluszkowa – wspólna zabawa przy piosence *Rodzinka*:

Ten paluszek to jest tatuś,	[delikatnie masujemy kciuk, od opuszka w kierunku dłoni]
A ten drugi to mamusia,	[delikatnie masujemy palec wskazujący]
Ten paluszek to jest dziadziuś,	[delikatnie masujemy palec środkowy]
A ten drugi to babunia,	[lekko masujemy palec serdeczny]
A ten to Kamila mała,	[lekko potrząsamy i masujemy mały palec]
Oto jest rodzinka cała.	[zamykamy dłoń w piąstkę]

### 2. Ćwiczenia „buzi i języka”:

- kłaskanie językiem;
- nakładanie wargi górnej na dolną;
- dmuchanie kolorowych wacików na dłoni.

3. Zabawa manipulacyjna *Kręgle*.

Logopeda pokazuje dziecku kręgle w kolorach: żółtym, zielonym, niebieskim i czerwonym. Wspólnie kilkakrotnie ustawiają je, porządkują, nazywają. Następnie logopeda prosi dziecko o podanie kręgla o określonej barwie: „daj czerwony”, „daj żółty” itd. Zabawę powtarzamy kilka razy.

## 4. Zabawa w formie opowieści ruchowo-głosowej.

Logopeda rozkłada obrazki na stole i rozpoczyna opowieść. Dziecko za logopedą powtarza sylaby:

przyjechał ciężki pociąg – ciuf, ciuf, uf, uf,  
wsiadły z niego wesołe dzieci – fi, fi, fi,  
wyciągają z kieszonek balony i dmuchają – fo, fo, fo,  
rzucają balonikami do siebie – fu, fu, fu,  
w czasie zabawy zbrudziły rączki – fe, fe, fe,  
teraz idą je umyć i śpiewają – fa, fa, fa.

## 5. Zakończenie zajęć.

Podkreślenie aktywności dziecka, zachęcenie go do dalszych ćwiczeń, nagrodzenie jego wysiłku.

**Scenariusz 3**

Cele szczegółowe:

- utrwalanie pojęcia „taki sam” na przykładzie kolorów;
- utrwalanie głoski [h];
- utrwalanie pojęcia głośno-cicho (ćwiczenia analizatora słuchowego).

Przebieg zajęć:

## 1. Powitanie.

Zabawa paluszkowa na dzień dobry.

Zabawa paluszkowa *Śniadanie u braciśka*.

## 2. Ćwiczenia aparatu mowy – masaż ustno-twarzowy według Elżbiety Stecko.

3. Zabawa oddechowo-fonacyjno-artykulacyjna *Śmieszki*.

Logopeda prezentuje dziecku obrazki z wizerunkiem babci, kobiety, mężczyzny, dziewczynki, chłopca oraz śmieje się, naśladując poszczególne osoby – raz głośno, to znów cicho. Dziecko próbuje powtarzać dźwięki, realizując odpowiednie sylaby:

- babcia: ha, ha, ha
- kobieta: he, he, he

- mężczyzna: ho, ho, ho
  - dziewczynka: hi, hi, hi
  - chłopiec: hy, hy, hy.
4. Zabawa spostrzegawcza *Tęczowa kostka*.  
Logopeda daje dziecku kostkę, której ściany są w kolorach: żółtym, zielonym, niebieskim i czerwonym oraz rozkłada różne przedmioty, zabawki z otoczenia dziecka w takich samych barwach. Dziecko rzuca kostką, następnie nazywa kolor, który wskazała kostka, i wybiera przedmiot, zabawkę w tej samej barwie.
5. Zabawa słuchowo-manipulacyjna *Orkiestra*.  
Logopeda rozkłada instrumenty: kastaniety i dzwonki. Dziecko wraz z prowadzącym wybiera instrument. Oboje grają jak orkiestra – raz głośno, to znów cicho.
6. Zakończenie zajęć.  
Pokreślenie aktywności dziecka, zachęcanie go do dalszych ćwiczeń, nagrodzenie jego wysiłku.

#### Scenariusz 4

Cele szczegółowe:

- utrwalanie wyrazów dźwiękonaśladowczych;
- wprowadzenie gestu „gdzie?” do komunikacji;
- utrwalenie rozumienia pojęcia „gdzie?”.

Przebieg zajęć:

1. Powitanie.  
Zabawa paluszkowa *Rodzinka* oraz *Piosenka paluszkowa na dzień dobry*.
2. Ćwiczenia oddechowo-artykulacyjne:
  - dmuchanie na kulkę umieszczoną na statywie;
  - zdmuchiwanie płomienia świecy;
  - wypowiadanie sylab [ma, me, mu, mo] – raz wolno, to znów szybko, z przedłużeniem samogłosek, najpierw wolno, potem coraz szybciej.
3. Zabawa dźwiękonaśladowcza.  
Logopeda prezentuje dziecku książeczkę *Odgłosy zwierząt*. Razem oglądają ilustracje. Logopeda opowiada, co dzieje się na obrazku. Pomaga dziecku wskazywać palcem omawiane elementy. Następnie naśladują dźwięk, jaki wydaje każde ze zwierząt.

4. Wprowadzenie gestu „gdzie?” z wykorzystaniem zabawek i przedmiotów z otoczenia dziecka.

Logopeda pokazuje dziecku gest „gdzie?”. Następnie pyta i pokazuje: „Gdzie jest piłka? O! tu!”; „Gdzie jest lala? O! tu!”. Razem z dzieckiem próbuje pokazać rękoma gest „gdzie?”. Zabawę kontynuują, pokazując, pytając i wskazując znane dziecku przedmioty.

5. Zakończenie zajęć.

Podkreślenie aktywności dziecka, zachęcanie go do dalszych ćwiczeń, nagrodzenie jego wysiłku.

### Scenariusz 5

Cele szczegółowe:

- ćwiczenie koncentracji uwagi;
- wyrobienie umiejętności budowania sygnałów służących porozumiewaniu się;
- utrwalanie gestów: „jeszcze”, „stop”, „dom”, „tak”, „nie” oraz ich piktogramów.

Przebieg zajęć:

1. Powitanie.

Zabawy paluszkowe *Rodzinka* oraz *Piosenka paluszkowi na dzień dobry*.

2. Utrwalanie piosenki i gestów AAC.

Kiedy buzia nie wypowie  
Tego co pomyślisz w głowie  
Twoje ręce Ci pomogą  
One to pokazać mogą  
Tak jest Jeszcze  
Tak jest Stop  
Tak jest Dom  
Tak jest Tak  
A tak jest Nie  
Porozumiewamy się!  
Kiedy rączki też nie mogą  
Jak ja porozmawiać z Tobą  
To obrazki swoje mamy  
Obrazkami rozmawiamy  
Tak jest Jeszcze  
Tak jest Stop  
Tak jest Dom  
Tak jest Tak  
A tak jest Nie  
Porozumiewamy się!

3. Zabawa z kostką piktogramową.  
Logopeda inicjuje zabawę polegającą na rzucie kostką z piktogramami: „jeszcze”, „stop”, „dom”, „tak”, „nie”. Prosi dziecko o pokazanie gestem wskazanych przez kostkę znaków.
4. Wspólne czytanie lektur.  
Logopeda rozkłada przed dzieckiem książki oraz piktogramy. Dziecko wskazuje na wybrany przez siebie piktogram, logopeda podaje książkę, a następnie wspólnie oglądają ilustracje i czytają treść. Logopeda zadaje dziecku pytania: „Pokaż, gdzie jest miś?”; „Pokaż, gdzie jest kot?” i pomaga wskazywać palcem poszczególne postacie.
5. Zakończenie zajęć.  
Podkreślenie aktywności dziecka, zachęcanie go do dalszych ćwiczeń, nagrodzenie jego wysiłku.

ELŻBIETA BIJAK

Szkoła Podstawowa nr 3 z Oddziałami Integracyjnymi w Mikołowie  
Specjalistyczne Centrum Terapii Jąkania w Wodzisławiu Śląskim

DOROTA KAMIŃSKA

Specjalistyczne Centrum Terapii Jąkania w Wodzisławiu Śląskim

## **„Świat, który rozumie jąkanie” (Benny David) – sprawozdanie z konferencji naukowych z okazji Światowego Dnia Osób Jąkających się (2008–2010)**

Światowy Dzień Osób Jąkających się (International Stuttering Awareness Day) został ustanowiony w 1998 roku podczas V Światowego Kongresu Osób Jąkających się w Johannesburgu przez następujące stowarzyszenia: ISA – Światowe Stowarzyszenie Osób Jąkających się (International Stuttering Association), IFA – Światowe Stowarzyszenie Płynności Mówienia (International Fluency Association), ELSA – Europejską Ligę Związków Jąkających się (The European League of Stuttering Association), ASHA – Amerykańskie Stowarzyszenie Mowa–Język–Słuch (American Speech-Language-Hearing Association). Ustanowienie Światowego Dnia Osób Jąkających się miało na celu podniesienie świadomości społecznej w dziedzinie jąkania oraz zwrócenie uwagi na skalę tego problemu.

W trakcie obchodów tego dnia w Polsce organizowane są akcje propagujące problematykę jąkania w naszym społeczeństwie, kampanie medialne, ukazują się publikacje prasowe, nadawane są audycje w mediach (radiowe i telewizyjne), odbywają się spotkania osób jąkających się oraz konferencje dotyczące problematyki jąkania, a także prowadzone są dyżury telefoniczne specjalistów udzielających się w klubach „J”.

Dnia 22 października 2008 roku, pod honorowym patronatem Dziekana Wydziału Filologicznego Uniwersytetu Śląskiego prof. dr. hab. Rafała Molenckiego, odbyła się I Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa. Konferencja spotkała się z dużym zainteresowaniem ze strony osób jąkających się, logopedów, pedagogów, studentów, a także mediów. Zapoczątkowała ona cykl spotkań odbywających się w kolejnych latach. Organizatorami tego przedsięwzięcia były instytucje: Wydział Filologiczny i Podyplomowe Studia Logopedii Uniwersytetu Śląskiego, Śląski Oddział Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, Specjalistyczne Centrum Terapii Jąkania w Wodzisławiu Śląskim oraz Polski Związek Jąkających Oddział Katowice. Obrady odbywały się w sali Rady Wydziału Filologicznego Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach.

W pierwszej części obrad wysłuchano wykładów prelegentów na temat profilaktyki i interwencji logopedycznej w przypadku wczesnej niepełności mowy, zapoznano się z zagadnieniami problematyki jąkania i innych zaburzeń płynności mówienia oraz zaprezentowano historię Polskiego Związku Jąkających się i Światowego Dnia Jąkających się.

Drugą część konferencji stanowiły warsztaty prowadzone przez dr. Mieczysława Chęćka – założyciela Specjalistycznego Centrum Terapii Jąkania, i współpracujących z nim terapeutów. W warsztatach brali udział uczestnicy Intensywnych Programów Psychofizjologicznej Terapii Jąkających się (tzw. turnusów terapeutycznych). Spotkanie podczas konferencji było jednym z elementów założeniowych programu w ramach terapii grupowo-kontrolnej. Uczestnicy turnusów, którzy zakończyli terapię sukcesem wspólnie ze słuchaczami konferencji brali udział m.in. w scenkach psychodramowych i socjoterapeutycznych dotyczących trudnych sytuacji komunikacyjnych. Dla jąkających się osób było to niesamowite przeżycie. Mogli one udowodnić sobie i widzom, że jąkanie można pokonać i mówić płynnie nawet w tak trudnej sytuacji komunikacyjnej, jaką jest wystąpienie przed kamerą czy mikrofonem dziennikarskim. Konferencja zakończyła się dyskusją panelową na temat społecznego aspektu jąkania.

Dnia 21 października 2009 roku, w przeddzień Światowego Dnia Jąkających się odbyła się II Ogólnopolska Konferencja Naukowa pod hasłem: „Świat, który rozumie jąkanie”, zorganizowana pod patronatem Dziekana Wydziału Filologicznego Uniwersytetu Śląskiego prof. dr. hab. Rafała Molenckiego przez: Studia Podyplomowe Kwalifikacyjne Logopedii i Medialnej Emisji Głosu, Specjalistyczne Centrum Terapii Jąkających się w Wodzisławiu Śląskim, Śląski Oddział PTL i Polski Związek Jąkających – Oddział Katowice. Uczestniczyli w niej logopedzi, terapeuci, studenci logopedii oraz osoby jąkające się i ich rodziny, a także osoby zainteresowane tematyką oraz lokalne media. Miejszem obrad była sala Rady Wydziału Filologicznego Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach.

Po oficjalnym otwarciu konferencji przez Prodziekana ds. Rozwoju i Promocji prof. zw. dr. hab. Mariana Kisiela, uczestnicy wysłuchali wykładów i prezentacji specjalistów z zakresu terapii mowy. Obrady otworzyło wystąpienie dr. M. Chęćka *O postępach krótkoterminowej terapii osób jąkających się*, w którym został zaprezentowany proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz przedstawione efekty terapii osób jąkających się uczestniczących w programach intensywnej terapii.

Uczestnicy konferencji mogli zapoznać się z referatami terapeutów współpracujących z dr. Chęćkiem podczas specjalistycznych turnusów terapeutycznych dla osób jąkających. Prelegenci zaprezentowali założenia i efekty poszczególnych bloków terapeutycznych prowadzonych w ramach zajęć grupowych, podkreślając zasadność stosowania kompleksowej i ukierunkowanej terapii opartej na założeniach Zmodyfikowanego Programu Psychofizjologicznej Terapii Jąkających się. Uczestnikom konferencji zaprezentowano także historię klubów „J”.



W drugiej części konferencji odbyła się dyskusja panelowa połączona z elementami terapii, przeprowadzonej w formie warsztatowej z udziałem osób jękających się oraz uczestników konferencji.

Spotkanie z osobami jękającymi się i ich rodzinami oraz ich refleksje na temat przebiegu i efektów terapii logopedycznej wzbogaciły wiedzę uczestników konferencji o aspekty dotyczące praktycznego zastosowania wybranych metod i technik terapeutycznych, a także – jakże ważnych – relacji terapeuty mowy z pacjentem i jego rodziną. Ich prezentacje i wypowiedzi na forum stanowiły pozytywny i wiarygodny przykład efektywności terapii zakończonej w większości przypadków ogromnym sukcesem.

Podsumowania i zamknięcia konferencji dokonali dr Olga Przybyła i dr M. Chęć. Podkreślali, iż przede wszystkim od osób niejąkających się w dużym stopniu zależy, czy osobom jękającym się ułatwi się opanowanie płynnego mówienia, bardzo istotna jest bowiem społeczna akceptacja tych osób i zrozumienie ich problemu.

Podczas konferencji zaprezentowano również plakaty opracowane z okazji Światowego Dnia Jękających się przez dr. Chęćka i Śląski Oddział Polskiego Towarzystwa Logopedycznego. Chciano w ten sposób zwrócić uwagę społeczeństwa na problem osób jękających się, a przede wszystkim zmienić postawy wobec osób z niepełnością mowy.

Zorganizowana 25 października 2010 roku konferencja miała międzynarodowy zasięg, gdyż uczestniczyli w niej również prelegenci z Chorwacji, Wielkiej Brytanii oraz Czech. Odbyła się ona pod patronatem medialnym internetowego serwisu pedagogicznego [www.redukacja.pl](http://www.redukacja.pl). Organizatorami konferencji, przy naukowym patronackim wsparciu Dziekana Wydziału Filologicznego Uniwersytetu Śląskiego, były: Studia Podyplomowe Kwalifikacyjne Logopedii i Medialnej Emisji Głosu Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, Wydział Nauk Społecznych Wyższej Szkoły Ekonomii, Turystyki i Nauk Społecznych w Kielcach, Specjalistyczne Centrum Terapii Jękania w Wodzisławiu Śląskim i Śląski Oddział Polskiego Towarzystwa Logopedycznego w Katowicach.

Uroczystego otwarcia konferencji oraz powitania wszystkich uczestników dokonali prof. dr hab. Rafał Molencki – Dziekan Wydziału Filologicznego Uniwersytetu Śląskiego oraz dr Olga Przybyła – Kierownik Studiów Podyplomowych Kwalifikacyjnych Logopedii i Medialnej Emisji Głosu. Głos zabrał także dr Mieczysław Chęć, założyciel Specjalistycznego Centrum Terapii Jękania w Wodzisławiu Śląskim.

Cykl wystąpień otworzyli zaproszeni goście z zagranicy, którzy wygłosili referaty na temat podejścia dotyczącego pomocy osobom jękającym się w Chorwacji, rodzajów pomocy na rzecz osób jękających się w Wielkiej Brytanii, czy też problemów związanych z pomocą dziecku jękającemu się w Republice Czeskiej.

Następnie głos zabrali referenci z kraju, przedstawiając m.in. różne podejścia w terapii jękania chronicznego (wtórnego). Podkreślono także znaczenie współpracy z rodziną oraz osobami współodpowiedzialnymi za proces terapii. Omówiono

udział rodziców w terapii jąkania na przykładzie metod Palin PCI oraz Lidcombe Program. Wymieniono elementy emisji głosu w upłynnianiu mowy małych dzieci. Zwrócono uwagę na problemy ucznia z nie płynnością mowy w szkole w aspekcie lingwistycznym.

Drugą część konferencyjnego spotkania stanowiły warsztaty z udziałem grupy osób jękających się przeprowadzone przez terapeutów współpracujących z dr. Chęćkiem podczas specjalistycznych turnusów terapeutycznych dla osób jękających się.

W kuluarach konferencji, przedstawiciele zaproszonych mediów (radio, telewizja, prasa), przeprowadzali wywiady z osobami jękającymi się – uczestnikami turnusów dla osób jękających się prowadzonych przez dr. Chęćka ze Specjalistycznego Centrum Terapii Jąkania w Wodzisławiu, oraz ich rodzinami i terapeutami. Dla osób jękających się było to niecodzienne i bardzo ważne przeżycie, gdyż mogły one udowodnić sobie i innym, że jąkanie można pokonać. Potwierdziły to ich wystąpienia w trudnej sytuacji komunikacyjnej, jaką jest wypowiedź przed kamerą i mikrofonem dziennikarzy.

AGNIESZKA ROŻEK

Centrum Diagnostyki i Terapii „In Corpore” w Katowicach

## Sprawozdanie z Logopedycznych Dni Uniwersytetu Śląskiego (2009–2011)

Zorganizowane po raz pierwszy w marcu 2009 roku Logopedyczne Dni Uniwersytetu Śląskiego przeszły już do tradycji naukowych wydarzeń uczelni. Zorganizowano je według pomysłu i z inicjatywy dr Olgi Przybyli, kierownika Studiów Podyplomowych Kwalifikacyjnych Logopedii i Medialnej Emisji Głosu. Łączą się one z obchodzonym 6 marca Europejskim Dniem Logopedy.

Starania o inaugurację Logopedycznych Dni Uniwersytetu Śląskiego rozpoczęły się wraz z reorganizacją struktury oraz harmonogramu zajęć dydaktycznych na Podyplomowych Studiach Logopedycznych, prowadzonych przez Uniwersytet Śląski już od lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku. Specyfika samej logopedii, w obrębie której przenika się wiele dyscyplin naukowych, nadała temu wydarzeniu interdyscyplinarny wymiar. Niemożliwe są bowiem skuteczne diagnoza oraz terapia logopedyczna, gdy logopeda nie jest wprowadzony w arkana wiedzy językoznawczej, psychologicznej, pedagogicznej oraz medycznej (neurologia, rehabilitacja, foniatria, audiologia, psychiatria). Z tego też powodu, rozwój logopedii jako dziedziny nauki w jej teoretycznym oraz praktycznym aspekcie wymaga współdziałania logopedów na równi ze specjalistami wszystkich tych specjalności.

W ramach Logopedycznych Dni Uniwersytetu Śląskiego co roku odbywają się Międzynarodowa Naukowa Konferencja Logopedyczna oraz warsztaty logopedyczne, a także prowadzone są bezpłatne diagnozy logopedyczne. Organizatorami I Międzynarodowej Konferencji Logopedycznej Uniwersytetu Śląskiego nt. „Postępowanie logopedyczne w perspektywie tradycji i nowoczesności” (w 2009 roku) były Podyplomowe Studia Logopedii oraz Śląski Oddział Polskiego Towarzystwa Logopedycznego. Drugą i trzecią konferencję nt. „Teoretycznych i pragmatycznych aspektów współczesnej logopedii” (w 2010 i 2011 roku) wspierała Katedra Edukacji Muzycznej i Arteterapii Uniwersytetu Śląskiego.

W latach 2009–2011 konferencyjne obrady uświetnili swoją obecnością prelegenci o specjalnościach logopedycznych, psychologicznych, pedagogicz-

nych oraz lingwistycznych z Polski i za granicą (programy dostępne na stronie [www.logopedia.us.edu.pl](http://www.logopedia.us.edu.pl)).

To bardzo ważne dla polskiej logopedii wydarzenie służy zwróceniu uwagi środowiska logopedycznego na nowe sposoby rozwiązywania problemów związanych z językowym i komunikacyjnym funkcjonowaniem dzieci oraz dorosłych z zaburzeniami mowy o różnej etiologii.

O wciąż rosnącym zainteresowaniu Logopedycznymi Dniami Uniwersytetu Śląskiego świadczy zwiększająca się z roku na rok skala tego przedsięwzięcia, które przyciąga obok przedstawicieli polskich i zagranicznych placówek oraz ośrodków naukowych także coraz większe rzesze słuchaczy zainteresowanych problemami mowy i komunikacji. Dzięki bardzo szerokiemu wachlarzowi zagadnień poruszanych na konferencji, wśród osób w niej uczestniczących pojawiają się obok logopedów różnych specjalności (neurologopedów, surdologopedów, balbutologopedów, oligofrenologopedów) również psycholodzy, pedagodzy, lekarze, nauczyciele oraz studenci. W odpowiedzi na wzrastające zainteresowanie praktyczną częścią dni logopedycznych organizatorzy zapewniają każdego roku coraz więcej warsztatów naukowo-szkoleniowych, prowadzonych przez znakomitych specjalistów z zakresu logopedii. W latach 2009–2011 bardzo zróżnicowane pod względem tematycznym warsztaty prowadzili praktycy zajmujący się niemal wszystkimi gałęziami logopedii, dzięki czemu każdy uczestnik logopedycznych dni mógł znaleźć dla siebie coś interesującego i przydatnego.

Logopedyczne Dni Uniwersytetu Śląskiego stają się wydarzeniem prestiżowym, w którym specjaliści dzielą się nie tylko wiedzą teoretyczną, ale przede wszystkim spostrzeżeniami wynikającymi z praktycznej pracy z pacjentem. Adeptom i studentom logopedii ukazują możliwość interdyscyplinarnego podejścia do problemu szeroko pojętych zaburzeń mowy oraz ciągłego poszerzania wiedzy i doskonalenia warsztatu.

OLGA PRZYBYŁA

Uniwersytet Śląski w Katowicach

TOMASZ WOŹNIAK

Uniwersytet im. Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

## **Projekt Network for Tuning Standards and Quality of Education programmes for Speech and Language Therapists in Europe – cel i założenia**

Projekt Network for Tuning Standards and Quality of Education programmes for Speech and Language Therapists in Europe (NetQues)<sup>1</sup> został powołany do realizacji z myślą o podniesieniu standardów i jakości programów kształcenia logopedów w Europie. Jednym z głównych celów projektu NetQues jest stworzenie programowych ram dla logopedycznego kształcenia na poziomie kształcenia uniwersyteckiego, uwzględniającego pełny model zaburzeń mowy i łączącego wiedzę o zaburzeniach mowy, konieczną dla specjalisty terapii mowy i języka (standardy jakości w edukacji i terapii mowy w całej Unii Europejskiej oraz wymiany dobrych praktyk zawodowych). Wymogi unijne stawiają logopedom wysokie wymagania kwalifikacyjne. Regułą w logopedycznej praktyce są wysokie kompetencje i umiejętności łączące wiedzę logopedyczną z osiągnięciami wielu dziedzin nauki: lingwistyki, dyscyplin medycznych, psychologii, pedagogiki, przyczyniające się do rozwoju badań nad poznawczymi możliwościami człowieka oraz jego zdolnościami interakcyjnymi.

NetQues zrzesza 65 partnerów reprezentujących wszystkie 27 państw członkowskich UE oraz partnerów z Liechtensteinu, Norwegii i krajów kandydujących – Islandii i Turcji. Partnerami z Polski są dwa ośrodki akademickie – Uniwersytet Śląski w Katowicach oraz Uniwersytet im. Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.

Trzyletni projekt (2010–2013) otrzymuje finansowanie z Komisji Europejskiej. Jest koordynowany przez CPOOL Stały Komitet UE oraz Terapeutów Mowy Język / Logopedists – CPOOL (Comité Permanent de Liaison Orthophonistes / Logopèdes de l'Union Européenne).

W kontekście diagnozy i terapii logopedycznej idee NetQues oznaczają, że efektem prac na rzecz projektu ma być dokładne określenie, jaki zakres wiedzy, umiejętności i zdolności jest potrzebny do wykonywania zawodu logopedy w sposób

---

<sup>1</sup> NetQues jest akronimem europejskiego programu założonego pod patronatem ERASMUS Academic Networks w ramach projektu Lifelong Learning Programme dzięki wsparciu Komisji Europejskiej ([www.netques.eu](http://www.netques.eu)).

bezpieczny, efektywny i samodzielny. Celem projektu jest przede wszystkim dążenie do wypracowania wspólnych rozwiązań:

- stosowanych w dziedzinie kształcenia, uzyskiwania licencji zawodowych;
- opracowania standardów kształcenia logopedów dla całej Unii Europejskiej na podstawie informacji uzyskanych z przeprowadzonych w ramach projektu badań;
- ujednoczonych wzorców edukacyjnych;
- dzielenia się najlepszymi praktykami w nauczaniu-uczeniu się (mapa i opis wszystkich obszarów logopedycznego kształcenia, zakresu szkolenia i obszarów zawodowej praktyki, przy zastosowaniu metodologii Tuning; [www.netques.eu](http://www.netques.eu));
- wspierania rozwoju ustawicznego uczenia się (LLL) na poziomie Unii Europejskiej oraz na poziomie kraju;
- zapewnienia możliwości ujednoczenia systemu kształcenia przez uczelnie wyższe i dostosowanie się do ich wytycznych organizacji zawodowych;
- zaangażowanie się w każdym kraju Unii Europejskiej w programy kształcenia oraz wpływ edukacyjnych debat na realizację idei kształcenia; uznawanie dyplomów oraz kwalifikacji zdobytych za granicą;
- określenie statusu zawodowego (uregulowanie zasad prawnych zawodu logopedy w krajach Unii Europejskiej);
- w zakresie zasad nadawania stopnia akademickiego logopedy;
- określenie organów kompetentnych do wyrażenia zgody – w przewidzianej prawem dla danego państwa formie – na wykonywanie zawodu.

Projekt NetQues zmierza do integracji europejskiej terapeutów mowy i języka w celu wypracowania wspólnego źródła wiedzy i korzystania z doświadczeń zawodowych autorytetów z zakresu logopedii z różnych krajów zrzeszonych w projekcie. Integracja jest jednym z elementów ewolucji naukowej i idei projektu NetQues.

Jedynie ujednoczony całościowy zakres wiedzy, umiejętności i zdolności potrzebnych do wykonywania zawodu logopedy umożliwia budowanie programów terapii osób z trudnościami w komunikowaniu się.

Logopedyczne studia realizowane w krajach zrzeszonych w projekcie NetQues mają nadawać kwalifikacje umożliwiające pełny opis modelu uwarunkowań rozwoju mowy, jej zaburzeń uwzględniających interpretację poszczególnych zaburzeń z wielu perspektyw oraz przygotować do prowadzenia postępowania terapeutycznego osób niesłyszących, osób upośledzonych umysłowo, osób z zaburzeniami płynności mowy i osób z zaburzeniami uwarunkowanymi uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego lub jego dysfunkcjami (z objawami procesów neurodegeneracyjnych).



## Noty o autorach

ELŻBIETA BIJAK, mgr pedagogiki, neurologopeda, oligofrenopedagog. Pracuje w Szkole Podstawowej nr 3 z Oddziałami Integracyjnymi w Mikołowie oraz w Specjalistycznym Centrum Terapii Jąkania w Wodzisławiu Śląskim. Jest terapeutą mowy podczas specjalistycznych turnusów terapeutycznych dla osób jąkających się organizowanych przez SCTJ w Wodzisławiu Śląskim.

RENATA DANIEL, dr hab., wokalistka, kompozytorka, autorka tekstów, pedagog, absolwentka Wydziału Jazzu i Muzyki Rozrywkowej Akademii Muzycznej im. Karola Szymanowskiego w Katowicach oraz wieloletni jej pedagog. Jako pierwsza w Polsce napisała dysertację doktorską z piosenki i jako pierwsza w Polsce uzyskała tytuł doktora habilitowanego z domeny wokalistyki rozrywkowej. Jest autorką nowatorskiej metody stymulacji podniebienia miękkiego w procesie kształcenia głosu wokalisty, w formie książkowej wydanej przez Bibliotekę Śląską. Laureatka licznych prestiżowych nagród na krajowych i międzynarodowych festiwalach piosenki. Uczestniczka licznych konferencji naukowych, autorka wielu wykładów, referatów i warsztatów wokalnych. Od 2010 roku dyrektor i twórca Studia Wokalistyki Estradowej ([swe.katowice.pl](http://swe.katowice.pl)) – jedyne o tak zdefiniowanej ofercie dydaktycznej projektu w Polsce, gdzie kształcą się adepci sztuki wokalne w AM w Katowicach.

ZUZANNA GRYSZKA-MĘDREK, mgr, nauczyciel wczesnoszkolny i przedszkolny, logopeda. Ukończyła podyplomowe studia w zakresie logopedii i neurologopedii na Uniwersytecie Śląskim. Pracuje z dziećmi i dorosłymi z różnymi zaburzeniami neurologicznymi. Zainteresowania naukowe koncentruje głównie wokół form i metod komunikacji alternatywnej i wspomagającej.

GERLINDA JAVORČEKOVÁ, mgr, logopeda w Szkole Specjalnej z Oddziałami Szkoły Życia (Hawierzów Miasto, Czechy). Zajmuje się diagnozą oraz terapią dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną. W swojej zawodowej pracy uwzględnia holistyczne aspekty terapii usprawniającej porozumiewanie się, m.in. wymienny system komunikacji obrazkowej VOKS.



DOROTA KAMIŃSKA, mgr pedagogiki, neurologopeda. Członek Polskiego Towarzystwa Logopedycznego (Srebrny Certyfikat PTL); certyfikowany trener programu TOCfE (Theory of Constraints for Education); terapeuta mowy podczas specjalistycznych turnusów terapeutycznych dla osób jękających się organizowanych przez Specjalistyczne Centrum Terapii Jąkania w Wodzisławiu Śląskim; konsultant ds. wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej w MSCDN Wydział w Ciechanowie. Autorka publikacji logopedycznych z zakresu jąkania, m.in.: *Wspomaganie płynności mowy dziecka – profilaktyka, diagnoza i terapia jąkania wczesnodziecięcego* (Kraków 2006), *Jąkanie – „przywilej” królów? Szczęściem jest, gdy nasze myśli mogą stać się słowami – czyli słów kilka o jąkaniu* („Emocje” 2011, nr 2 i 3), *Efektywność terapii osób jękających się uczestniczących w specjalistycznych turnusach terapeutycznych* („Forum Logopedyczne”, nr 15), *Dlaczego dziecko się jąka? – wspomaganie płynności mowy małego dziecka* („Bliżej Przedszkola” 2007, nr 11), a także edukacyjnych, m.in.: *Jak bawić się i uczyć z pasją? zastosowanie narzędzi TOC w pracy z dzieckiem – mini poradnik jak wychować dziecko twórcze, optymistyczne i ciekawe świata* (Kraków 2012).

KATARZYNA KASICA-BAŃKOWSKA, mgr, logopeda, fizjoterapeuta, terapeuta SI, dietetyk. Diagnostuje i prowadzi terapię logopedyczną z elementami integracji sensorycznej z dziećmi w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Prowadzi również zajęcia grupowe rozwijające umiejętności społeczne i twórcze. Wprowadza swoim podopiecznym – indywidualnie do ich potrzeb – diety eliminacyjne i suplementację, zapewniając im lepsze funkcjonowanie w życiu codziennym. Ma zainteresowania badawcze z dziedziny neurologopedii, surdologopedii (szczególnie z zakresu terapii dzieci z niedosłuchem centralnym) oraz odżywiania dzieci dysfunkcyjnych. Jest współautorką artykułów na temat centralnych zaburzeń przetwarzania słuchowego.

DAWID LARYSZ, dr nauk medycznych, absolwent Wydziału Lekarskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach i Uniwersytetu Opolskiego, specjalista neurochirurgii, psycholog. Doświadczony nauczyciel akademicki (wykładowca ŚUM i Uniwersytetu Śląskiego). Pracuje w Klinice Neurochirurgii ŚUM w Katowicach i w Oddziale Neurochirurgii Dziecięcej Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II w Katowicach. Kieruje Centrum Leczenia Zaburzeń Ośrodkowego Układu Nerwowego i Wspierania Rozwoju Dzieci „KANGUR”. Pełni funkcję wiceprzewodniczącego Specjalistycznego Koła Przyjaciół Dzieci z Dyskraniami. Jest autorem i współautorem 34 artykułów w recenzowanych czasopismach o zasięgu międzynarodowym, autorem 5 rozdziałów w podręcznikach, współautorem i współredaktorem naukowym podręcznika *Neurologopedia dziecięca w teorii i praktyce*. Ma w swoim dorobku ponad 120 wystąpień na konferencjach w kraju i za granicą. Obszarem jego zainteresowań naukowych są: diagnostyka i terapia zaburzeń neuropsychologicznych u dzieci i dorosłych oraz nowoczesne metody planowania 3D zabiegów neurochirurgicznych w wirtualnej rzeczywistości, badania jakości życia dzieci HR-QOL leczonych neurochirurgicznie.

PÉTER LAJOS, prof. dr hab., psycholog kliniczny. Jest kierownikiem Zakładu Logopedii Wydziału Edukacji Specjalnej na Uniwersytecie Eötvös Loránd „Bárczi Gusztáv” w Budapeszcie. Jego główne zainteresowania badawcze koncentrują się na klinicznych i logopedycznych problemach niepłynności mowy. Jest autorem kilkudziesięciu publikacji o zasięgu krajowym oraz międzynarodowym.

TATIANA LEWICKA, mgr pedagogiki, specjalista neurologopeda. Od wielu lat zajmuje się problematyką schorzeń ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego oraz konsekwencjami ich uszkodzenia. Jest autorką publikacji i wielu szkoleń z tego zakresu. Główny kierunek jej zainteresowań obejmuje dysfagię neurogenną. Zawodowo związana jest z Katedrą i Kliniką Neurologii SP CSK im. prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Wykłada na Studiach Podyplomowych Kwalifikacyjnych Logopedii i Medialnej Emisji Głosu UŚ w Katowicach.

MARZENA MACHOŚ-NIKODEM, dr nauk humanistycznych w zakresie językoznawstwa, filolog, logopeda, specjalista wczesnej logopedii klinicznej, oligofrenopeda, dogoterapeuta (certyfikat Fundacji Dogtor). Pracuje w Szkole Podstawowej nr 14 z Oddziałami Integracyjnymi w Zabrze oraz w Ośrodku Wczesnej Interwencji w Zabrze. Jej zainteresowania badawcze obejmują: problem akwizycji języka dziecka o obniżonej sprawności intelektualnej, terapię logopedyczną z dzieckiem z niepełnosprawnością intelektualną, holistyczne aspekty terapii usprawniającej porozumiewanie się, zastosowanie terapii kontaktowej przy udziale psa w rewalidacji dzieci upośledzonych umysłowo.

ELŻBIETA M. MINCZAKIEWICZ, dr nauk humanistycznych, długoletni nauczyciel akademicki, pedagog specjalny, neurologopeda, oligofrenologopeda, muzyk, nauczyciel terapeuta, terapeuta osób po zabiegu laryngektomii, wolontariusz w hospicjum. Jest autorką wielu książek z zakresu rozwijania i korekty mowy u dzieci i dorosłych, wspomaganie rozwoju dzieci i wychowania młodzieży niepełnosprawnej (przede wszystkim osób z zespołem Downa, autyzmem oraz osób z chorobą Alzheimera, chorobą Parkinsona i osób laryngektomowanych), a także artykułów, esejów i rozprawek w języku polskim, angielskim, czeskim, niemieckim, rosyjskim i słowackim. Należy do wielu towarzystw naukowych i społecznych, m.in.: Polskiego Towarzystwa Logopedycznego (PTL), Polskiego Zespołu do Badań Naukowych nad Upośledzeniem Umysłowym, Międzynarodowej Akademii Rehabilitacji Rozwojowej w Monachium i Polskiego Stowarzyszenia Montessori (AMI), Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, Polskiego Towarzystwa do Walki z Kalectwem (PTWK), Polskiego Towarzystwa Laryngektomowanych, Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Towarzystwa Kultury Języka, Stowarzyszenia Rodzin i Opiekunów Osób z Zespołem Downa „Bardziej Kochani”.

JÓZEF OCZADŁY, logopeda z ponaddwudziestoletnim zawodowym doświadczeniem. Ukończył Studium Logopedii Szkolnej w Instytucie Kształcenia Nauczycieli w Katowicach, prowadzone według programu prof. Leona Kaczmarka, a następnie Podyplomowe Studium Logopedii na Uniwersytecie Śląskim oraz neurologopedię. Pracuje w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Katowicach oraz w resorcie służby zdrowia. Od siedemnastu lat współpracuje z podyplomowymi studiami logopedycznymi Uniwersytetu Śląskiego. W latach 1995–2005 był asystentem w Wyższej Szkole Pedagogicznej Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Warszawie – Wydział Nauk Społeczno-Pedagogicznych w Katowicach. Od wielu lat pomaga dzieciom niepełnosprawnym w Dziennym Ośrodku Rehabilitacyjno-Oświatowym „Odrodzenie”. Jest aktywnym członkiem Zarządu Śląskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Logopedycznego. Przez wiele lat pełnił funkcję przewodniczącego Komisji Rewizyjnej przy ZG PTL. Jest autorem m.in. polskiej wersji czeskiej serii pomocy dydaktyczno-logopedycznych dr Karli Svobodovej i dr Dany Kutalkovej.

DANUTA PLUTA-WOJCIECHOWSKA, prof. UŚ dr hab., pracownik Zakładu Socjolingwistyki i Społecznych Praktyk Komunikowania Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, a także czynny logopeda, pracujący w poradni logopedycznej Zakładu Ortodoncji Katedry Stomatologii Wieku Rozwojowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się na problematyce diagnozy i terapii logopedycznej dzieci z wadami twarzoczaszki, w tym wczesnej interwencji, rozwoju czynności przestrzeni orofacjalnej, patofonetyki, a także zaburzeń wymowy w kontekście logopedii artystycznej. Jest redaktorem naczelnym czasopisma „Forum Logopedyczne”. Od 2007 roku jako członek wchodzi w skład Komisji Rozwoju i Zaburzeń Mowy Komitetu Językoznawstwa PAN. W 2009 roku została powołana do Komisji ds. Neurologopedii, funkcjonującej przy Ministerstwie Zdrowia. Od wielu lat jest działaczem Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, obecnie pełni funkcję zastępcy przewodniczącego ZG PTL. W swoim dorobku ma trzy monografie i ponad 50 artykułów opublikowanych w Polsce i za granicą.

OLGA PRZYBYŁA, dr nauk humanistycznych w zakresie językoznawstwa, filolog, logopeda, terapeuta integracji sensorycznej, adiunkt w Katedrze Dydaktyki Języka i Literatury Polskiej na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, kierownik Studiów Podyplomowych Kwalifikacyjnych Logopedii i Medialnej Emisji Głosu UŚ. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się na problemach pragmalingwistyki, dydaktyki języka, neurolingwistyki, w tym specyficznych i niespecyficznych zaburzeń mowy i rozwoju języka, diagnozy i terapii logopedycznej z elementami integracji sensorycznej oraz surdologopedii (szczególnie diagnozy i terapii osób z APD). Jest autorką kilkudziesięciu publikacji z zakresu językoznawstwa, edukacji polonistycznej oraz logopedii, w tym monografii *Akty mowy w języku nauczyciela* (Katowice 2004), redaktorem „Logopedii Silesiany”. W latach 2003–2010 pełniła funkcję naukowego opiekuna Polonistycznego Koła Młodych Dydaktyków. Jest członkiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Logopedycznego w Lublinie, konsultantem merytorycznym Podyplomowych Studiów Logopedii Uniwersytetu Rzeszowskiego, pełni również funkcję koordynatora projektu NetQues w Polsce, którego partnerem jest Uniwersytet Śląski w Katowicach.

AGNIESZKA ROŻEK, mgr, absolwentka Filologii Klasycznej na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu Śląskiego oraz Studiów Podyplomowych Kwalifikacyjnych Logopedii i Medialnej Emisji Głosu, specjalność: logopedia i neurologopedia. Zajmuje się diagnozą oraz terapią neurologopedyczną pacjentów z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego. Prowadzi terapię opóźnionego rozwoju mowy, dyslalii i zaburzeń centralnego przetwarzania słuchowego u dzieci w Centrum Diagnostyki i Terapii „In Corpore” w Katowicach.

MAŁGORZATA STANDO-PAWLIK, mgr pedagogiki o specjalności: zintegrowana edukacja wczesnoszkolna i przedszkolna z terapią pedagogiczną. Ukończyła studia podyplomowe z zakresu logopedii. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Logopedycznego. Ma certyfikat jako instruktor masażu Shantala. Pracuje jako logopeda w Przedszkolu Miejskim nr 29 w Sosnowcu, którego jest również wicedyrektorem. Uczestniczyła w wielu konferencjach naukowych oraz kursach i szkoleniach z zakresu zaburzeń rozwoju dziecka i metod jego wspierania. Jej zainteresowania naukowe obejmują następujące zagadnienia: atypowy rozwój mózgu i związane z nim zaburzenia rozwoju, zaburzenia rozwoju mowy u dzieci, wczesna interwencja terapeutyczna, metody wspierania rozwoju, terapia pedagogiczna.

LESZEK SZEWCZYK, dr hab. nauk teologicznych w zakresie homiletyki, prezbiter archidiecezji katowickiej, dyplomowany logopeda. Jest adiunktem w Zakładzie Liturgiki i Homiletyki Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. W swym dorobku ma m.in. publikacje: *Recepcja liturgicznego wymiaru homilii. Studium homiletyczne w świetle przepowiadania kapłanów archidiecezji katowickiej w latach 1972–1999* (Katowice 2003); *Odnowa przepowiadania słowa Bożego w (archi)diecezji katowickiej po Soborze Watykańskim II. Studium homiletyczne* (Katowice 2009).

ANNA SZMAŁ, mgr, absolwentka Wyższej Szkoły Pedagogicznej TWP w Katowicach. W roku 2010 ukończyła Podyplomowe Studia Logopedyczne w Uniwersytecie Śląskim w Katowicach. W latach 2011–2012 pracowała jako logopeda w Szpitalu Miejskim w Sosnowcu (Oddział Rehabilitacji Neurologicznej). Dodatkowo prowadziła zajęcia grupowe oraz terapię indywidualną z dziećmi w Przedszkolu Miejskim nr 3 oraz nr 40 w Sosnowcu. Obecnie pracuje w Przedszkolu Miejskim nr 28 w Sosnowcu.

EVA TESÁRKOVÁ, mgr, logopeda w Szkole Specjalnej z Oddziałami Szkoły Życia (Hawierzów Miasto, Czechy). Od kilkunastu lat swoim doświadczeniem wspomaga rozwój dzieci i młodzieży niepełnosprawnej. Pracuje przede wszystkim z dziećmi autystycznymi. W swojej zawodowej pracy uwzględnia holistyczne aspekty terapii usprawniającej porozumiewanie się, m.in. wymienny system komunikacji obrazkowej VOKS.

JUSTYNA TORONCZAK, mgr psychologii, logopeda i psychoterapeuta. W 2004 roku ukończyła studia psychologiczne na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Uczestniczyła w licznych szkoleniach z zakresu psychoterapii, psychoedukacji i rozwoju osobistego. W latach 2009–2011 ukończyła pierwszy stopień psychodramy w Śląskiej Szkole Psychoterapii Psychodynamicznej w Gliwicach, która podlega pod Instytut Psychodramy w Krakowie. Wygłaszała referaty i prowadziła warsztaty na wielu konferencjach o zasięgu ogólnopolskim, m.in. w marcu 2011 roku prowadziła warsztaty naukowo-szkoleniowe w ramach III Międzynarodowej Interdyscyplinarnej Logopedycznej Konferencji Naukowej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach pt.: „Życie z relaksem – relaksacyjne techniki w ćwiczeniach”. W czerwcu 2013 roku ukończy czteroletni kurs psychoterapii psychodynamicznej w Śląskiej Szkole Psychoterapii w Gliwicach.

TOMASZ WOŹNIAK, prof. UMCS dr hab., pracownik Zakładu Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Przewodniczący ZG Polskiego Towarzystwa Logopedycznego. Redaktor naczelny czasopisma „Logopedia” (w bazie ERIH). Wybitny i ceniony specjalista od wielu lat związany z Komisją Rozwoju i Zaburzeń Mowy Komitetu Językoznawstwa PAN. Autor kilkudziesięciu publikacji o zasięgu krajowym oraz międzynarodowym poświęconych zjawiskom normatywnym oraz zaburzeniom mowy, m.in. badaniom nt. swoistości narracji schizofrenicznej dzieci i dorosłych, klinicznym i logopedycznym problemom niepełności mowy.

Redaktor  
Olga Nowak

Projekt okładki, strony tytułowej i stron działowych  
Paulina Dubiel

Redaktor techniczny  
Małgorzata Pleśniar

Korektor  
Lidia Szumigała

Łamanie  
Beata Klyta

Copyright © 2012 by  
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego  
Wszelkie prawa zastrzeżone

ISSN 0208-6336  
ISSN 2300-5246 (wersja drukowana)  
ISSN 2391-4297 (wersja elektroniczna)

Wydawca  
**Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego**  
**ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice**  
[www.wydawnictwo.us.edu.pl](http://www.wydawnictwo.us.edu.pl)  
e-mail: [wydawus@us.edu.pl](mailto:wydawus@us.edu.pl)

---

Wydanie I. Nakład: 120 + 50 egz. Ark. druk. 13,75  
Ark. wyd. 18,0 Papier offset. kl. III, 90 g  
Cena 30 zł (+ VAT)

---

Druk i oprawa: PPHU TOTEM s.c.  
M. Rejnowski, J. Zamiara  
ul. Jacewska 89, 88-100 Inowrocław

# Słucham, słyszę nie rozumiem...

**Dzwoni,  
ale nie wiem, gdzie**

Problemy ze znalezieniem  
źródła oraz miejsca dźwięku

**Słucham,  
ale nie słyszę**

Problemy z różnicowaniem  
słuchowej informacji

**Słucham,  
ale nie rozpoznaję,  
co słyszę**

Problemy z rozpoznaniem cech  
wzorca słuchowego

**Nie słyszę, gdy „COŚ”  
znieszcza Twój głos  
(np. echo, pogłos, telefon)**

Problemy z rozumieniem  
mowy znieszczałcei

**Nie słyszę, gdy „COŚ”  
hałasuje obok mnie**

Problemy z rozumieniem mowy  
w obecności sygnału zagłuszającego

**Mam kłopot  
z zapamiętaniem  
szczegółów wypowiedzi**

Problemy z zapamiętywaniem  
sekwencji słuchowych

**Mam kłopot z przyjęciem  
informacji podanej ustnie,  
nie uczę się ze słuchu**

Problemy  
z pamięcią słuchową



## Centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego

ang. Central Auditory  
Processing Disorder

**Kto może Ci pomóc?  
Audiolog lub logopeda  
odpowiedzą na Twoje pytania**



Studia Podyplomowe  
Kwalifikacyjne  
Logopedii  
i Medialnej Emisji Głosu

Specjalności:  
LOGOPEDIA  
MEDIALNA EMISJA GŁOSU  
NEUROLOGOPEDIA



Wydział  
Filologiczny  
Uniwersytet Śląski  
w Katowicach

40-032 Katowice  
pl. Szopna (Septego) 1  
tel. 32 2009-430  
e-mail: logopedia@us.edu.pl  
www.logopedia.us.edu.pl

opracowanie:  
Barbara Kania, Olga Przytyła,  
Katarzyna Kania-Borkowska  
konsultacja: doc. dr hab. n. med. Jarosław Markowski  
projekt graficzny: Ines Sudała

W przygotowaniu

**Tom 2, Katowice 2013**

Cena 30 zł (+ VAT)

ISSN 0208-6336

ISSN 2391-4297