

Logopedia Silesiana 2

Od początku istnienia logopedii jako dyscypliny naukowej badacze wytrwale poszukują metodologicznych uzasadnień dla zaburzeń komunikacji językowej i dążą do opisu jej złożonego charakteru.

Drugi tom „Logopedii Silesiany” gromadzi prace naukowe oraz studia, których autorzy na wiele sposobów omawiają podejście do diagnozy i terapii logopedycznej. Niektóre z prezentowanych artykułów wpisują się w podstawowy zakres naukowych dociekań dyscypliny, inne tworzą podstawy nowych formuł postępowania logopedycznego.

W logopedii bezustannie poszukuje się odpowiedzi na pytania, przed jakimi stawia nas życie. Rozwiązywanie kwestii poznawczych, podejmowanie bardziej szczegółowych prób opisu konkretnych przypadków, dążenie do uchwycenia w kontekście aktualnej i zmieniającej się refleksji naukowej tego, co jest istotą porozumienia między pacjentem i jego językowym terapeutą – nad tym w niniejszej publikacji pochylają się teoretycy i praktycy komunikacji językowej.

Nowy tom „Logopedii Silesiany” zainteresuje nie tylko logopedów, lekarzy, pedagogów i rodziców, ale także tych, którym bliskie są językowe i komunikacyjne zagadnienia, terapeutyczne i służące terapii mowy.

Prof. dr hab. Marian Kisiel

Przewodniczący Rady Naukowej „Logopedii Silesiany”



Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Katowice 2013



Logopedia Silesiana

Tom 2



NR 3075

Logopedia Silesiana 2

Tom

2

pod redakcją Olgi Przybyli



Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Katowice 2013

Redaktor serii: Językoznawstwo Polonistyczne
BOŻENA WITOSZ

Recenzenci:
MIROSLAW MICHALIK, KAZIMIERZ OŻÓG

KOMITET REDAKCYJNY • EDITORIAL BOARD

Redaktor Naczelny • Editor-in-Chief

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

Sekretarz • Secretary

JUSTYNA BORKOWSKA (Uniwersytet Śląski w Katowicach – justyna.borkowska@us.edu.pl)

Korekta językowa: język angielski • Proofreading: English

IZABELA MROCHEN (Uniwersytet Śląski w Katowicach)

Członkowie • Members

MIECZYSLAW CHĘCIEK (Wyższa Szkoła Ekonomii, Turystyki i Nauk Społecznych w Kielcach), GRAŻYNA JASTRZĘBOWSKA (Uniwersytet Opolski), BARBARA KASICA (Specjalistyczny Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji dla Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu PZG w Katowicach), TATIANA LEWICKA (Centralny Szpital Kliniczny SUM im. Kornela Gibińskiego w Katowicach), AGNIESZKA MYSZKA (Uniwersytet Rzeszowski), JOANNA SIUDA (Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach)

RADA NAUKOWA • EDITORIAL COMMITTEE

MARIAN KISIEL (Uniwersytet Śląski w Katowicach) – Przewodniczący Rady Naukowej
PAUL CORTHALS (University College Ghent, Health Care Department, Belgia), DOBRINKA GEORGIEWA (South-West University, Department of Logopedie, Błagojewgrad, Bułgaria), STANISŁAW GRABIAS (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie), PÉTER LAJOS (Uniwersytet Eötvös Loránd „Bárczi Gusztáv”, Faculty of Special Education, Budapeszt, Węgry), DAWID LARYSZ (Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach), STANISŁAW MILEWSKI (Uniwersytet Gdański), GRZEGORZ OPALA (Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach), DANUTA OSTASZEWSKA (Uniwersytet Śląski w Katowicach), DANUTA PLUTA-WOJCIECHOWSKA (Uniwersytet Śląski w Katowicach), JÓZEF PORAYSKI-POMSTA (Uniwersytet Warszawski), ALDONA SKUDRZYK (Uniwersytet Śląski w Katowicach), LESZEK SZEWCZYK (Uniwersytet Śląski w Katowicach), SEYHUN TOPBAS (Anadolu University, Department of Speech and Language Therapy, Turcja), KATEŘINA VITAŠKOVA (Univerzita Palackého, Faculty of Education, Olomuniec, Czechy), TOMASZ WOŹNIAK (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie)

RADA RECENZyjNA • REVIEWERS COMMITTEE

JACEK BŁESZYŃSKI (Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu), PAUL CORTHALS (University College Ghent, Health Care Department, Belgia), EWA CZAPLEWSKA (Uniwersytet Gdański), DOBRINKA GEORGIEWA (South-West University, Department of Logopedie, Błagojewgrad, Bułgaria), GRAŻYNA GUNIA (Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie), EDWARD ŁUCZYŃSKI (Uniwersytet Gdański), MIROSLAW MICHALIK (Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie), KAZIMIERZ OŻÓG (Uniwersytet Rzeszowski), JOLANTA PANASIUK (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej), MAŁGORZATA ROCLAWSKA-DANILUK (Uniwersytet Gdański)

Adres Redakcji:

pl. Sejmu Śląskiego 1; 40-032 Katowice, tel. (32) 200-94-36, www.logopedia.us.edu.pl

Publikacja jest dostępna także w wersji internetowej:

Central and Eastern European Online Library

www.ceeol.com

Spis treści

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

Część pierwsza

Prace naukowo-badawcze

WŁADYSŁAWA KSIĄŻEK-BRYŁOWA: Wpływ czytania na rozwój języka dziecka	15
OLGA PRZYBYŁA, JOANNA TUREK: Badanie opanowania umiejętności czytania przez uczniów klas czwartych szkoły podstawowej	24
GRAŻYNA JASTRZĘBOWSKA: Opóźnienie rozwoju języka a ryzyko dysleksji rozwojowej	51
RENATA TOMASZUK-WIECZOREK, DAWID LARYSZ: Zaburzenia dyskursu w schizofrenii	60
MAJA PATALONG-OGIEWA, TATIANA LEWICKA: Pacjent z uszkodzeniem prawej półkuli w pracy logopedy	73
MARZENA MACHOŚ: Uwagi o ważności wczesnej diagnozy neurologopedycznej	84
LESZEK SZEWCZYK: Księżda Stanisława Wilczewskiego troska o jakość słowa (kaznodziejskiego)	101
ANNA ŁOBOS: Walory poznawcze, wychowawcze i terapeutyczne <i>Śpiewnika dla dzieci</i> Marii Konopnickiej – ich przydatność w pracy logopedycznej	110

Część druga
Studia z praktyki logopedycznej

ELŻBIETA MARIA MINCZAKIEWICZ: Wybrane metody praktyki logopedycznej w postępowaniu terapeutycznym osób z zespołem Gregga	135
OLGA PRZYBYŁA, MAŁGORZATA STANDO-PAWLIK: Wczesna stymulacja dzieci z podejrzeniem atypowego rozwoju mózgu. Studium przypadku	145
BARBARA KASICA, KATARZYNA KASICA-BAŃKOWSKA: Diagnoza i etapy rehabilitacji pacjenta po wszczepieniu implantatu ślimakowego	161
ELŻBIETA BIJAK, DOROTA KAMIŃSKA: Społeczny aspekt jąkania – wskazówki dla jąkających się i ich rodziców / opiekunów oraz nauczycieli i logopedów	168
KRYSTYNA SACHER-SZAFRAŃSKA: Torowanie drogi rozwoju mowy poprzez rozwijanie sprawności komunikacyjnych dzieci dotkniętych zaburzeniami autystycznymi	181
JÓZEF OCZADŁY: Pomoce i aparatura stosowane w logopedii	188

Część trzecia
Materiały, pomoce, sprawozdania

DAVID ROWLEY: O rodzajach pomocy na rzecz osób jąkających się w Wielkiej Brytanii: terapia i grupy wzajemnej pomocy (tłum. Mieczysław Chęćciek)	199
MAŁGORZATA STANDO-PAWLIK: Program pracy terapeutycznej z dzieckiem z podejrzeniem ABD	204
Ankieta oceniająca kompetencje potrzebne początkującym logopedom (tłum. Tomasz Woźniak)	218
ELŻBIETA BIJAK: „Świat, który rozumie jąkanie” (Benny David) – sprawozdanie z konferencji naukowej z okazji Światowego Dnia Osób Jąkających się (w 2011 roku)	232
Noty o autorach	237

Contents

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

Part One Scientific Research

WŁADYSŁAWA KSIĄŻEK-BRYŁOWA: The influence of reading on child's language	15
OLGA PRZYBYŁA, JOANNA TUREK: Research of reading skills of the fourth grade pupils in the primary school	24
GRAŻYNA JASTRZĘBOWSKA: Slower language development versus a risk of developmental dyslexia	51
RENATA TOMASZUK-WIECZOREK, DAWID LARYSZ: Discourse disorders experienced by people with schizophrenia	60
MAJA PATALONG-OGIEWA, TATIANA LEWICKA: A speech and language therapist's work with a patient with damaged right hemisphere	73
MARZENA MACHOŚ: Observations on importance of early logopedic diagnosis	84
LESZEK SZEWCZYK: Attention for the quality of the word (of preaching) by Stanisław Wilczewski, a Preacher	101
ANNA ŁOBOS: Cognitive, therapeutic and educational values in <i>A Songbook for Children</i> [<i>Śpiewnik dla dzieci</i>] by Maria Konopnicka – their importance in speech therapy	110

Part Two

Research Conclusions and Studies on Speech Therapy Activities

ELŻBIETA MARIA MINCZAKIEWICZ: The selected methods of the theory and practice speech therapy applied to people with Gregg's symptoms	135
OLGA PRZYBYŁA, MAŁGORZATA STANDO-PAWLIK: The early stimulation of children suspected of atypical brain development. Case study	145
BARBARA KASICA, KATARZYNA KASICA-BAŃKOWSKA: Stages of diagnosis and patient rehabilitation after placing cochlear implant	161
ELŻBIETA BIJAK, DOROTA KAMIŃSKA: The social aspect of stammering – practical instructions for stammering people, their parents/legal guardians, teachers and speech therapists	168
KRYSTYNA SACHER-SZAFRAŃSKA: Making way for speech development through shaping communication abilities of children with autistic disorders	181
JÓZEF OCZADŁY: Didactic aids and equipment used in speech therapy	188

Part Three

The Supporting Materials, Didactic Visual Aids and Reports

DAVID ROWLEY: Providing support to people who stutter in the United Kingdom: therapy and teams of mutual support (trans. Mieczysław Chęćek)	199
MAŁGORZATA STANDO-PAWLIK: The therapeutic work program with child with ABD	204
The evaluating survey questionnaire on required competences for the early-stage speech therapists (trans. Tomasz Woźniak)	218
ELŻBIETA BIJAK: „The World that understands stuttering” (Benny David) – The report summarizing scientific conferences on the occasion of The World Day of The Stuttering	232
Notes of Contributors	237

Wprowadzenie

„Logopedia Silesiana” wpisuje się w obszar periodyków podejmujących problematykę związaną z praktycznymi i teoretycznymi aspektami postępowania logopedycznego z osobami mającymi zaburzenia mowy. Zarówno rozpoznanie i opisywanie deficytów z zakresu werbalnego oraz niewerbalnego porozumiewania się, jak i wprowadzanie określonych oddziaływań reedukacyjnych, a także poszukiwanie odpowiednich programów terapeutycznych, trafnych pod względem procedury prognostycznej, są tożsame z jedną wspólną ideą doskonalenia sprawności językowej i komunikacyjnej.

Dziedzina logopedii kształtowała się pod wpływem różnorodnych sposobów myślenia o języku oraz modeli rozwijania językowej i komunikacyjnej sprawności. Poziom kompetencji językowej człowieka ma fundamentalne znaczenie dla rozwoju osobowości (kształtowania umysłu i budowania wiedzy o świecie) oraz funkcjonowania społecznego (formowania społecznych wzorów zachowań językowych). Odbiór mowy i jej rozumienie są nierozłącznym elementem w procesie komunikowania się. Drogi terapii logopedycznej prowadzą do porządkowania mowy wewnętrznej i stymulują / odbudowują procesy jej uaktywniania. W diagnozie oraz terapii zaburzeń rozwoju mowy i zakłóceń słownego procesu komunikowania się wiedzą podstawową jest ta, która opisuje mechanizmy przyswajania języka i stan zachowań językowych w perspektywie biologicznych uwarunkowań¹.

Problematyka drugiego tomu „Logopedii Silesiany” ukazuje komunikację i mowę w bogatej perspektywie – nierzadko traktując język jako drogę do pewnych wyobrażeń, przedstawień – i dąży do odkrywania sposobów opisu mowy w rozwoju oraz w zaburzeniach.

¹ S. GRABIAS: *Logopedia – nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych*. „Logopedia” 2010/2011, T. 39/40, s. 9–34.

* * *

Przedstawianie empirycznych obserwacji zachowań językowych dorosłych i dzieci ze specyficznymi trudnościami w opanowywaniu i doskonaleniu reguł przyswajania mowy w dialogowo rozumianym procesie postępowania terapeutycznego przyświeca zamierzeniom autorów tekstów zebranych w drugim tomie „Logopedii Silesiany”. Naukowa interpretacja różnego rodzaju zaburzeń mowy zespolona z wiedzą na temat programowania języka składa się na trzy zasadnicze części tomu.

Pierwszą jego część stanowią artykuły, w których autorzy prezentują zagadnienia dotyczące zarówno teoretycznej myśli, jak i strategii badawczo-metodyczno-organizacyjnych. Łącząc tradycje dyscypliny, tworzą przed nią nowe perspektywy badawcze. Cykl otwierają artykuły, które wpisują się w bogaty, wieloaspektowy nurt dociekań nad umiejętnością czytania (Władysława Książek-Bryłowa; Olga Przybyła, Joanna Turek), by następnie odnieść się do zagadnienia opóźnionego rozwoju w kontekście ryzyka dysleksji rozwojowej (Grażyna Jastrzębowska). Teoretyczne rozważania nad rozpadem czynności mówienia odnaleźć można w artykułach na temat zaburzonego dyskursu w schizofrenii (Renata Tomaszuk-Wieczorek, Dawid Larysz) oraz opisu stanu funkcjonowania pacjenta z deficytami prawej półkuli (Maja Patalong-Ogiewa, Tatiana Lewicka). W tomie znalazł się także opis szerokiego spektrum oddziaływań, jakie może i powinien przedsięwziąć neurologopeda w zakresie wczesnej interwencji (Marzena Machoś). Zostały również przedstawione kwestie ukazujące miejsce i rolę logopedii w przestrzeni kultury słowa (Leszek Szewczyk, Anna Łobos).

Część druga – *Studia z praktyki logopedycznej* – obejmuje propozycje sposobów postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, które w swoich założeniach mają przyczynić się do podejmowania działań wspomagających pracę z osobami z zaburzeniami rozwoju mowy. Zaprezentowane szkice łączą teoretyczną podbudowę (artykuł na temat torowania drogi rozwoju mowy u dzieci dotkniętych zaburzeniami autystycznymi Krystyny Sacher-Szafrańskiej) oraz koncepcje diagnostyczno-terapeutycznego postępowania (artykuł Barbary Kasicy i Katarzyny Kasicy-Bańkowskiej o rehabilitacji pacjenta po wszczepieniu implantu ślimakowego), a także zagadnienia społecznych aspektów komunikowania się (artykuł Elżbiety Bijak i Doroty Kamińskiej, zawierający wskazówki dla jękających się i ich rodziców / opiekunów oraz nauczycieli i logopedów). W tej części znalazły się również studia przypadków oraz opis efektów terapeutycznych oddziaływań. Interesujące sposoby wykorzystania doświadczeń wypływających z wiedzy i praktyki odnajdziemy w opisie postępowania: z pacjentem z zespołem Gregga (Elżbieta Maria Minczakiewicz) oraz pacjentem z atypowym rozwojem mózgu (Olga Przybyła, Małgorzata Stando-Pawlik). W propozycji oddziaływań terapeutycznych zostały zarekomendowane aparatura i pomoce stosowane w logopedii (Józef Oczadły).

W ostatniej, trzeciej części tomu – *Materiały, pomoce, sprawozdania* – zaprezentowano referat o rodzajach pomocy na rzecz osób jąkających się w Wielkiej Brytanii, wygłoszony przez jednego z zagranicznych gości – Davida Rowleya z Wielkiej Brytanii – w czasie Międzynarodowej Konferencji z okazji Światowego Dnia Osób Jąkających się w 2010 roku. Zamieszczono także propozycje metodyczne przydatne w codziennej logopedycznej praktyce: scenariusze zajęć terapeutycznych do pracy z pacjentem z atypowym rozwojem mózgu autorstwa Małgorzaty Stando-Pawlik. Przywołano ponadto ankietę oceniającą kompetencje niezbędne początkującym logopedom w ich zawodowej praktyce – ankietę projektu Network for Tuning Standards and Quality of Education programmes for Speech and Language Therapists in Europe. Znalazło się tu również sprawozdanie z naukowej konferencji z okazji Światowego Dnia Osób Jąkających się z cyklu „Świat, który rozumie jąkanie” (2011), sporządzone przez Elżbietę Bijak.

* * *

Mam nadzieję, że lektura „Logopedii Silesiany” przyniesie refleksję nad odmiennością i bogactwem założeń dyscypliny. Wskaże nowe metodologiczne ujęcia opisu mowy w normie i w zaburzeniu. Dostarczy również uporządkowanych wyników empirycznych dociekań, które umożliwią odmienne spojrzenie na znane i szeroko omawiane problemy.

Dziękuję autorom, recenzentom oraz redaktorom za ich cenny wkład w powstanie tomu.

Olga Przybyła

CZĘŚĆ PIERWSZA

Prace naukowo-badawcze

Logopedia
Silesiana
2

WŁADYSŁAWA KSIĄŻEK-BRYŁOWA

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Wpływ czytania na rozwój języka dziecka

ABSTRACT: The article presents an attempt to develop methods of research showing the impact of multi-dimensional reading on the child's language. According to the author, a multi-faceted study to measure the impact of reading on child's language ability and disseminate the results of such studies should be implemented in order to promote reading effectively.

It should be pointed out that a modern man in fact pays attention on precise figures as well as quantitative and qualitative methods. The author examined the length of child's utterance (a number of words), an exact number and the average number of words included in the utterance, frequency and an increase of vocabulary, fluency (a number and types of pauses), repetition of words and phrases, a number of words and unfinished words and a number of elements in texts for children.

KEY WORDS: literacy, speech and language development of children, the creation of children's speech

Truizmem jest twierdzenie, że czytanie dzieciom i czytanie dzieci ma wpływ na rozwój i usprawnianie ich mowy. Mowa definiowana jest jako „akt porozumiewania się językowego, w którym nadawca przekazuje odbiorcy pewną informację w formie słownej wypowiedzi, powstałej na bazie języka. Zatem język stanowi podstawę dla konstruowania wypowiedzi i jej odbioru, a dwie ważne psychologicznie czynności zaangażowania w mowie to konstruowanie wypowiedzi oraz ich percepcja na podstawie języka”¹. Już wcześniej Leon Kaczmarek wyróżnił język, mówienie (czyli konstruowanie wypowiedzi), rozumienie oraz samą wypowiedź². W niniejszym opracowaniu zwrócę uwagę na: jakość – czyli formę i treść – wypowiedzi przekazywanej odbiorcy w formie opowiadania powstałego w wyniku oglądania książeczki oraz jakość wypowiedzi na ten sam temat po wysłuchaniu czytanego tekstu.

¹ B. KACZMAREK: *Mózgowe mechanizmy formowania wypowiedzi słownych*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej 1986; IDEM: *Mózg – język – zachowanie*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej 1994.

² L. KACZMAREK: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin, Wydawnictwo Lubelskie 1974.

Wykonano dwa eksperymenty: w pierwszym badaniom poddano 15 uczniów: 13 dziewczynek i 2 chłopców z klasy pierwszej (ośmioletnich), w drugim – 12 uczniów (7 dziewczynek i 5 chłopców) także w wieku ośmiu lat. W eksperymencie pierwszym wzięły udział dzieci pochodzące z małej miejscowości, w drugim – dzieci miejskie, których rodzice wykonują różne zawody i mają różny poziom wykształcenia³. Za narzędzie badawcze posłużyły: historyjka *Przygody na żaglówce*, składająca się z dwunastu obrazków, i historyjka *Miś Remiś musi nosić okulary*, składająca się z osiemnastu obrazków. Dzieci z osobą badającą rozmawiały pojedynczo i były poinformowane o nagrywaniu rozmowy. Badanie każdego dziecka składało się z dwu etapów. W pierwszym zadaniem badanego było uważne przyjrzenie się rozłożonym na stole obrazkom, z których usunięto tekst, a następnie opowiedzenie ich nieoceniającej osobie dorosłej. Po krótkim zastanowieniu i zasygnalizowaniu gotowości dziecko opowiadało historyjkę. Druga część badania odbywała się nazajutrz. Tym razem najpierw był czytany tekst znajdujący się w książeczce, po czym dziecko opowiadało historyjkę. Po zakończeniu badania pytano dzieci, kiedy wykonanie zadania było dla nich łatwiejsze. Zdecydowana większość (z wyjątkiem dwojga dzieci) odpowiedziała, że po wysłuchaniu czytanego tekstu. Tylko dwoje dzieci twierdziło, że lektura tekstu utrudniła im opowiadanie, bo nie mogły wszystkiego zapamiętać.

Trudnością metodologiczną tak uzyskanych tekstów było zmierzenie wpływu czytania na jakość wypowiedzi. Dotychczas nie wypracowano precyzyjnych metod takich badań. Jednakże opisane w literaturze przedmiotu doświadczenia pracy z dziećmi z obniżoną normą intelektualną i z dysleksją⁴ pozwalają zastosować wypracowane metody do badań nad wpływem czytania. Celem niniejszego artykułu jest zainicjowanie dyskusji nad metodami pomiaru wpływu czytania na sprawność językową dziecka. Zastosuję metody ilościowo-jakościowe (dane bezwzględne, dane procentowe oraz frekwencja form) oraz opis jakościowy, uwzględniając:

- długość wypowiedzi (liczbę słów);
- średnią liczbę słów w wypowiedzeniu;
- frekwencję i przyrost słownictwa;
- płynność wypowiedzi (liczbę i typy pauz);
- powtórzenia wyrazów i zwrotów;

³ Wstępem do badań było zbadanie motoryki narządów mowy (według: J.T. KANIA: *Szkice logopedyczne*. Warszawa, WSiP 1982) i systemu fonologicznego dzieci w celu wyeliminowania jąkania i trudności wypowiedzania się związanych z wadami mowy.

⁴ Por. H. MYSTKOWSKA: *Książka w wychowaniu przedszkolnym*. Warszawa, WSiP 1965; EADEM: *Metodyka wychowania w przedszkolu*. Cz. 3. Warszawa, WSiP 1976; M. KIELAR-TURSKA: *Mowa dziecka. Słowo i tekst*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 1989; B. BOKUS: *Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i polu narracji*. Kielce, Wydawnictwo Energeia 1991; M. KIELAR-TURSKA: *Jak pomagać dziecku w poznawaniu świata*. Warszawa, WSiP 1992; G. KRASOWICZ: *Język, czytanie, dysleksja*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej 1997; G. KRASOWICZ-KUPIS: *Rozwój metajęzykowy a osiągnięcia w czytaniu u dzieci 6–9-letnich*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej 1999 i in.

- liczbę słów niedokończonych;
- liczbę elementów superstruktury w tekstach dziecięcych.

Oto przykładowe dane dotyczące liczby wyrazów – przed czytaniem i po przeczytaniu historyjki – w wypowiedziach wybranych dzieci:

Ola	227	–	357	(zwiększenie o 120 słów)
Natalia	91	–	156	(zwiększenie o 65 słów)
Dominika	167	–	268	(zwiększenie o 101 słów)
Tomek	160	–	222	(zwiększenie o 62 słowa)
Weronika	78	–	257	(zwiększenie o 179 słów)

Średnio liczba wyrazów przed czytaniem historyjki wynosi 170 (11,3 wersu) na jedno dziecko; a po jej przeczytaniu – 218 słów (14,5 wersu). Liczba słów nie może być w pełni miarodajnym wskaźnikiem, gdyż u niektórych dzieci zmniejszyła się liczba wyrazów w drugim opowiadaniu:

Justyna	138	–	117	(zmniejszenie o 21 słów)
Adaś	205	–	176	(zmniejszenie o 29 słów)

Zmniejszenie liczby słów mogło być spowodowane tym, że przed lekturą dzieci nie dysponują gotowym wzorem formy językowej i muszą stworzyć ją same, co sprawia, iż tylko w pewnych zakresach ich historyjki są zgodne z tematem.

Drugim ważnym wskaźnikiem jakości wypowiedzi stanowią ilość i długość wypowiedzeń⁵ w niej zawartych. Przez wypowiedzenie rozumiem – za Zenonem Klemensiewiczem – „formę osobową czasownika albo też wyraz lub grupę wyrazów, które pozostają w gramatycznie wyrażonym stosunku bezpośredniej łączności z obecną albo dającą się poprawnie wprowadzić formą osobową czasownika”⁶. Średnia liczba zdań na jedno dziecko przed lekturą wynosiła 18, a po czytaniu – 17, przy czym średnia liczba słów w zdaniu zwiększyła się o 4 wyrazy (z 5 do 9 wyrazów). Te dane liczbowe wskazują na znaczny (prawie dwukrotny) przyrost liczby słów w jednym wypowiedzeniu. Jednakże dla leksyki bardzo istotnym wskaźnikiem jest frekwencja poszczególnych części mowy (zob. tabela 1).

TABELA 1. Frekwencja poszczególnych części mowy

Części mowy	Przed przeczytaniem bajki	%	Po przeczytaniu bajki	%
Rzeczowniki	544	26,6	616	23,40
Czasowniki	448	21,9	551	20,90
Przymiotniki	27	1,3	55	2,09
Liczebniki	27	1,3	27	1,02

⁵ Dużą trudność stanowi wydzielenie wypowiedzeń w wypowiedzi mówionej; w opracowaniu za podstawę przyjęto czas trwania przerwy w mówieniu i formę logiczno-gramatyczną wypowiedzi.

⁶ Z. KLEMENSIEWICZ: *Składnia polska*. Warszawa, PZWS 1974.

cd. tab. 1

Przysłówki	76	3,7	118	4,5
Zaimki	280	13,7	223	8,5
Przymyki	147	7,2	197	7,5
Spójniki	239	11,7	298	11,3
Partykuły	46	2,2	53	2,01
Dodatkowe	212	10,4	492	18,7
Ogółem	2046	100,00	2630	100,00

Dane zawarte w tabeli 1. obrazują, że w przypadku opowiadania odtwórczego (po lekturze) przyrost słów wyniósł prawie 25%. Warto podkreślić też zmiany w udziale poszczególnych części mowy:

- podwojenie liczby przymiotników;
- zwiększenie o 1/3 liczby przysłówek (z 76 do 118);
- zwiększenie liczby spójników (z 239 do 298);
- zwiększenie o 25% liczby przymiotników (ze 147 do 197).

Większa liczba przymiotników i przysłówek (autosemantycznych części mowy) wskazuje na konkretyzację, a zarazem uszczegółowienie wypowiedzi, zwracanie uwagi na atrybuty działających osób i miejsca. Używanie przymiotników i spójników uściśla relacje między obiektami oraz czyni wypowiedź bardziej spójną. Tradycja gramatyczna wyróżnia spójniki współrzędne i podrzędne. W obu typach wypowiedzi dominuje spójnik „i” (ponad 40%), rzadziej pojawia się spójnik „a”. Spójniki: „bo”, „ale”, „albo”, „gdyż”, „aż” wystąpiły w opowiadaniach po lekturze, co wskazuje na odtwarzanie relacji podrzędności: przyczyny i skutku, np. „misio się schował za mamę, **bo** nie chciał mieć okularów, pan od okularów założył mu okulary, on zamknął oczy, **gdyż** bał się otworzyć”. Użycie przymiotników także było zróżnicowane. Najwyższą frekwencję miały przymyki: „do”, „od”, „na”, „w”, „z”, „za”; sporadycznie (po lekturze) wprowadzono przymyki: „nad”, „pod”, „przez”, „obok”, „ponad”.

Jedyną częścią mowy, której liczba użyc zmniejszyła się po lekturze, był zaimek – z 13,7% do 8,5%. Tę zmianę należy ocenić wysoce pozytywnie, gdyż świadczy ona o sprawności językowej: zmniejszeniu wskazywania na rzecz nazywania. Najczęściej używano zaimków wskazujących: „tu”, „tutaj”, i osobowych: „jego”, „jej”, „jemu”, „mu”, „on”, dość częste są też (przed lekturą) zaimki nieokreślone: „coś”, „gdzieś”, „jakieś”, co było nieadekwatne do sytuacji komunikacyjnej. Zastępowanie zaimków autosemantycznymi częściami mowy można zaobserwować, analizując zwiększanie się wyliczeń rzeczownikowych nazw osób, obiektów, części pomieszczeń. Po przeczytaniu książeczki w opowiadaniach o zwierzętach budujących stąpek pojawiły się nieobecne wcześniej rzeczowniki: „kompas”, „duży” (niewystępujący w pierwszej wersji), „mapa”, „plan”, „atlas świata”. W opowiadaniu po lekturze cytowane są całe wersy lub fragmenty wersów, usłyszane podczas czytania. Różnicę w dwu wersjach opowiadania obrazuje króciutki fragment tekstów tej samej dziewczynki: „Żył króliczek

mały, wpadł na pomysł, żeby łódkę zbudować. Bóbr mu plan narysował, borsuk belki podarował, bocian kompas – przyda się w podróży. Rodzina tak się zmartwiła, lecz matka trzy żagle uszyła, yyy brat i siostra atlas świata podarowali. W sklepie u wilka kupił gwoździ kilka”. Wcześniej ta sama dziewczynka mówiła: „Raz zajączek chciał zbudować łódkę. Szop mu zrobił, no ten rysunek narysował, a borsuk przyniósł deski takie. A później poszedł do sklepu, do wilka, no i kupił te, no kupił gwoździe”.

Kolejnym kryterium oceny była analiza słownictwa tematycznego, skoncentrowanego na konkretnych przestrzeniach przedstawionych w historyjce obrazkowej. Chcę tu podkreślić, że w wyróżnionym polu „Bohaterowie” przyrost słów wyniósł 5 (z 20 na 25), a słownictwo niezwiązane z tematem zmniejszyło się z 29 na 19. W drugim eksperymencie redukcja słownictwa nietematycznego wyniosła 18 słów – z 34 na 16.

Istotnym czynnikiem jakości mówienia jest płynność wypowiedzi (w języku mówionym płynność może być zaburzona spontanicznością języka mówionego, realizowanego głosowo). Jednak osoba sprawna językowo mówi zazwyczaj płynnie. Przy ocenie płynności wypowiedzi dziecięcych uwzględniono liczbę i typy pauz. Podczas analizowania pauz rozróżniono pauzy celowe i niecelowe. Pauzy celowe służą wyrazistości wypowiedzi, np. „mama siedziała / płakała / martwiła się”; „bał się, że zobaczy żabę / w końcu otworzył oczy”. Pauza może być środkiem zdaniotwórczym: oddzielać zdania składowe lub człony w zdaniu złożonym: „już nie widzi, gdzie jest łyżka albo widelec / nie widzi też pieprzu”. Pauzy celowe nie niszczą płynności tekstów, przeciwnie – wspomagają komunikatywność, służą do logicznego akcentowania wyrazów.

Pauzy niecelowe są przejawem niepłynności mówienia. Dzielą się na pauzy niewypełnione, tzn. długie przerwy w mówieniu, np. „później [długa pauza] bóbr rozwinął ten [długa pauza] ten papier”, i pauzy wypełnione. Wtręty wypełniające pauzy są zwykle samogłoskowe: „eee”, „iii”, „yyy”, „yi”, rzadziej – spółgłoskowe: „mm”, „hm”, np. „Później eee yyy popłynęli do domu i wszystko się skończyło szczęśliwie; na dziewiątym obrazku zajączek um yyy ściąga ten statek do brzegu iii iii potem już wszyscy razem popłyną”. Wtręty spółgłoskowe występowały sporadycznie, np. „spotyka ich hm wielka fala”.

Dość często pojawiały się słowa i wyrażenia niezwiązane z tokiem wypowiedzi, np. „później statek zrobili **no i tego**, no i później mogli popłynąć”. Widać tu też powtarzanie wyrazów i zwrotów oraz urywanie (niekończenie) słów, np. „zobaczyli, uciekli, później uciekli, zobaczyli coś...”; „Idą robić tą **ma...** żaglówkę”; „z myszką **pojech...** poszli”; „widzę jeszcze dziecka **puch...** [pucharek], jeszcze dziecka deser i **kielu...** [kieliszek]”.

W eksperymencie drugim liczba pauz przedstawia się następująco: liczba powtórzeń z 49 zmniejszyła się do 28; urywanych słów – z 23 do 7; wtrętów samogłoskowych – z 32 do 17. Wtrętami językowymi były także operatory quasi-zaimkowe, np. „tutaj widzimy, jak misio jest u pana okulisty i pan **tutaj** pokazuje **tutaj** na obrazki”.

W drugiej fazie badań obserwowano zwiększenie korekt własnych wypowiedzi (o 50% więcej), co może świadczyć o dążeniu do zgodności własnego opowiadania z usłyszonym tekstem.

Następnym etapem analizy była obserwacja stopnia rozumienia treści obrazków przed lekturą i po lekturze tekstu. Posługując się schematem opracowanym przez Grażynę Krasowicz⁷, zbadalam stopień złożoności wypowiedzi dziecka poprzez wydzielenie podstawowych i dodatkowych elementów superstruktury. Elementami podstawowymi są:

- identyfikacja bohaterów;
- umiejscowienie w czasie;
- umiejscowienie w przestrzeni;
- podstawowa akcja;
- rozwiązanie;

elementami dodatkowymi:

- złożona akcja;
- epizody;
- wartościowanie.

Występowanie elementów superstruktury w dwu fazach badania – przed lekturą i po lekturze – obrazuje następujące zestawienie:

Identyfikacja bohaterów	12	(100,00%)	i	12	(100,00%)
Umiejscowienie w czasie	1	(8,3%)	i	8	(66,7%)
Umiejscowienie w przestrzeni	10	(83,3%)	i	11	(91,7%)
Podstawowa akcja	5	(41,7%)	i	10	(83,3%)
Rozwiązanie	8	(66,7%)	i	9	(75,0%)
Złożona akcja	11	(91,7%)	i	11	(91,7%)
Epizody	6	(50,0%)	i	9	(75,0%)
Wartościowanie	4	(33,3%)	i	6	(50,0%)

Z uzyskanych danych wynika, że czytanie miało wpływ na umiejscowienie w czasie i zrozumienie akcji, tzn. działań bohaterów. Zwiększyła się świadomość złożoności akcji, o czym świadczą: rozwiązywanie (tzn. kończenie) akcji, obecność epizodów oraz wartościowanie osób i czynów.

Umiejętności narracyjne dzieci analizowałam, badając strukturę treściową ich opowiadań. Do tego celu wykorzystywałam propozycję Barbary Bokus⁸, która ujmuje teksty powstałe w procesie narracji jako łańcuch sytuacji odniesienia. Te sytuacje identyfikowane są przez określenie podmiotu sytuacji i stanu tego podmiotu. Autorka posługuje się terminami „pole narracji” i „przestrzeń narracyjna”. „Zespół sytuacji odniesienia w danym czasie, ujmowanych przez narratora z perspektywy różnych podmiotów obecnych w określonym obszarze tworzy tzw. pole narracji. Suma pól narracji z różnych momentów składa się na przestrzeń narracyjną”⁹. Każde

⁷ G. KRASOWICZ: *Język, czytanie, dysleksja...*, s. 91–92.

⁸ B. BOKUS: *Tworzenie opowiadań przez dzieci...*

⁹ *Ibidem*, s. 131.

pole narracji zawiera sytuację odniesienia, którą można określić jako dominującą w tym polu. Najczęściej przeważa sytuacja tego podmiotu, który jest sprawcą zmian w danym polu narracji.

W historyjce *Przygody na żaglówce* wyodrębniono jedenastie pól narracji. Ich realizację przed lekturą prezentuje tabela 2.

TABELA 2. Pola narracji w historyjce *Przygody na żaglówce* przed lekturą

Pola narracji	Sytuacje odniesienia	Imiona uczniów														
		Diana	Sylwia	Jacek	Zuzanna	Justyna	Paweł	Małgorzata	Magda	Gosia	Zosia	Bożena	Bożena	Agata	Anna	Agnieszka
I	Sytuacja spacerującego zająca		I	I	I	I	I		I	I	I	I	I	I	I	I
	Sytuacja kaczek	I		I		I	I		I	I	I			I	I	I
II	Zajac ogląda plan statku			I		I	I	I	I	I	I		I	I		I
	Bocian daje kompas			I												
	Bóbr rysuje projekt															
	Borsuk daje belki			I				I								
III	Zajączki i królik studiują mapę	I				I	I						I	I	I	I
	Mama królika szyje żagiel	I	I		I	I				I		I				
IV	Wilk w sklepie					I										I
	Zajac kupuje narzędzia					I	I		I	I	I	I	I	I		
V	Zwierzęta budują statek		I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I			I
	Sroka wkręca śrubki										I			I		
	Mysz splata linę										I			I		
	Zajac układa deski										I			I		
VI	Mysz odpływa na statku	I			I	I	I				I					
	Zajac i sroka stoją na brzegu					I	I									
VII	Bóbr płynie na ratunek							I				I				
	Zwierzęta biegną na pomoc	I	I			I	I					I		I		
VIII	Przerażenie myszki											I				
	Zajac ratuje myszkę	I			I	I	I		I		I	I		I		
IX	Zwierzęta płyną łódką	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
	Sytuacja rybki		I	I	I			I								I
X	Zwierzęta na morzu	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	
XI	Zajac chce zbudować statek				I	I	I	I	I		I	I	I	I		I

Aby mówić o pełnej strukturze opowiadania, uczniowie powinni umieścić w każdym polu narracji przynajmniej jedną sytuację odniesienia. Dzieci zwykle

zauważają sytuacje dominujące w danym polu narracji, najczęściej związane z głównym bohaterem. Przy większej liczbie podmiotów eksponowana jest sytuacja sprawcy działania (tabela 3.).

TABELA 3. Pola narracji w historyjce *Przygody na żaglówce* po lekturze

Pola narracji	Sytuacje odniesienia	Imiona uczniów														
		Diana	Sylvia	Jacek	Zuzanna	Justyna	Paweł	Małgorzata	Magda	Gosia	Zosia	Bożena	Bożena	Agata	Anna	Agnieszka
I	Sytuacja spacerującego zająca	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
	Sytuacja kaczek													I		
II	Zając ogląda plan statku															
	Bocian daje kompas	I	I	I		I	I	I	I	I	I	I	I	I		
	Bóbr rysuje projekt	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I		
	Borsuk daje belki	I		I	I	I	I	I	I	I	I	I				I
III	Zajaczki i królik studiują mapę	I		I		I	I	I		I	I	I	I	I	I	I
	Mama królika szyje żagiel	I	I		I	I	I		I	I	I	I	I	I	I	I
IV	Wilk w sklepie	I	I	I		I	I	I	I	I	I	I	I		I	I
	Zając kupuje narzędzia	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
V	Zwierzęta budują statek		I													
	Sroka wkręca śrubki	I			I	I	I	I	I	I	I	I	I	I		I
	Mysz spleta linę			I	I	I	I	I	I	I			I	I		I
	Zając układa deski	I				I				I						I
VI	Mysz odpływa na statku	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
	Zając i sroka stoją na brzegu						I							I		
VII	Bóbr płynie na ratunek				I	I	I	I	I	I				I		I
	Zwierzęta biegną na pomoc	I	I		I	I	I	I		I		I	I	I	I	I
VIII	Przerażenie myszki	I								I	I	I	I		I	I
	Zając ratuje myszkę	I		I	I	I	I	I	I	I	I	I		I	I	I
IX	Zwierzęta płyną łódką	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
	Sytuacja rybki															
X	Zwierzęta na morzu	I		I		I	I	I	I	I	I	I	I	I		
XI	Zając chce zbudować statek	I	I		I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I

W drugiej części badania, gdy dzieci usłyszały tekst bajki, struktura ich opowiadań stała się bogatsza w szczegóły. Wypełniały więcej pól narracji i przywoływały więcej sytuacji odniesień (dane zestawione w tabelach 2. i 3. mogą stać się przedmiotem dalszych analiz, także ilościowych, zarówno poszczególnych dzieci, jak i tekstów).

Prezentowane refleksje stanowią próbę do wypracowania metod badawczych dowodzących wielowymiarowego wpływu czytania na rozwój języka dziecka. W tej sytuacji wysoce pozytywnie należy ocenić akcję „Cała Polska czyta dzieciom”, a nauczycieli pedagogów zachęcić do jej wspierania i do pobudzania rodziców dzieci do lektury. Aby móc skutecznie i przekonująco promować czytanie, trzeba prowadzić wieloaspektowe badania nad tym zagadnieniem i upowszechniać wyniki tych badań. Moim zdaniem współczesnego człowieka przekonują precyzyjne dane liczbowe, a one i w tym przypadku są możliwe do ustalenia. Mam nadzieję, że nauczyciele i rodzice włączą się do zaproponowanych działań.

OLGA PRZYBYŁA

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

JOANNA TUREK

Szkoła Podstawowa nr 17 w Mysłowicach

Badanie opanowania umiejętności czytania przez uczniów klas czwartych szkoły podstawowej

ABSTRACT: The authors discuss the results of research carried out to present reading skills of pupils in the primary school. Taking into account theoretical background, used to prepare the research methodology, the most significant factors contributing to the reading process are analyzed. There are two dimensions of reading skills that are involved in the research: decoding and reading comprehension of the text. The range of decoding provides the assessment of reading speed (treated as a number of words read within one minute), correctness of reading (perceived as proportion of the read word in a correct way compared to all read words per minute), and a type of mistakes made by children during reading.

KEY WORDS: research of reading skills, determinants of the reading process, decoding, reading comprehension

Wprowadzenie

Czytanie jest jedną z najważniejszych form komunikowania się we współczesnym świecie. Stanowi formę dostępu do powszechnej informacji i źródło wiedzy. Służy człowiekowi zarówno w praktycznym, codziennym działaniu, w pracy zawodowej, jak i w rozwijaniu zainteresowań, kształtowaniu racjonalnego poglądu na świat oraz w dostarczaniu bodźców do uformowania i rozwoju uczuć, wpływając na rozwój całej jego osobowości. Czytanie jest operacją wieloczynnościową, której sprawną realizację determinują złożone kompleksy uwarunkowań biologicznych, psychologiczno-pedagogicznych i społecznych. Opanowanie umiejętności czytania stanowi długotrwały proces. Jego powodzenie zależy od bardzo wielu czynników, jednak przede wszystkim od indywidualnych predyspozycji i potencjalnych możliwości dziecka, takich jak: stan poziomu neurorozwojowego, poziomu rozwoju sfery emocjonalno-motywacyjnej, rozwoju funkcji psychomotorycznych i poznawczych, oraz od czynników zewnętrznych, m.in. środowiska, jakości i warunków nauczania itp.

Niektórzy uczniowie przejawiają trudności w opanowaniu umiejętności czytania, zwłaszcza głośnego czytania. Nierzadko czytają wolno, z licznymi błędami, co dodatkowo niekorzystnie wpływa na zrozumienie treści czytanego tekstu.

Nasilone trudności w czytaniu mają wpływ na proces edukacji dzieci oraz zaburzają rozwój ich osobowości. Dość szybko dzieci z problemami w tym zakresie otrzymują etykietkę „złych uczniów”, nawet jeśli bardzo starają się wywiązywać z innych obowiązków i zadań szkolnych. Wciąż zdarza się, że są postrzegane przez nauczycieli, rodziców i rówieśników jako mniej zdolne i leniwe.

Doświadczenia wczesnych niepowodzeń oddziałują na poziom funkcjonowania społeczno-emocjonalnego dzieci, które tracą wiarę we własne możliwości i czują się coraz bardziej zagubione oraz wyobcowane. Doznane porażki powodują spadek motywacji do nauki, co z kolei determinuje dalszą karierę szkolną ucznia.

W artykule zostaną przedstawione wyniki badania poziomu opanowania sprawności czytania uczniów czwartych klas szkoły podstawowej. Badaniom poddano dwa wymiary umiejętności czytania – dekodowanie i rozumienie treści czytanego tekstu. W zakres dekodowania wchodzi: tempo czytania, rozumiane jako liczba poprawnie przeczytanych wyrazów w czasie jednej minuty; poprawność czytania, traktowana jako proporcja prawidłowo przeczytanych wyrazów do wszystkich wyrazów przeczytanych w ciągu minuty, rodzaj popełnianych przez dzieci błędów podczas czytania.

Istota i przebieg procesu czytania

Czytanie – jako jedna z form językowego porozumiewania się – jest przekazywaniem informacji od nadawcy, czyli autora, do odbiorcy, czyli czytającego, w postaci tekstu pisanego, zgodnie z regułami danego języka¹. Umiejętność czytania stanowi narzędzie poznawania świata. Jego rola ma ścisły związek z użytecznością tej zdolności dla człowieka.

W literaturze poświęconej czytaniu stanowiąca większość definicji tej czynności akcentuje jej językowy charakter². Anna Brzezińska w procesie prawidłowego czytania podkreśla zależne od siebie wzajemnie trzy aspekty:

¹ L. KACZMAREK: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin, Wydawnictwo Lubelskie 1977, s. 19–25.

² Ibidem; A. JURKOWSKI: *Ontogeneza mowy i myślenia*. Warszawa, WSiP 1975; H. MALENDOWICZ: *O trudnej sztuce czytania i pisania*. Warszawa, WSiP 1978; R. PAWŁOWSKA: *Lingwistyczna teoria nauki czytania*. Gdańsk, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego 1994; G. KRASOWICZ-KUPIS: *Język, czytanie i dysleksja*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej 2001; K. SOCHACKA: *Rozwój umiejętności czytania*. Białystok, Wydawnictwo Trans Humana 2004; A. MAURER: *Świadomość fonologiczna jako predyktor postępów w nauce czytania i pisania*. „Annales Academiae Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica” 2007, nr 2, s. 119–141.

- techniczny – opiera się na kojarzeniu znaków graficznych z fonicznymi i odwrotnie;
- semantyczny – jego istotą jest rozumienie znaczeń poszczególnych fragmentów w kontekście całego tekstu;
- krytyczno-twórczy – obejmuje refleksyjny oraz krytyczny stosunek do odczytywanych treści i ich znaczeń³.

Andrzej Jurkowski uważa, że czytanie jest przede wszystkim procesem językowym i poznawczym⁴. Zgodnie ze sformułowaną przez Grażynę Krasowicz-Kupis definicją „czytanie, jako odbiór tekstu pisanego, to złożony proces psycholingwistyczny, oparty na dekodowaniu tekstu oraz na interpretowaniu jego treści. Wymaga to od czytającego sprawności językowej na poziomie fonologicznym, morfologicznym, syntaktycznym, semantycznym oraz sprawności poznawczych, głównie w zakresie percepcji wzrokowej, słuchowej, procesów pamięciowych oraz dokonywania operacji umysłowych na poziomie myślenia pojęciowego”⁵. Czytanie jest czynnością metajęzykową, wymaga bowiem zarówno odpowiedniego poziomu rozwoju świadomości relacji: wyraz napisany – słowo, litera – głoska, jak i świadomości środków językowych użytych do formowania wypowiedzi i ich kontroli oraz świadomej kontroli poznawczej, a dokładniej – rozumienia tekstu, co świadczy o megapoznawczym charakterze tej czynności⁶. Alicja Maurer podkreśla związek świadomości językowej dziecka z osiągnięciami w nauce czytania. Dziecko powinno uświadamiać sobie istnienie symboli językowych i reguł języka, co w praktyce objawia się świadomym użyciem środków językowych, kontrolowaniem poprawności i wykonywaniem zamierzonych operacji na języku, np. na wyrazach i zdaniach. Szczególnie świadomość fonologiczna – rozumiana jako umiejętność wyodrębniania części składowych wyrazu, a także manipulowania nimi – odgrywa zasadniczą rolę w początkowym okresie nauki czytania⁷.

Postępy w nauce czytania zależą od dwu względnie niezależnych procesów: dekodowania i rozumienia. Dekodowanie – nazywane techniką czytania, będące procesem rozpoznawania i wyrażania symboli graficznych, za pomocą których informacja językowa została zakodowana – polega na prawidłowej zamianie liter tworzących wyrazy na odpowiadające im głoski, a następnie łączeniu ich w słowa. Dzięki sprawnemu dekodowaniu możliwe staje się przeniesienie uwagi, początkowo skoncentrowanej na rozpoznawaniu liter i wyrazów, na rozumienie, czyli wyodrębnienie głównych myśli i myśli przewodniej, wreszcie na krytyczną ocenę i twórcze wykorzystanie tekstu⁸. Rozumienie treści danego tekstu jest głównym celem nauki czytania.

³ A. BRZEZIŃSKA: *Czytanie i pisanie – nowy język dziecka*. Warszawa, WSiP 1987, s. 34–37.

⁴ A. JURKOWSKI: *Ontogeneza mowy i myślenia...*, s. 112.

⁵ G. KRASOWICZ-KUPIS: *Język, czytanie i dysleksja...*, s. 33.

⁶ IDEM: *Dysleksja a rozwój mowy i języka*. W: *Dysleksja rozwojowa: perspektywa psychologiczna*. Red. G. KRASOWICZ-KUPIS. Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia 2006, s. 53–69.

⁷ A. MAURER: *Świadomość fonologiczna automatyzacja w nauce czytania i pisanie – przegląd literatury obcojęzycznej*. W: *Diagnoza dysleksji*. Red. B. KAJA. Bydgoszcz, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej 2003, s. 55–69.

⁸ Ibidem, s. 63.

Według Jana Zborowskiego na poznanie i rozumienie czytanego tekstu składają się następujące umiejętności:

- spostrzeganie znaków graficznych;
- wiązanie wyobrażeń wzrokowych ze słuchowo-dźwiękowymi w celu wykrycia znaczeń określonych słów;
- pamiętanie sensu przeczytanych słów w momencie, gdy czyta się już następne;
- przewidywanie dalszego ciągu czytanego tekstu od strony gramatycznej i semantycznej;
- kojarzenie elementów językowych w całości myślowe;
- rozumienie polegające na właściwym wykorzystaniu zdobytych informacji⁹.

Rozumienie treści tekstu nie jest sumą rozumienia sensu poszczególnych zdań, lecz wymaga od dziecka odnalezienia związków rzeczowych i logicznych między zdaniami oraz powiązania ich w pewną całość. Sposób rozumienia tekstu zmienia się wraz ze wzrastającym doświadczeniem dziecka – od rozumienia dosłownej warstwy tekstu, czyli informacji podanej w sposób bezpośredni, do rozumienia informacji domyślnej, ukrytej w tekstach wielowarstwowych. Umiejętność wychodzenia poza konkretną treść, poza dostarczone informacje prowadzi do rozumienia treści na coraz to wyższym poziomie¹⁰. Problem rozumienia przez dzieci dwóch warstw tekstu podjęła w swoich dociekaniach Józefa Bałachowicz. Według niej dzieci rozumieją każdą z dwu warstw tekstu na trzech różnych jakościowo poziomach. Pierwsza warstwa tekstu obejmuje następujące poziomy rozumienia:

- Poziom konkretny – na tym poziomie wystarczy dzieciom znajomość treści i odnalezienie związków między przedstawionymi zdarzeniami bez wyjaśniania ich w świetle posiadanej wiedzy. Dzieci nie wychodzą w procesie myślenia poza fakty przedstawione w tekście.
- Poziom wyjaśniający – na tym poziomie dzieci wyjaśniają przyczyny zachowania bohaterów lub przebiegu wydarzeń, dopełniając treść własnym doświadczeniem, chociaż nie odrywają tego wyjaśnienia od konkretnego bohatera czy zdarzenia z tekstu.
- Poziom wyjaśniająco-uogólniający – dzieci świadomie rozpatrują poprzez pryzmat znanych pojęć i norm społeczno-moralnych przedstawione zdarzenia, oceniają i wyjaśniają zdarzenia czy postępowanie bohaterów. W efekcie przetworzenia informacji z tekstu i własnej wiedzy rozwiązują postawione przez autora zadanie¹¹.

Do interpretacji czytanego tekstu zachęcano dzieci pytaniem: „Co ważnego chciał Ci powiedzieć autor?” Każdy wyróżniony poziom rozumienia warstwy drugiej stanowi odmienne ujęcie myśli przewodniej tekstu:

⁹ J. ZBOROWSKI: *Początkowa nauka czytania*. Warszawa, PZWS 1959, s. 158.

¹⁰ J. BAŁACHOWICZ: *Kształtowanie umiejętności czytania ze zrozumieniem*. Warszawa, WSiP 1988, s. 17–30.

¹¹ *Ibidem*, s. 72–73.

- Poziom realistyczny – jest wynikiem dosłownego trzymania się tekstu. Dzieci w swoich odpowiedziach nie powtarzają całego opowiadania, lecz najistotniejszy wątek, nie rozpatrując go w świetle znanych pojęć społeczno-moralnych. Nie odkrywają nowych znaczeń, intencjonalnie ukrytych przez autora w tekście.
- Poziom normatywny – stanowi rezultat poszukiwania w rzeczywistych zdarzeniach nowych znaczeń. Wprowadzone normy są związane z przedstawionymi zdarzeniami.
- Poziom normatywno-uogólniający – uczniowie ujmują „nauki moralne” wynikające z treści tekstu w kategoriach ogólniejszych. Wyprowadzona norma jest oderwana od konkretnej warstwy tekstu¹².

Wśród badaczy istnieje wiele stanowisk co do sposobów nabywania umiejętności czytania, zdolności składających się na proces czytania oraz przebiegu tego procesu. W literaturze wyróżnia się trzy grupy poglądów na ten temat. Pierwsza określa czytanie jako proces „bottom up”, czyli „wstępujący” „z dołu do góry” lub „od szczegółu do ogółu”. „Czytający analizuje bodźce optyczne pojedynczo i seryjnie (często transformując je na bodźce dźwiękowe), rozpoznając znaczenie kolejnych elementów tekstu, aż do zrozumienia całej frazy lub zdania”¹³. Jest to tzw. synteza przez analizę. Tę strategię czytania tekstu określa się jako analityczną. Osoba ucząca się czytać powinna uprzednio opanować umiejętność szybkiego rozpoznawania liter, aby usprawnić swoją zdolność do szybkiego rozpoznawania całych słów. Ten proces ma przebieg sekwencyjny, ukierunkowany na dane graficzne¹⁴.

Druga grupa koncepcji ujmuje proces czytania jako „top-down”, czyli „zstępujący” „z góry na dół” lub „od ogółu do szczegółu”. „Stanowisko takie oznacza, że czytający formułuje hipotezy na temat znaczenia tekstu, który widzi, na podstawie kilku pierwszych bodźców optycznych. Dalsze czytanie jest funkcją oczekiwań, które czytelnik tworzy, opierając się na swej wiedzy o świecie, języku, na swych doświadczeniach i wreszcie na konkretnych czynnikach sytuacyjnych. [...] Czytający w miarę pojmowania sensu czytanego fragmentu konstruuje myślową reprezentację całości na podstawie treści poprzedzających, kontekstu i ogólnej wiedzy o świecie”¹⁵. Czytający rzadziej odwołują się do wskazówek graficznych, nie muszą przetwarzać każdej cechy litery i słowa, ponieważ podczas czytania bardziej istotny jest proces lingwistyczny niż informacja odbierana wzrokowo. Strategia ta – określana jako całościowa – stoi w opozycji do strategii analitycznej „bottom up”.

Trzecia grupa koncepcji ujmuje czytanie jako proces interakcyjny, w którym strategię „bottom up” oraz „top-down” – stosowane łącznie – wzajemnie się uzupełniają.

¹² Ibidem, s. 76.

¹³ G. KRASOWICZ-KUPIS: *Język, czytanie i dysleksja...*, s. 22.

¹⁴ J. WEARMOUTH: *Rola koordynatora wsparcia edukacyjnego: odpowiedź na wyzwania*. W: *Dysleksja: teoria i praktyka*. Red. G. REID, J. WEARMOUTH. Gdańsk, GWP 2008, s. 299–320.

¹⁵ G. KRASOWICZ-KUPIS: *Język, czytanie i dysleksja...*, s. 22.

W ramach koncepcji określających proces czytania od szczegółu do ogółu wyróżnia się dwie strategie w przetwarzaniu spostrzeganych wzrokowo elementów tekstu: wizualną (wzrokową) i fonologiczną. Strategia wzrokowa polega na tym, że osoby, czytając, opierają się na wizualnych wskazówkach i głównie poprzez drogę wzrokową docierają do znaczenia tekstu. Słowa rozpoznawane są całościowo, bez pośrednictwa dźwięku, na podstawie wyrazów wcześniej poznanych. Osoba posługująca się tą strategią zapamiętuje wielokrotnie widziane słowo lub fragment tekstu, co powoduje wytworzenie się w jej leksykonie umysłowym wzrokowego rozpoznawania, które uaktywnia się w momencie napotkania tego słowa czy fragmentu w tekście. Na używanie strategii wizualnej wskazuje czytanie wyrazami bez literowania, lepsze czytanie wyrazów znanych w porównaniu z pseudosłowami oraz zamiana wyrazów na inne. Strategia fonologiczna polega na pośrednictwie fonologicznym, czyli na zamianie liter na głoski. Dopiero na podstawie syntezy tych dźwięków następuje rozpoznanie słowa. Osoba czytająca zdanie dociera do jego znaczenia, wymawiając wyrazy lub wyobrażając sobie ich brzmienie. Wskazują na to: literowanie lub sylabizowanie, odczytywanie wyrazów sztucznych na podobnym poziomie jak naturalnych, dodawanie lub opuszczanie liter w czytanych wyrazach, upraszczanie zbitek spółgłoskowych. Strategia wizualna nazywana jest „chińską” przez analogię do obrazkowego pisma chińskiego, natomiast fonologiczna – strategią „fenicką” przez nawiązanie do twórców alfabetu opartego na relacji zgodności między literą a głoską. Obie te strategie nie wykluczają się wzajemnie i mogą być użyte podczas czytania jednego tekstu, ale w stosunku do różnych jego elementów¹⁶.

Inny sposób docierania od informacji zapisanej do jej znaczenia polega na tworzeniu analogii do znanych słów. Strategia ta zakłada, że czytający rozpoznaje w nowych wyrazach fragmenty, które spotkał wcześniej w innych znanych sobie słowach. Fragmentami tymi – zwanymi elementami śródsylabowymi – najczęściej są powtarzające się części wyrazów, występujące w rymach i aliteracjach.

Kolejny sposób czytania słów polega na przewidywaniu dzięki wykorzystywaniu wskazówek kontekstowych. Badania wykazały, że odpowiedni kontekst obniżał czas fiksacji wzrokowej na wyrazie, wskazując na ułatwienie ich rozpoznawania. Bliskość kontekstowa oddziałuje na prawidłowość decyzji leksykalnych. Zgodnie z modelem czytania „interakcyjno-kompensującym” wykorzystanie informacji kontekstowych występuje u tych czytających, u których technika dekodowania jest słaba i przebiega powoli¹⁷. Osoby z trudnościami w czytaniu często odwołują się do kontekstu, aby w ten sposób rekompensować swoje trudności z przetwarzaniem pojedynczych dźwięków składających się na słowa.

¹⁶ Ibidem, s. 23.

¹⁷ M. BOGDANOWICZ, G. KRASOWICZ-KUPIS: *Czytanie i pisanie jako formy komunikacji językowej*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. GAŁKOWSKI, E. SZELĄG, G. JASTRZĘBOWSKA. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 2005, s. 986–1015.

Modele opanowywania czytania

Opracowane przez badaczy modele opanowywania umiejętności czytania są bardzo zróżnicowane. W większości z nich podkreśla się rolę percepcji wzrokowej i pamięci wzrokowej we wczesnej fazie nauki czytania, przyjmując, że umiejętności językowe związane z manipulowaniem głoskami i świadomością fonologiczną mają znaczenie na bardziej zaawansowanym etapie. Teorie te proces nabywania zdolności czytania przedstawiają na ogół w sekwencyjnie następujących po sobie stadiach, które uwarunkowane są przez strategie biorące w nich udział. W najbardziej popularnym i uniwersalnym trójfazowym modelu nabywania umiejętności czytania Uty Frith dziecko przechodzi trzy kolejne fazy: logograficzną, alfabetyczną i ortograficzną. W fazie logograficznej czytanie jest uwarunkowane wzrokowo, bez związku litera – głoska. Wyrazy są rozpoznawane na podstawie pamięci wzrokowej w odniesieniu do minimalnych cech, takich jak np. pierwsza litera lub kilka liter w wyrazie, niezależnie od ich porządku. W kolejnej fazie alfabetycznej wyrazy dekodowane są za pomocą strategii fonologicznej. Dziecko uświadamia sobie istnienie fonemów. W fazę tę wchodzi poprzez naukę pisania. W tym okresie ma ono często charakter fonetyczny. Alfabetyczny sposób czytania umożliwia czytanie nieznanymi wyrazów. Ostatnia, ortograficzna faza jest wynikiem połączenia umiejętności dwóch poprzednich faz. Rozpoznawanie wyrazów staje się szybkie i automatyczne, przez co zwiększa się tempo czytania i koncentracja na treści czytanego tekstu¹⁸.

Opracowany przez G. Krasowicz-Kupis model przyswajania czytania przez dzieci polskie, obejmujący naukę czytania od klasy zerowej do klasy drugiej, zawiera trzy sukcesywne etapy, odpowiadające formalnym poziomom nauki:

1. Dominacja strategii analitycznych fonologicznych – wyraźna przewaga strategii opartej na przetwarzaniu fonologicznym, wykorzystującym relację litera – głoska. Wskazują na to: stosowanie przy czytaniu głoskowania z dominacją błędów czasowych, polegających na powtarzaniu głosek, pauzach wewnątrzwyrazowych, przy minimalnej liczbie błędów o charakterze zniekształceń określanych jako substytucje semantyczne lub wizualne; wysoka prognostyczność umiejętności fonemowych (analizy i syntezy, usuwania fonemów, rozpoznawania i tworzenia aliteracji) dla czytania na tym etapie; wysokie korelacje osiągnięć w czytaniu z aktualnymi umiejętnościami skupionymi w ramach czynnika fonemowego oraz niewielki wpływ umiejętności składniowych.
2. Etap przejściowy między czytaniem analitycznym fonologicznym a globalnym wyrazowym – strategie nieznacznie się zmieniają w drugim roku nauki czytania. Nadal przeważa stosowanie strategii analitycznej, ale jest ona oparta na cząstkach większych od pojedynczych fonemów. Wskazują na to: zmniejsze-

¹⁸ G. KRASOWICZ-KUPIS: *Język, czytanie i dysleksja...*, s. 36–37.

nie proporcji błędów czasowych a zwiększenie proporcji błędów o charakterze zniekształceń; zmiana rodzaju błędów czasowych – są to rzadziej powtórzenia głosek, a częściej sylab i wyrazów, zwiększenie liczby pauz między wyrazami; obniżenie się prognostyczności umiejętności fonemowych przy utrzymującej się prognostyczności rozpoznawania i tworzenia aliteracji dla tempa i poprawności czytania; utrzymujący się wysoki związek z aktualnie prezentowanym poziomem umiejętności metafonologicznych, wymagających zaawansowanych operacji świadomej kontroli i przetwarzania; wzrost mocy prognostycznej wczesnej umiejętności korygowania zdań przez uzupełnianie wyrazów, powiązanej ze świadomością składniową i leksykalną. Miejsce analitycznej strategii fonologicznej na podstawie fonemu zajmuje strategia fonologiczna na bazie sylaby i większych części wyrazowych, czasami przekształcająca się w strategię całościową wyrazową (jeszcze nie w pełni efektywną).

3. Dominacja strategii całościowych – wyrazowych i frazowych, w zależności od czytanego tekstu – na trzecim etapie czytania. Podczas czytania dziecko w większym stopniu opiera się na frazach, odpowiadających pewnym strukturam syntaktycznym i semantycznym. Wskazują na to: znaczny spadek odsetka błędów czasowych i zmiana ich charakteru na powtórzenia słów i fraz głównie o charakterze autokorekty; wzrost proporcji błędów o charakterze substytucji semantycznych uwarunkowanych kontekstem językowym; spadek poprawności dekodowania pseudowyrazów; wysoka predyktywność wczesnych umiejętności metafonologicznych (przestawianie głosek w słowach oraz porównywanie struktury fonemowej słów i pseudosłów); istotny wpływ umiejętności rozpoznawania aliteracji oraz istotna predyktywność czynnika osądów poprawności gramatycznej¹⁹.

Rozwój umiejętności czytania polskich dzieci zaczyna się od czytania strategią językową fonologiczną, a nie – jak sugeruje model U. Frith – strategią wizualną. Pierwszy etap czytania dzieci polskich ma wiele cech przypisywanych drugiej, alfabetycznej fazie teorii Frith. Różnice pomiędzy opisanymi teoriami wynikają – jak wskazuje autorka polskiego modelu – z odrębności języków. Koncepcja Frith opiera się na czytaniu w języku angielskim, czytanie w języku polskim ma inne uwarunkowania metajęzykowe. Poza tym dzieci polskie rozpoczynają naukę czytania w starszym wieku (około 6,6. roku życia) niż dzieci w krajach anglojęzycznych, znajdują się więc prawdopodobnie na wyższym etapie rozwoju poznawczego i są zdolne do bardziej efektywnego radzenia sobie z zadaniami poznawczymi²⁰.

Warto tu wspomnieć również o neuropsychologicznej koncepcji Dirka J. Bakerra, wiążącej proces nauki czytania z lateralizacją funkcji poznawczych. Czytanie jako czynność aktywizuje obie półkule mózgowe jednocześnie. Badania D.J. Bakerra dowiodły, że u większości sprawnie czytających osób czytanie

¹⁹ EADEM: *Rozwój metajęzykowy a osiągnięcia w czytaniu u dzieci 6–9-letnich*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej 1999, s. 314–316.

²⁰ Ibidem, s. 317.

jako forma komunikacji językowej angażuje w większym stopniu lewą półkulę mózgu. W początkowym okresie opanowywania umiejętności czytania bardzo ważne są: percepcja kształtów liter, ich usytuowanie w przestrzeni oraz kierunek dekodowania od lewej do prawej strony kartki, wówczas w większym stopniu angażowana jest półkula prawa. W miarę doskonalenia czynności czytania, gdy dziecko przestaje skupiać się na wyglądzie liter i wyrazów, zmniejsza się aktywność prawej półkuli na rzecz aktywności lewej półkuli. Rozpoznawanie zaczyna się wtedy na podstawie doświadczenia językowego. U większości dzieci dochodzi do tego około 8. roku życia. U dzieci z dysleksją mechanizm zmiany dominacji półkulowej zwykle zawodzi. Dzieci te – wciąż bazując na percepcyjnych cechach tekstu – czytają powoli, robią częste pauzy, głoskują lub sylabizują. Tego rodzaju problem z czytaniem Bakker nazywa dysleksją typu P (percepcyjną). Jeśli nastąpi zbyt wczesne przejście dominacji przez lewą półkulę, to spowoduje dysleksję typu L (językową), objawiającą się szybkim tempem czytania i dużą liczbą błędów. Bakker, podobnie jak Frith w swoim modelu, przedstawia naukę czytania jako proces przechodzenia od fazy wzrokowej do fazy językowej. Jednak to, co uważa on za czytanie wzrokowe, np. gdy dziecko głoskuje lub sylabizuje, analizując wzrokowo elementy wyrazów, Firth uznaje za czytanie fonologiczne²¹.

Zaburzenia czytania

Trudności w czytaniu i pisaniu badacze najczęściej opisują za pomocą terminu „dysleksja”. Marta Bogdanowicz używa terminu „dysleksja rozwojowa” w znaczeniu szerokim, przyjmując, że oznacza on specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu. Posługuje się również terminem „dysleksja” w znaczeniu wąskim, zgodnym ze źródłosłowem, dla określenia trudności wyłącznie w czytaniu²².

Wraz ze zmianami w rozumieniu mechanizmów czytania oraz rozwojem badań nad etiologią dysleksji rozwojowej zaczęto dopatrywać się przyczyn dysleksji w zaburzeniach komunikacji językowej. Według aktualnie przyjętej definicji, opublikowanej w 1994 roku przez Międzynarodowe Towarzystwo Dysleksji im. Ortona: „[Dysleksja jest] jednym z wielu różnych rodzajów trudności w uczeniu się. Jest specyficznym zaburzeniem o podłożu językowym, uwarunkowanym konstytucjonalnie, charakteryzuje się trudnościami w dekodowaniu pojedynczych słów, co najczęściej odzwierciedla niewystarczające zdolności przetwarzania fonologicznego. Trudności w dekodowaniu pojedynczych słów są zazwyczaj niewspółmier-

²¹ K. SOCHACKA: *Rozwój...*, s. 95–97.

²² M. BOGDANOWICZ: *Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu – dysleksja rozwojowa*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. Red. T. GAŁKOWSKI, G. JASTRZĘBOWSKA. T. I. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 2003, s. 491–535.

ne do wieku życia oraz do innych zdolności poznawczych i umiejętności szkolnych; trudności te nie są wynikiem ogólnego zaburzenia rozwoju ani zaburzeń sensorycznych. Dysleksja manifestuje się trudnościami w zakresie różnych form komunikacji językowej, często oprócz trudności w czytaniu, dodatkowo pojawiają się poważne trudności w opanowaniu czynności pisanie i poprawnej pisowni²³.

Mechanizmy powstawania trudności w czytaniu

Sformułowano wiele teorii wyjaśniających mechanizm powstawania trudności w czytaniu. Do najbardziej aktualnych należą: koncepcja deficytu wielkokomórkowego, teoria deficytu mózdkowego oraz hipotezy lingwistyczne: teoria deficytu przetwarzania fonologicznego, teoria podwójnego deficytu: deficytu przetwarzania fonologicznego i tempa nazywania oraz teoria deficytu przetwarzania czasowego.

Koncepcja deficytu wielkokomórkowego – według Johna Steina – opiera się na hipotezie, że przyczyną trudności w czytaniu są deficyty w funkcjonowaniu kanału wielkokomórkowego w systemie wzrokowym²⁴. System wzrokowy obejmuje dwa strumienie: kanał drobnokomórkowy oraz kanał wielkokomórkowy, które z odmienną wrażliwością reagują na różne typy bodźców. Komórki w systemie drobnokomórkowym są odpowiedzialne za rozpoznawanie detali i kolorów. Komórki w kanale wielkokomórkowym kontrolują ruchy oka, umożliwiają fiksację, a ich szybkość przewodzenia jest znacznie większa, dlatego mają istotne znaczenie w odbiorze bodźców wzrokowych o charakterze czasowym oraz w wykrywaniu zmian, np. w czasie ruchu. Uszkodzenia w zakresie czynności układu wielkokomórkowego mają wpływ na ruchy gałek ocznych. U osób z trudnościami w czytaniu zaobserwowano większą ogólną liczbę ruchów gałek ocznych; szczególnie więcej jest ruchów powrotnych, ruchy są mniej harmonijne i płynne, okresy fiksacji wzroku trwają dłużej. Osoby z dysleksją sygnalizują subiektywny ruch liter na stronie, zachodzenie liter na siebie, a także „wychodzenie” poza stronę²⁵. J. Stein nawiązał w swojej koncepcji do deficytów fonologicznych, ponieważ analogiczny układ funkcjonalny można obserwować w układzie słuchowym. U osób z trudnościami w czytaniu obserwuje się – podobnie jak w układzie wzrokowym – słabsze

²³ Ibidem, s. 497.

²⁴ J. EVERATT: *Procesy wzrokowe*. W: *Dysleksja: teoria i praktyka...*, s. 121–139; J. STEIN: *Wielkokomórkowa teoria dysleksji rozwojowej*. W: *Dysleksja. Od badań mózgu do praktyki*. Red. A. GRABOWSKA, K. RYMARCYK. Warszawa, Instytut Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN 2004, s. 7–42.

²⁵ A.R. BORKOWSKA: *Neuropsychologiczne podłoże trudności w czytaniu i pisaniu*. W: *Dysleksja rozwojowa: perspektywa psychologiczna...*, s. 35–51.

wykonywanie zadań wymagających szybkiego różnicowania bodźców słuchowych i kolejności szybko po sobie następujących sygnałów²⁶.

Teoria deficytu mózdkowego zakłada, że podstawowym problemem w dysleksji są trudności w automatyzacji złożonych czynności w efekcie zakłóceń pracy mózdku. Problemy z automatyzacją uwidaczniają się również w czytaniu, toteż mimo dobrego opanowania relacji litera – głoska utrzymuje się wolne tempo czytania, a z czynnością tą związany jest duży wysiłek²⁷.

Teoria deficytu przetwarzania fonologicznego zakłada, że dysleksja jest wyłącznie zaburzeniem przetwarzania dźwięków mowy. Deficyt przetwarzania fonologicznego odnosi się do następujących aspektów rozwoju językowego: świadomość fonologiczna; dekodowanie; operacja na cząstkach fonologicznych (analiza i synteza); pamięć operacyjna fonologiczna i werbalna; tempo nazywania; słuch fonemowy; słuchowe rozpoznawanie bodźców werbalnych. Teoria ta tłumaczy trudności w czytaniu, opierając się na fakcie, że nauka czytania systemu alfabetycznego wymaga opanowania związków między literami a fonemami, więc trudności w tym zakresie powodują osłabienie umiejętności przyswajania tej czynności²⁸.

Według teorii podwójnego deficytu – sformułowanej przez Maryanne Wolf i Patricie Bowers – przyczyną dysleksji są dwa niezależne deficyty: przetwarzania fonologicznego oraz tempa nazywania. Deficyt przetwarzania fonologicznego odnosi się do obniżonej świadomości fonologicznej i fonologicznej pamięci krótkotrwałej. Tempo nazywania oznacza szybkie nazywanie znanych symboli wizualnych. Z badań wynika, że dzieci z dysleksją mogą zarówno wykazywać trudności w zakresie świadomości fonologicznej, jak i osiągać niskie wyniki w testach szybkiego nazywania, ale mogą też ujawniać tylko jeden rodzaj deficytu²⁹.

Zgodnie z założeniami teorii zaburzonego przetwarzania czasowego – sformułowanej przez Michela Habiba – różne rodzaje zaburzeń w czytaniu o symptomach fonologicznych i wzrokowych są uwarunkowane wspólnym deficytem podstawowym, polegającym na zakłóconym mózgowym przetwarzaniu czasowych cech bodźców o zróżnicowanej modalności zmysłowej. Teoria ta wywodzi się z koncepcji Pauli Tallal, wykazującej problemy z przetwarzaniem czasowym u dzieci z zaburzeniami językowymi. W dalszych badaniach podobne deficyty obserwowano u dzieci z trudnościami w czytaniu. Opierając się na tych spostrzeżeniach, P. Tallal sformułowała hipotezę, według której podstawą wszystkich trudności poznawczych i językowych jest deficyt przetwarzania czasowego. Dotyczy on umiejętności w zakresie przetwarzania krótkich i szybko po sobie następujących informacji. Dzieci z dysleksją nie są zdolne do przetwarzania gwałtownie zmieniających się bądź szybko po sobie następujących bodźców słuchowych czy

²⁶ K. SOCHACKA: *Rozwój...*, s. 49–54.

²⁷ A.R. BORKOWSKA: *Neuropsychologiczne podłoże trudności w czytaniu...*, s. 35–51.

²⁸ G. KRASOWICZ-KUPIS: *Psychologia dysleksji*. Warszawa, PWN 2009, s. 109–121.

²⁹ M. WOLF, P. BOWERS: *The Double-Deficit Hypothesis for the Developmental Dyslexia*. „Journal of Educational Psychology”, Vol. 91 (3), s. 415–438.

wzrokowych, co wyraźnie osłabia percepcję mowy i nabywanie takich sprawności, jak świadomość fonologiczna lub dekodowanie. Według M. Habiba świadomość fonologiczna, wymagająca równoczesnego udziału reprezentacji fonemowej, przetwarzania fonemów w szybkim tempie i utrzymania informacji w pamięci krótkotrwałej, może przejawiać się jako działanie sekwencyjne, a więc czasowe. Jego zdaniem hipoteza zaburzonego przetwarzania czasowego ma charakter kompromisowy i jest próbą pogodzenia stanowisk badaczy tworzących modele wyjaśniające mechanizmy dysleksji na temat wyłącznego udziału deficytów jednego rodzaju, np. fonologicznego czy wzrokowo-przestrzennego³⁰.

Krasowicz-Kupis dokonała analizy badań polskich i obcych nad właściwościami języka osób z dysleksją. Osoby te przejawiają następujące deficyty:

- „1. Deficyty fonologicznego składnika języka, obejmujące: zaburzenia słuchu fonemowego, analizy i syntezy słuchowej (głoskowej i sylabowej), obniżenie poziomu językowej świadomości fonologicznej (operacje na cząstkach fonologicznych), deficyty operacyjnej pamięci fonologicznej oraz wady artykulacyjne związane z dysleksją.
2. Deficyty w zakresie formy językowej wypowiedzi, czyli w aspekcie morfologiczno-składniowym, obejmujące osłabione opanowanie składni i morfologii, ubogi słownik, obniżoną świadomość morfologiczno-składniową, organiczne i błędne stosowanie wyrażen przyimkowych i przysłówków, błędy gramatyczne dotyczące składni zgody i rzędu.
3. Deficyty semantyczne i pragmatyczne wskazujące na: osłabione rozumienie pojęć dotyczących relacji przestrzenno-czasowych, problemy z organizowaniem informacji o treści tekstu, trudności z tworzeniem narracji o konwencjonalnej strukturze, niedojrzałe cechy dyskursu, problemy komunikacyjne (niska trafność wypowiedzi), problemy z rozumieniem złożonych poleceń i instrukcji, problemy z nazywaniem, także szybkim i automatycznym, problemy z posługiwaniem się sekwencjami”³¹.

Klasyfikacje błędów w czytaniu

Klasyfikacji błędów w czytaniu dokonały Renee C. Kaufman i Loraine K. Obler na podstawie badań, polegających na cichym czytaniu osób dorosłych. Podzieliły one błędy na wizualne i niewizualne. Błędy wizualne stanowią 2/3 wszystkich popełnianych błędów i są stosunkowo jednorodne. Należą do nich głównie

³⁰ Por. M. HABIB: *Zaburzenia nabywania zdolności językowych i pisanie: najnowsze osiągnięcia neurobiologii*. W: *Dysleksja. Od badań mózgu do praktyki...*, s. 185–215.

³¹ M. BOGDANOWICZ, G. KRASOWICZ-KUPIS: *Czytanie i pisanie...*, s. 1005.

substytucje, czyli zastępowanie pojedynczych wyrazów lub ich części innymi wyrazami lub częstkami, wynikające z podobieństw cech wizualnych – długości wyrazów, częstotliwości występowania liter, ich pozycji i zbliżonej struktury graficznej, oraz z relacji semantycznej pomiędzy wyrazem źródłowym a błędnie odczytanym wyrazem. Wśród nich występują:

- błędy semantyczne – derywacyjne, w wyniku których powstaje wyraz pochodny przez dodanie bądź usunięcie przedrostka lub przyrostka do wyrazu źródłowego, oraz fleksyjne, wynikające ze zmiany formy gramatycznej wyrazu;
- błędy niepowiązane semantycznie z zastępowanym wyrazem.

Błędy niewizualne stanowią 1/3 popełnianych błędów i są bardzo zróżnicowane. Grupa ta zawiera takie błędy, jak: błędy gramatyczne, np. wyraz podstawowy w formie rzeczownika odczytany jako czasownik; opuszczanie pojedynczych wyrazów, kilku wyrazów lub nawet całego zdania; wstawianie słów i zdań; błędne czytanie homografów (wyrazy pisane identycznie jak inne wyrazy, ale różniące się wymową i znaczeniem) i homonimów (wyrazy o takim samym brzmieniu, lecz odmiennym znaczeniu); przestawianie wyrazów, czyli zmiana ich pozycji w zdaniu; błędne czytanie liczb; nieprawidłowe odczytywanie znaków przestankowych i diakrytycznych; wielokrotne odczytywanie w celu ustalenia znaczenia³².

Innej klasyfikacji dokonał Dirk J. Bakker, analizując błędy popełniane przez dzieci mające trudności w czytaniu. Dążąc do zróżnicowania typów dysleksji, wyróżnił dwa rodzaje błędów w czytaniu: błędy substancjalne – polegające na opuszczeniach, przestawianiu dźwięków oraz na wszelkich innych zniekształceniach w obrębie wyrazu, oraz błędy czasowe – polegające na nie płynności czytania, czyli na występowaniu w procesie czytania licznych pauz, powtórzeń oraz literowania.

Błędy substancjalne wskazują na dysleksję typu L (językową), czyli dominację lewej półkuli mózgowej w czytaniu, natomiast błędy czasowe spowodowane są dominacją prawej półkuli mózgu, co świadczy o dysleksji typu P (percepcyjnej)³³.

Krasowicz-Kupis na podstawie badań własnych opracowała następującą klasyfikację:

- błędy czasowe polegające na pauzach, powtórzeniach i literowaniu, np. „ma-sło” – „m...a...s...ł...o”; „ceb...ceb...cebu...cebula”;
- zniekształcenia polegające na substytucji czytanych wyrazów, powiązanej ze znaczeniem, zwykle na podstawie kontekstu lub opartej na podobieństwie wizualnym wyrazu czytanego i wzorca; w tej grupie znajdują się:
 - substytucje semantyczne wyrazowe lub frazowe o zbliżonym znaczeniu, np. „maliny” – „malina”; „na podwórzu” – „na podwórku”;
 - substytucje wzrokowe oparte na podobieństwie wzrokowym, bez podobieństwa znaczeniowego, np. „rajca” – „racja”, „wąż” – „wciąż”, „sześć” – „cześć”³⁴.

³² K. SOCHACKA: *Rozwój...*, s. 34–36.

³³ Ibidem, s. 39.

³⁴ G. KRASOWICZ-KUPIS: *Rozwój metajęzykowy...*, s. 23.

Metodologia badań własnych

Celem przeprowadzonych badań było sprawdzenie opanowania sprawności czytania uczniów czwartych klas szkoły podstawowej w zakresie:

- dekodowania; uwzględniono:
 - tempo czytania, mierzone ilością poprawnie przeczytanych słów w ciągu jednej minuty,
 - poprawność czytania, mierzona proporcją prawidłowo przeczytanych wyrazów do wszystkich przeczytanych w ciągu jednej minuty,
 - popełniane błędy;
- rozumienia czytanego tekstu.

Badaniem zostało objętych 35 uczniów czwartych klas Szkoły Podstawowej nr 3 z Oddziałami Integracyjnymi im. Jana Kochanowskiego w Jaworznie (w województwie śląskim). W badanej grupie było 22 chłopców (62, 9%) i 13 dziewczynek (37,1%).

Metody i narzędzia badawcze

Do oceny tempa i poprawności czytania wykorzystano autorskie listy wyrazów jednosylabowych, dwusylabowych i trzysylabowych prezentowanych w kolumnach oraz wiersz Danuty Wawiłow *Kalużyści*. Każda z list zawiera 99 wyrazów, które nie pozostają w stosunku do siebie w żadnym związku treściowym. Badania rejestrowano na dyktafonie.

Kolejnym narzędziem stosowanym w badaniach był „Test czytania ze zrozumieniem dla klas I–IV”, opracowany przez Jolantę Batke. Test ten składa się z czterech części różniących się formą i stopniem trudności. W przeprowadzonych badaniach wykorzystano ostatnią część testu, dostosowaną stopniem trudności do poziomu uczniów klasy czwartej szkoły podstawowej. Jest to test cichego czytania ze zrozumieniem, który składa się z krótkiego opowiadania i siedmiu pytań. Do każdego pytania podane są cztery odpowiedzi, z których tylko jedna jest prawdziwa.

Wielkość czcionek druku narzędzi badawczych została dostosowana do możliwości percepcyjnych uczniów czwartej klasy – jest to rozmiar 12 punktów. Zachowane zostały odpowiednie odstępki między wierszami z wydrukowanymi wyrazami i tekstem opowiadania w teście czytania ze zrozumieniem – 1,5 wiersza.

Organizacja i przebieg badań

Warunkiem przeprowadzenia badań było uzyskanie zgody dyrekcji szkoły oraz zgody rodziców i samych uczniów. Badania odbyły się w maju 2011 roku w gabinecie pedagoga szkolnego w Szkole Podstawowej nr 3 z Oddziałami Integracyjnymi im. Jana Kochanowskiego w Jaworznie. Wzięło w nich udział 35 uczniów dwóch klas czwartych. Badanie tempa i poprawności czytania przeprowadzono indywidualnie z każdym uczniem. Zadaniem dziecka było odczytywanie kolejno listy wyrazów jednosylabowych, dwusylabowych i trzysylabowych. Następnie uczeń odczytywał wiersz Danuty Wawiłow *Kalużyści*. Wiersz był dzieciom znany, gdyż uczniowie analizowali jego treść podczas lekcji z języka polskiego w bieżącym roku szkolnym.

Test czytania ze zrozumieniem uczniowie rozwiązywali na lekcji języka polskiego. Jego realizacja była przewidziana na 30 minut. Badani uczniowie samodzielnie zapoznawali się z tekstem (ciche czytanie) i udzielali odpowiedzi na pytania sprawdzające poziom zrozumienia treści tekstu.

Prezentacja i analiza wyników badań

Analiza umiejętności czytania opierała się na ocenie sprawności czytania uwarunkowanej tempem i poprawnością czytania, analizie popełnianych błędów w czytaniu oraz na ocenie poziomu zrozumienia treści czytanego tekstu.

Tempo czytania oznaczało liczbę prawidłowo przeczytanych wyrazów w ciągu jednej minuty. Na potrzeby analizy przyjęto, że poprawnie odczytane zostały również te wyrazy, które były czytane przez uczniów techniką głoskowania z poprawną ich syntezą, natomiast za błędnie odczytane wyrazy uznawano te, które były czytane techniką głoskowania z niepoprawną ich syntezą. Literowanie – zgodnie z opracowaną przez Krasowicz-Kupis klasyfikacją błędów w czytaniu – zaliczono do błędów czasowych.

Wyniki uzyskane przez dzieci podczas czytania list wyrazów jednosylabowych, dwusylabowych i trzysylabowych oraz czytania wiersza *Kalużyści* przedstawiono w układzie tabelarycznym.

TABELA 1. Tempo czytania (poprawnie przeczytane wyrazy w ciągu jednej minuty)

Uczeń	Tekst			
	wyrazy jednosylabowe	wyrazy dwusylabowe	wyrazy trzysylabowe	wiersz
Błażej	99	96	85	112,2
Szymon	54	32	27	47,3
Mikołaj1	88	62	62	97,7
Rafał	123,7	114,2	110	133,8
Mikołaj2	73	56	56	84
Kamill	60	39	49	53
Mateusz1	106	89	71	85,5
Bartek1	16	11	9	9,4
Jola	67	58	58	76
Mateusz2	60	47	46	62,2
Bartek2	21	7	14	11,5
Paweł	58	45	35	67
Ewelina	66	63	73	103,1
Nikola	80	79	83	131,5
Ela	84	93	93	106,8
Patryk1	33	22	22	38,3
Jakub	99	90	81	108,7
Sandra	45	42	37	44
Karolina	55	50	55	86,1
Grzesiu	26	19	17	17,8
Marlena	57	47	31	50,8
Rafał2	90	79	67	95,2
Łukasz	53	42	46	77,3
Witek	21	22	17	21
Bartek3	54	62	54	79
Kamil2	98	92	88	112,2
Natalia1	55	38	36	53
Weronika	50	42	44	63,8
Paulina	62	64	61	79
Natalia2	86	66	57	65,7
Klaudia	83	64	58	95
Bartek4	123,7	87	73	124,2
Kamil3	96	69	78	99,4
Patryk2	47	39	31	39,2
Angelika	83	81	72	84,3

TABELA 2. Podsumowanie wyników tempa czytania

Spis wyrazów	Tempo czytania		
	\bar{x}	minimum	maksimum
Wyrazy jednosylabowe	67,8	16	123,7
Wyrazy dwusylabowe	57,4	7	114,2
Wyrazy trzysylabowe	54,2	9	110
Wyrazy łącznie	59,8	–	–
Wiersz	74,6	9,2	133,8

OBJAŚNIENIA: \bar{x} – średnia arytmetyczna

Najwyższe wyniki dzieci uzyskały w tempie czytania wiersza – średnio 74,6 słowa czytane poprawnie na minutę. Wynika to z tego, że słowa w kontekście czytane są szybciej niż wyrazy przedstawione pojedynczo, podobnie jak litery w słowie czytane są szybciej niż zapisane w ciągu niepowiązanym znaczeniem. Przewidywanie znaczenia wyrazów na podstawie kontekstu usprawnia proces czytania, zwłaszcza u dzieci, u których technika dekodowania przebiega powoli. Przy nieznanym słowie dziecko może jedynie domyślać się jego znaczenia na podstawie ogólnej treści tekstu i swojej wiedzy, co tym samym może znacznie usprawniać czytanie. Nie jest to jednak możliwe, gdy dziecko czyta listę pojedynczych wyrazów, które nie pozostają w stosunku do siebie w żadnym związku treściowym.

Wyższe wyniki uczniowie uzyskali w tempie czytania wyrazów krótkich, jednosylabowych w porównaniu z dłuższymi, dwu- i trzysylabowymi. W przypadku wyrazów jednosylabowych uczniowie posługujący się techniką głoskowania mniej czasu zajmowali się zamianą kolejnych liter na głoski, tym samym szybciej następowała u nich synteza wyrazów. Natomiast dzieci posługujące się strategią całościową w czytaniu łatwiej zapamiętywały wzrokowo obraz graficzny krótszych wyrazów. Dotyczyło to przede wszystkim uczniów, którzy czytali wolniej, stosujących całościową technikę czytania (może to wynikać z jeszcze niedoskonałego sposobu posługiwania się tą techniką). Ci uczniów przejawiali większe różnice w tempie czytania wyrazów jednosylabowych oraz dwu- i trzysylabowych. Próby odgadywania znaczenia wyrazu na podstawie rozpoznania jego minimalnych cech, początkowych liter lub sylab okazywały się skuteczniejsze w przypadku krótszych wyrazów. Poza tym niektóre wyrazy, zwłaszcza te mniej znane, były przez uczniów odczytywane techniką głoskowania.

Dzieci sprawnie posługujące się techniką całościową czytały w niemal równym, szybkim tempie wszystkie wyrazy. Odbiór utrwalonego w pamięci obrazu graficznego wyrazu – niezależnie od liczby sylab w wyrazie – trwał u uczniów tyle samo czasu.

Uzyskane wyniki cechuje bardzo duży rozrzut, zarówno w tempie czytania wszystkich wyrazów (jednosylabowych: od 16 wyrazów do 123,7 wyrazu; dwusyla-

bowych: od 7 do 114,2; trzysylabowych: od 9 do 110), jak i w tempie czytania wiersza (od 9,5 do 133,8). Wyniki te stanowią efekt stosowanych przez dzieci strategii w czytaniu. Najmniej wyrazów w ciągu minuty czytali uczniowie posługujący się strategią analityczno-fonologiczną (17,1%), podczas gdy dzieci stosujące strategie całościowe (82,9%) czytają w znacznie większym tempie. Badania Krasowicz-Kupis dowiodły, że strategie fonologiczne w czytaniu są dominujące w klasie przedszkolnej i na początku klasy pierwszej. Potem stopniowo następuje zmiana w kierunku od strategii fonologicznej do strategii wzrokowej. Dominacja strategii całościowych przypada na okres drugiej klasy.

Według opracowanych nowych norm testu szybkości czytania głośnego uczniów sześciolatniej szkoły podstawowej ustalono, że pod koniec roku szkolnego każdy uczeń danej klasy powinien przeczytać:

- klasa I – 30 wyrazów na minutę;
- klasa II – 53 wyrazy na minutę;
- klasa III – 65 wyrazów na minutę;
- klasa IV – 77 wyrazów na minutę;
- klasa V – 89 wyrazów na minutę;
- klasa VI – 100 wyrazów na minutę³⁵.

Normy te opracowano na podstawie badań przeprowadzonych w 2002 roku, w których uczestniczyło 1950 uczniów klas I–VI ze szkół wielkomiejskich, miejskich i wiejskich z trzech województw: dolnośląskiego, opolskiego i śląskiego. Test składał się z 140 jednosylabowych wyrazów. Przeszedł pełną procedurę standaryzacji oraz weryfikacji.

Poprzez zestawienie wyników badań własnych tempa czytania wyrazów jednosylabowych z normami „Testu pomiaru techniki czytania głośnego” chciano w przybliżeniu określić poziom szybkości i poprawności czytania uczniów klas czwartych.

TABELA 3. Poziom tempa czytania wyrazów jednosylabowych

Badani uczniowie	Tempo czytania (poprawnie przeczytane wyrazy jednosylabowe w ciągu jednej minuty)				
	poniżej 30	30–52	53–64	65–76	77 i więcej
Liczba uczniów	4	4	10	3	14
Procent	11,4	11,4	28,6	8,6	40

Okazało się, że jedynie 40% badanych uczniów klas czwartych osiągnęło ustalone normy tempa czytania określone w „Teście pomiaru techniki czytania głośnego” dla tego poziomu edukacyjnego. Całą grupę badawczą charakteryzowało średnio 67,8 wyrazu jednosylabowego przeczytanego w ciągu minuty, co świadczy o opanowaniu tempa czytania na poziomie trzeciej klasy. Większa część uczniów czy-

³⁵ T. PUŚLECKI: *Test pomiaru techniki czytania głośnego*. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls 2002.

tała jednak na znacznie niższym poziomie. Uzyskane rezultaty wskazały, że 8,6% badanej grupy czyta na poziomie trzeciej klasy; 28,6% – na poziomie drugiej klasy; 11,4% – na poziomie pierwszej klasy, a 11,4%, czyli czworo uczniów, czytało poniżej poziomu pierwszej klasy. Wyniki indywidualne badanych uczniów wahały się od 16 poprawnie przeczytanych wyrazów na minutę do 123,7. Uczniowie, którzy przeczytali najwięcej słów, znacznie przekroczyli normę tempa czytania dla czwartej klasy – 77 wyrazów, troje uczniów (8,6% badanych) czytało na poziomie czwartej klasy, a pięcioro uczniów (14,3%) – na poziomie piątej klasy.

TABELA 4. Tempo czytania wyrazów jednosylabowych przez dziewczynki i chłopców

Badani uczniowie	Tempo czytania										
	\bar{x}	poniżej 30		30–52		53–64		65–76		77 i więcej	
		liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%	liczba	%
Dziewczynki	67,2	0	0	2	15,4	4	30,8	2	15,4	5	38,5
Chłopcy	68,2	4	18,2	2	9	6	27,3	1	4,5	9	40,9

W badaniach tempa czytania wyrazów jednosylabowych dziewczynki i chłopcy uzyskali bardzo zbliżone wyniki, z niewielką przewagą chłopców: dziewczynki przeczytały średnio 67,2 wyrazu na minutę, a chłopcy – 68,2. Jednak dziewczynki stanowiły bardziej jednorodną grupę, ponieważ ich wyniki były mniej rozproszone. Natomiast wyniki chłopców prezentowały bardzo duży rozrzut. Poniżej 30 wyrazów na minutę czytało 18,2% chłopców (najniższy wynik to 16 wyrazów przeczytanych w ciągu minuty), podczas gdy powyżej 77 wyrazów na minutę czytało 40,9% chłopców. W grupie tej najwyższy uzyskany wynik wynosił 123,7 wyrazu przeczytanego przez minutę. Przyjętą normę w tempie czytania dla czwartej klasy, czyli 77 wyrazów jednosylabowych przeczytanych w ciągu minuty, osiągnęło 38,5% dziewczynek i 40,9% chłopców. Na poziomie trzeciej klasy czytało 15,4% dziewczynek i 4,5% chłopców, na poziomie drugiej klasy – 30,8% uczennic i 27,3% uczniów, na poziomie pierwszej klasy – 15,4% dziewczynek i 9% chłopców, poniżej poziomu pierwszej klasy czytało 18,2% chłopców, natomiast dziewczynki nie uzyskały tak niskich wyników w czwartej klasie szkoły podstawowej.

Ocena tempa czytania wskazuje na liczbę poprawnie przeczytanych słów w czasie minuty, ale nie daje informacji, ile wyrazów, poprawnych i niepoprawnych, zostało przeczytanych w tym czasie oraz ile popełniono błędów. Przykładowo, dziecko, które przeczytało poprawnie 30 wyrazów w wolnym tempie, otrzymało taki sam wynik jak dziecko, które w tym samym czasie przeczytało 39 słów, ale 9 błędnie. Dlatego uzasadnione jest wprowadzenie dodatkowego wskaźnika oceniającego umiejętność czytania, jakim jest poprawność. Poprawność czytania to proporcja prawidłowo przeczytanych wyrazów do ogólnej ich liczby, przeczytanej w ciągu jednej minuty³⁶. Wskaźniki poprawności mieszczą się w granicach od 0 do 1.

³⁶ Ibidem, s. 273.

W kolejnych tabelach zostały zamieszczone – obok liczby poprawnie przeczytanych wyrazów w ciągu jednej minuty – liczbowe wyniki wszystkich przeczytanych wyrazów, co wskazuje również na liczbę popełnionych błędów w czytanych zestawach wyrazów i w wierszu (tabela 5.) oraz na poprawność w zakresie ich czytania (tabela 6.).

TABELA 5. Wszystkie wyrazy przeczytane i wyrazy poprawnie przeczytane w ciągu jednej minuty

Uczeń	Przeczytane wyrazy w ciągu jednej minuty							
	wyrazy jednosylabowe		wyrazy dwusylabowe		wyrazy trzysylabowe		wiersz	
	wszystkie przeczytane	poprawnie przeczytane	wszystkie przeczytane	poprawnie przeczytane	wszystkie przeczytane	poprawnie przeczytane	wszystkie przeczytane	poprawnie przeczytane
Błażej	99	99	96	96	86	85	112,2	112,2
Szymon	55	54	33	32	27	27	49	47,3
Mikołaj1	88	88	64	62	63	62	97,7	97,7
Rafał1	123,7	123,7	114,2	114,2	110	110	133,8	133,8
Mikołaj2	75	73	62	56	62	56	87	84
Kamill	63	60	44	39	50	49	60	53
Mateusz1	106	106	89	89	72	71	87	85,5
Bartek1	16	16	13	11	10	9	12,7	9,4
Jola	67	67	60	58	61	58	77,3	76
Mateusz2	66	60	52	47	51	46	64,4	62,2
Bartek2	23	21	14	7	16	14	17,7	11,5
Paweł	59	58	53	45	40	35	68,2	67
Ewelina	67	66	67	63	76	73	108,7	103,1
Nikola	82	80	83	79	84	83	133,8	131,5
Ela	85	84	94	93	93	93	108,7	106,8
Patryk1	36	33	22	22	23	22	41,9	38,3
Jakub	99	99	90	90	82	81	108,7	108,7
Sandra	54	45	53	42	46	37	58	44
Karolina	59	55	57	50	58	55	89,2	86,1
Grzesiu	27	26	20	19	17	17	20,7	17,8
Marlena	59	57	51	47	38	31	58,9	50,8
Rafał2	91	90	83	79	72	67	102,3	95,2
Łukasz	53	53	43	42	46	46	77,3	77,3
Witek	24	21	24	22	20	17	27,1	21
Bartek3	55	54	66	62	56	54	79	79
Kamil2	99	98	93	92	88	88	112,2	112,2
Natalia1	57	55	42	38	39	36	58	53
Weronika	53	50	53	42	50	44	74	63,8
Paulina	62	62	64	64	62	61	79	79
Natalia2	86	86	70	66	58	57	66,9	65,7
Klaudia	84	83	69	64	61	58	96,6	95

Bartek4	123,7	123,7	87	87	74	73	124,2	124,2
Kamil3	96	96	72	69	78	78	99,4	99,4
Patryk2	48	47	40	39	32	31	41,4	39,2
Angelika	85	83	88	81	73	72	94	84,3

TABELA 6. Podsumowanie wyników – poprawność czytania

Spis wyrazów	Poprawność czytania		
	\bar{x}	minimum	maksimum
Wyrazy jednosylabowe	0,97	0,83	1
Wyrazy dwusylabowe	0,94	0,79	1
Wyrazy trzysylabowe	0,96	0,80	1
Wiersz	0,95	0,75	1

Najwyższy wskaźnik poprawności dzieci uzyskały podczas czytania wyrazów jednosylabowych – wyniósł on 0,97. Czytanie wyrazów jednosylabowych jest poprawniejsze zarówno u dzieci stosujących w czytaniu metodę głoskowania, jak i u dzieci czytających metodą całościową z tej prostej przyczyny, że prawdopodobieństwo popełnienia błędów w słowach krótszych jest mniejsze. Strategia fonologiczna pozwala na dokładniejszą zamianę liter na głoski, a następnie poprawną syntezę. Całościowe rozpoznawanie wyrazów jednosylabowych przez uczniów słabiej posługujących się tą techniką czytania jest nie tylko szybsze, ale również poprawniejsze niż wyrazów dłuższych. Natomiast uczniowie posługujący się sprawnie metodą całościową szybko i poprawnie czytają wszystkie wyrazy i wiersz. Wskaźniki czytania wszystkich wyrazów i wiersza mają bardzo zbliżoną wartość. Bez błędnie wyrazy jednosylabowe (wskaźnik poprawności wynoszący 1) przeczytało 31,4% dzieci, wyrazy dwusylabowe, podobnie jak trzysylabowe – 20% uczniów, a wiersz – 25,7% dzieci.

Na potrzeby analizy przyjęto klasyfikację błędów Krasowicz-Kupis, dzieląc je na: błędy czasowe i zniekształcenia, czyli substytucje semantyczne i substytucje wzrokowe.

TABELA 7. Błędy w czytaniu

Spis wyrazów	Błędy czasowe			Zniekształcenia					
				substytucje semantyczne			substytucje wzrokowe		
	\bar{x}	minimum	maksimum	\bar{x}	minimum	maksimum	\bar{x}	minimum	maksimum
Wyrazy jednosylabowe	3,71	0	21	0,085	0	1	1,4	0	8
Wyrazy dwusylabowe	3,94	0	25	0,2	0	2	3,14	0	12
Wyrazy trzysylabowe	3,97	0	26	0,74	0	3	1,42	0	7
Wyrazy łącznie	3,87	–	–	0,34	–	–	1,98	–	–
Wiersz	4,62	0	36	1,85	0	9	1,82	0	8

W trakcie czytania uczniowie popełniali najwięcej błędów czasowych. Sytuacja ta dotyczyła przede wszystkim dzieci stosujących technikę czytania opartą na głoskowaniu (17,1% dzieci). W czytaniu wyrazów ta grupa uczniów popełniła około 65% wszystkich błędów czasowych, a w czytaniu wiersza – około 89%. Błędy czasowe polegały na literowaniu, powtórzeniach i pauzach wewnątrzwyrazowych. Spośród pozostałych dzieci każdy z uczniów nie popełnił więcej błędów niż cztery błędy czasowe podczas czytania dowolnej listy wyrazów czy wiersza. Błędy czasowe popełniane przez te dzieci miały inny charakter. Polegały one głównie na powtarzaniu sylab lub wyrazów i często były efektem autokorekty czytanego wyrazu. W czytaniu tekstu – w porównaniu z czytaniem wyrazów – liczba błędów czasowych była wyższa i oprócz rzadkich powtórzeń sylab, powtórzeń wyrazów, pojawiały się również powtórzenia fraz w celu autokorekty czytanego wyrazu. Błędy czasowe w ogóle nie pojawiały się przy czytaniu wyrazów i wiersza u 11,42% dzieci.

Obie grupy błędów o charakterze zniekształceń występowały w czytaniu wiersza w podobnej ilości: substancje wzrokowe – 49,60%, substancje semantyczne – 50,40%. Niewielka liczba substytucji semantycznych wynikała z poprawnego odczytywania wyrazów powiązanych ze sobą na podstawie kontekstu (15,59%). Znacznie więcej substytucji semantycznych wystąpiło w czytaniu wiersza (84,41%), ponieważ są one uwarunkowane kontekstem językowym. Podczas czytania utworu, którego treść jest bliska doświadczeniom dzieci, próbowały one odgadywać wyrazy na podstawie kontekstu, przez co stosunkowo często zdarzały się tego rodzaju błędy.

W czytaniu wyrazów substytucje wzrokowe stanowiły 85,36% wszystkich błędów polegających na zniekształceniach w czytaniu, a substytucje semantyczne – 14,64%. Najmniej substytucji semantycznych uczniowie popełnili w czytaniu wyrazów jednosylabowych – 8,33%, więcej w wyrazach dwusylabowych – 19,44%, a najwięcej w wyrazach trzysylabowych – 72,23%. Oto przykładowe błędy: „brudy” – „brudny”, „kocur” – „kocurek”, „Kamila” – „Kamil”, „maślanka” – „maślana”, „czereśnia” – „czereśnia”.

Najczęstszymi substytucjami wzrokowymi w czytaniu wyrazów były błędy wynikające z wpływu sąsiednich wyrazów. Stanowiły one 27,75% wszystkich substytucji wzrokowych w czytaniu tego materiału. Błędy te polegały na zamianie liter z wyrazów sąsiednich, kojarzonych na podstawie podobieństwa wzrokowego. Oto przykładowe błędy:

kok – <u>ko</u> t	brawa – <u>br</u> awa	pisaki – <u>pi</u> sanki
kat – <u>ka</u> t	barwa – <u>br</u> awa	pisanki – <u>pi</u> sanki
plama – <u>pl</u> ama	kurki – <u>ku</u> rki	piłeczka – <u>pi</u> łeczka
palma – <u>pa</u> lma	kruki – <u>ku</u> rki	pałeczka – <u>pa</u> łeczka

Kolejnymi substytucjami wzrokowymi były błędy polegające na zamianie samogłosek (10%), takie jak: „krem” – „kram”, „łaska” – „łuska”, „soda” – „sada”, „medale” – „madele”, „korale” – „karale”, „morela” – „marela”.

Następna grupa błędów obejmowała upraszczanie zbiegu spółgłosek (9%), które sprawiały dzieciom trudność w odczytaniu, przez wstawianie dodatkowej samogło-

ski lub opuszczanie jednej ze spółgłosek. Oto przykładowe błędy: „szlif” – „szalif”, „szpak” – „szypak”, „szczyt” – „szyt”, „kły” – „kiły”, „wargi” – „wagi”, „fabryka” – „faryka”.

Inwersje stanowią kolejną grupę błędów popełnianych przez uczniów podczas czytania (7,65%). Polegały na odwróceniu kierunku czytania całego lub części wyrazu. Dzieci czytały odwrotnie litery w sylabach, sylaby w wyrazach bądź całe krótkie wyrazy, przestawiały kolejność liter. Oto przykładowe błędy: „kęs” – „sęk”, „wrotki” – „wtorki”, „kruczy” – „kurczy”, „kadra” – „karda”, „rajca” – „racja”.

Najmniej liczna była grupa błędów w czytaniu polegających na zamianie głosek „b”, „d”, „p”, „g” (1,91%) oraz błędów, które wiążą się z pomijaniem części wyrazu (0,95%). Oto przykłady mylenia głosek „b”, „d”, „p”, „g”: „soda” – „soba”, „klępa” – „klęba”, „bębenki” – „gęgenki”, „bałagan” – „gałagan”. Oto przykładowe błędy przejawiające się pominięciem części wyrazu: „barwa” – „rwa”, „łopata” – „łopa”.

W związku z tym, że badani uczniowie poznali wiersz Danuty Wawiłow *Kałużyści* na lekcjach języka polskiego, neologizmy zawarte w tekście utworu zostały przez autorki badań uznane za znane uczniom słowa, a zatem w ocenie potraktowano je jak każde pozostałe wyrazy (zgodnie z przyjętą w badaniach klasyfikacją popełnianych błędów).

W czytaniu wiersza największą liczbę substytucji wzrokowych stanowiły zamiany wyrazów na inne (54,68%), np. „przycupnęli” – „przytupnęli”, „patyków” – „ptaków”, „potoków”; „robotą” – „sobota”, „obrzucają” – „obracają”, „szyszkami” – „myszkami”, „błoci stów” – „braciszków”. Były one zamieniane na podstawie podobieństwa znaczenia lub formy wyrazu bądź kontekstu z zachowaniem sensu czytanego fragmentu. Błędy polegające na zamianie wyrazów na pseudowyrzyki stanowiły substytucje wzrokowe – 28,1% (np. „obrzucają” – „obuwają”, „podwórzu” – „pagórze”), upraszczanie zbiegu spółgłosek – 12,5% (np. „szyszkami” – „szykami”, „szyszami”, „szyszkowości” – „szykowości”), oraz mylenie głosek „b”, „d” – 4,68% (np. „obrzucają” – „odrzucają”).

Błędy popełniane przez dzieci mogą świadczyć o deficytach w zakresie percepcji wzrokowej i słuchowej. Zaburzenia percepcji wzrokowej powodują trudności w różnicowaniu, zapamiętywaniu i odtwarzaniu liter. Dzieci myliły litery podobne, różniące się jedynie drobnymi elementami graficznymi: „ą” – „o”, „m” – „n”, „u” – „w”, „l” – „t”, „l” – „ł”, „e” – „c”, „h” – „k”. Miały trudności w wizualnym różnicowaniu w wyrazie podobnych układów literowych, takich jak: „ba” – „ab”, „ba” – „bo”, „da” – „ad”, a także w kojarzeniu litera – odpowiedni dźwięk, zgadywały podczas czytania znaczenie wyrazów, czytały „z pamięci”. Popełniały błędy takie, jak: przekręcanie końcówek, niedokładne odczytywanie, konfabulacje. Trudności te wskazują na zaburzenia aspektu kierunkowego percepcji wzrokowej, który ma duże znaczenie w procesie czytania i często łączy się z zaburzeniami orientacji przestrzennej. Aspekt kierunkowy spostrzegania wiąże się, z jednej strony, z analizą i syntezą wzrokową, z drugiej zaś – z orientacją przestrzenną. Zaburzenia orientacji przestrzennej i percepcji wzrokowej uniemożliwiają dziecku prawidłowe rozpozna-

wanie liter o kształtach asymetrycznych, zarówno w stosunku do osi pionowej, jak i poziomej („m” – „n”, „t” – „l”, „d” – „b”), utrudniając w znacznym stopniu czytanie. Dzieci podczas czytania mogą czytać „na pamięć”, często zgadują, przedstawiają lub opuszczają litery, sylaby, końcówki wyrazów lub nawet całe wyrazy. Zamieniają wyrazy na inne (sensowne lub bezsensowne). Czytają bardzo wolno, często nierytmicznie, bardzo szybko się męczą. Dzieci z zaburzeniami percepcji wzrokowej i orientacji przestrzennej w czasie czytania „gubią się” w tekście, ponieważ opuszczają lub powtarzają jego fragmenty³⁷.

Jeśli dziecko, stosując technikę głoskowania w czytaniu, prawidłowo rozpoznaje pojedyncze litery w wyrazie, a błędy powstają przy próbie syntezy, to prawdopodobnie popełnia błędy na poziomie percepcji słuchowej. Mogą one wynikać z trudności w dokonywaniu syntezy słuchowej. Do innych objawów zaburzeń percepcji słuchowej zalicza się: długo utrzymującą się technikę literowania, nieuwzględnianie znaków przestankowych, opuszczanie liter, mylenie wyrazów o podobnym brzmieniu, zniekształcanie słów, trudności w rozumieniu przeczytanej treści będące efektem niedokładnego rozumienia określeń słownych³⁸. Według Barbary Zakrzewskiej dzieci z zaburzoną percepcją słuchową z trudem przechodzą od literowania czy sylabizowania do czytania całościowego, toteż zdarza się, że jeszcze w czwartej i piątej klasie uczniowie ci nie potrafią nauczyć się płynnego i całościowego czytania³⁹.

Do oceny rozumienia czytanego tekstu posłużono się testem zawierającym krótkie opowiadanie i spis wyrazów pytań. Do każdego z pytań podane były cztery odpowiedzi, w tym tylko jedna prawidłowa.

TABELA 8. Wyniki testu czytania ze zrozumieniem

Badani uczniowie	Liczba błędów							
	0	1	2	3	4	5	6	7
Liczba uczniów	16	9	6	4	–	–	–	–
Procent	45,7	25,7	17,1	11,4	–	–	–	–

Test czytania ze zrozumieniem rozwiązało bezbłędnie 45,7% uczniów, jednej złej odpowiedzi udzieliło 25,7% dzieci, dwa razy błędnie odpowiedziało 17,1% badanych, a trzech, czyli największej liczby błędnych odpowiedzi udzieliło 11,4% uczniów.

Znaczna większość dzieci, około 88,6% całej grupy, odpowiedziała poprawnie na ostatnie pytanie testu, co świadczy o rozumieniu istotnego sensu przeczytanego tekstu i wyciąganiu prawidłowych wniosków, które nie zostały podane bezpośrednio.

³⁷ W. SZYMAŃSKA: *Trudności w uczeniu się uwarunkowane zaburzeniami spostrzeżeń wzrokowych*. W: *Terapia pedagogiczna. Wybrane zagadnienia*. Red. E.M. SKOŘEK. T. 1. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls 2004, s. 45–48.

³⁸ A. BIELECKA, U. KARSKA, E. MYTYCH: *Zaburzenia percepcji słuchowej*. W: *Terapia pedagogiczna...*, s. 29–35.

³⁹ B. ZAKRZEWSKA: *Reedukacja dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu*. Warszawa, WSiP 1976, s. 19–20.

nio w tekście. Błędnie odpowiedzi na pytania od 1. do 6. (80% wszystkich błędnie udzielonych odpowiedzi) wskazują na problem z wyodrębnieniem z tekstu niektórych faktów, jednak dzieciom zazwyczaj nie przeszkadzało to w zrozumieniu myśli przewodniej tekstu. Może to być związane z brakiem automatyzacji w dekodowaniu. Uczniowie z niskimi wynikami w tempie czytania uzyskali również najniższe wyniki w teście czytania ze zrozumieniem, które są mimo wszystko stosunkowo wysokie w porównaniu z poziomem dekodowania. Może to być spowodowane trafnym odgadywaniem na podstawie bogatego zasobu słownikowo-pojęciowego badanych.

Uczniów z największymi trudnościami w czytaniu poddano próbie obserwacji ruchów gałek ocznych w celu wstępnych poszukiwań przyczyn ich problemów. Wybrani uczniowie uzyskali bardzo niskie wyniki w badaniu tempa czytania: Bartek1 – średnio 12 wyrazów w czytaniu list wyrazów na minutę i 12,7 wyrazu w czytaniu wiersza; Bartek2 – 14 wyrazów w czytaniu list wyrazów, 11,5 wyrazu w czytaniu wiersza; Witek – 20 wyrazów w czytaniu list wyrazów, 20,7 wyrazu w czytaniu wiersza; Grzesiu – 21 wyrazów w czytaniu list wyrazów, 20,7 wyrazu w czytaniu wiersza; Szymon – 38 wyrazów w czytaniu list wyrazów, 49 wyrazów w czytaniu wiersza; Patryk2 – 39 wyrazów w czytaniu list wyrazów, 41,4 wyrazu w czytaniu wiersza; Sandra – 41 wyrazów w czytaniu list wyrazów i 44 wyrazy w czytaniu wiersza. Bartek1, Witek, Grzesiu i Szymon stosują w czytaniu technikę głoskowania z dominacją błędów czasowych polegających na literowaniu, powtarzaniu głosek i pauzach wewnątrzwyrazowych. Uczniowie dokonywali poprawnej syntezy wyrazów z bardzo niewielką liczbą błędów o charakterze substytucji wzrokowych polegających na zamianie głosek podobnie wyglądających i pomijaniu głosek w wyrazach. Bartek2 przy stosowaniu strategii głoskowania prawidłowo rozpoznał pojedyncze litery w wyrazie i dokonał poprawnej syntezy, jednak zdarzyło mu się kilkakrotnie literować, zanim jej dokonał. W czytaniu wyrazów dwusylabowych pojawiło się znacznie więcej substytucji wzrokowych. Patryk2 częściowo głoskował z prawidłową syntezą, a częściowo stosował technikę mieszaną, tzn. część wyrazu literował, a resztę sylabizował, szczególnie w czytaniu wyrazów trzysylabowych (np. „p – a – gó – rek”, „d – r – a – bi – na”, „ł – a – ko – my”, „b – ę – ben – ki”). Sandra natomiast popełniła najwięcej błędów wzrokowych w całej grupie badawczej – są to błędy polegające na zamianie samogłosek, przestawianiu i pomijaniu głosek.

W celu oceny ruchów gałek ocznych posłużono się testem do sprawdzenia percepcji wzrokowej, który należy do baterii diagnostycznych oceny przetwarzania bodźców sensorycznych. Zbadano ruchy gałek ocznych w płaszczyźnie czołowej, poprzecznej i diagonalnej. Sprawdzono również ruchy śledzące gałek ocznych w zakresie szybkiej lokalizacji, przekraczania środkowej linii ciała oraz konwergencji. Do określenia rodzaju ruchu oczu zastosowano trzystopniową skalę: prawidłowe, lekko nieregularne i zdecydowanie nieregularne.

U każdego z uczniów zaobserwowano lekko nieregularne ruchy gałek ocznych przynajmniej w jednej z części testu. U Bartka1 lekko nieregularne ruchy dostrzeżono podczas przekraczania linii środka i szybkiej lokalizacji, u Bartka2 natomiast

wystąpiły one w płaszczyźnie czołowej oraz w szybkiej lokalizacji. Grześ i Witek ujawniali lekko nieregularne ruchy oczu w czasie szybkiej lokalizacji; Patryk2, podobnie jak Sandra – podczas sprawdzania ruchów w dół i w górę oraz szybkiej lokalizacji.

Nieregularne ruchy oczu mogą wskazywać na zaburzenia posturalno-okoruchowe, a więc na deficyty w zakresie percepcji wzrokowej. Zdaje się to potwierdzać rodzaj błędów popełnianych w czasie czytania przez tę grupę dzieci. Uczniowie z trudnościami w dekodowaniu niewątpliwie wymagają dodatkowej diagnozy sprawdzającej, gdzie tkwi przyczyna ich trudności w czytaniu.

Podsumowanie

Uzyskane wyniki badań nie napawają optymizmem, ponieważ tylko 40,9% badanych uczniów klas czwartych osiągnęło przewidzianą normę dla tego poziomu edukacyjnego podczas badania tempa czytania wyrazów jednosylabowych. Niestety, ponad połowa badanych czyta poniżej normy, z tego 8,6% uczniów na poziomie trzeciej klasy; 28,6% – na poziomie drugiej klasy; 11,4% – na poziomie pierwszej klasy; 11,4% (4 dzieci) – poniżej poziomu pierwszej klasy.

Uczniowie, którzy uzyskali najwyższe wyniki w tempie czytania, posługują się sprawnie strategią całościową w czytaniu, a liczba popełnianych przez nich błędów jest minimalna. Grupa ta osiągnęła również najwyższe wyniki w rozumieniu czytanego tekstu. Najniższe wyniki w tempie czytania uzyskali uczniowie posługujący się strategią analityczną i fonologiczną w czytaniu, polegającą na sekwencyjnej zamianie liter na poszczególne głoski, a następnie na łączeniu ich w wyraz. Niskie wyniki dekodowania przekładają się na trudności w czytaniu ze zrozumieniem. Dzieci cały wysiłek skupiają na technicznej stronie czytania, co wpływa niekorzystnie na przyswojenie treści czytanego tekstu. Część uczniów, przy względnie niskich rezultatach w dekodowaniu tekstu, uzyskała dobre wyniki w rozumieniu czytanego tekstu. Może to być spowodowane trafnym odgadywaniem znaczeń na podstawie posiadanego przez uczniów bogatego zasobu słownikowo-pojęciowego.

Wyniki uzyskane na podstawie analizy błędów popełnianych przez dzieci w czytaniu wykazują, że najwięcej błędów czasowych polegających na literowaniu, powtórzeniach i pauzach międzywyrazowych popełniają dzieci, które podczas czytania posługują się strategią fonologiczną. Technika głoskowania pozwala im na względnie poprawne odczytanie wyrazu, dlatego w czytaniu pojawia się mniej błędów o charakterze substytucji semantycznych i wzrokowych. Odwrotna sytuacja charakteryzuje czytanie dzieci posługujących się mniej sprawnie strategią całościową w czytaniu. Liczba substytucji semantycznych i wzrokowych znacznie wzrasta w tym przypadku.

Uzyskane wyniki wskazują, że płeć w niewielkim stopniu różnicuje osiągnięcia w czytaniu dzieci w czwartej klasie szkoły podstawowej. Chłopcy osiągnęli nieznacznie lepsze wyniki w tempie czytania wyrazów jednosylabowych.

Rezultaty badania poziomu opanowania sprawności czytania uczniów czwartych klas ujawniły, że trzeba wnikliwie poszukiwać przyczyn trudności w czytaniu dzieci. Najistotniejsze, żeby objąć wczesną opieką te dzieci, które uzyskały najniższe wyniki, lub przyspieszyć czas rozpoczęcia terapii, jeśli jeszcze nie zostały podjęte działania w tym kierunku. Należy zapobiec dalszym negatywnym skutkom istniejących problemów. Podjęte próby zbadania ruchów gałek ocznych wykazały ich nieregularność w niektórych zakresach, co może wskazywać na deficyty w zakresie percepcji wzrokowej i sugerować dalszy kierunek prowadzonych badań. Poznanie bowiem mechanizmu powodującego trudności w czytaniu pozwoliłoby na indywidualne dostosowanie odpowiedniej terapii do potrzeb uczniów.

GRAŻYNA JASTRZĘBOWSKA

Uniwersytet Opolski

Opóźnienie rozwoju języka a ryzyko dysleksji rozwojowej

ABSTRACT: The author's research focuses on specific speech and language disorders. Then, she pays attention to main difficulties and reasons of this phenomenon as well as relation between any developmental disorders, in particular developmental dyslexia. The main aim of the article is to show the research results in the area of dependency between developmental dyslexia and a low level of language abilities. The author answers two main questions. First of all, she wants to find an answer if each child with speech disorder is endangered with developmental dyslexia, and then, if a speed of speech development among all children with mental deficit belonging to a dyslexia risk group is shown. The results of the conducted research show the existing relation between children with speech disorder and a speed of language development. What is more, the author presents a closer correlation between slower language acquisition and dyslexia than in the opposite direction. In the case of the second group of children it is claimed that those children who are endangered by dyslexia had some problems with language acquisition in the past.

KEY WORDS: slower language development, slower speech development, specific language inefficiency (SLI), developmental dyslexia, risk of dyslexia

Na związek między poziomem rozwoju języka a osiągnięciami szkolnymi, zwłaszcza w zakresie nauki czytania, wskazuje wielu polskich badaczy, m.in. Marta Bogdanowicz¹, Grażyna Krasowicz-Kupis², Halina Jaklewicz³, Barbara

¹ M. BOGDANOWICZ: *O dysleksji, czyli specyficznych trudnościach w czytaniu i pisaniu: odpowiedzi na pytania rodziców i nauczycieli*. Lublin, Linea 1994; EADEM: *Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu – dysleksja rozwojowa*. W: *Logopedia: pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. Red. T. GAŁKOWSKI, G. JASTRZĘBOWSKA. T. 1. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 2001, s. 815–859; EADEM: *Ryzyko dysleksji: problem i diagnozowanie*. Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia 2003.

² G. KRASOWICZ-KUPIS: *Język, czytanie i dysleksja*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej 1997.

³ H. JAKLEWICZ: *Zaburzenia mowy pisanej i czytanej u dzieci*. W: *Zaburzenia mowy u dzieci*. Red. J. SZUMSKA. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1982, s. 51–57.

Sawa⁴, Hanna Nartowska⁵ i Halina Spionek⁶. Wyniki badań prowadzonych przez wymienionych autorów jednoznacznie wskazują, że u wielu dzieci rozpoczynających naukę szkolną, u których stwierdza się niski poziom kompetencji językowej, obserwuje się również poważne problemy z opanowaniem umiejętności czytania, i odwrotnie – u większości dzieci z trudnościami w nauce czytania stwierdza się istotnie niższą kompetencję lingwistyczną. Występujące u tych dzieci problemy mogą mieć różne źródła – mogą być wynikiem niskich zdolności poznawczych, zaburzeń sensorycznych, zaniedbań środowiskowych; bywa, że przy obecnym stanie wiedzy trudno jest ustalić ich etiologię. W zależności od stopnia nasilenia trudności szkolnych u 3–10% tych uczniów stwierdza się dysleksję rozwojową⁷, a u 7% – specyficzne zaburzenia rozwoju języka (SLI)⁸.

W świetle najnowszej definicji, opublikowanej w 1994 roku przez Research Committee of The International Dyslexia Association, „dysleksja jest jednym z wielu różnych rodzajów trudności w uczeniu się. Jest specyficznym zaburzeniem językowym [...], które manifestuje się trudnościami w zakresie różnych form komunikacji językowej, często oprócz trudności w czytaniu, dodatkowo pojawiają się poważne trudności w opanowaniu czynności pisania i poprawnej pisowni”⁹.

Specyficzne zaburzenia rozwoju języka (SLI – *Specific Language Impairment*) definiuje się jako „niewłaściwe przyswajanie mowy przez dzieci, u których nie rozpoznano uszkodzenia w budowie mózgu, upośledzenia słuchu, znacznego ogólnego upośledzenia zdolności uczenia się i które nie zostały pozbawione kontaktu z otoczeniem”¹⁰. Najważniejszym objawem tego zaburzenia jest opóźnienie w przyswajaniu języka. W wieku szkolnym dzieci z SLI – podobnie jak dzieci dyslektyczne – wykazują problemy z opanowaniem umiejętności czytania i pisania.

Dotychczas nie udzielono jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy dzieci z SLI i z dysleksją rozwojową stanowią tę samą grupę, jednak coraz więcej badaczy zakłada, iż prawdopodobna jest wspólna etiologia obu zaburzeń¹¹.

Związek między poziomem rozwoju języka a dysleksją został obecnie dobrze udokumentowany. Znacznie mniej natomiast wiadomo na temat korelacji między przebiegiem rozwoju mowy a „ryzykiem dysleksji”. Termin „ryzyko dysleksji” od 1993 roku stosuje się w odniesieniu do młodszych dzieci wykazujących wybiórcze

⁴ B. SAWA: *Jeżeli dziecko źle czyta i pisze*. Warszawa, WSiP 1987; EADEM: *Dzieci z zaburzeniami mowy*. Warszawa, WSiP 1990.

⁵ H. NARTOWSKA: *Dzieci nadpobudliwe psychoruchowo. Zaburzenia w zachowaniu i trudności szkolne*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1972; EADEM: *Opóźnienia i dysharmonie rozwoju dziecka*. Warszawa, WSiP 1980.

⁶ H. SPIONEK: *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*. Warszawa, PWN 1985.

⁷ M. BOGDANOWICZ: *Ryzyko dysleksji...*

⁸ L.B. LEONARD: *Children with specific language impairment*. Cambridge, MIT Press 1998.

⁹ M. BOGDANOWICZ: *O dysleksji, czyli specyficznych trudnościach w czytaniu i pisaniu...*, s. 387.

¹⁰ I. RAPIN: *Practitioner revive: Developmental language disorders: a clinical update*. „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 1996, No. 6, s. 643.

¹¹ L.B. LEONARD: *Children with specific language...*

zaburzenia w rozwoju niektórych funkcji poznawczych oraz funkcji ruchowych. Do objawów ryzyka dysleksji zalicza się: zaburzenia funkcji językowych (ekspresji i percepcji językowej), funkcji wzrokowej, obniżoną sprawność ruchową, niską sprawność manualną, zaburzenia koordynacji wzrokowo-przestrzennej, a także opóźnienie rozwoju lateralizacji, orientacji w schemacie ciała, czasie i przestrzeni¹². Zaburzenia funkcji językowych wymieniane są jako jeden z ważniejszych symptomów zagrożenia dysleksją, co – biorąc pod uwagę wielość funkcji zaangażowanych w proces mówienia i czytania, a także złożoność tych procesów – wydaje się dość oczywiste. Psychologowie są zgodni, że do opanowania tych czynności niezbędny jest ogólny prawidłowy rozwój dziecka, trwa jednak dyskusja nad określeniem mechanizmów kierujących powstawaniem zaburzeń w nabywaniu tych sprawności i nad ich wzajemnym związkiem. Zdaniem G. Krasowicz-Kupis¹³ obserwowane u dzieci z zaburzeniami czytania zniekształcenia formy językowej w zakresie morfologii, syntaktyki i semantyki są wynikiem opóźnionego rozwoju mowy, a zwłaszcza opóźnionego przyswajania systemu języka.

W tym miejscu warto doprecyzować znaczenie terminów „opóźnienie rozwoju mowy”, „opóźniony rozwój mowy”, „opóźnienie rozwoju językowego” czy „opóźnienie w przyswajaniu języka”. Termin „opóźnienie rozwoju mowy” (ORM) jest nadrzędny w stosunku do pojęć „opóźnienie rozwoju języka” (synonimy: „opóźnienie rozwoju językowego”, „opóźnienie w przyswajaniu języka”, „opóźnienie w nabywaniu kompetencji językowej”) oraz „opóźnienie rozwoju sprawności realizacyjnej”. To nazwa najważniejszego objawu zakłóceń (LB – *late bloomers*) i zaburzeń rozwoju mowy: „specyficznych” – będących izolowanym objawem zaburzeń rozwojowych, jak SLI i specyficzne zaburzenia artykulacji, oraz „niespecyficznych” – towarzyszących deficytom rozwojowym, schorzeniom neurologicznym i innym, zaliczanych do grupy „rozwojowych zaburzeń mowy” (DLD – *developmental language disorders*). Opóźnione rozpoczęcie i wolniejsze (w stosunku do normy wiekowej) tempo rozwoju mowy (rozumienia lub/i mówienia) może być następstwem trudności w nabywaniu kompetencji językowej (jednej lub kilku dziedzin języka) bądź wynikać z niskiego poziomu sprawności realizacyjnej (w następstwie uszkodzenia lub/i dysfunkcji aparatu mowy). Zjawisko opóźnienia rozwoju mowy – wywołwane przez różne czynniki (natury biologicznej i społecznej) – może się manifestować w różny sposób: brakiem rozwoju mowy, opóźnionym rozpoczęciem mowy i dalej wolniejszym tempem jej rozwoju. ORM – zgodnie z powszechnym użyciem tego terminu – stwierdza się również wówczas, gdy dziecko zaczyna mówić we właściwym czasie, ale długo mówi nieprawidłowo w stosunku do rówieśników. W najnowszych publikacjach¹⁴ postuluję, by zawęzić znaczenie tego pojęcia do dzieci z opóźnionym rozpoczęciem i wolniejszym tempem przyswajania języka, a dzieci spełniające kryteria ilościowe (głównie czas pojawienia się kolejnych eta-

¹² M. BOGDANOWICZ: *Ryzyko dysleksji...*

¹³ G. KRASOWICZ-KUPIS: *Język, czytanie i dysleksja...*

¹⁴ G. JASTRZĘBOWSKA: *Kilka refleksji o polskiej terminologii logopedycznej* [w druku].

pów kształtowania i rozwoju mowy), lecz niespełniające wymogów jakościowych (znacznie większa liczba „błędów” w stosunku do normy rozwojowej) określać jako dzieci z „odchyleniami w rozwoju mowy”. Z kolei nazwę „opóźniony rozwój mowy” powinno się stosować jako ostrożną, wstępną diagnozę jedynie w odniesieniu do małych dzieci (do 3. roku życia), u których w drodze szczegółowych badań nie można ustalić przyczyny opóźnienia w rozwoju ekspresji językowej. Dzieje się tak w przypadku dzieci z SLI (postać ekspresywna) i LB (*late bloomers*), czyli z „opóźnionym rozpoczęciem mowy”. W tej drugiej grupie „rozkwit” mowy następuje gwałtownie między 2,6. a 3. rokiem życia. Dzieci te – mimo poważnego stopnia opóźnienia – samoistnie (bez konieczności interwencji specjalistycznej) w wieku 3 lat osiągają poziom właściwy swojej grupie wiekowej. W wieku szkolnym nie obserwuje się u nich żadnych problemów z opanowaniem umiejętności czytania i pisania w odróżnieniu od dzieci z SLI, u których niższa zdolność do opanowania systemu języka i w efekcie niższy poziom sprawności językowej zawsze mają wpływ na osiągnięcia szkolne. Zalecana w przypadku dzieci z „opóźnionym rozwojem mowy” stymulacja rozwoju językowego jest korzystna dla obu grup, a w przypadku dzieci z SLI okazuje się wręcz niezbędna. Wczesna interwencja daje im bowiem większe szanse na sprostanie wymogom szkolnym i przygotowuje do systematycznej pracy nad doskonaleniem języka. Dzieci z ekspresywną postacią SLI (z deficytem programowania mowy) w wieku szkolnym wykazują poziom rozwoju sprawności językowej umożliwiający im rozpoczęcie nauki, ale niewystarczający do opanowania (w przewidzianym czasie) umiejętności pisania i czytania.

W suplemencie do Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10¹⁵ czytamy: „[...] zaburzenia ekspresywne charakteryzują się bardzo powolnym wykształcaniem się mowy przy z reguły dobrym jej rozumieniu. Stopień opóźnienia rozwoju zdolności ekspresywnych (mowy czynnej) nie mieści się w granicach odmienności prawidłowej w stosunku do wieku umysłowego dziecka, a umiejętność rozumienia mowy nie odbiega od normy (jakkolwiek czasem może być mniejsza od przeciętnej). Występują zaburzenia umiejętności samodzielnego mówienia, nazywania i powtarzania. Dziecko rozumie polecenia i adekwatnie na nie reaguje, wskazuje nazywane przedmioty, może mieć jedynie trudności z rozumieniem dłuższych i złożonych zdań, natomiast nie mówi w ogóle albo mówi mało, błędnie i niezrozumiale”¹⁶.

W niniejszym artykule – zgodnie z ustaloną terminologią – interesującą mnie grupą są dzieci z „opóźnionym przyswajaniem języka” lub „opóźnionym rozwojem języka” o trudnej do ustalenia etiologii, czyli z ekspresywną postacią SLI.

¹⁵ *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne.* Red. przekładu S. PUŻYŃSKI, J. WIÓRKA. Kraków-Warszawa, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius 1997.

¹⁶ G. JASTRZĘBOWSKA: *SLI: specyficzne upośledzenie rozwoju języka.* W: *Człowiek wobec ograniczeń.* Red. Z. TARKOWSKI, G. JASTRZĘBOWSKA. Lublin, Wydawnictwo Fundacji Orator 2002, s. 170–171.

Zmierzając do wyjaśnienia, czy i w jakim stopniu zaburzenia rozwoju mowy, wyrażające się opóźnieniem w przyswajaniu systemu języka, są związane ze zjawiskiem ryzyka dysleksji, w toku podjętych badań własnych starano się ustalić:

- Czy wszystkie dzieci zagrożone zaburzeniami językowymi (z opóźnieniem rozwoju mowy bez uchwytanego czynnika etiologicznego) są dziećmi zagrożonymi dysleksją?
- Czy u wszystkich dzieci z grupy ryzyka dysleksji proces nabywania kompetencji językowej przebiegał z opóźnieniem?
- Czy wszystkie dzieci z grupy ryzyka dysleksji prezentują niski poziom sprawności językowej?
- Które funkcje rozwojowe są najbardziej zaburzone u dzieci z grupy ryzyka dysleksji?

Przed przystąpieniem do badań założono, że wysoka korelacja między omawianymi zjawiskami może wskazywać na wzajemne przenikanie się, wzajemną zależność i być może na wspólne podłoże tych zaburzeń (specyficznych zaburzeń w rozwoju języka i dysleksji).

Badania przeprowadzono w Polsce w 2005 roku. Łącznie objęto nimi 158 dzieci sześcioletnich, uczęszczających do przedszkoli na terenie województwa opolskiego. Dzieci do badań zakwalifikowano na podstawie wywiadu, obserwacji logopedycznej, skal i testów osiągnięć.

Wyłoniono trzy grupy badawcze:

1. Dzieci z nieprawidłowym przebiegiem rozwoju języka.
2. Dzieci zagrożone specyficznymi trudnościami w czytaniu.
3. Dzieci z niskim poziomem sprawności językowej.

W celu ich wyodrębnienia posłużono się kolejno: opracowanym przeze mnie kwestionariuszem wywiadu z matką; Skalą Ryzyka Dysleksji autorstwa M. Bogdanowicz¹⁷; Testem Sprawności Językowej Z. Tarkowskiego¹⁸. Kryterium wykluczającym z badań było występowanie innych niż zaburzenia rozwoju języka, klinicznie istotnych deficytów rozwojowych, wad organicznych, schorzeń neurologicznych. Uwzględniono również warunki środowiskowe.

Wywiad z matką miał na celu dostarczenie danych na temat dziecka (przebiegu rozwoju mowy, jego rozwoju psychicznego i fizycznego, zewnętrznych warunków rozwoju) oraz jego uwarunkowań rodzinnych (występowanie trudności z przyswajaniem języka lub w nauce czytania i pisanie u najbliższych członków rodziny, patologiczny charakter rodziny).

Skala Ryzyka Dysleksji (SRD), którą wykorzystano w celu wyłonienia drugiej grupy badawczej i do oceny stopnia ryzyka dysleksji, jest skalą mierzącą osiągnięcia dziecka w zakresie różnych funkcji: ruchowej (motoryki małej i dużej), wzrokowej, językowych (ekspresji i percepcji językowej) oraz uwagi. SRD służy

¹⁷ M. BOGDANOWICZ: *Skala Ryzyka Dysleksji*. Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia 2002.

¹⁸ Z. TARKOWSKI, C. JURKIEWICZ: *Rozwijanie mowy dziecka. Program terapeutyczno-stymulacyjny*. Lublin, Wydawnictwo Fundacji Orator 1993.

do wczesnego wykrywania symptomów wskazujących na możliwość wystąpienia dysleksji w wieku szkolnym. Skala zawiera 21 pytań, dotyczących różnych zachowań dziecka, które ocenia się według czterostopniowej skali. Odpowiedzi udziela najbliższa dziecku osoba dorosła. Cyfry na skali (od 1 do 4) wskazują na stopień nasilenia cechy bądź występowania określonego zachowania: 1 – oznacza, że symptom ryzyka dysleksji nie występuje nigdy, 4 – oznacza, że występuje niemal zawsze.

Test Sprawności Językowej (TSJ) jest narzędziem, które pozwala ocenić poziom sprawności językowej (ekspresji i percepcji językowej) dziecka na czterech płaszczyznach użycia języka: leksyka, gramatyka, kontekst i płaszczyzna pozajęzykowa. Testem posłużono się w celu wyłonienia trzeciej grupy badawczej i do zgromadzenia danych na temat poziomu sprawności językowej dzieci zagrożonych specyficznymi trudnościami w czytaniu. TSJ składa się z 7 podtestów, które umożliwiają ocenę rozumienia, zasobu leksykalnego, znajomości gramatyki, umiejętności budowania zdań poprawnych pod względem semantycznym, zdolności narracyjnych i poziomu kompetencji komunikacyjnej. Wyniki wyrażone w stenach pozwalają na dokonanie oceny słownej. I tak, wyniki 1–4 świadczą o niskiej sprawności językowej, 5–6 – o przeciętnej, a 7–10 – o wysokim poziomie rozwoju języka.

Celem pierwszego etapu badań było ustalenie: Czy wszystkie dzieci z opóźnieniem w nabywaniu kompetencji językowej są dziećmi z grupy ryzyka dysleksji? Odpowiedzi na tak sformułowany problem poszukiwano, badając dzieci z opóźnieniem w nabywaniu kompetencji językowej Skalą Ryzyka Dysleksji.

Do badań wybrano tylko dzieci z pierwotnymi (specyficznymi) zaburzeniami rozwoju języka, co stwierdzono na podstawie oceny logopedycznej i psychologicznej.

Spśród 62 (100%) zakwalifikowanych do badań dzieci z opóźnieniem w rozwoju języka u 35,4% stwierdzono wysoki stopień ryzyka dysleksji, u 48,3% – stopień umiarkowany, u 9,6% ustalono pogranicze ryzyka, a tylko 4 dzieci, czyli 6,4% badanych, nie wykazywało żadnych objawów zagrożenia specyficznymi trudnościami w nauce czytania. Łącznie wśród dzieci z nieprawidłowym przebiegiem rozwoju języka dzieci z umiarkowanym i wysokim stopniem ryzyka dysleksji stanowiły aż 83,7% badanej populacji.

Interesujący jest rozkład wyników dotyczących rodzaju i stopnia zakłóceń rozwoju funkcji niezbędnych do opanowania sztuki czytania. W grupie dzieci, u których stwierdzono wysokie ryzyko dysleksji, najpoważniejsze opóźnienia zauważono w sferze rozwoju języka (percepcji językowej – u 53,3%, ekspresji – u 73,4% badanych). Drugą z kolei funkcją była motoryka mała – jej opóźnienie wykazywało 46,6% dzieci. U dzieci z opóźnieniem rozwoju mowy, z umiarkowanym stopniem ryzyka dysleksji najczęściej obserwowano ogólną niezborność ruchową (opóźnienie w sferze motoryki dużej), którą stwierdzono u 53,4% badanych. Drugą pod względem frekwencji w tej grupie funkcją była motoryka mała – 53,4% badanych wykazywało jej opóźnienie, a tylko u 33,3% dzieci stwierdzono deficyty językowe (40,0% – w obszarze ekspresji, 26,6% – w sferze

percepcji językowej). Wyniki badań wskazują, że – podobnie jak w przypadku dzieci z SLI oraz z dysleksją – w grupie dzieci z opóźnieniem rozwoju mowy stwierdza się ryzyko dysleksji: im wyższy jest stopień ryzyka dysleksji, tym większe jest zaburzenie rozwoju języka; objawy zaburzeń zachowania językowego były (przez wypełniających skalę opiekunów dzieci) wskazywane jako jedne z poważniejszych i widocznych odchyłeń od normy rozwoju. Uzyskane wyniki świadczą o złożonym charakterze i podłożu tych zjawisk, o ich wzajemnym przenikaniu się i zależności. Warunkiem prawidłowego rozwoju języka jest odpowiedni poziom rozwoju prawie wszystkich funkcji psychomotorycznych. W przypadku czytania, które jest tylko inną formą ekspresji językowej, dziecko – by opanować tę czynność – musi dysponować sprawnym aparatem poznania i działania.

Kolejny etap badań polegał na ustaleniu, jak przebiegał proces rozwoju języka u dzieci zagrożonych dysleksją rozwojową. Na podstawie wywiadu z matką i oceny logopedycznej stwierdzono, że na 96 (100%) objętych badaniami dzieci zagrożonych specyficznymi trudnościami w czytaniu u 69 (71,9%) dzieci rozwój mowy przebiegał nieprawidłowo. Przypomnijmy: u 83,7% dzieci z opóźnionym nabywaniem kompetencji językowej stwierdzono zagrożenie dysleksją; 71,9%, czyli o 11,8% mniej, dzieci z grupy ryzyka dysleksji wykazywało opóźnienie rozwoju mowy, co w przypadku zastosowania wywiadu jako metody gromadzenia materiału badawczego jest mało znaczącą różnicą. Badane matki mogły nie pamiętać szczegółów dotyczących faktów sprzed kilku lat. Przytoczone wartości procentowe wyraźnie wskazują, że opóźnienie rozwoju mowy jest jednym z pierwszych sygnałów ujawniających możliwość wystąpienia w późniejszym czasie innych – poza językowymi – deficytów rozwojowych, które należy uwzględnić w procesie diagnozowania i które powinny być wskazaniem do objęcia wszystkich dzieci z opóźnieniem w nabywaniu kompetencji językowej działaniami profilaktycznymi w kierunku dysleksji.

Dalszymi badaniami szczegółowymi, które miały na celu ustalenie, w jaki sposób manifestowały się zaburzenia rozwoju mowy u dzieci z grupy ryzyka dysleksji, objęto wyłonioną w poprzednim etapie 69-osobową grupę dzieci. Uwzględniając wskaźniki ilościowe, takie jak czas pojawienia się kolejnych etapów rozwoju mowy, opóźnione pojawienie się gaworzenia stwierdzono u 58,3% badanych, późniejsze pojawienie się pierwszych słów – u 55,2%, zdań prostych – u 63,5%, a zdań złożonych – u 61,4%. Uwzględniając aspekt jakościowy (co ustalano na podstawie stopnia zrozumiałości wypowiedzi dziecka przez logopedę), u wszystkich badanych dzieci stwierdzono w tym zakresie opóźnienie, przejawiające się nieprawidłową artykulacją głosek, zmianami fonetycznej budowy złożonych słów (w wyniku stosowania elizji, substytucji, matatez), licznymi agramatyzmami i przedłużającym się okresem swoistej wymowy dziecięcej.

Kolejny problem badawczy, na który starano się w toku badań uzyskać odpowiedź, dotyczył poziomu sprawności językowej dzieci sześciolletnich zagrożonych dysleksją. Na podstawie analizy wyników badań stwierdzono, że najliczniejszą

grupę stanowią dzieci wykazujące niską sprawność językową – aż 69,5% badanej populacji; 22,2% prezentuje przeciętny poziom rozwoju języka i tylko 8,3% dzieci zagrożonych ryzykiem dysleksji uzyskało ocenę wysoką w tym zakresie. Interesujące jest jednak to, że nie ma prostej zależności między poziomem sprawności językowej dzieci zagrożonych dysleksją a stopniem ryzyka dysleksji, gdyż zarówno u dzieci z wysokim oraz umiarkowanym stopniem ryzyka dysleksji, jak i z pogranicza tegoż ryzyka najliczniejszą grupę stanowiły dzieci prezentujące niski poziom sprawności językowej, kolejno: 84,6%; 83,3% i 72,7%. Nie potwierdza się zatem hipoteza, że im wyższe jest ryzyko dysleksji, tym niższa okazuje się sprawność językowa dziecka.

Analizując wyniki TSJ, stanowiące podstawę oceny poziomu sprawności językowej dzieci zagrożonych specyficznymi trudnościami w czytaniu, ustalono, że średni poziom grupy w obszarze językowej sprawności systemowej lokuje badaną populację na pograniczu poziomu sprawności niskiej i przeciętnej, o czym świadczy średnia 4,7 stena. Podobne wyniki uzyskały dzieci z grupy ryzyka dysleksji w podtestach służących do oceny poziomu sprawności komunikacyjnej – średni wynik grupy wyniósł bowiem 4,9 stena. Poziom sprawności językowej badanych dzieci z grupy ryzyka dysleksji jest niski, na co wskazuje średnia 3,9 stena dla całej grupy.

Wnioski z badań

Na podstawie zgromadzonego materiału empirycznego ustalono, że:

- Istnieje korelacja między opóźnieniem rozwoju mowy a zagrożeniem specyficznymi trudnościami w nauce czytania. Zdecydowana większość (83,7%) dzieci z nieprawidłowym przebiegiem rozwoju języka to dzieci z wysokim (35,4%) i umiarkowanym (48,3%) stopniem ryzyka dysleksji.
- U większości (71,9%) dzieci zagrożonych dysleksją rozwój mowy przebiegał nieprawidłowo, choć najczęściej (w przypadku 50,6% badanych) był to lekki stopień opóźnienia. Poza opóźnieniem w tempie przyswajania języka dzieci te wykazują liczne jakościowe odchylenia od normy, zaliczane do symptomów opóźnienia rozwoju mowy.
- Dzieci z grupy ryzyka dysleksji w wieku 6 lat najczęściej nie osiągają wysokiego poziomu sprawności językowej. Żadne dziecko, u którego stwierdzono wysoki stopień ryzyka dysleksji, nie przejawiało wysokiego poziomu rozwoju języka. Nie ma jednak prostej zależności między stopniem ryzyka dysleksji a poziomem sprawności językowej. Wśród wszystkich dzieci zagrożonych dysleksją najliczniejszą grupę stanowiły dzieci z niską sprawnością językową.

- U dzieci z grupy wysokiego stopnia ryzyka dysleksji największe opóźnienie obserwuje się w sferze języka; im niższy jest stopień zagrożenia dysleksją, tym częściej wskazywano opóźnienie rozwoju innych funkcji rozwojowych, m.in. motoryki dużej (w przypadku dzieci umiarkowanie zagrożonych dysleksją) i funkcji wzrokowych (w przypadku dzieci z pogranicza ryzyka dysleksji). Potwierdza się zatem hipoteza, że nieprawidłowy rozwój języka jest jednym z ważniejszych symptomów dysleksji rozwojowej.

W niniejszym opracowaniu, ograniczając analizę jakościową danych i odniesienia do wyników badań innych autorów, przedstawiono jedynie wstępne wyniki szeroko zakrojonych badań.

RENATA TOMASZUK-WIECZOREK

Centrum Zdrowia NZOZ Szpital Powiatowy w Mikołowie

DAWID ŁARYSZ

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Centrum Leczenia Zaburzeń OUN i Wspierania Rozwoju Dzieci „Kangur” w Sosnowcu

Zaburzenia dyskursu w schizofrenii

ABSTRACT: The main aim of the article is to show a spectrum of problems experienced by people with schizophrenia, which emerges as communication disorders. In the area of problems, etiology of the disease and its impact on the discourse are taken into account. The occurrence of disturbed areas of communication outlines a language model which may appear among people with schizophrenia.

KEY WORDS: schizophrenia, schizophrenic speech, discourse, speech disorder

Wstęp

Schizofrenię najczęściej można rozpoznać po treści oraz sposobie mówienia osoby chorej. Rozpad myśli i osobowości czy zaburzenia wytwórcze typu halucynacje i urojenia znajdują swoje odzwierciedlenie w sposobie mówienia oraz w wypowiedzianych treściach.

Schizofrenia jest zagadkowym i najgłębszym zaburzeniem zachowania. Pod tą nazwą kryje się nie jedna choroba, lecz zbiór wielu psychoz o zróżnicowanej etiologii. Najistotniejszym zaburzeniem w ramach schizofrenii jest zakłócony obraz rzeczywistości oraz samego siebie¹.

Emil Kraepelin jako pierwszy przedstawił opis symptomów schizofrenii (omamy, urojenia, upośledzenie uwagi, wycofanie społeczne), które – jak domniemywał – związane są z jedną chorobą *dementia praecox*. Owa łacińska nazwa odnosi się do dwóch podstawowych cech, które zauważył E. Kraepelin, a mianowicie do wczesnego początku choroby oraz do postępującej degradacji w zakresie funkcjonowania intelektualnego. U podstaw choroby doszukał się procesów zwyrodnieniowych

¹ K. KLIMASIŃSKI: *Elementy psychopatologii i psychologii klinicznej*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2000, s. 97.

mózgu, które prowadzą do pogarszania się stanu chorego, w końcu ku upadkowi bez możliwości wyleczenia². Kraepelin zauważył różnice, które umożliwiły oddzielenie schizofrenii od psychozy maniakalno-depresyjnej.

Badania przeprowadzone przez Eugena Bleulera potwierdziły, że choroba ta nie zawsze ma swój początek we wczesnym dzieciństwie i niekoniecznie powoduje degradację funkcji intelektualnych. Badacz ów wyróżnił objawy osiowe, takie jak: autyzm, rozszczepienie emocji, nieadekwatność uczuć, rozszczepienie myśli (rozkojarzenie, rozerwanie toku myśli), czyli przewaga procesu myśli pierwotnych nad wtórnymi. Zauważył także, że schizofrenii towarzyszą objawy psychotyczne typu halucynacje, urojenia, „dziwaczność” zachowania³. W efekcie zaproponował termin „schizofrenia”, który dosłownie „oznacza rozszczepienie, rozdźwięk (*schizo*) w umyśle (*phen*) pomiędzy percepcją a rzeczywistością (a nie między dwiema osobowościami)”. Zgodził się z Kraepelinowskim opisem symptomów choroby, który do dziś jest wykorzystywany w diagnozowaniu schizofrenii⁴.

Odmienne zdanie prezentował Adolf Meyer. Twierdził on mianowicie, że nie istnieją istotne różnice biologiczne i psychologiczne między schizofrenikami a osobami zdrowymi. Jego zdaniem poznawcze i behawioralne dezorganizacje są konsekwencją „deficytu przystosowania” i zaburzeń nawyków, co nie ma związku z zaburzeniami biologicznymi⁵.

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako cechy schizofrenii wskazuje: zakłócenia myśli i spostrzegania oraz niedostosowany i spłycony afekt. Charakterystycznymi objawami tej choroby – najczęściej występującymi – są: „echo myśli, nasyłanie oraz zabieranie myśli, rozgłaśnianie (odsłonięcie) myśli, spostrzeżenie urojeniowe oraz urojenia oddziaływania, wpływu i owładnięcia, głosy omamowe komentujące lub dyskutujące o pacjencie w trzeciej osobie, zaburzenia myśli, objawy negatywne”. Z postępowaniem choroby może dojść do deficytów poznawczych⁶. Właściwie każda osoba cierpiąca na schizofrenię ma problem z koncentracją uwagi oraz z motywacją i niemożnością przeżywania radości⁷.

Według teorii Chrisa Jacksona proces chorobowy ośrodkowego układu nerwowego wyniszcza mechanizmy i struktury wyższe. W procesie tym prawidłowe funkcje psychiczne obniżają się bądź zanikają. Wiąże się to z zanikiem funkcji w obrębie

² M. BIRCHWOOD, CH. JACKSON: *Schizofrenia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla praktyków i pacjentów*. Gdańsk, GWP 2004, s. 30, 62.

³ *Psychoterapia – szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy*. Red. L. GRZESIUK. Warszawa, PWN 1994, s. 295.

⁴ K.T. MUESER, S. GINGERICH: *Życie ze schizofrenią. Poradnik dla rodzin*. Poznań, Dom Wydawniczy Rebis 1996, s. 11–12.

⁵ G. ZALEWSKI: *Kontrowersje wokół schizofrenii*. Białystok, Wydawnictwo Trans Humana 2001, s. 39.

⁶ *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych*. T. 1. Kraków, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius 1994, s. 310.

⁷ K.T. MUESER, S. GINGERICH: *Życie ze schizofrenią...*, s. 14.

struktur wyższych, czyli dochodzi do objawów negatywnych. Wyniszczenie odhamowuje funkcje niższego piętra, które nie pojawiają się u zdrowych osób, zostaje bowiem zakłócone prawidłowe funkcjonowanie mózgu.

Wieloletnie badania i eksperymenty udowodniły, że „nie każda osoba z symptomami psychotycznymi jest schizofrenikiem, a osoby ze schizofrenią nie zawsze są psychotykami. Podobnie, nie każdy pacjent schizofreniczny jest chory w sposób chroniczny i nie wszystkie przewlekłe choroby psychiczne klasyfikuje się jako schizofrenię”⁸. Nie należy również rozpoznawać schizofrenii u osób, u których wystąpiły liczne objawy depresyjne lub maniakalne oraz w przypadku poważnej choroby mózgu, a także gdy zaburzenia powstały na skutek zażycia bądź odstawienia pewnych substancji.

Etiologia schizofrenii

Ryzyko zachorowania na schizofrenię wynosi mniej niż 1%. Dotyczy w równym stopniu obu płci, jednakże w różnym przedziale wiekowym. U kobiet początek choroby objawia się najczęściej między 25. a 35. rokiem życia, a u mężczyzn – między 15. a 25. rokiem życia⁹. Szukając przyczyn schizofrenii, Antony C. Sutton wyróżnił trzy dziedziny wpływające na pacjenta. Są nimi:

- czynniki genetyczne – biorąc pod uwagę wyniki badań przeprowadzonych wśród bliźniąt i w rodzinach adopcyjnych, wskazuje się na podatność dziedziczenia schizofrenii (pogląd ten ma wielu przeciwników);
- środowisko rodzinne – rodzice osób chorych często pozostają w konflikcie i rywalizują o swoje dziecko, co prawdopodobnie przy predyspozycji genetycznej wywołuje stres, będący skutkiem schizofrenii;
- czynniki neurochemiczne – zachwiana równowaga biochemiczna z powodu nadmiernej ilości dopaminy¹⁰.

Daniel Weinberger przedstawił koncepcję neurorozwojową schizofrenii, w której „za istotny uważa się udział czynników uszkadzających przebieg prawidłowego rozwoju centralnego systemu nerwowego”¹¹.

Bardziej precyzyjne wyjaśnienie etiologii choroby proponują Adam Bilikiewicz, Janusz Lewandowski i Piotr Radziwiłłowicz. Dzielą przyczyny schizofrenii na:

⁸ Ibidem, s. 6.

⁹ A. BILIKIEWICZ, J. LANDOWSKI, P. RADZIWIŁŁOWICZ: *Psychiatria. Repetytorium*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2003, s. 65.

¹⁰ A.C. SUTTON: *Psychologia dla pracowników socjalnych*. Gdańsk, GWP 2004, s. 161–162.

¹¹ *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. Red. T. GAŁKOWSKI, G. JASTRZĘBOWSKA. T. 2. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 2003, s. 301.

- Czynniki genetyczne – uwzględnia się tu badania przeprowadzane wśród bliźniąt i w rodzinach adopcyjnych, podobnie jak podaje A.C. Sutton; nie istnieją rozstrzygające badania na ten temat, jednak Tim Crow twierdzi, że genów chorobotwórczych należy szukać wśród genów odpowiedzialnych za rozwój lateralizacji mózgowej i kompetencji językowej (tzw. pseudoautosomalny region chromosomów płciowych).
- Czynniki przed- i okołoporodowe (koncepcja neurorozwojowa) – z wywiadów wśród schizofreników i ich rodzin wynika, że choroba występuje częściej u osób, których matki przechodziły infekcje wirusowe, szczególnie w drugim trymestrze ciąży (powodujące dysfunkcje OUN), a także u osób, które w okresie okołoporodowym doznały urazu struktur hipokampa, kory mózgu oraz jąder podstawy.
- Układy neuroprzebieżnikowe w ośrodkowym układzie nerwowym – stwierdza się, że nadmierne wydzielanie dopaminy do układu limbicznego jest odpowiedzialne za wystąpienie objawów pozytywnych schizofrenii; objawy negatywne związane są z niedoborem dopaminy na drodze ze śródmózgowia do kory czołowej¹², odpowiedzialnej za planowanie i myślenie abstrakcyjne; dopamina jako neurotransmitter łączy regulacje myślenia i reakcje emocjonalne, czyli dwie sfery upośledzone w schizofrenii¹³.
- Czynniki psychodynamiczne i rodzinne – w większości schizofrenicy cechują się prymitywnymi reakcjami obronnymi, co jest konsekwencją fiksacji we wczesnych stadiach rozwoju osobowości; badania wskazują na wpływ sytuacji rodzinnej na stan chorobowy osoby cierpiącej na schizofrenię; w rodzinie chorego zauważa się nieprawidłowe wzorce komunikowania się, a także patologię rodziny: „Członkowie rodzin chorych na schizofrenię często prezentują styl komunikowania się silnie naładowany emocjonalnie i krytykujący (*high expressed emotion*), często natarczywy i ingerujący, wywołujący poczucie winy (*negative affective style*). Usposabia on do występowania częstszych nawrotów choroby”¹⁴.
- Stresy i czynniki psychospołeczne – pierwszy epizod choroby, a także jej nawroty najczęściej wywołane są przez reakcję stresową; ponieważ chorzy na schizofrenię reprezentują deficyt kompetencji społecznych, takim stresem może okazać się nadmierna stymulacja psychospołeczna, jednak zaniechanie takiej stymulacji może pogłębić u chorego objawy negatywne¹⁵.

Zaburzenia pojawiające się w schizofrenii mają charakter ciągły lub epizodyczny, kiedy występuje jeden albo kilka epizodów z pełną bądź częściową remisją. Występujące objawy mogą przejawiać deficyt postępujący lub mieć charakter stabilny¹⁶. Podczas zaostrzenia choroby pogarszają się symptomy chroniczne,

¹² A. BILIKIEWICZ, J. LANDOWSKI, P. RADZIWIŁŁOWICZ: *Psychiatria ...*, s. 68.

¹³ K.T. MUESER, S. GINGERICH: *Życie ze schizofrenią...*, s. 25.

¹⁴ A. BILIKIEWICZ, J. LANDOWSKI, P. RADZIWIŁŁOWICZ: *Psychiatria...*, s. 68.

¹⁵ *Ibidem*, s. 68.

¹⁶ *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych...*, s. 310.

a symptomy, które uległy remisji, powracają. Najczęściej w takiej sytuacji pacjent wymaga hospitalizacji¹⁷.

Badania przeprowadzone przez Jonesa i współpracowników udowodniły, że osoby chore na schizofrenię we wczesnym dzieciństwie zaczęły późno chodzić i trzy razy częściej miały problemy z mówieniem. Wybierały samotne zabawy, a ich osiągnięcia szkolne były ograniczone. W okresie adolescencji osoby te cechowały się niską interakcją społeczną oraz ogólnym lękiem. Okazało się, że matki osób, które w późniejszym czasie zachorowały na schizofrenię, miały problemy z wypełnianiem obowiązków rodzicielskich i z rozumieniem dziecka, co stało się przyczyną i/lub skutkiem trudności rozwojowych¹⁸.

Zaburzenia dyskursu w schizofrenii

Dyskursem jest – pozwalający się analizować – cały akt komunikacyjny, składający się z uporządkowanej wypowiedzi odwołującej się do racjonalnych argumentów, a także odtwarzającej spójny tok rozumowania. Michel Foucault za dyskurs uznaje teksty i wypowiedzi związane z określoną sferą życia społecznego, która niesie za sobą reguły i zależności wytwarzania komunikatów¹⁹. Należy jednak rozróżnić „tekst” i „dyskurs” – „tekst” w procesie komunikacji odnosi się do pojedynczego nadawcy, natomiast „dyskurs” obejmuje całokształt wymiany informacji pomiędzy osobami biorącymi udział w akcie komunikacji²⁰. Dyskurs jest także siłą określającą sposób ludzkich zachowań²¹. Określenie to stosowane jest jako przeciwieństwo wypowiedzi zawierającej elementy perswazyjne lub ekspresyjne. Dyskurs „określa zasady budowania różnych typów wypowiedzi i z tego względu współtworzy różne dziedziny działalności i różne sfery kultury. Rozumiany jest najszerzej jako zespół zachowań słownych, charakterystycznych dla danej kultury”²². Ida Kurcz uważa, że dyskurs składa się z minimum dwóch wypowiedzi posiadających początek i koniec. Wypowiedzi te powinny być ze sobą powiązane, najczęściej jako pytanie i odpowiedź w formie tekstowej lub konwersacyjnej. Przekładami dyskursu są: rozmowa, opowiadanie, lekcja szkolna, wykład, rozprawa w sądzie itp.²³

¹⁷ K.T. MUESER, S. GINGERICH: *Życie ze schizofrenią...*, s. 19.

¹⁸ M. BIRCHWOOD, CH. JACKSON: *Schizofrenia...*, s. 55–56.

¹⁹ M. FOUCAULT: *Archeologia wiedzy*. Warszawa, PIW 1977.

²⁰ O. PRZYBYŁA: *Akty mowy w języku nauczycieli*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2004, s. 13–14.

²¹ M. PAĆHALSKA: *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu*. T. 2. Warszawa, PWN 2007, s. 119.

²² *Dyskurs*. W: *Słownik pojęć i tekstów kultury. Terytoria słowa*. Red. E. SZCZĘŚNA. Warszawa, WSiP 2002, s. 47.

²³ I. KURCZ: *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa, PWN 2000, s. 147; por. także O. PRZYBYŁA: *Akty mowy w języku nauczycieli...*

Dyskursowi towarzyszą składniki niewerbalne, takie jak: mimika, pantomimika, gesty, symptomy emocji, m.in. śmiech, prozodia, akcent, właściwości głosu oraz interpunkcja w tekście pisany²⁴.

Celem analizy dyskursu jest ujawnienie „pojęciowych elizji i pomyłek, za pomocą których język sprawuje swoją władzę”²⁵, oraz wyjaśnienie mechanizmów oddziałujących na relacje społeczne, na które składają się:

- przedmioty, których wypowiedź dotyczy;
- miejsca, skąd padają wypowiedzi;
- pojęcia formułujące dyskurs;
- powstające motywy i teorie²⁶.

Głównymi czynnikami relacji społecznych kierowanych przez pewne reguły są rozumienie i interpretacja tego, co się mówi, robi²⁷. W chorobie, jaką jest schizofrenia, czynniki te są zaburzone.

Językowy model schizofrenii – schizofazja

Mowa osoby chorej na schizofrenię jest świadectwem specyficznego sposobu myślenia. Zdarza się, że język schizofrenika nie odbiega od przyjętych norm, jednakże prezentowana treść wypowiedzi świadczy o paranoidalnym myśleniu. Chory nadaje słowom szczególne, symboliczne znaczenie. Nieraz zdarza się, że chory nie znajduje odpowiednich słów, aby opisać swoje przeżycia, dlatego tworzy własne określenia, nadając im magiczny charakter. Antoni Kępiński zauważył, że w toku jednej wypowiedzi schizofrenika narastają lub pulsują fragmenty rozkojarzenia. Mimo tego zostaje zachowana poprawność artykulacyjna, gramatyczna, składniowa, a nawet słowotwórcza, pełna niezwykłych zestawień wyrazów²⁸.

Ten specyficzny rodzaj wypowiedzi nazwano schizofazją. Termin ten oznacza rozszczępienie mowy, czyli brak logicznego związku między fragmentami wypowiedzi, które zawierają bezmyślnie wypowiedziane bezsensowne dźwięki, słowa, głoski oraz fragmenty zdań. Schizofazja przejawia się jako zaburzenie toku mowy u osób chorych psychicznie²⁹ oraz nadużywających substancji psychoaktywnych³⁰. Jest ona

²⁴ I. KURCZ: *Psychologia języka i komunikacji...*, s. 156.

²⁵ D. HOWARTH: *Dyskurs*. Przeł. A. GĄSIOR-NIEMIEC. Warszawa, Oficyna Naukowa 2008, s. 15.

²⁶ *Ibidem*, s. 87.

²⁷ *Ibidem*, s. 196–198.

²⁸ A. KĘPIŃSKI: *Schizofrenia*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1979, s. 65–78.

²⁹ E. M. SKOREK: *Z logopedią na ty. Podręczny słownik logopedyczny*. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls 2009, s. 144–143.

³⁰ T. WOŹNIAK: *Standard postępowania logopedycznego w schizofazji*. „Logopedia”, T. 37: 2008, s. 314.

jednym z objawów procesu schizofrenicznego. Bardzo często osoba ze schizofazją mówi o sobie w drugiej lub trzeciej osobie z dominującą formą monologu. Dochodzić może również do całkowitego zerwania kontaktu z otoczeniem³¹.

David Forrest na podstawie własnych badań doszedł do wniosku, że nie istnieje swoisty „język schizofreniczny”. Jego zdaniem język używany przez schizofreników jest zbliżony do aktu poezji. Chory tworzy, a nie tylko opisuje, komunikuje, odgrywa³². Specyficzne są jednak pewne zjawiska językowe, stosowane przez chorych.

Zmiany językowe narastają stopniowo w logicznym ciągu: ubóstwo treści, zbaczanie wypowiedzi, nielogiczność, niedokojarzenie (niedostateczne różnicowanie), rozkojarzenie. Wypowiedzi przybierają formę „porozrywanych wątków, wzbogaconych o neologizmy, perseweracje, echolalie i dziwne związki kojarzeniowe. Ciąg taki jest jednak bardziej teoretyczny niż praktyczny, trudno bowiem zaobserwować ową stopniowość narastania zmian struktury wypowiedzi”³³.

Temat zaburzeń językowych w schizofrenii podjął Tomasz Woźniak. Werbalne wypowiedzi osób chorych zostały przez niego zinterpretowane na podstawie własnych badań pacjentów ze schizofrenią oraz publikacji naukowych z tego zakresu. T. Woźniak współpracował z Andrzejem Czernikiewiczem, który twierdzi, że w schizofrenii występuje „regres do »dziecinnych« czy »barbarzyńskich« stylów myślenia przy uwzględnieniu rozwoju osobniczego lub gatunkowego człowieka”³⁴. Woźniak wyodrębnił dwa dominujące nurty w badaniach mowy w chorobach psychicznych: nurt opisowy / psycholingwistyczny, który ma na celu wskazanie specyfiki i odrębności języka w schizofrenii, oraz nurt lingwistyczny, który bada funkcjonowanie systemu języka w chorobach psychicznych. Wyróżnia się również dwie postawy: „spontaniczną” i „konkretną”. Ta druga dominuje u osób chorych na schizofrenię. Przejawia się redukcją znaczenia abstrakcyjnych słów, obniżeniem złożoności i metaforyczności wypowiedzi, niezdolnością do formułowania abstrakcyjnych koncepcji oraz błędami językowymi, wynikającymi z nadmiernego włączania kontekstu sytuacyjnego do wypowiedzi³⁵.

Stanisław Grabias wskazuje symptomy, łączące się w patologię językową w schizofrenii. Są nimi dysfunkcje:

- pamięci operacyjnej;
- strategii i organizacji myślenia;
- rozumienia;

³¹ E. KOZANECKA: *Zaburzenia komunikacji związane z zaburzeniami psychicznymi*. W: *Logopedia – pytania i odpowiedzi...*, s. 300.

³² *Schizofrenia, kultura i subiektywność – na krawędzi doświadczenia*. Red. J.H. JENKINS, R.J. BARRETT. Przeł. J. BOBRZYŃSKI. Kraków, Wydawnictwo Libron 2005, s. 49.

³³ E. KOZANECKA: *Zaburzenia komunikacji...*, s. 300.

³⁴ T. WOŹNIAK: *Zaburzenia języka w schizofrenii*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej 2000, s. 21.

³⁵ *Ibidem*, s. 21.

- nazywania i fluencji słownej;
- pamięci operacyjnej;
- pamięci słuchowej krótkotrwałej³⁶.

Do oceny zaburzeń językowych najczęściej wykorzystuje się „Skalę do oceny myślenia, języka i komunikacji” (TLC), którą opracowała Nancy Adreasen, a na język polski przełożył A. Czernikiewicz. Skala ta dotyczy następujących fenomenów językowych:

- „1) Ubóstwo mowy – zmniejszenie ilości mowy spontanicznej, co powoduje, że odpowiedzi na pytania są krótkie i pozbawione dodatkowych informacji.
- 2) Ubóstwo treści – wypowiedzi są adekwatne do ich długości, ale przynoszą małą ilość informacji; język staje się dziwny, nadmiernie abstrakcyjny lub nadmiernie konkretny, występują repetycje i stereotypie.
- 3) Natłok mowy – wzrost ilości mowy spontanicznej w porównaniu z oczekiwaniami sytuacyjnymi lub społecznymi; wypowiedzi głośne, emfaticzne, trudne do przerwania, przy tempie przekraczającym 150 słów na minutę.
- 4) Mowa roztargniona – w czasie wypowiedzi lub dyskusji nadawca przerywa nagle tekst lub zdanie, ogniskując swoje zainteresowanie na aktualnych bodźcach zewnętrznych.
- 5) Uskokowość – odpowiedź na pytanie od początku jest oboczna lub w ogóle niezwiązana z tematem pytania.
- 6) Zbaczanie wypowiedzi – wzorce mowy spontanicznej, w której wypowiedzenia zbaczają z głównego wątku; w jednej wypowiedzi obserwuje się kilka niepowiązanych ze sobą tekstów.
- 7) Rozkojarzenie – wzorce mowy, w których tekst rozbity jest na poziomie zdań, często z zaprzeczeniem regułom gramatyki.
- 8) Nielogiczność – wzorce mowy, w których wnioski nie są osiągnane w sposób logiczny.
- 9) Dźwięczenie – wzorce mowy, w których dźwięki mają decydujące znaczenie przy doborze słów.
- 10) Neologizmy – nowe formacje słowne, których pochodzenie wydaje się niezrozumiałe.
- 11) Przybliżenia słowne – używanie zwykłych słów w nowy, często prywatny sposób lub tworzenie nowych terminów za słów ogólnie znanych.
- 12) Drobiazgowość – wzorce mowy niebezpośredniej, przeładowanej detalami, ale bez cech natłoku mowy.
- 13) Utrata celu – niezdolność wypowiedzi do osiągnięcia naturalnego finału tekstu, ale bez wyraźnych cech zbaczania wypowiedzi.
- 14) Persewercje – ciągłe używanie słów lub zdań na zasadzie repetycji, poza repetycjami uwarunkowanymi społecznie.

³⁶ S. GRABIAS: *Zaburzenia mowy*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej 2001, s. 367.

- 15) Echolalia – wzorce mowy, w których odbiorca jak echo powtarza frazy pytającego, zwykle z jego intonacją.
- 16) Blokowanie – przerywanie ciągów zdaniowych co najmniej kilkusekundowymi blokami, przy czym nadawca nie uświadamia sobie obecności tych przerw.
- 17) Mowa sztuczna – wypowiedzi sztuczne, formalne, frazeologiczne, kaznodziej-skie, z innym niż oczekiwano genrem mowy.
- 18) Odnoszenie do siebie – nawracanie tematyczne wypowiedzi do osoby mówcy, pomimo ogólnego czy neutralnego tematu zadanego tekstu³⁷.

Badania wykazały, że w chorobie, jaką jest schizofrenia, powszechnie występują zaburzenia językowe. Najczęściej chorych cechują: ubóstwo treści (2), zaburzenia wypowiedzi (6) oraz mowa sztuczna (17). Rzadko spotyka się w schizofrenii dźwięczenie (9), neologizmy (10), rozkojarzenie (7), jednak występowanie każdego z nich świadczy nie tylko o zaburzeniach językowych, ale również o dezorganizacji psychicznej³⁸.

Specjaliści dążyli do ustalenia obszaru językowego, jaki najczęściej zostaje zaburzony w wypowiedziach schizofreników. Na podstawie badań wywnioskowano, że:

- Składnia charakteryzuje się anakolutycznością wypowiedzi (są one pozbawione związku, nielogiczne) oraz zastosowaniem przeważającej liczby wypowiedzi pojedynczych, a tym samym redukcją zdań złożonych. Zdania są schematyczne. Należy jednak dokonać wnikliwej analizy, czy jest to spowodowane chorobą, czy też przeważnie niskim wykształceniem, a także ustalić, czy czynnikiem na to wpływającym jest fakt badania języka mówionego³⁹.
- Metatekst u osób chorych na schizofrenię występuje bardzo często. Analiza operatorów metatekstowych wskazuje na patologie językowe, takie jak redukcja wyrażen metatekstowych oraz budowanie tekstu opartego wyłącznie na operatorach metatekstowych przy bezsensownej treści. T. Woźniak interpretuje analizę metatekstu jako symptom myślenia konkretnego, czyli występowanie „niestałości i płynności sądów, podawanie danych w przybliżeniu, skłonność do persewencji, bierne spostrzeganie, wikłanie się przy próbach ogarnięcia całości”⁴⁰.
- Leksyka w badaniach sprowadza się do analizy powszechnie występujących w chorobie neologizmów. Zaobserwowano neologizmy strukturalne (5%), znaczeniowe (11%), formy obce oraz zapożyczone z innych języków (8,5%), formy pozasystemowe / idiolektalne (75%). Pojawia się nasilająca „dezintegracja związków między nazwą a znaczeniem”. Zaburzeniu ulegają znaczenia słów oraz relacje pomiędzy wyrazami⁴¹.

³⁷ T. WOŹNIAK: *Standard postępowania logopedycznego...*, s. 314–315.

³⁸ Ibidem, s. 315.

³⁹ IDEM: *Zaburzenia językowe w schizofrenii...*, s. 41–80 oraz 149–150; IDEM: *Narracja w schizofrenii*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej 2005.

⁴⁰ IDEM: *Zaburzenia językowe w schizofrenii...*, s. 150–151.

⁴¹ Ibidem, s. 151–152.

- Fonetyka nie jest zaburzona z powodu choroby. Wskazuje się na zmianę poziomu głośności wypowiedzi chorego, co oznacza zmianę rodzaju i znaczenia wypowiedzi, z czym łączy się zmiana tematu, to zaś sugeruje pojawienie się nowych interakcji⁴², do których dochodzi w trakcie kontaktu interpersonalnego z inną „rzeczywistą” osobą z powodu objawów pozytywnych, np. omamów słuchowych.

Stwierdza się, że w schizofrenii dochodzi do naruszenia spójności syntaktycznej wypowiedzi, czyli do zaburzenia stopnia gramatycznej i systemowej budowy tekstu. W chorobie występuje brak poprawności gramatycznej wypowiedzi powiązanej metatekstem z odpowiednio zastosowanym czasem oraz zaimkami. Zaobserwować można również nieoczekiwane zmiany tematyczne, których nadawca nie wprowadza do wspólnego pola wiedzy z odbiorcą⁴³.

W zależności od fazy chorobowej dochodzi do pojawienia się „pojedynczych niezrozumiałych tematów, po których następuje powrót do głównej linii wypowiedzi, poprzez zwiększenie liczby tematów niezrozumiałych, aż po całkowite zerwanie komunikacji”⁴⁴.

Woźniak, podsumowując rozważania dotyczące spójności wypowiedzi, stwierdza, że „powiązanie zjawiska nakładania się wielu interakcji w procesie komunikacyjnym z jednoczesnym wynikającym z tego ustaniem działania kodu symbolicznego jest [...] jedynym klarownym sposobem wyjaśnienia procesu zaburzeń językowych w schizofrenii [...]”. Wydaje się zatem, że nakładanie się wielu interakcji w jednym czasie jest wynikiem zupełnego zaburzenia w procesie rozróżnienia bodźców zewnętrznych i wewnętrznych⁴⁵.

Jeżeli pod uwagę zostanie wzięty model zaburzeń językowych w schizofrenii, to okaże się, że u jego podstaw leży współzależność występujących w wypowiedziach chorych patologicznych zjawisk. Są nimi zaburzenia interakcji spowodowane nakładaniem się w tym samym czasie wielu interakcji (zewnętrznych i wewnętrznych) oraz przechodzenie z kodu symbolicznego do konkretnego i z powrotem.

Organizacja wypowiedzi w kodzie konkretnym charakteryzuje się:

- detalizacją i drobiazgowością opisu;
- gubieniem celu wypowiedzi;
- przyporządkowaniem słowom nowych znaczeń;
- posługiwaniem się paronimią (podobieństwem brzmieniowym).

Cechy te sprzyjają tworzeniu się neologizmów idiolektalnych⁴⁶.

W wypowiedziach chory miesza informacje, które nadaje dla świata zewnętrznego i wewnętrznego. U źródła tych zaburzeń tkwią omamy, najczęściej słuchowe,

⁴² Ibidem, s. 153.

⁴³ Ibidem, s. 153–160.

⁴⁴ Ibidem, s. 164.

⁴⁵ Ibidem, s. 171.

⁴⁶ Ibidem, s. 178.

będące „efektem zniesienia kontrolnej funkcji płatów czołowych i uaktywnienia się czynności pozostałej części mózgu, szczególnie płatów skroniowych”⁴⁷.

Ponieważ schizofrenia ma przebieg epizodyczny, nie dochodzi do trwałej konkretyzacji wypowiedzi. Zauważalny jest powrót do układu hierarchicznego, który pozwala utrzymać pożądany kontakt ze światem⁴⁸.

Zaburzenia komunikacji w schizofrenii

Napięcia emocjonalne towarzyszące chorobie osiągają apogeum wytrzymałości, człowiek oscyluje między uczuciami miłości, nienawiści i lęku⁴⁹. W schizofrenii z powodu nasilenia antagonizmu pęka bariera między otaczającą rzeczywistością a „ja” chorego, powodując zmieszanie się świata wewnętrznego i zewnętrznego. Wtedy to pacjent ma wrażenie, że jego myśli, uczucia i akty woli są odczytywane przez otoczenie, a nawet przez nie sterowane i nie zależą już od „ja”⁵⁰.

Schizofrenik w kontaktach interpersonalnych często milczy. Chory nie widzi sensu mówienia do kogoś, kto i tak go nie rozumie lub – w jego odczuciu – jest wrogo nastawiony. „Jego język stał się zbyt osobisty, prywatny, aby mógł posługiwać się nim jako środkiem komunikacji międzyludzkiej”. Chory często przekreśla swoje otoczenie⁵¹.

Z powodu dysfunkcji kory przedczołowej (tym samym elastyczności procesów poznawczych, zdolności myślenia abstrakcyjnego, monitorowania własnych czynności psychicznych) świadomość chorego oraz krytyczna ocena własnych nieprawidłowych przeżyć są ograniczone⁵². Skutkuje to jakością kontaktów międzyludzkich. Rozpoznawanie skutków zaburzeń oraz ich wpływu na otoczenie wymaga zdolności uświadomienia sobie, w jaki sposób jest się postrzeganym przez otoczenie. Rozpoznawanie perspektywy ocen innych stanowi podstawę prawidłowych relacji społecznych⁵³.

Poważną barierą komunikacyjną dla chorego jest środowisko szpitalne, gdzie panują specyficzne układy stosunków między pracownikami a podopiecznymi. Relacje te mogą wpłynąć na pacjenta terapeutycznie lub – wręcz przeciwnie – traumatycznie, ponieważ w miejscu tym pacjent musi uczyć się nowej roli. Szpital jako

⁴⁷ Ibidem, s. 173.

⁴⁸ Ibidem, s. 180.

⁴⁹ A. KĘPIŃSKI: *Poznanie chorego*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1989, s. 157.

⁵⁰ Ibidem, s. 158–159.

⁵¹ Ibidem, s. 147.

⁵² I. NIEDŹWIEDZKA, A. KUEHN-DYMECKA, J. WCIÓRKA: *Wgląd w chorobę a funkcjonowanie poznawcze osób chorych na schizofrenię*. „Psychiatria Polska”, T. 42: 2008, nr 6, s. 944.

⁵³ Ibidem, s. 952.

obce środowisko jest także źródłem stresu ze względu na brak kontaktu z najbliższymi oraz obawę przed diagnozą, a także niejednokrotnie niehumanitarnym postępowaniem personelu. Pacjent zamyka się w sobie, jeżeli odczuwa, że jest traktowany przedmiotowo jako obiekt eksperymentalny bądź jako „ciekawy przypadek”, szczególnie gdy na codziennym obchodzie lekarskim widzi wiele obcych osób, np. studentów, którzy rozmawiają o pacjencie w sposób dla niego niezrozumiały lub, co gorsza, milczą i zapada cisza. W chorym rodzą się nieufność i brak wiary w słowa swojego lekarza. Lekceważenie jego potrzeb oraz niedotrzymanie obietnicy przez lekarza są ogromnym ciosem dla pacjenta⁵⁴.

W środowisku domowym członkowie rodziny zastanawiają się, czy przyczyną zachowania chorego są objawy schizofrenii czy jego osobowość. Ta niejasność sytuacji odzwierciedla się w zaburzonej komunikacji między członkami rodziny, ponieważ nie wiadomo, czy chory jest odpowiedzialny za swoje zachowanie⁵⁵.

W poradniku dla rodzin, w których egzystuje osoba chora na schizofrenię, proponuje się pewne strategie umożliwiające poprawę wzajemnej komunikacji, m.in.:

- „– ustanowienie dobrego kontaktu wzrokowego;
- mówienie wolne, krótkimi zdaniami i z regularnymi pauzami;
- zwięzłość i mówienie na temat;
- stawianie otwartych pytań sprawdzających, jak druga osoba zrozumiała rozmowę;
- w przypadku dużej trudności z komunikowaniem się, ponawianie próby rozmowy w innym czasie”⁵⁶.

Badania Georga W. Browna, Georga Morrisona Carstairsa oraz Geffreya Toppinga wskazują, że osoby chore na schizofrenię, które zdecydowały się zamieszkać z rodziną, są bardziej narażone na nawrót choroby niż osoby mieszkające oddzielnie. Spowodowane jest to nadmiernym „zaangażowaniem emocjonalnym krewnych”⁵⁷.

Podsumowanie

Klinicyści i badacze mają problemy – z punktu widzenia chorych – ze zrozumieniem schizofrenii, ponieważ nie doświadczyli jej osobiście, nie mają informacji „z pierwszej ręki”, nie zostali też poddani leczeniu neuroleptykami, a tym samym nie odczuwali ich skutków ubocznych, nie doświadczyli również hospitalizacji czy

⁵⁴ M. HEBANOWSKI, J. KLISZCZ, B. TRZECIAK: *Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 1999, s. 72–76.

⁵⁵ K.T. MUESER, S. GINGERICH: *Życie ze schizofrenią...*, s. 173.

⁵⁶ *Ibidem*, s. 287.

⁵⁷ M. BIRCHWOOD, CH. JACKSON: *Schizofrenia...*, s. 81.

przymusowego leczenia. Przeszkodą – w zrozumieniu schizofrenika – nie są więc jedynie chęci, ale również możliwości⁵⁸.

Jakie zaburzenia językowe prezentuje pacjent chory na schizofrenię? – odpowiedź na to główne pytanie badawcze nie jest prosta. Osoba chora na schizofrenię po zastosowaniu skutecznego leczenia, wypisana do domu, prezentuje w wypowiedziach jedynie ubóstwo mowy. Udzielane przez nią odpowiedzi na pytania są krótkie i rzeczowe. Nieliczne pomyłki w wypowiedzianiu obcojęzycznych słów używanych powszechnie mogą być spowodowane niskim wykształceniem lub potocznym wyrażaniem się wśród kolegów. Najwięcej zaburzeń językowych prezentują osoby, które – według KSOS – prezentują schizofazję w stopniu lżejszym i ciężkim. Występują wtedy: zbaczenie wypowiedzi, ubóstwo treści, natłok mowy, uskokowość, nielogiczność, dźwięczenie, neologizmy, przybliżenia słowne, perseweracje. Objawy schizofazji prawie zawsze świadczą o złym rokowaniu⁵⁹.

Uważa się, że dobre rokowanie ustąpienia epizodu schizofrenii jest możliwe, jednak u większości pacjentów zachodzi konieczność stosowania długotrwałej terapii podtrzymującej. Mniej optymistyczna wizja dotyczy osób, które doświadczają częstych nawrotów chorobowych oraz u których stosowana terapia nie jest skuteczna wobec objawów schizofrenii⁶⁰. Istnieją dowody, że nadanie życiu codziennemu sformalizowanych ram skutkuje pozytywnie w dalszym funkcjonowaniu pacjenta. Im dzień jest lepiej zorganizowany, tym symptomy chorobowe są mniej zauważalne oraz występuje mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań destrukcyjnych. Należy jednak stopniowo wprowadzać zmiany w życiu chorego, ponieważ zbyt wiele bodźców może być nadmiernie stresujących⁶¹.

Zauważyć można pewną tendencję schizofazji, a mianowicie im poważniejszy jest stan psychiczny pacjenta, tym więcej ujawnia się zaburzeń językowych. Niemniej jednak nie wszystkie zaburzenia językowe występujące u jednego schizofrenika powtórzą się u innej osoby cierpiącej na schizofrenię. Dowodzi to nieschematyczności tej choroby oraz różnorodności osobowości, a także zachowanej indywidualności pacjentów, mimo zachorowania na tę samą jednostkę chorobową. Jednak zawsze przebieg schizofrenii jest jak pożar – wybucha gwałtownie, pali się spokojnie, po czym wygasa, zostawiając po sobie popioły i zgliszcz⁶².

⁵⁸ Schizofrenia, kultura i subiektywność..., s. 322.

⁵⁹ T. WOŹNIAK: *Standard postępowania logopedycznego...*, s. 315.

⁶⁰ M. HASLAM: *Psychiatria*. Poznań, Wydawnictwo Zysk i s-ka 1997, s. 228.

⁶¹ K.T. MUESER, S. GINGERICH: *Życie ze schizofrenią...*, s. 270–271.

⁶² A. KĘPIŃSKI: *Schizofrenia...*, s. 56.

MAJA PATALONG-OGIEWA, TATIANA LEWICKA
Centralny Szpital Kliniczny im. Kornela Gibińskiego w Katowicach

Pacjent z uszkodzeniem prawej półkuli w pracy logopedy

ABSTRACT: The article represents the first part of discussion about the functions of the right hemisphere in the language processes. Before 1970s the approach stating that lingual functions are merely connected with the left hemisphere becomes obsolete in the 21st century. Nowadays, modern psychological, linguistic and medical research has clearly showed the relationship between lingual deficits and the damage of the right hemisphere structures. Lingual deficits usually concern disorders such as expression/emotion aprosody, comprehension of complex sentences, problems with semantics and lexis, and so on. These patients with the damaged right hemisphere visit speech and language neurotherapists more frequently since such therapists can minimize communication disorders caused by the right hemisphere damage if the right treatment is applied.

KEY WORDS: right hemisphere, speech disorders, prosody, semantic and lexical disorders

Asymetria i dominacja półkulowa były od dawna tematem wielu prac naukowych. Wyraźnie wskazywano na podział anatomiczny i funkcjonalny półkul. Lewa półkula była zawsze tą „językową”, związaną z aktami mowy. Jej uszkodzenia prowadziły do zaburzeń mowy głównie o typie afazji. Prace takich badaczy, jak Paul Broca¹, Carl Wernicke², dały podwaliny do poznania czynności lewej półkuli mózgu i konsekwencji jej uszkodzenia. Pacjenci po udarach zlokalizowanych w okolicy czołowej i/lub skroniowej półkuli lewej, gdzie mieszczą się ruchowy i czuciowy ośrodek mowy, najczęściej mają zaburzenia mowy o typie afazji. Natomiast pacjenci z udarami prawej półkuli mózgu nie prezentują takich zaburzeń. Dlatego przez całe lata nie

¹ P. BROCKA: *Traité des anévrismes et leur traitement*. Paris, Labé & Asselin 1856; EADEM: *Localisations des fonctions cérébrales. Siège de la faculté du langage articulé*. „Bulletin de la Société d'Anthropologie” 1863, no 4, s. 200–208.

² C. WERNICKE: *Der aphasische Symptomenkomplex. Eine psychologische Studie auf anatomischer Basis*. Breslau, M. Cohn & Weigert 1874; IDEM: *Ueber das Bewusstsein*. „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie” 1879, Bd. 35, s. 420–431 i in.

traktowano półkuli prawej jak okolicy związanej z mową i funkcjami językowymi, toteż pacjentów z udarami prawej półkuli postrzegano jako osoby, „które mówią”.

W latach siedemdziesiątych XX wieku zostało sformułowane twierdzenie o specjalizacji komplementarnej, polegającej na tym, że obie półkule odpowiadają za odmienne funkcje³. Lewa półkula odpowiada za czynności werbalne, a prawa – za niewerbalne, a dokładniej – wzrokowo-przestrzenne. Inna hipoteza dotyczy sposobu przetwarzania informacji. Według niej praca półkuli lewej ma charakter analityczny, natomiast prawej półkuli – syntetyczny, holistyczny.

Wysunięto również hipotezę łączącą twierdzenia o specjalizacji funkcjonalnej oraz o wpływie rodzaju materiału na pracę półkul. Zgodnie z tą hipotezą półkule opracowują różne aspekty tego samego materiału, w zależności od jego dominujących cech.

John Hughlings Jackson⁴ jako pierwszy zwrócił uwagę na rolę prawej półkuli, sugerując, że może pośredniczyć w bardziej automatycznych aspektach językowych i emocjonalnej stronie wypowiedzi⁵. J.H. Jackson jest także autorem koncepcji świadomości obiektywnej i świadomości subiektywnej. Według tego ujęcia z prawą półkulą mózgu związana jest subiektywna świadomość własnej osoby, powstała w wyniku integracji informacji sensorycznych pochodzących z wszystkich części ciała⁶. Tezę tę potwierdza także Aleksander Łuria⁷. Jego zdaniem nieuporządkowane postrzeganie przez pacjenta własnego ciała i osobowości prowadzi do anozognozji, czyli braku postrzegania swojej własnej choroby.

Kolejne teorie dotyczące funkcji prawej półkuli przyniósł dopiero rozwój w XX wieku takich nauk, jak językoznawstwo i neuropsychologia oraz neurolingwistyka. Prowadzono badania nad udziałem różnych części mózgu i ich zaangażowaniem w zachowania językowe. Na tej podstawie stwierdzono, że składnia, semantyka i pragmatyka angażują prawą półkulę mózgu, która pierwotnie była uważana za „niemy obszar mowy”⁸. Również badania innych naukowców⁹ wskazywały na włączanie się prawej półkuli w proces odzyskania niektórych funkcji językowych w przypadku pacjentów z afazją.

³ E. ŁOJEK-OSIEJUK: *Badania zaburzeń językowych po uszkodzeniu prawej półkuli mózgu*. W: *Diagnoza i terapia osób z afazją*. Red. A. BAŁEJKO. Białystok, Wydawnictwa Logopedyczne 2003, s. 71.

⁴ J.H. JACKSON: *Notes on the physiology and pathology of the nervous system*. „Medical Times Gazette” 1868, s. 696.

⁵ Ibidem.

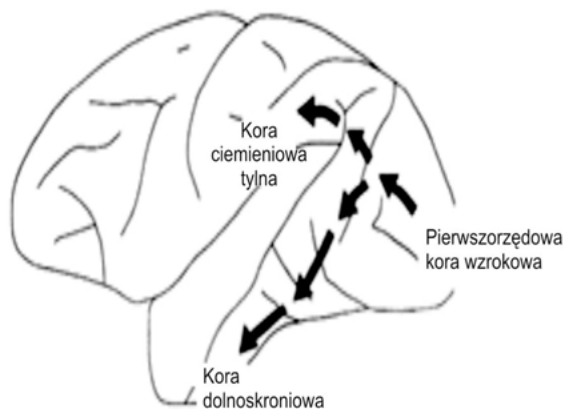
⁶ Ibidem.

⁷ A. ŁURIA: *Language and brain: towards the basic problems of neurolinguistics*. „Brain and Language” 1974, No. 1, s. 1–14.

⁸ J.A. SHIELDS: *Semantic-pragmatic disorder: A right hemisphere syndrome?* „British Journal of Disorders of Communication” 1991, No. 26, s. 383.

⁹ N. HELM-ESTABROOKS: *Exploiting the right hemisphere for language rehabilitation: melodic intonation therapy*. In: *Cognitive Processing in the Right Hemisphere*. Ed. E. PERECMAN. New York, Academic Press 1983; C. CODE: *Language, Aphasia and the Right Hemisphere*. New York, Wiley 1987.

Prawa półkula mózgu odgrywa istotną rolę w przetwarzaniu informacji wzrokowo-przestrzennych. Na początku lat osiemdziesiątych XX wieku, w momencie odkrycia – przez Mortimera Mishkina i Leslie G. Ungerleider – w mózgu naczelnych, w korze nowej dwóch szlaków, którymi biegnie informacja wzrokowa¹⁰, nastąpił przełom w rozumieniu neuronalnego podłoża procesów poznawczych. Strumień grzbietowy, tzw. system „Gdzie?”, łączący korę potyliczną z korą ciemieniową tylną, integrujący zatem wejściowe dane lokalizacyjne o przedmiocie (głębię, ruch, przestrzeń), i dalej z grzbietowo-boczną korą czołową na wyjściu, specjalizuje się w widzeniu przestrzennym. Strumień brzuszny, tzw. system „Co?”, łączący korę potyliczną z korą skroniową dolną, przetwarzający wejściowe informacje o cechach obiektu: kształcie, kolorze, konturze, i dalej z brzuszno-boczną korą przedczołową wyjściowo, wyspecjalizowany jest w rozpoznawaniu przedmiotów.



RYSUNEK 1. Schematyczny rysunek pierwszego modelu L.G. Ungerleider i M. Mishkina (z 1982 roku) dwóch strumieni przetwarzania wzrokowego w korze naczelnych (mózg makaka)

ŹRÓDŁO: A.D. MILNER, M. A. GOODALE: *Mózg wzrokowy w działaniu*. Warszawa, PWN 2008.

Powstała na podstawie tego modelu hipoteza A. Davida Milnera i Melvyna A. Goodale'a¹¹ zakłada, że istnieją dwa układy neuronalne o oddzielnych trybach przetwarzania informacji wzrokowych. W strumieniu brzuszным dokonuje się widzenie dla percepcji w celu tworzenia poznawczych reprezentacji percepcyjnych (system „Co?”), natomiast w strumieniu grzbietowym zachodzi widzenie dla akcji (system „Jak?”).

W myśl ich koncepcji ta sama informacja o kształcie, wielkości i lokalizacji obiektu przetwarzana jest w systemie brzuszным na potrzeby świadomej (*explicite*) percepcji, kodując ich trwałe, istotne, niezależne od lokalizacji cechy w celu klasyfi-

¹⁰ M. MISHKIN, L.G. UNGERLEIDER, K.A. MACKO: *Object vision and spatial vision: two cortical pathways*. „Trends in Neurosciences” 1983, No. 6, s. 414–417.

¹¹ A.D. MILNER, M.A. GOODALE: *Mózg wzrokowy w działaniu*. Warszawa, PWN 2008.

kacji, identyfikowania i rozpoznawania, czym są obiekty, niezależnie od odległości, oświetlenia, rotacji, od tego, gdzie się znajdują, wywołując złudzenie „stałości rozmiaru” kosztem mniejszej precyzji lokalizacyjnej, podczas gdy w systemie grzbietowym informacja przetwarzana i ciągle aktualizowana jest na potrzeby nieuświadomionego (*implicite*) działania „tu i teraz”, natychmiastowej odpowiedzi ruchowej zorientowanej na przedmiot (układy wzrokowo-ruchowe – agenci zombie)¹² w celu lokalizacji, wskazywania, chwytania obiektu, poruszania się w otoczeniu, planowania wykonania kolejnego ruchu, aby bezpiecznie przemieszczać się w środowisku. W obu systemach stosowane są różne strategie kodowania przestrzennego danych. Relacje przestrzenne pomiędzy obiektem a ciałem obserwatora w systemie grzbietowym kodowane są według koordynat przestrzennych skoncentrowanych na ciele, czyli obserwatorze (*body or viewer centered*). W systemie brzuszny kodowanie relacji pomiędzy obiektami w przestrzeni – niezależnie od ciała obserwatora – odbywa się wedle koordynat skoncentrowanych na obiekcie (*object centered*) w allocentrycznym układzie odniesienia¹³. W przestrzeni okołoosobowej, w której podejmowane jest działanie w stosunku do bliskich obiektów, będących w zasięgu ręki, przeważa egocentryczna reprezentacja świadomości przestrzennej, podczas gdy w stosunku do dalekich obiektów w przestrzeni pozaosobowej, pozostających poza zasięgiem ręki, przewagę ma reprezentacja allocentryczna¹⁴. System kodowania przestrzennego jest związany z okolicą ciemieniową, która koduje zależności przestrzenne między obiektami, określa strukturę przestrzenną świata. System kodowania przestrzennego w korze ciemieniowej pozwala na generowanie sygnałów uwagi umożliwiających zobaczenie „całej sceny” oraz reprezentacji zależności przestrzennych między obiektami (strumień grzbietowy)¹⁵. Kora ciemieniowa nie jest konieczna do świadomej percepcji bodźca. Świadomość i rozpoznawanie są ściśle związane ze strumieniem brzuszny i okolicami czołowymi.

Zaburzenia będące konsekwencją uszkodzenia tylnych okolic ciemieniowych (zwłaszcza półkuli prawej) w dużej mierze mają naturę przestrzenną (*spatial disorders*)¹⁶. Z uwagi na zdolność jednoczesnej syntezy informacji docierających z otaczającej rzeczywistości głównie prawa półkula posiada kompetencje integrowania w całość danych przestrzennych. Prawopółkulowe możliwości synchronicznego przetwarzania danych w miejscu i czasie kontrastują z właściwościami diachronicznymi półkuli lewej mediującej zjawiska sekwencyjne, stanowiące podstawę m.in. funkcji językowych. Zaburzenia przestrzenne dotyczą kilku obszarów:

¹² CH. KOCH: *Neurobiologia na tropie świadomości*. Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego 2004/2008.

¹³ T. ZAEHLE, K. JORDAN, T. WÜSTENBERG, J. BAUDEWIG, P. DECHENT, F.W. MAST: *The neural basis of the egocentric and allocentric spatial frame of reference*. „Brain Research”, Vol. 1137: 2007, s. 92–103.

¹⁴ Ibidem, s. 92–103.

¹⁵ Ibidem, s. 92–103.

¹⁶ G. VALLAR: *Spatial neglect, Balint-Homes' and Gerstmann's syndrome, and other spatial disorders*. „CNS Spectrums” 2007, No. 12 (7), s. 527–536.

- przestrzeni osobowej (*personal space*) – przestrzeni ciała (*body space disorder*);
- przestrzeni okołosobowej – bliskiej przestrzeni pozaosobowej w zasięgu ręki (*peripersonal, near extrapersonal space disorder*), bazującej na propriocepcji;
- przestrzeni pozaosobowej – dalekiej przestrzeni poza zasięgiem ręki (*far extra-personal space disorder*), bazującej na procesach wzrokowych.

Poznawcze zaburzenia przestrzenne – określające naturę problemu pomijania stronnego – stanowią istotny komponent zaburzeń schematu lub obrazu ciała, zjawisk anozognostycznych i anozognozji. Z przestrzenną specjalizacją prawej półkuli związane są także: zaburzenia przestrzenno-konstrukcyjne (apraksja konstrukcyjna, hyperschematia), apraksja ubierania się, trudności z odnajdywaniem drogi i kierowaniem ruchami ciała w odniesieniu do dużych obiektów, zaburzenia krótkotrwałej pamięci przestrzennej. Apraksja konstrukcyjna często wskazuje na uszkodzenie okolic ciemieniowych, szczególnie w prawej, ale również w lewej półkuli mózgu. Deficyt ten – niestanowiący pojedynczej kategorii klinicznej – odnosi się do heterogenicznego zestawu trudności ujawniających się w zadaniach konstrukcyjnych i rysowania. Przejawia się trudnościami w konstrukcji złożonych obiektów, zorganizowanych z elementów ułożonych w odpowiednich relacjach przestrzennych¹⁷. W prawopółkulowych uszkodzeniach obszarów ciemieniowo-potylicznych można zaobserwować hyperschematię, oznaczającą zaburzoną reprezentację przestrzeni pozaosobowej w postaci lewostronnego zniekształcenia wielkości, przejawiającego się ekspansywną tendencją do rozbudowy oraz rozszerzenia rysunków i konstrukcji przestrzennych w stronę kontrlateralną uszkodzenia, łącznie z perseweracjami w przestrzeni ipsilateralnej uszkodzenia¹⁸. W 1905 roku Pierre Bonnier pierwszy donosił o patologicznej ekspansji przestrzennej reprezentacji ciała pod postacią subiektywnych odczuć dysproporcjonalnie powiększonych części ciała¹⁹. Apraksja ubierania się nie jest w istocie apraksją, gdyż czynność ubierania się należy do złożonych zadań wzrokowo-przestrzennych. Problemy z ubieraniem się wynikają z niezdolności do zgrania osi ciała z osią garderoby. Podobny patomechanizm wydaje się leżeć u podłoża trudności z odnajdywaniem drogi i kierowaniem ruchami ciała w odniesieniu do dużych obiektów. Przyczyny tych zaburzeń upatruje się w uszkodzeniu płata ciemieniowego i okolicy potyliczno-ciemieniowo-skroniowej półkuli prawej. Tu lokalizowane są wewnętrzna reprezentacja pionu oraz kontrola położenia ciała względem siły ciężkości, związane z projekcjami wzgórzowo-ciemieniowymi półkuli prawej²⁰. Patologie tych okolic badacze łączą z osiowymi zaburzeniami postawy, wywołującymi odchylenia percepcji postawy pionowej oraz lateropulsję.

¹⁷ Ibidem, s. 527–536.

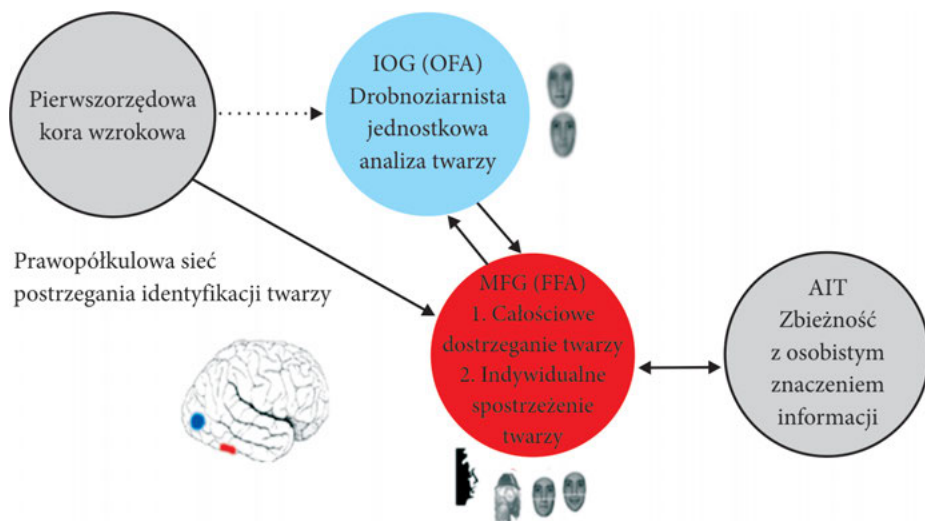
¹⁸ Ibidem, s. 527–536.

¹⁹ G. RODE, C. MICHEL, Y. ROSSETTI, D. BOISSON, G. VALLAR: *Left size distortion (hyperschematia) after right brain damage*. „Neurology”, No. 67: 2006, s. 1801–1808.

²⁰ D.A. PÉRENNOU, G. MAZIBRADA, V. CHAUVINEAU, R. GREENWOOD, J. ROTHWELL, MA. GRESTY, A.M. BRONSTEIN: *Lateropulsion, pushing and verticality perception in hemisphere stroke: a causal relationship?* „Brain”, No. 131: 2008, s. 2401–2413.

Za zaburzenie mające naturę przestrzenną uważana jest prozopagnozja, mająca związek z dysfunkcją specyficznego dla prawej półkuli mózgu procesu rozpoznania i interpretacji znaczenia złożonego, znanego materiału percepcyjnego. Prozopagnozję definiuje się jako ślepotę twarzy, niezdolność do wizualnego rozpoznania twarzy rodziny lub innych znanych sobie twarzy oraz zapamiętania nowych twarzy. Prozopagnozja łączy się czasem z ubytkiem w polu widzenia, agnozą barw oraz agnozą przedmiotów w znaczeniu zaburzonego rozpoznawania indywidualnych elementów ogólnej klasy²¹.

Neuroanatomicznie prozopagnozja wywołana jest obustronnym uszkodzeniem okolic potylicznych albo zniszczeniem kory dolnych rejonów płata potylicznego i skroniowego tylko po stronie prawej w obszarach wyspecjalizowanych w obróbcę i rozpoznawaniu twarzy: potyliczny obszar twarzy (*Occipital Face Area*) i wrzecionowaty obszar twarzy (*Fusiform Face Area*), co przemawia za dominującą rolą półkuli prawej w percepcji twarzy²².



RYSUNEK 2. Potyliczny i wrzecionowaty obszar twarzy w półkuli prawej

ŹRÓDŁO: B. ROSSION: *Constraining. The cortical face network by neuroimaging studies of acquired prosopagnosia.* „NeuroImage”, Vol. 40: 2008, s. 423–426.

Liczne dane literaturowe podkreślają zróżnicowany udział półkul mózgowych w procesach emocjonalnych, wskazując na dominującą rolę półkuli prawej w tym zakresie. Główną rolę w komunikacji emocjonalnej między ludźmi, czyli rozumieniu i wyrażaniu emocji niezależnie od ich znaku, wydają się odgrywać struktury półkuli prawej, szczególnie położone bardziej z tyłu.

²¹ B. ROSSION: *Constraining. The cortical face network by neuroimaging studies of acquired prosopagnosia.* „NeuroImage”, Vol. 40: 2008, s. 423–426.

²² *Ibidem*, s. 423–426.

Percepcja emocji, polegająca na odbiorze oraz rozumieniu stanów emocjonalnych i przeżyć innych ludzi, dokonywana jest w znacznej mierze poprzez odczytywanie niewerbalnych sygnałów wyrażanych w gestach, mimice (interpretacja wyrazu twarzy), a także w samej wypowiedzi (wyczucie brzmienia, intonacji mowy, czyli prozodii emocjonalnej). Ekspresja emocji, czyli wyrażanie stanów emocjonalnych, odbywa się w znacznej mierze poprzez mimikę oraz prozodię emocjonalną (odpowiednią intonację głosu).

Prozodia odnosi się do niejęzykowych aspektów mowy, które mają duże znaczenie dla procesu komunikacji, ponieważ są ważnym nośnikiem informacji. Można wyróżnić – opierając się na opracowaniach Marii Dłuskiej²³ i Piotry Łobacz²⁴ – wiele czynników prozodycznych mowy, takich jak: siła dynamiczna, intonacja, tempo wypowiedzi, zmiany głośności, rytmiczność, wysokość tonu, akcent, melodia. Prozodia jest dzielona na lingwistyczną (językową) i emocjonalną.

Prozodia emocjonalna – stanowiąca afektywny wyraz mowy – poprzedza rozwój i użycie języka w procesach porozumiewania się z otoczeniem. Dzieci w okresie do pierwszego roku życia („okres melodii”) posługują się głosem jako środkiem przekazu swoich emocji, doskonale odczytują również elementy prozodyczne mowy otoczenia, będące wskaźnikiem rodzaju i natężenia przeżywanych emocji podstawowych (radości, strachu, smutku i innych). Prozodia emocjonalna wzmacnia lub podważa przekaz językowy. Okazuje się, że dla odbiorcy bardziej wiarygodna jest informacja prozodyczna niż językowa, jeżeli te dwa przekazy są ze sobą sprzeczne²⁵.

Zaburzenia prozodyczne w uszkodzeniach prawopółkulowych ograniczają możliwości rozumienia i wyrażania komunikatu emocjonalnego. Chorzy z uszkodzeniem prawej półkuli mózgu, szczególnie z objęciem struktur limbicznych: okolicy czołowej, przedniego wzgórza, wyspy i środkowego obszaru skroniowego, mają trudności w rozróżnianiu emocji wyrażanych mimiką twarzy, wykazują cechy aprozodii czuciowej, przejawiają zubożone wyrażanie emocji w mimice twarzy (hipomimia – emocjonalna pareza twarzy) oraz aprozodię ruchową. Zgodnie z hipotezą Elliotta Rossa²⁶ prawopółkulowa organizacja funkcjonalno-anatomiczna prozodii jest paralelna do lewopółkulowej organizacji funkcji językowych z analogiczną do klasyfikacji afazji (Brocka lub Wernickego), ruchową lub czuciową manifestacją zaburzeń prozodycznych.

W aprozodii ruchowej, czyli zaburzeniu emocjonalnego aspektu wypowiedzi z niemożnością odzwierciedlenia uczuć poprzez modulację tonu wypowiedzi, u nadawcy komunikatu obserwujemy spłaszczenie akcentu, brak melodyjności,

²³ M. DŁUSKA: *Prozodia języka polskiego*. Warszawa, PWN 1976.

²⁴ P. ŁOBACZ: *Polska fonologia dziecięca: studia fonetyczno-akustyczne*. Warszawa, Wydawnictwo Energia 1996.

²⁵ K. GURAŃSKI, K. SŁOTWIŃSKI, R. PODEMSKI: *Prozodia mowy w niedokrwiennym udarze mózgu*. „Udar Mózgu. Problemy Interdyscyplinarne” 2008, nr 10 (2), s. 96–103.

²⁶ E.D. ROSS: *The prosodies: Functional-anatomical organization of the affective components of language in the right hemisphere*. „Archives of Neurology” 1981, Vol. 38, s. 361–569.

nową na jednym tonie, nudną, bez intonacji. Aprozodia ruchowa powoduje u odbiorcy komunikatu nieumiejętność zrozumienia emocjonalnego zabarwienia wypowiedzi osoby mówiącej. Pierwsze spostrzeżenia dotyczące prozodii pochodzą z badań prozodii emocjonalnej. Zadanie zaproponowane przez badaczy polegało na rozpoznaniu tonu afektywnego w zdaniach (ton szczęśliwy, smutny, neutralny i gniewny). Osoby z uszkodzoną okolicą skroniowo-ciemieniową prawej półkuli miały trudności w rozpoznawaniu stanów emocjonalnych w wypowiedziach. Badacze zaproponowali – przedstawioną wcześniej – nazwę deficytu: „słuchowa agnozja afektywna” lub „aprozodia emocjonalna”. Hipotezy dotyczące udziału prawej półkuli w przetwarzaniu prozodii można podzielić na takie, które zakładają globalny deficyt prozodyczny po uszkodzeniu prawej półkuli, oraz takie, które przypisują jej znaczenie jedynie w odniesieniu do prozodii emocjonalnej lub proponują kontrolę prozodii wspólnie z lewą półkulą mózgu²⁷.

Badania nad językowymi aspektami uszkodzeń prawej półkuli zostały zapoczątkowane w latach siedemdziesiątych XX wieku. Podstawowe funkcje językowe i porozumiewania się prawej półkuli obejmują procesy leksykalno-semantyczne oraz przetwarzanie złożonego materiału językowego. Procesy leksykalno-semantyczne dają wiedzę na temat słów i obejmują aspekty: fonetyczne, gramatyczne i semantyczne. Posiadanie wiedzy z zakresu leksyki i semantyki pozwala odróżniać słowa realne od bezsensownych, wskazywać grupę semantyczną dla danego słowa. Procesy leksykalno-semantyczne są realizowane w obu półkulach, jednak podkreśla się swoisty wkład prawej półkuli mózgu w tym zakresie. Wszystkie badania, które były prowadzone na materiale leksykalno-semantycznym, wykazywały znacznie gorsze wyniki u osób z uszkodzeniami prawej półkuli. Hiram Brownell i współpracownicy badali rozumienie znaczeń konotacyjnych. Uzyskane przez nich wyniki świadczą o tym, że pacjenci mieli problem z rozumieniem znaczeń konotacyjnych, przy zachowanym rozumieniu aspektów denotacyjnych²⁸. W badaniach prezentowano pacjentom triady słów, np. „kochający” – „zimny” – „głupi”. Należało wskazać dwa najbardziej ze sobą powiązane słowa, dokonując wyboru ze względu na związki denotacyjne („kochający” i „głupi” – jako cechy psychiczne) lub konotacyjne („zimny” i „głupi” – jako kojarzące się negatywnie). Pacjenci z uszkodzoną prawą półkulą preferowali wybór denotacyjny, natomiast osoby zdrowe (w grupie kontrolnej) posługiwały się obiema kategoriami, dokonując wyborów konotacyjnych i denotacyjnych. Właściwe rozumienie sensu słów, a szczególnie tych niejednoznacznych, warunkuje prawidłowe wykorzystanie kontekstu językowego lub sytuacyjnego, w jakim zostały one użyte.

Szczególna rola prawej półkuli w przetwarzaniu złożonego materiału językowego obejmuje: rozumienie i tworzenie dyskursu, wyciąganie wniosków,

²⁷ E. ŁOJEK: *Bateria Testów do Badania Funkcji Językowych i Komunikacyjnych Prawej Półkuli Mózgu: RHLB-PL*. Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych 2007.

²⁸ Ibidem.

integrację informacji, korzystanie z kontekstu, rozumienie informacji metaforycznych. Dyskurs jest – podając za Emilią Osiejuk²⁹ i Grace Shugar³⁰ – strumieniem zjawisk językowych (pisanych lub mówionych), pochodzących z jednego lub więcej źródeł i zachodzących w kontekście sytuacyjnym. Na dyskurs składa się wiele ściśle powiązanych ze sobą poziomów organizacji z zakresu procesów: językowych, poznawczych i społecznych. W wielu badaniach wykazano, że uszkodzenia prawopółkulowe upośledzają proces formowania tekstów w sytuacji komunikacyjnej i wiążą się ze specyficznymi zaburzeniami organizacji oraz treści dyskursu. W badaniach z 1989 roku wykazano, że pacjenci wprowadzali do rozmowy dużo nowych informacji, zbędnych dla głównego tematu, nie wyjaśniali powodu ich wprowadzenia, nie zwracając uwagi na stan wiedzy w umyśle odbiorcy. Według Johna Tonokovicha błędy tego typu mogą pozostawać przez dłuższy czas niezauważone ze względu na spontaniczną reakcję rozmówcy czy osoby badanej, która dopytuje pacjenta o brakujące dane. Kolejne badania wykazały także, że pacjenci z uszkodzoną prawą półkulą nie respektują – jak się wydaje – konieczności współpracy i utrzymania kontaktu w czasie rozmowy, wtrącają nieadekwatne komentarze, udzielają odpowiedzi w zasadzie bez związku z zadaniem pytaniem, przerywają rozmówcy, nie stosując zasad kolejności zabierania głosu. Zauważono również, że pacjenci prawopółkulowi mają zaburzenia planowania wypowiedzi oraz świadomości kontekstu sytuacyjnego, gdy zwracają się z prośbą o coś do swego rozmówcy. Nie przedstawiają wyraźnie powodów swojej prośby lub ich wyjaśnienia są nadmiernie rozbudowane i przesadzone bądź interpretują sytuację stosunkowo mało prawdopodobnie. Zaburzona jest także umiejętność wyciągania wniosków, zarówno z tekstu, jak i sytuacji porozumiewania się, co bezpośrednio wpływa na brak właściwego zrozumienia dyskursu. Zdania badaczy co do przyczyny tego zjawiska są podzielone. Według jednych zaburzenia wyciągania wniosków spowodowane są brakiem aktywacji właściwych znaczeń słów, czyli ograniczeniami semantycznymi. Inni twierdzą, że u podłoża leży zbyt duża aktywacja wielu interpretacji, z których większość jest błędna³¹.

Dominacja prawopółkulowa w wielopoziomowej regulacji zachowań społecznych w zakresie pozajęzykowych aspektów komunikacji interpersonalnej dotyczy także pragmatyki. Pragmatyka oznacza każde celowe użycie języka, charakteryzujące zachowania językowe w sytuacjach społecznych. W półkuli prawej – z uwagi na jej zdolności synchroniczne – zachodzi integracja tekstu z kontekstem, w kontraście do diachronicznych możliwości półkuli lewej, na których bazują procesy językowe oparte na sztywnym linearnym tekście. Błąd pragmatyczny polega na niezrozumieniu

²⁹ E. OSIEJUK: *Problematyka dyskursu w neuropsychologii poznawczej*. Warszawa, Oficyna Wydawnicza Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego 1994.

³⁰ G. SHUGAR, B. BOKUS: *Children building stories: Peer interactive spoken discourse*. „Polish Psychological Bulletin” 1989, Vol. 23, s. 121–138.

³¹ E. ŁOJEK: *Bateria Testów do Badania Funkcji Językowych...*

treści semantycznej wbrew intencji mówcy³². Pragmatyczne zaburzenia porozumiewania się manifestują się zaburzeniami prozodii, dyskursu, wycucia kontekstu, uniemożliwiają rozumienie metafor, ironii, dowcipu.

Deficyty pragmatyczne mogą być konsekwencją prawopółkulowego uszkodzenia mózgu dezintegrującego umiejętność celowego, skutecznego i adekwatnego użycia języka w sytuacji komunikacyjnej w kontekście naturalnych interakcji społecznych. Ich rozpowszechnienie po uszkodzeniu mózgu nie jest znane, gdyż zaburzenia często ujawniają się dopiero w naturalnym kontekście społecznym i mogą pozostać niezauważone w rutynowym badaniu neuropsychologicznym, uniemożliwiając ukierunkowane działania terapeutyczne. Pragnozja definiowana jest jako defekt w pragmatyzmie społecznego stylu komunikacji. Uszkodzenie głównie przednich, czołowych obszarów prawej półkuli i jąder podstawy prowadzi do dyspragmatycznych zachowań, charakteryzujących się „pochopnym przyspieszaniem w przód”, a uszkodzenie prawopółkulowych okolic ciemieniowych generuje „behradne stanie w miejscu”³³. Chorzy z zaburzeniami pragmatyki, dezintegrującymi prawopółkulowy społeczno-emocjonalny, funkcjonalny aspekt komunikacji, okazują się o wiele mniej skuteczni w procesie porozumiewania się z otoczeniem niż chorzy z deficytami komunikacji werbalnej, spowodowanymi afazją wynikłą z uszkodzenia lewej półkuli mózgu.

W rozumieniu zachowań oraz odszyfrowaniu emocji i doznań innych ludzi podkreślana jest rola systemu neuronów zwierciadlanych (*Mirror Neuron System* – MNS), który może stanowić klucz do empatii i zachowań społecznych. System neuronów zwierciadlanych odkryto u małp na przełomie lat osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku w korze przedruchowej, a u ludzi – w tylnej korze ciemieniowej. Zauważono, że obserwacja (też słuchanie) i wykonanie tej samej czynności uaktywnia tę samą sieć neuronalną. Przypuszcza się, że dzięki temu systemowi w mózgu zostaje utworzona symulacja obserwowanych zachowań, emocji i wrażeń innych osób, wywołując podobny stan w obserwatorze, umożliwiając następnie wgląd w umysły innych i celowe dostrojenie się w relacjach z innymi ludźmi. Zdolności te torują drogę do empatii, czyli współbrzmienia emocjonalnego, współodczuwania, rozpoznania intencji, dając intuicyjną wiedzę na temat zamiarów innych, oraz uczenia się przez naśladownictwo, stanowiące podstawy ludzkiej kultury³⁴.

Podstawą przystosowawczych zachowań społecznych (poznania, rozumienia społecznego i relacji interpersonalnych) jest posiadanie powiązanej z empatią teorii umysłu (*Theory of Mind* – ToM). Konstruktor został wprowadzony po raz pierwszy

³² M. PĄCHALSKA, B.D. MACQUEEN: *Rozpad pragmatyki u chorych z uszkodzeniem prawej półkuli mózgu*. W: *Jakościowy opis w neuropsychologii. Przekrój zagadnień*. Red. A. HERZYK, B. DANILUK. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej 2002, s. 41–72.

³³ *Ibidem*, s. 41–72.

³⁴ G. RIZZOLATTI, L. FOGASSI, V. GALLESE: *Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action*. „*Nature Reviews Neuroscience*” 2001, Vol. 2, s. 661–670.

w 1978 roku przez Davida Premacka i Guya Woodruffa. ToM jest systemem pojęć, który umożliwia człowiekowi wyciąganie wniosków o stanie umysłu innych ludzi, co z kolei pozwala rozumieć i przewidywać ich zachowania. Procesy zachodzące w umyśle innego człowieka są nieobserwowalne, można o nich wnioskować tylko na podstawie obserwacji mimiki, gestykulacji, wypowiedzi, zachowania, własnego nabytego doświadczenia w kontaktach społecznych i umiejętności uświadamiania sobie własnych stanów umysłu. Zadania angażujące teorię umysłu (ToM) i „ja” (self) aktywują regiony prawej okolicy przedczołowej³⁵. Prawy tylny region ciemieniowy odgrywa szczególną rolę w ToM – pozwala rozróżniać stany kognitywne oraz działanie z perspektywy pierwszo- i trzecioosobowej. Wraz z korą przedczołową pośrodkową może stanowić klucz do odróżnienia siebie od innych³⁶.

Rola prawej półkuli jest ważna przede wszystkim dla relacji człowieka z otaczającym go światem społecznym. Pacjent z uszkodzeniem prawopółkulowym prezentuje specyficzny profil zaburzeń komunikacji ujawniający się w kontekście sytuacyjnym, który wymaga ze strony logopedy specjalnej czujności, odrębnej uwagi diagnostycznej oraz perspektywy terapeutycznej.

³⁵ T.E. FEINBERG, J.P. KEENAN: *Where in the brain is the self?* „Consciousness and Cognition” 2005, Vol. 14, s. 661–678.

³⁶ *Ibidem*, s. 661–678.

MARZENA MACHOŚ

Szkoła Podstawowa nr 14 z Oddziałami Integracyjnymi w Zabrze
Ośrodek Wczesnej Interwencji w Zabrze

Uwagi o ważności wczesnej diagnozy neurologopedycznej

ABSTRACT: The main aim of the article is to show an early logopedic support of communicative development. The article presents guidelines to be followed in a holistic neurologopedic diagnosis concerning the infants and very young children. The author emphasizes that the diagnosis should take into account stimulation of motor responses (orofacial reflexes) and pre-linguistic development.

KEY WORDS: logopedic diagnosis, early intervention

Warunkiem prawidłowego rozwoju mowy jest dojrzewanie odruchów istotnych dla rozwoju mowy, wśród których należy wymienić odruchowe reakcje:

- ssania i połykania;
- szukania;
- kłaniania;
- wymiotną;
- otwierania ust;
- wysuwania języka;
- wargowe;
- żuchwowe.

Prawidłowe reakcje w sferze oralnej są gwarantem akwizycji języka w zakresie umiejętności artykulacyjnych oraz umożliwiają rozwój prawidłowej trakcji oddechowej i stabilizację napięcia mięśniowego w obrębie twarzy.

Dziecko rodzi się z predyspozycjami do posługiwania się rozumem i mową. Predyspozycje te jednak aktywizują się pod wpływem otaczającego środowiska. Za Noamem Chomskim można przyjąć hipotezę, że język jest wrodzony i ujawnia się niejako samoczynnie, gdy tylko dziecko dojrzeje do jego używania¹. Jednak proces

¹ Por. G. KRASOWICZ-KUPIS: *Rozwój metajęzykowy a osiągnięcia w czytaniu u dzieci 6-9-letnich*. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej 1999.

przyswajania języka nie przebiega samoczynnie bez udziału otaczających dziecko osób. Wiele badań dowodzi, że w procesie nabywania mowy ważną rolę odgrywa czynnik społeczny. Dorośli dostarczają dziecku wzorów, jak funkcjonować językowo w określonej społeczności.

Diagnoza neurologopedyczna niemowlęcia obejmuje:

- sprawdzenie budowy aparatu mowy;
- ocenę odruchów orofacjalnych;
- ocenę oddychania, połykania, przyjmowania pokarmów;
- określenie stopnia rozwoju najwcześniejszych umiejętności komunikacyjnych.

Przykładowym narzędziem pozwalającym ocenić umiejętności prelingwalne są karty diagnozy neurologopedycznej niemowlęcia od 0 do 12. miesiąca życia².

Test składa się z trzech części. Pierwszą z nich jest karta zbierająca dane na temat małego pacjenta. W części drugiej gromadzone są informacje związane z budową narządów artykulacyjnych, oddychaniem, piciem i przyjmowaniem pokarmów. Trzecia część zawiera 12 kart umożliwiających zebranie danych na temat zachowań prelingwalnych dotyczących kolejnych miesięcy życia dziecka.

Prezentowane narzędzie powstało na podstawie następujących testów, kart i publikacji:

- „Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa” Theodora Hellbrüggego³.
- „Skala Rozwoju Psychomotoryki Dziecka 0–3” Odette Brunet, Irène Lézine⁴.
- Karty diagnozy Jagody Cieszyńskiej i Marty Korendo⁵.
- J. Cieszyńska, M. Korendo: *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*⁶.
- J. Cieszyńska: *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*⁷.
- Zestawienie wybranych odruchów ustno-twarzowych według koncepcji Swietłany Masgutowej⁸.

² M. MACHOŚ: *Diagnoza neurologopedyczna niemowlęcia od 0 do 12. miesiąca życia. Ocena odruchów ze sfery orofacjalnej oraz umiejętności istotnych dla rozwoju mowy*. Bytom, Wydawnictwo Ergo Sum 2011.

³ L. SADOWSKA: *Rozwój funkcji psychomotorycznych w pierwszym roku życia dziecka*. W: S. MASGUTOWA, A. REGNER: *Rozwój mowy dziecka w świetle integracji sensomotorycznej*. Wrocław, Wydawnictwo Continuo 2009, s. 158–159.

⁴ O. BRUNET, I. LEZINE: *Skala rozwoju psychomotoryki dziecka 0–3*. W: *Wybrane metody diagnozowania i prognozowania rozwoju dziecka do lat 3*. Red. M. JOHN-BORYS. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 1997.

⁵ J. CIESZYŃSKA, M. KORENDO: *Karty diagnozy*. Kraków, Wydawnictwo Edukacyjne 2008.

⁶ EAEDM: *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*. Kraków, Wydawnictwo Edukacyjne 2008.

⁷ J. CIESZYŃSKA: *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*. Kraków, Wydawnictwo Edukacyjne 2001, s. 17–30.

⁸ S. MASGUTOWA, A. REGNER: *Rozwój mowy dziecka...*, s. 52.

- Zmodyfikowane przez Annę Regner zestawienie odruchów ustno-twarzowych według Inge Flehmig⁹.
- Heinz Stefan Herzek: *Pre-speech development of the young infant* [notatki z wykładów Aleksandry Łady, Akademia Medyczna we Wrocławiu (7 października 2007 roku)].
- Prawidłowy rozwój mowy i sposób stymulowania u dzieci od 0 do 36. miesiąca życia według Teresy Kaczan i Anny Regner¹⁰.
- Karty rozumienia i rozwoju mowy w opracowaniu Jacka Kielina¹¹.
- Analiza zachowań komunikacyjnych dziecka (Ayla Mayoison: *It takes Two to Talk*, w opracowaniu Aliny Smyczek).
- „Karty Badania Neurologopedycznego” (w opracowaniu A. Łady na podstawie testu *Sensory-Motor-Speech Evaluation* Hoffmanna A. Müllera).

Karty diagnozy neurologopedycznej znajdują zastosowanie w pracy z bardzo małymi pacjentami. Oto zestawienie, które przybliży wykorzystanie kart diagnozy neurologopedycznej w trakcie konsultacji sześciotygodniowego niemowlęcia:

Dane osobowe

imię i nazwisko – Anna P.

wiek – 6 tygodni

powód zgłoszenia – konsultacja na oddziale intensywnej terapii w Z. w celu oceny odruchów ze sfery orofacjalnej oraz przygotowania do karmienia dziewczynki butelką.

Wywiad

- Dotychczasowe karmienie – Niemowlę było karmione sondą, po rozintubowaniu nie podejmowano prób stymulacji odruchu ssania oraz karmienia „po palcu”, lekarz zwrócił uwagę, że przez pewien czas utrzymywał się odruch szukania.
- **Budowa i funkcjonowanie aparatu artykulacyjnego:**

wargi	zaciśnięte, czerwień warg nadwrażliwa na dotyk, przy pierwszej konsultacji nie występuje odruch otwierania ust
podniebienie	+
język	+
wędzidełko podjęzykowe	+

⁹ http://regnerlogopedia.pl/pl/art_12.htm [dostęp: 2.07.2010].

¹⁰ T. KACZAN, A. REGNER: *Teoretyczne i praktyczne podstawy ustno-twarzowej terapii regulacyjnej według koncepcji Rodolfo Castillo Moralesa*. W: *Neurofizjologiczne metody usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Red. L. SADOWSKA. Wrocław, Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu 2004, s. 172.

¹¹ J. KIELIN: *Rozwój daje radość. Terapia dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim*. Gdańsk, GWP 2004, s. 239.

dziąsła, wędzidełko górne, zęby zgryz	tyłozuchwie
--	-------------

■ **Oddychanie:**

oddychanie w spoczynku	dziewczynka oddycha nosem, usta są domknięte
------------------------	--

■ **Funkcje oralne:**

ssanie – pierś (sekwencyjność)	nie było prób karmienia piersią ze względu na stan niemowlęcia
ssanie – butelka (sekwencyjność, rodzaj smoczka)	po kilkudniowej stymulacji obserwuje się słabe ruchy ssące w trakcie podawania pokarmu przez krótki, bardzo miękki smoczek; dziecko nie podejmuje ssania przy próbie karmienia butelką H.
obserwowana pozycja ułożeniowa dziecka w czasie karmienia piersią / butelką	rodzice po udzieleniu im instrukcji prawidłowo trzymają dziecko (około 45 stopni), główka nie odchyła się
odbicie po karmieniu	często występuje
połykanie	dziecko połyka pokarm; poinstruowani rodzice obserwują odruch połykania i kiedy nie pojawia się (np. przy próbach dopajania kubeczkiem „medeli”), czekają aż wystąpi
dopajanie kubeczkiem	dziecko najchętniej pije z kubka (łatwiej niż „po palcu” i z butelki L.); pokarm podawany jest w bardzo małych porcjach (kropla, dwie); po każdej porcji następuje połyknięcie
reakcja na dotyk w czasie wykonywania badania – dziewczynka reaguje często na dotyk wzmożonym odruchem Moro, twarz i wnętrze jamy ustnej są nadwrażliwe na dotyk	

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne karty diagnostycznej niemowlęcia na podstawie: M. MACHOŚ: *Diagnoza neurologopedyczna niemowlęcia od 0 do 12. miesiąca życia. Ocena odruchów ze sfery orofacjalnej oraz umiejętności istotnych dla rozwoju mowy*. Bytom, Wydawnictwo Ergo Sum 2011.

Ocena odruchów (pierwsza wizyta, wtorek, 8 maja 2012 roku)

Odruchy	Jest + Brak –	Uwagi
Odruch Babkina	–	brak odruchu w czasie pierwszego badania
Odruch otwierania ust [do 4. miesiąca życia integracja]	–	odruch nie wystąpił w trakcie badania

Odruch ssania [wygasa między 1. a 2. rokiem życia]	- +	na początku badania odruch nie wystąpił, pojawił się po kilkuminutowej stymulacji i był realizowany na podniebieniu
Odruch szukania [do 3. miesiąca życia]	-	odruch nie wystąpił – sprawdzany był kilka razy; lekarz udzielił informacji, że przez jakiś czas występował
Odruch wymiotny	+	po podawaniu pokarmu dziecko wymiotuje (z wywiadu), jednak przy karmieniu w mojej obecności dziecko nie zwróciło pokarmu
Odruch kłaniania [do 4.-8. miesiąca życia]	+	odruch słaby
Odruch ryjkowy [do 3. miesiąca życia]	-	
Odruch zuchwowy	+	
Odruch akustyczno-twarzowy	+	
Rozwój mowy		
Krzyk		nie zaobserwowałam
Dźwięki przypominające głoski „a”, „e”, „ehé”	-	
Placz – jako komunikat; monotony, mało zróżnicowany, nosowy, szybki – spowodowany krótkim oddechem	+	placz cichy, przytłumiony
Dźwięki podczas picia	-	nie wystąpiły
Dźwięki krtaniowe podczas połykania, spania – zbliżone do sapania	-	nie wystąpiły
Marudzenie – rodzaj zachowania globalnego jako zachowanie przed płaczem	+	
Zachowania społeczne		
Skupianie wzroku na twarzy osoby dorosłej; na widok twarzy dziecko nieruchomieje na chwilę	+	dziecko skupia wzrok na twarzy mamy w czasie karmienia
Kontakt ze światem poprzez dotyk (reakcja na dotyk / nadwrażliwość)	+	
Percepcja		
Fiksowanie wzroku na czerwonym przedmiocie	+	dziecko patrzy na czerwone korale i na zabawkę

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne oceny odruchów niemowlęcia na podstawie: M. MACHOŚ: *Diagnoza neurologopedyczna niemowlęcia od 0 do 12. miesiąca życia. Ocena odruchów ze sfery orofacialnej oraz umiejętności istotnych dla rozwoju mowy*. Bytom, Wydawnictwo Ergo Sum 2011.

Zalecenia:

- stymulacja odruchu ssania (palec);
- masaże wnętrza jamy ustnej i twarzy przed posiłkiem (zaczynając od części ciała oddalonych od twarzy: nóżki, brzuszki);
- odpowiednia pozycja złożeniowa przy karmieniu, pozycja do odbicia;
- zabiegi pielęgnacyjne „w ustawieniu symetrycznym” (na wprost dziecka, nie z boku);
- zawieszenie nad łożeczką zabawki w zdecydowanym kolorze;
- stymulacja z konturowym wizerunkiem twarzy.

Ocena odruchów (druga wizyta, czwartek, 24 maja 2012 roku)

Odruchy	Jest + Brak -	Uwagi
Odruch Babkina	-	brak odruchu w czasie drugiego badania
Odruch otwierania ust [do 4. miesiąca życia integracja]	+!	odruch nie wystąpił w trakcie poprzedniego badania
Odruch ssania [wygasa między 1. a 2. rokiem życia]	+	odruch występuje; odroczone; pojawia się dopiero po dłuższej stymulacji (silniejszy na podniebieniu)
Odruch szukania [do 3. miesiąca życia]	+!	
Odruch wymiotny	+	od ostatniej wizyty niemowlę nie zwracało pokarmu po żadnym posiłku
Odruch kłusania [do 4.-8. miesiąca życia]	+	odruch słaby
Odruch ryjkowy [do 3. miesiąca życia]	-	
Odruch zuchwowy	+	
Odruch akustyczno-twarzowy	+	
Rozwój mowy		
Krzyk		nie zaobserwowałam
Dźwięki przypominające głoski „a”, „e”, „ehé”	-	
Płacz – jako komunikat; monotony, mało zróżnicowany, nosowy, szybki – spowodowany krótkim oddechem	+	płacz cichy, przytłumiony
Dźwięki podczas picia	-	nie wystąpiły
Dźwięki krtaniowe podczas polykania, spania – zbliżone do sapania	-	nie wystąpiły

Marudzenie – rodzaj zachowania globalnego jako zachowanie przed płaczem	+	
Zachowania społeczne		
Skupianie wzroku na twarzy osoby dorosłej, na widok twarzy dziecka nieruchomieje na chwilę	+	dziecko zdecydowanie koncentruje wzrok na twarzy mamy w czasie karmienia, uspokaja się, kiedy mama stoi, delikatnie kołysze, mówi do dziecka
Kontakt ze światem poprzez dotyk (reakcja na dotyk / nadwrażliwość)	+	rzadsze niż przy pierwszej wizycie występowanie odruchu Moro przy dotykaniu twarzy i wnętrza jamy ustnej
Percepcja		
Fiksowanie wzroku na czerwonym przedmiocie	+	dziecko patrzy na nową zabawkę (żółto-niebieski grający słonik)

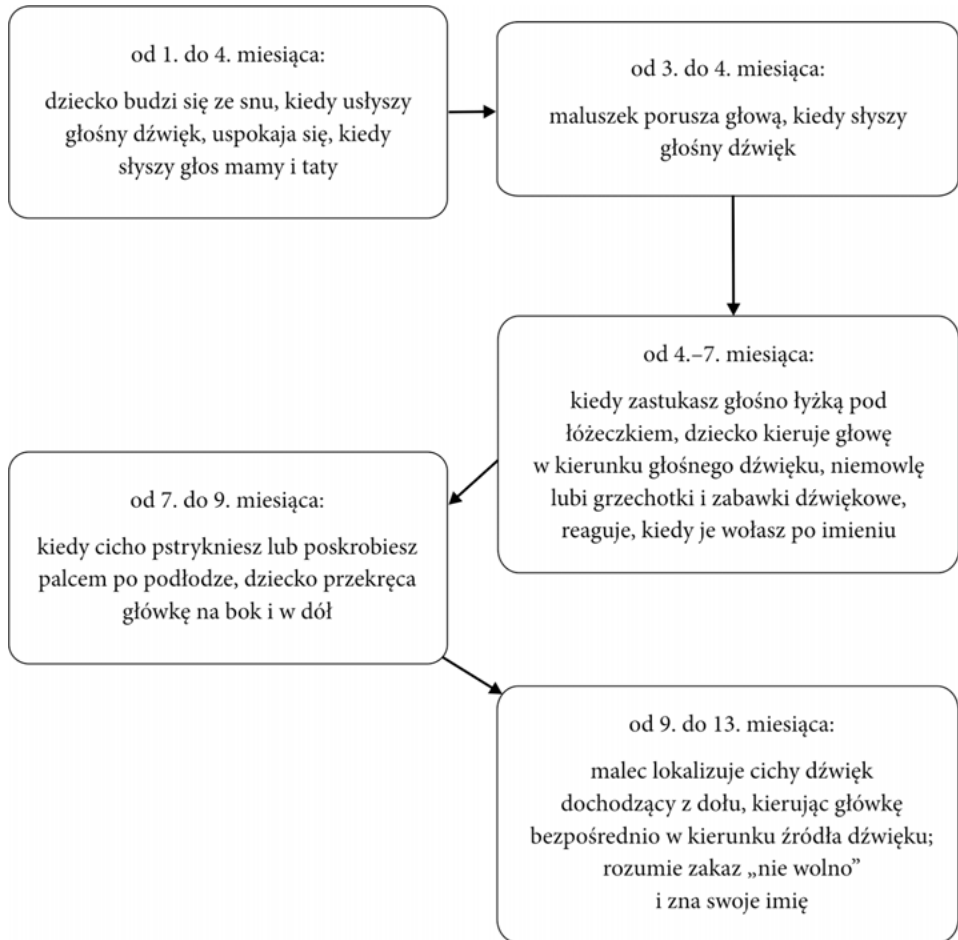
ZRÓDŁO: Opracowanie własne oceny odruchów niemowlęcia na podstawie: M. MACHOŚ: *Diagnoza neurologopedyczna niemowlęcia od 0 do 12. miesiąca życia. Ocena odruchów ze sfery orofacialnej oraz umiejętności istotnych dla rozwoju mowy*. Bytom, Wydawnictwo Ergo Sum 2011.

Zalecenia:

- dalsza stymulacja odruchu ssania:
 - ćwiczenia z palcem;
 - ssanie miękkiego (przez długi czas gotowanego) smoczka maczanego w glukozie (w czasie pierwszej próby podania smoczka niemowlę za piątym razem wykonało kilka ruchów ssących);
 - unoszenie apeksu i korony ku podniebieniu i górnemu wałkowi dźwięłowemu;
- masaż twarzy przed posiłkiem (instruktaż do masażu według Elżbiety Stecko) oraz stymulacja punktów neuromotorycznych (bez wibracji, z zachowaniem właściwego kierunku), odwrażliwianie twarzy: dotykanie, głaskanie ręką, pieluszką, gazą;
- masaż wnętrza jamy ustnej;
- delikatny masaż całego ciała (nie podałam instrukcji do masażu Shantala czy Petera Walkera, ponieważ aparatura uniemożliwia wykonanie wielu ruchów): delikatne masowanie, głaskanie dziecka (stopy, nóżki, brzuch, klatka piersiowa, obręcz barkowa, ręce) w czasie wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych;
- odpowiednia pozycja złożeniowa przy karmieniu, pozycja do odbicia;
- zabiegi pielęgnacyjne „w ustawieniu wzdłuż linii media” (na wprost dziecka, nie z boku);
- propozycja „gniazdowania” (proponowaną pozycję należy wcześniej skonsultować z rehabilitantem);
- „kangurowanie”, częste branie na ręce, przytulanie, próba przystawiania do piersi.

Omawiając diagnozę neurologopedyczną niemowlęcia, nie sposób pominąć kwestii kompetencji logopedy związanych z orientacyjnym badaniem słuchu niemowlęcia i bardzo małego dziecka. Próby słuchowe przeprowadzane z najmłodszymi pacjentami przedstawia schemat 1.¹²

SCHEMAT 1. Orientacyjne próby słuchowe



ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie prób sprawdzających słuch przy wykorzystaniu testu Kevina Murphy i testu „Cochlear Center”.

Proces przyswajania i rozwoju języka jest możliwy dzięki dialogowi. W pierwszych miesiącach życia jest to dialog pomiędzy niemowlęciem a matką oraz innymi dorosłymi osobami z najbliższego otoczenia dziecka. W okresie prelingwalnym

¹² M. MACHOŚ: *Od zabawy do mówienia. Poradnik dla rodziców i logopedów: spotkania z Ciocią Guguhoplą*. Cz. 1–2. Kraków, Medycyna Praktyczna 2012.

ważną rolę odgrywa wczesna stymulacja werbalna, sprzyjająca przyswajaniu przez dziecko kolejnych elementów języka. Dzięki stymulacji werbalnej ze strony najbliższych dziecko czuje się bezpieczne oraz uczy się zachowań komunikacyjnych. Stymulacja werbalna jest obecna również w trakcie ćwiczenia przez dziecko kolejnych umiejętności, takich jak siadanie, chodzenie. Prześledźmy rozwój tych umiejętności niemowlęcia, które kształtują się dzięki nieustannemu dopływowi bodźców ze szczególnym uwzględnieniem początków zachowań komunikacyjnych istotnych w procesie przyswajania języka. Kolejne aktywności dziecka stanowią zadania umieszczone w Skali Rozwojowej Brunet–Lézine. W opisie poszczególnych umiejętności osiąganym przez niemowlę zaakcentowane zostały czynności stymulujące słuch i przygotowujące do przyswajania systemu języka (tabela 1.).

TABELA 1. Umiejętności zdobywane przez dziecko w pierwszym roku życia

Miesiąc życia	Umiejętności dziecka	Zachowania komunikacyjne (stymulacja słuchowa, interakcja matka–dziecko)
1. miesiąc życia	skupianie wzroku na twarzy osoby dorosłej	dziecko uczy się lokalizowania źródła dźwięków, zatrzymuje wzrok na mówiącej osobie, słucha
	reagowanie na dźwięk dzwonka	dziecko, reagując na dźwięk, przygotowuje się do późniejszej umiejętności lokalizowania bodźców słuchowych; noworodek zwraca oczy i głowę w kierunku głosu
	śledzenie przedmiotu po łuku (umiejętność zatrzymania wzroku na poruszającym się przedmiocie)	dotatkowa stymulacja (np. mowa) pełni tu funkcję wzmocnienia reakcji, dziecko uczy się wodzenia wzrokiem za matką, a następnie jej aktywnego poszukiwania i przywoływania poprzez wydawanie dźwięków
	kilkusekundowe unoszenie głowy podczas leżenia na brzuchu	matka próbuje zatrzymać uwagę dziecka na swojej twarzy, mówiąc do niego, dzięki czemu zwiększa się częstotliwość unoszenia głowy
	wykonywanie ruchów pełzania w pozycji na wznak	liczba zachowań zależy od płynących z otoczenia pobudzeń, głównie dźwiękowych
2. miesiąc życia	reagowanie mimiką na twarze dorosłych	dziecko prowadzi z matką dialog mimiczny, uczy się kojarzenia twarzy z głosem; każda reakcja dziecka znajduje werbalną odpowiedź matki; niemowlę ma możliwość słuchania głosu, obserwuje ruchy artykulacyjne i mimikę; kształtują się pierwsze kontakty społeczne, które warunkują nabywanie reguł językowych ^{a)} ; powstaje akt komunikacji, matka i dziecko wchodzi w role nadawcy i odbiorcy komunikatu
	śledzenie wzrokiem osoby poruszającej się	zachowanie jest wzmocniane pozytywnie drogą słuchową, dziecko uczy się wiązać pewne dźwięki z osobami

cd. tab. 1

2. miesiąc życia	utrzymywanie głowy w momencie podciągania za przedramiona	kiedy niemowlę unosi głowę, głos matki działa stymulująco i podtrzymuje aktywność dziecka
	unoszenie głowy i ramion w pozycji leżenia na brzuchu	pierwsze próby podnoszenia głowy dziecko wykonuje przy aktywnym werbalnym wspomaganium matki
3. miesiąc życia	reagowanie uśmiechem na uśmiech	uśmiech – jako społeczna reakcja dziecka – wyzwała u dorosłych wiele reakcji werbalnych, zmiana tonu głosu na widok uśmiechu dostarcza niemowlęciu nowych doznań słuchowych i emocjonalnych
	utrzymywanie grzechotki i potrząsanie nią ruchem nieukierunkowanym	niemowlę potrząsając grzechotką, wywołuje dźwięki o niskiej tonacji; stymulacja słuchowa połączona jest z ćwiczeniami sprawności manipulacyjnej
	opieranie się na przedramionach w pozycji na brzuchu	matka dostarcza dziecku stymulacji wielozmysłowych w postaci grzechotek, zabawek dźwiękowych i werbalizacji
	utrzymywanie prosto głowy	matka, nosząc dziecko na rękach, mówi do niego, śpiewa, rozmawia z domownikami, niemowlę słyszy jej głos, ma także możliwość obserwowania jej twarzy
	obracanie głowy podczas śledzenia obrazu znikającego z pola widzenia	dziecko, by utrzymać kontakt wzrokowy z przemawiającą do niego matką, która się oddala, odwraca głowę
	oglądanie przedmiotów położonych na stole	matka mówi do dziecka siedzącego na kolanach, z tyłu za jego głową, nazywając przedmioty ze wspólnego pola widzenia oraz wykonywane czynności
4. miesiąc życia	wykonywanie ruchów chwytania w kierunku przedmiotów	matka pochyla się nad dzieckiem, wyciąga w jego stronę zabawkę i mówi do niego – dziecko uczy się wiązać mowę z działaniem
	oglądanie małych przedmiotów położonych na stole	dziecko ćwiczy umiejętność skupiania wzroku na drobnych przedmiotach w powiązaniu z wydawanymi przez nie dźwiękami oraz werbalnymi reakcjami matki
	potrząsanie grzechotką przy jednoczesnej obserwacji wzrokowej	grzechotka przy potrząsaniu wydaje dźwięki, co motywuje dziecko do przedłużania działań
5. miesiąc życia	siedzenie z podtrzymaniem	kiedy matka siedzi naprzeciwko dziecka, może ono powtarzać jej ruchy, w tym ruchy artykulatorów; naśladowanie ruchów stanowi jeden z etapów przyswajania mowy

5. miesiąc życia	utrzymywanie zabawki w dłoni i koncentrowanie wzroku na innym przedmiocie	bodźce dźwiękowe pobudzają uwagę dziecka
	koncentrowanie wzroku na ustach mówiącej osoby dorosłej	koncentrując wzrok na twarzy dorosłego, dziecko obserwuje ruchy warg; preferuje ono słuchanie mowy ludzkiej (zwłaszcza mamy), szczególnie zaś głosów o wzrastającej i opadającej intonacji
6./7. miesiąc życia	manipulowanie przedmiotami w celu wydobywania nowych efektów	matka często używa wyrazów dźwiękonaśladowczych do nazywania dźwięków; odgłosy wydawane przez przedmioty są dla dziecka wzmocnieniem pozytywnym. „Dzięki sprawności dłoni dziecko »odkrywa« dla świata dźwięków nowe przedmioty” ^{b)}
8./9. miesiąc życia	siadanie z pomocą i siedzenie bez podtrzymania	dziecko odbiera informacje dźwiękowe, np. słyszy zbliżającą się za plecami matkę, w trakcie siadania matka jest aktywna werbalnie
	stanie z oparciem	niemowlę stojące w łóżeczku szybko się nudzi, wówczas należy mu dostarczyć bodźców wzrokowych i słuchowych
	doskonalenie chwytu przez przeciwstawienie kciuka	dziecko preferuje zabawki grające, wydające dźwięki; manipulując, odkrywa nowe aktywności: wyrzuca zabawki z wózka i z łóżeczka, doświadczając nowych wrażeń słuchowych, które motywują do kontynuowania zabawy ćwiczącej sprawność chwytu; takie zachowania dziecka stymulują rodziców do kontaktów werbalnych, chwalą dziecko, wyrażają podziw, radość lub złość z powodu jego zachowania; podnosząc zabawki z podłogi, dorośli mogą je nazywać, próbując nakłaniać dziecko do powiedzenia „daj” lub wymówienia nazwy przedmiotu, „hau hau”, „pi pi”, „muu”, „bach”, „brum brum”, „titi” itp.
	wykonywanie czynności skierowanych na osiągnięcie celu	dziecko uczy się przewidywać skutki swoich działań, na których podstawie mogą tworzyć się sekwencje zachowań służących zabawie oraz próby oznaczania przedmiotów i ich cech mową lub gestem
10. / 11. miesiąc życia	unoszenie stopy podczas stania z oparciem	stojąc w łóżeczku, dziecko podnosi raz jedną, raz drugą stopę; takie zachowanie rodzice interpretują jako próbę tańczenia, dlatego niejednokrotnie włączają muzykę, dostarczając dziecku nowych wrażeń słuchowych
	odwracanie kartek książki	„Odwracanie kartek książki jest dla rodziców okazją do opowiadania dziecku o obrazkach. Oglądanie obrazków utrwala pojawiający się w tym wieku gest wskazywania, istotny dla rozwoju i spostrzegania mowy” ^{c)}

cd. tab. 1

10. / 11. miesiąc życia	eksperymentowanie z dźwiękami	niemowlę często sprawdza, jakie dźwięki wydają przedmioty, np. stuka łyżeczką o kubek, o krzeselko, celowo upuszcza przedmioty, ze względu na przyjemność słuchania dźwięków powtarza te zabawy, dzięki czemu zaczyna dążyć do kontaktu wzrokowego i dotykowego z przedmiotami, które spostrzegło już słuchowo; bada przy tym reakcje innych osób na swoje eksperymenty
12. miesiąc życia	chodzenie z pomocą	w pierwszym etapie nauki chodzenia ważną rolę zdaje się odgrywać stymulacja werbalna, kiedy matka wyciąga ręce do dziecka i zachęca je do podjęcia próby chodzenia, zapewniając mu tym samym poczucie bezpieczeństwa
	próby rysowania	dziecko próbuje robić znak na papierze; ważną rolę odgrywa tu wzmocnienie słowne, zarówno pochwały, jak i przypisywanie obrazkom znaczenia; osoba dorosła próbuje interpretować rysunki dziecka, głośno je omawiając („to jest piesek, tu ma ogon, tu oko...”); kiedy mama rysuje, dziecko pyta, naprzemiennie tej interakcji staje się podłożem dialogu słownego
15. miesiąc życia	doskonalenie umiejętności chodzenia	„Można przypuszczać, że dla dziecka słyszącego odbiór mowy matki jest ważnym elementem poczucia bezpieczeństwa, warunkuje podejmowanie prób chodzenia” ^{d)}
	doskonalenie dużej i małej motoryki	w aktywnościach ruchowych towarzyszy dziecku niejednokrotnie werbalizacja osoby dorosłej; mowa staje się regulatorem zachowań, zwiększa się rola werbalnych wzmocnień pozytywnych, płynących z otoczenia; dziecko zaczyna rozumieć wielocłonowe wypowiedzenia dorosłych
24. miesiąc życia	doskonalenie rozwoju motorycznego	polecenia słowne pojawiają się podczas zabaw ruchowych („rzuc”, „daj piłkę”, „kopnij”, „złap”...); kontakt werbalny z osobą dorosłą motywuje do zachowań językowych
	doskonalenie spostrzegania wzrokowego	„Rozwój spostrzeżeń dziecka jest związany z rozwojem jego aktywności ruchowej oraz z poziomem opanowania systemu językowego. Matka, mówiąc do dziecka, opisuje czynności, nazywa przedmioty i ich cechy. Sygnalizuje także swój stosunek emocjonalny do otaczającego świata. Dziecko uczy się znaczeń przez współdziałanie z matką, co jest podstawą do tworzenia dialogu językowego” ^{e)}

30. miesiąc życia	naśladownictwo odroczone, początki zabawy symbolicznej	dziecko naśladuje zachowania zaobserwowane w przeszłości, jednych przedmiotów używa jako substytutów innych. „Wydaje się, że jest to możliwe między innymi dzięki werbalizacji (dziecko mówi: »te kamyczki to ziemniaczki«, nazywa patyczek autem / kierownicą itp.)” ^{f)}
-------------------	--	---

^{a)} M. KIELAR-TURSKA: *Mowa dziecka. Słowo i tekst*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 1989.

^{b)} J. CIESZYŃSKA: *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*. Kraków, Wydawnictwo Edukacyjne 2001, s. 26.

^{c)} *Ibidem*, s. 28.

^{d)} *Ibidem*, s. 36.

^{e)} *Ibidem*, s. 37.

^{f)} *Ibidem*, s. 38.

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: J. CIESZYŃSKA: *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*. Kraków, Wydawnictwo Edukacyjne 2001, s. 17–30; Skala Rozwoju Psychomotoryki Dziecka 0–3. Brunet–Lezine (*Skala rozwoju psychomotoryki dziecka 0–3*. W: *Wybrane metody diagnozowania i prognozowania rozwoju dziecka do lat 3*. Red. M. JOHN-BORYS. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 1997, s. 144–216).

Analiza kolejnych aktywności podejmowanych przez dziecko podkreśla rolę, jaką odgrywa w ich realizacji stymulacja werbalna. Dzięki aktywności słownej osoby dorosłej dziecko oswaja się z suprasegmentalną warstwą mowy oraz poznaje i uczy się rozumieć otaczający świat.

Stymulacja werbalna bardzo często jest instynktowna. Matka czuje potrzebę dialogu z dzieckiem. Głośno nazywa wykonywane czynności oraz zachowania dziecka. Logopeda, prowadzący terapię dziecka z zaburzeniami rozwojowymi, które nie posługuje się językiem, powinien w działaniach uwzględniać formy wspierania rozwoju małego dziecka wychodzące poza aspekt stymulacji werbalnej. Tabela 2. przedstawia sposób stymulowania mowy u dzieci od urodzenia do 36. miesiąca życia.

TABELA 2. Prawidłowy rozwój mowy i sposób jego stymulowania u dzieci od 0 do 36. miesiąca życia

Miesiąc życia	Zakres mówienia	Sposób terapii
0–3. miesiąc życia	dziecko wydaje z siebie dźwięki, głuźnienie, głoski: wargowe, frykatywne, szczelinowe, nosowe, gardłowe („sk”, „gh”, „h”, „gr”, „eku”)	ćwiczenie normalne ssania i picia, przeprowadzanie masażu ustno-twarzowych, wzmacnianie występujących dźwięków przez prowokowanie dziecka
4.–6. miesiąc życia	dziecko śmieje się, piszczy w położeniu na plecach, tworzy łańcuchy głosowe, dźwięki: cmokanie przy ssaniu, głoski: „a-u-i”, „errre”, „eche”	pobudzanie głośni przez wibracje, wywoływanie palcami dźwięków „ssących” i „młaszczących”, zabawy ze smoczkiem

cd. tab. 2

7.–9. miesiąc życia	głoski „p”, „b” i szczelinowe „s-s”, podwojenia, łańcuchy sylabowe „ga-ga-ga”, „ta-ta-ta”, wyraża- nie się głośno – cicho, wyrażanie emocji – „dźwięków złości”	masaż języka, zuchwy i warg, prowokowanie różnych dźwię- ków przy wibrowaniu, prowa- dzenie dźwięków wargowych i „młaszczących”, wspomaganie ukierunkowanej uwagi, ćwiczenie naśladownictwa prostych ruchów i dźwięków towarzyszących dzia- łaniu
10.–12. miesiąc życia	dziecko naśladuje dźwięki, głoski wargowe, zabawne ruchy języ- kiem, dźwięki wołania, zmie- nia akcent i wysokość dźwięku, często powtarza dźwięki, tworzy kombinacje sylabowe	pierwsze akcenty zabawy z funk- cjami, ćwiczenie naśladowania głosek zamykających usta: „p”, „b”, „n”, ćwiczenie łańcuchów dźwiękowych związanych z dzia- łaniem, zachęcanie, by dźwięki towarzyszyły zabawie
13.–18. miesiąc życia	dziecko kieruje się do matki i ojca, imituje dźwięki mowy, naśladuje poszczególne słowa obrazujące dźwięki, dużo gawo- rzy, wypowiada sylaby z trud- nymi wzorami intonacyjnymi, monologi	ćwiczenie różnicowania dźwię- ków mowy, dostarczanie infor- macji towarzyszących działaniu, ćwiczenia zabawowe w naślado- waniu poszczególnych dźwięków, prowadzenie dialogu w gawo- rzeniu
19.–24. miesiąc życia	dziecko używa 3 słów poza „mama” i „tata”, zdań jednowy- razowych, słów do określenia jedzenia i picia	poszerzanie słownictwa określa- jącego dźwięki, oczekiwanie słów w sytuacjach codziennych, pobu- dzanie do mówienia o zabawkach i książkach z obrazkami, nazy- wanie wspólnie wykonywanych czynności
25.–29. miesiąc życia	słownik dziecka jest większy niż 50 pojedynczych słów, mówienie nakierowane zostaje na komu- nikację	wielowarstwowe ćwiczenia mają- ce na celu poszerzenie aktyw- nego słownika dziecka (sytu- acje codzienne, zabawki, książki z obrazkami), pobudzanie zdań złożonych z dwóch słów, ćwi- czenia rytmiczne, gry językowe z użyciem przypadków
30.–36. miesiąc życia	dziecko zestawia sensownie dwa słowa, nazywa obrazek, stosu- je liczbę mnogą, tworzy zda- nia z 3 słów, mowa jest jeszcze niezrozumiała, a gramatyka – „logiczno-sensowna”	nazywanie czasowników i przy- miotników w działaniu, prowo- kowanie dziecka do odpowiedzi na proste pytania

ŹRÓDŁO: T. KACZAN, A. REGNER: *Teoretyczne i praktyczne podstawy ustno-twarzowej terapii regulacyjnej według koncepcji Rodolfo Castillo Moralesa*. W: *Neurofizjologiczne metody usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Red. L. SĄDOWSKA. Wrocław, Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu 2004, s. 172.

Przed podjęciem mowy czynnej dziecko magazynuje stopniowo system językowy w sferze podświadomości. Mowy nie można ograniczać jedynie do składowania artykulacyjnego. Rozpatrując zatem problem akwizycji języka, należy sięgnąć do samego początku i prześledzić okres prenatalny oraz postnatalny w aspekcie wczesnych uwarunkowań związanych z późniejszym przyswajaniem języka. Już w okresie płodowym inicjują się procesy istotne z punktu widzenia rozwoju i przyswajania mowy. Wczesny okres życia płodowego jest ważny dla kształtowania się odruchowych reakcji oralnych, istotnych dla rozwoju mowy. Istnieje ciągłość rozwoju narządów artykulacyjnych, funkcji psychicznych oraz układów decydujących o możliwościach rozwoju języka i mowy dziecka. Rozwój każdej funkcji, również mowy, trwa od początku. Akwizycja języka nie ogranicza się jedynie do badania semantycznych właściwości produkcji werbalnych dziecka. Dotyczy także okresu, w którym aktywność werbalna dziecka jest ograniczona. Dziecko później zaczyna mówić, jednak rozumienie mowy decydujące o jej dalszym kształtowaniu zaczyna się już w pierwszych dniach życia. Niemowlę reaguje na suprasegmentalne elementy mowy. Odpowiada na werbalne zachowania matki całym ciałem, jego reakcje na fizyczny kontakt, bliskość rodzica ograniczają się początkowo do znaków komunikacji niewerbalnej, takich jak uśmiech, wymachiwanie nóżkami, krzyk, płacz, nerwowe ruchy. Na ontogenetyczne podstawy opanowania języka składają się uczucia i pragnienia wyrażane spontanicznie przez dziecko, głuzenie, gaworzenie (i inne ćwiczenia w wydawaniu dźwięków), naśladowanie i kojarzenie dźwięków słyszalnych z odczuciami, przedmiotami, sytuacjami oraz kojarzenie dźwięków wydawanych przez niemowlę z reakcjami innych osób.

Każde rodzące się dziecko dziedziczy cechy biologiczne swoich przodków, ale dysponuje także dziedziczeniem społecznym, dzięki któremu wchodzi w posiadanie określonych wartości. Pierwsze miesiące życia noworodka to okres budowania fundamentu człowieka. Niemowlę w pierwszych dniach życia wykazuje wrażliwość na bodźce słuchowe, smakowe, wzrokowe i węchowe. To pozwala mu być aktywnym członkiem swojej społeczności. Już od pierwszych minut dziecko kontaktuje się z otoczeniem za pomocą głosu.

Krzyk i płacz noworodka – będące bezwarunkową reakcją organizmu na dopływ powietrza do płuc związany z czynnością oddychania oraz oznaką pełnej sprawności więzadeł głosowych – stanowią formę sygnalizowania zimna, bólu i głodu. W początkowym okresie życia dziecka krzyk jest swojego rodzaju ćwiczeniem oddechowym, niewątpliwie przyczyniającym się do rozwoju mowy. Z upływem czasu krzyk staje się reakcją warunkową.

Logopeda, badając dziecko w czasie pierwszej wizyty, powinien sprawdzić anatomiczne warunki jamy ustnej (ruchomość języka, długość wędzidełka itp.), istotne dla prawidłowego oddychania i odżywiania, a w późniejszym okresie – dla artykulacji. Jeśli sztuczne karmienie jest wynikiem obniżonego napięcia mięśniowego, to z logopedycznego punktu widzenia należy rozpocząć usprawnianie warg, języka

i policzków. Skrócone wędzidełko podjęzykowe wymaga interwencji chirurgicznej (podcięcie wędzidełka), a słaby mięsień okrężny warg – masażu warg.

Nie można przeoczyć oddychania przez usta w okresie niemowlęcym. Takie oddychanie należy szybko korygować, ponieważ niekorzystne skutki oddychania przez usta ujawniają się około 3. roku życia. Niejednokrotnie tłumaczymy częste zakażenia dróg oddechowych kontaktem z grupą rówieśników w przedszkolu. Zdaniem E. Stecko zapomina się, że w trakcie nieprawidłowego oddychania dziecko nie korzysta z naturalnego filtra, jakim jest jama nosowa. Wdychając przez usta powietrze nieograne i zakażone, dziecko wprowadza je bezpośrednio do górnych dróg oddechowych. Uchylone usta i płasko ułożony język przy oddychaniu pozostają w takiej samej pozycji także w czasie połykania i mówienia. Skutkiem tego może powstać wada zgryzu i wada wymowy¹³.

Z myślą o najmłodszych dzieciach Mira Rządźka opracowała program profilaktyki i terapii dysfunkcji oddychania. Stałe i systematyczne usprawnianie wszystkich składowych złożonej funkcji oddychania daje szansę na uzyskanie i utrwalenie właściwego, fizjologicznego toru oddechowego, który winien być podstawą pracy logopedy. W przypadku, kiedy mamy do czynienia z silnie utrwaloną dysfunkcją oddychania i obserwujemy wszystkie jej omówione konsekwencje, szczególnie nacisk powinien być położony na mioterapię wszystkich grup mięśniowych, biorących udział w tym procesie oraz usprawnianie fazy wdechowej i wydechowej¹⁴.

M. Rządźka proponuje następujące czynności profilaktyczne w okresie noworodkowym:

- sprawdzenie możliwości wentylacji nosem (badanie pediatryczne ewentualnie laryngologiczne);
- pilnowanie drożności nosa: nawilżanie, oczyszczanie;
- domykanie ust w czasie snu i w pozycji spoczynkowej;
- odpowiednie układanie w łóżeczku;
- podtrzymywanie żuchwy czapkami z wiązaniem umiejscowionym na kącie żuchwy;
- dbałość o prawidłowy sposób karmienia piersią;
- odpowiedni, indywidualny dobór sprzętu do karmienia alternatywnego w zależności od potrzeb dziecka;
- przy braku karmienia naturalnego – karmienie alternatywne zgodne z zasadami karmienia terapeutycznego;
- ćwiczenia bierne: masaże zewnętrzne okolicy oralnej, wewnętrzne, ustno-twarzowa terapia regulacyjna Rodolfo Castillo Moralesa i inne (np. kinezyterapia oddechowa metodą AFE);
- zastosowanie płytki przedSIONKowej nr 1 (płytką Michała Kraussa).

¹³ Stecko w przypadku niemowlęcia oddychającego przez usta zaleca zakładanie mu czapeczki związanej pod brodą oraz odpowiednie układanie dziecka.

¹⁴ M. RZĄDZKA, E. SKOREK: *Profilaktyka i terapia dysfunkcji językowych u dzieci*. Zielona Góra, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego 2011, s. 43–45.

W wieku niemowlęcym obowiązują nie tylko czynności podejmowane u noworodków, ale dodatkowo:

- wygaszanie odruchowej reakcji kłusania powyżej 5. miesiąca życia, następnie reakcji ssania (powyżej 12.–18. miesiąca życia);
- niwelowanie parafunkcji – ssania nieodżywczego palca, smoczka;
- rozwijanie nagryzania, gryzienia, żucia;
- konsekwentne wprowadzanie różnorodności w konsystencjach pokarmów, zgodnie z kalendarzem pokarmowym;
- rozwijanie prawidłowej pozycji spoczynkowej języka;
- przygotowanie motoryczne i fizjologiczne do prawidłowego połykania jako elementu pionizacji języka: ćwiczenia bierne – masaże, ćwiczenia czynne oraz zabawy dźwiękonaśladowcze;
- początek zabaw oddechowych, ukierunkowanych na fazę wydechową usprawniającą wargi i policzki dziecka.

U małych dzieci wzbogacamy zestaw o następujące czynności:

- pilnowanie prawidłowego toru oddechowego w czasie snu i w pozycji spoczynkowej (przy oglądaniu, słuchaniu bajek);
- wspieranie prawidłowości w funkcjach pokarmowych: dieta dorosłych;
- budowanie prawidłowości zgryzowych;
- ćwiczenia czynne do korekty sposobu połykania (trzy etapy: unoszenie języka, połykanie śliny, stosowanie wyuczonej kinetyki ruchu do spożywania pokarmów stałych i płynów);
- czynne ćwiczenia mięśnia okrężnego warg, policzków, języka, podniebienia miękkiego;
- ćwiczenia oddechowe;
- niwelowanie parafunkcji – obgryzania paznokci i ewentualnie ssania palca¹⁵.

¹⁵ Ibidem, s. 43–45.

LESZEK SZEWCZYK

Uniwersytet Śląski w Katowicach

Księdza Stanisława Wilczewskiego troska o jakość słowa (kaznodziejskiego)

ABSTRACT: Father Stanisław Wilczewski Ph.D. became famous as a splendid speech therapist, working theoretically and practically for the sake of the culture of the living word and as an esteemed preacher. This paper aims at presentation of his activities that give testimony to his attention to the quality of the preached words and preaching in general. Wilczewski taught future priests a hygiene of voice, which should be communicative with an internal involvement and the experience of the preaching the Word of God and the preaching action. He was one of the most outstanding preachers in the history of the diocese of Katowice.

KEY WORDS: preacher, speech therapist, stammering, Wilczewski

Jednym z najważniejszych wydarzeń w historii diecezji katowickiej¹ (od 1992 roku – archidiecezji²) był I Synod Diecezji Katowickiej (1972–1975), wynikający z troski o diecezję, o jej teraźniejszość i przyszłość oraz z odpowiedzialności za mieszkających na tym terenie ludzi³. W uchwale tegoż Synodu o przepowiadaniu słowa Bożego znalazły się słowa: „Lud śląski zawsze chętnie, uważnie i krytycznie słuchał słowa Bożego. Nie imponowały mu »piękne słowa i kwieciste frazesy«. Do najwybitniejszych kaznodziejów śląskich okresu międzywojennego zalicza się ks. Jan Kapica, proboszcz z Tychów, apostoł trzeźwości, którego kazania o charakte-

¹ Formalnego erygowania diecezji dokonał papież Pius XI bullą *Vixdum Poloniae unitas* z 28 października 1925 roku. Zob. PIUS XI: *Bulla „Vixdum Poloniae unitas”*. „Wiadomości Diecezjalne” 1925, nr 1, s. 1–4.

² Papież Jan Paweł II bullą *Totus Tuus Poloniae Populus* z 25 marca 1992 roku dokonał reorganizacji istniejących diecezji i prowincji kościelnych na terenie Polski. Diecezja katowicka została podniesiona do rangi archidiecezji. Tworzy ona – wraz z diecezjami gliwicką i opolską (stanowiącymi jej sufraganie) – metropolię katowicką (zwaną też metropolią górnośląską). Zob. JAN PAWEŁ II: *Bulla „Totus Tuus Poloniae populus”*. „Wiadomości Diecezjalne” 1992, nr 6, s. 233–244.

³ H. BEDNORZ: *Wstęp do uchwał synodalnych*. W: *Wiara, modlitwa i życie w Kościele katowickim. Uchwały I Synodu Diecezji Katowickiej*. Katowice–Rzym 1976, s. VII.

rze moralnym rozbudzały uczucia i wolę. Ks. Rudolf Tomanek, prefekt z Cieszyna, przez swoje kaznodziejstwo ożywił ruch liturgiczny we wspólnocie diecezjalnej. Ks. Emil Szramek swymi konferencjami filozoficzno-teologicznymi kształtował światopogląd inteligencji, zaś ks. Biskup Stanisław Adamski przez praktyczne przemówienia utrwał katolickie poglądy społeczne oraz więź duchową społeczeństwa śląskiego. Wspomnieć należy również ks. Stanisława Wilczewskiego, z uwagi na jego działalność na polu kultury żywego słowa oraz jako pioniera fonetyki pastoralnej w Polsce⁴. Ksiądz dr Stanisław Wilczewski przeszedł więc do historii jako znakomity logopeda, teoretycznie i praktycznie działający na rzecz kultury żywego słowa, zarazem uznany kaznodzieja.

Niniejsze opracowanie ma na celu ukazanie tych form działalności ks. Wilczewskiego, które świadczą o jego ogromnej trosce o jakość głoszonego słowa, w tym również jakość słowa kaznodziejskiego.

Teoria i praktyka logopedyczna księdza Stanisława Wilczewskiego

Ksiądz S. Wilczewski urodził się 26 kwietnia 1886 roku we Wrocławiu. Święcenia kapłańskie przyjął 17 czerwca 1909 roku. Pierwszą jego placówką duszpasterską była parafia Jełowa w powiecie opolskim. Następnie, w latach 1911–1916, pracował jako wikariusz w parafii pod wezwaniem św. Mikołaja w Raciborzu. Nadużywanie głosu podczas wygłaszania licznych kazań spowodowało u ks. Wilczewskiego fonastenię. W 1915 roku rozpiął ankietę dla księży całej ówczesnej archidiecezji wrocławskiej, która wykazała, iż w czasie nauki religii, na ambonie i przy innych zajęciach duszpasterskich księża męczą się głosowo, na skutek nieprawidłowego używania narządów głosu, przez co skuteczność ich pracy jest ograniczona. Lekarze laryngolodzy potwierdzili hipotezę ks. Wilczewskiego, iż wiele schorzeń głosowych powstaje na skutek nieprawidłowego używania narządów głosu i mowy, a leczenie farmakologiczne nie daje rezultatu. W 1916 roku ks. Wilczewski został przeniesiony do Wrocławia, gdzie pracował jako wikariusz przy kościele pod wezwaniem św. Krzyża, jednocześnie prowadząc wykłady i ćwiczenia w alumnacie arcybiskupim, zmierzające do wypracowania prawidłowej wymowy kaznodziejskiej oraz zapobiegające fonastenii. Chcąc pomóc sobie i innym pracującym głosem, podjął studia z fonetyki eksperymentalnej i filologii na Uniwersytecie w Hamburgu oraz w Państwowym Laboratorium Fonetycznym, zakończone w 1921 roku doktoratem. Podczas studiów spotkał się z wybitnymi polskimi językoznawcami: Tytusem Benim, Haliną Koneczną, Marią Dłuską i Witoldem Doroszewskim. Następnie, zajmujący się fonetyką stosowaną, wypracował metodę służącą zapobieganiu schorzeniom

⁴ *Wiara, modlitwa i życie w Kościele katowickim...*, s. 18–19.

głosu. Polega ona na zharmonizowaniu funkcji narządów oddychania i głosu, aby używane były zgodnie z naturalną fizjologiczną prawidłowością. Poprawne ustalenie głosu na podstawie podparcia oddechowego (*appoggio*), przy rozluźnionych mięśniach narządów głosu, wraz ze współpracą z lekarzem laryngologiem dawały w tej dziedzinie dobre wyniki.

Po długich badaniach i eksperymentach ks. Wilczewski opracował skuteczną metodę usuwania jąkania. Punktem wyjścia było stwierdzenie, że w czasie śpiewu nikt się nie jąka, gdyż w czasie śpiewu następuje wydłużanie samogłosek. Wydłużanie samogłosek w czasie mowy również wpływało na płynność wymowy. To zjawisko stało się podstawą opracowania metody usuwania jąkania. Połączenie rehabilitacji psychicznej z odpowiednimi indywidualnymi ćwiczeniami wymowy, przy współpracy osoby towarzyszącej oraz potraktowanie całości leczenia jako sprawy rodziny i społeczności przynosiło bardzo dobre rezultaty. Do ks. Wilczewskiego przyjeżdżali pacjenci z całej Polski. Po usunięciu wady uzyskiwali pełną sprawność mowy. Wracali do normalnego życia społecznego i zawodowego. Ks. Wilczewski zmarł 12 czerwca 1980 roku w Katowicach w 95. roku życia i w 71. roku kapłaństwa⁵.

Ksiądz Wilczewski nie poprzestawał na podejmowaniu zagadnień związanych z fizjologią głosu. Wnet bowiem zauważył, iż studenci mają bardzo niewyraźną, a nieraz błędną wymowę. Dlatego zajął się również kulturą żywego słowa. W latach dwudziestych XX wieku nad zasadami poprawnej wymowy polskiej pracowała komisja składająca się z członków Towarzystwa Miłośników Języka Polskiego, przedstawicieli Związku Artystów Scen Polskich oraz wybitnych ekspertów, do których należał również ks. Wilczewski. Po uchwaleniu tych zasad ks. Wilczewski praktycznie przyswajał je swoim studentom. Wypracował własny system uczenia poprawnej wymowy polskiej. Proponował odpowiednie ćwiczenia narządów mowy, języka, warg i szczęki, a następnie wytwarzanie prawidłowych układów samogłosek⁶.

Podkreślając znaczenie wyszkolenia fonetycznego w procesie kształcenia przyszłych nauczycieli, ks. Wilczewski stwierdzał: „Nauczycielowi, męczącemu się głosowo, nawet urlop kuracyjny pomoże tylko tak długo, dopóki urlop trwa, a potem przykre zjawiska występują na nowo, ponieważ nie zostało usunięte właściwe źródło niedomagania, mianowicie nadużywanie, nadwreżanie narządów mowy, zwłaszcza wiązań głosowych skutkiem braku wyszkolenia fonetycznego. Wyszkolenie to, zapewniające zdrowie krtani (nazwane z tej racji również »higieną mowy«), kieruje się zasadą osiągnięcia maksimum wyniku przy minimum wysiłku, tj. zmierza

⁵ W. BASISTA: *Wilczewski Stanisław. W: Słownik biograficzny katolickiego duchowieństwa śląskiego XIX i XX wieku.* Red. M. PATER. Katowice, Wydawnictwo Księgarni św. Jacka 1996, s. 459–461; L. SZEWCZYK: *Odnova przepowiadania słowa Bożego w (archi)diecezji katowickiej po Soborze Watykańskim II. Studium homiletyczne.* Katowice, Wydawnictwo Księgarni św. Jacka 2009, s. 95.

⁶ W. BASISTA: *Ksiądz Stanisław Wilczewski – logopeda i kaznodzieja. (W 60. rocznicę pracy fonetycznej i logopedycznej).* „Tygodnik Powszechny” 1975, nr 35, s. 6.

do wyrobienia organu wyrazistego, dźwięcznego, silnego, odpornego a zarazem funkcjonującego łatwo, swobodnie. Nauczyciel, »uzbrojony« sam tym wyszkoleniem, będzie zarazem wzorem prawidłowej wymowy dla dzieci, da sobie radę przy zachodzących często u dziatwy wadach wymowy i będzie umiał traktować umiejętnie głosy dziecięce przy śpiewie»⁷.

W innym miejscu tego samego opracowania ks. Wilczewski podaje: „Z rozważań dotychczasowych wynika, że wyszkolenie fonetyczne dla kandydatów [na] nauczycieli nie mniejsze ma znaczenie, aniżeli nabycie wiedzy i wyrobienie zdolności pedagogicznych: Wiedza (czynnik materialny, treść), zdolności pedagogiczne (czynnik formalny, metoda) i głos (czynnik fonetyczny, instrument) – to trzy pierwiastki istotne, równorzędne, których synteza wytwarza typ nauczyciela, umięjącego sprostać olbrzymim wymaganiom doby obecnej»⁸.

Ksiądz Stanisław Wilczewski jako homileta⁹

Według dominującego dzisiaj w teologii ujęcia eklezjologicznego homiletyka jest dyscypliną teologiczno-praktyczną, zajmującą się wypracowaniem w świetle Objawienia i analizy aktualnej sytuacji kościelnej posługi słowa, zasad i dyrektyw, dzięki którym może ono dziś i jutro wypełniać misję pośrednictwa zbawczego. W ujęciu teologicznym homiletyka poszukuje odpowiedzi na pytanie, jak dzieło zbawcze, dokonane przez Boga w przeszłości, aktualizuje się dziś i wbudowuje w jutro przez przepowiadania słowa Bożego. Według nurtu teologiczno-komunikacyjnego homiletyka jest naukową refleksją nad komunikacją orędzia zbawczego współczesnemu człowiekowi. Homileta podejmuje zagadnienia przepowiadania słowa Bożego. Przedmiotem jego poszukiwań jest homiletyka. Ks. Wilczewski jako homileta szerzył wśród alumnów kulturę żywego słowa, usuwał wady wymowy i niedomogi głosowe. Prowadził zajęcia z fonetyki i higieny mowy z księżmi i klerykami we Wrocławiu. Wykładał fonetykę pastoralną w Śląskim Seminarium Duchownym w Krakowie, a także w seminariach duchownych: częstochowskim i krakowskim.

Określenie „fonetyka pastoralna” po raz pierwszy wystąpiło w wypowiedzi oficjalnej w „Wiadomościach Diecezjalnych” z 1956 roku¹⁰. Ks. Wilczewski doprecyzował tę nazwę podczas wykładu wygłoszonego 12 czerwca 1962 roku na sesji Komisji Episkopatu dla studiów seminaryjnych. Jego zdaniem „fonetyka jako nauka ści-

⁷ S. WILCZEWSKI: *Wyszkolenie fonetyczne jako nowy przedmiot o zasadniczym znaczeniu dla kształcenia nauczycieli*. Katowice 1937, s. 4.

⁸ Ibidem, s. 6.

⁹ W. PRZYCZYNA, G. SIWEK: *O metodologii homiletyki*. „Studia Nauk Teologicznych PAN” 2002, nr 2, s. 291–292.

¹⁰ S. WILCZEWSKI: *Homiletyka leży*. „Wiadomości Diecezjalne” 1956, nr 5/6, s. 78.

sła zajmuje się badaniem głosu i głosek. Fonetyka pastoralna jest zastosowana do potrzeb duszpasterskich i urabia głos i mowę przyszłego duszpasterza¹¹. Komisja uchwaliła, aby diecezje kierowały do Instytutu Fonetycznego w Katowicach księży na studia w celu przygotowania ich na wykładowców fonetyki pastoralnej w seminariach duchownych¹².

Wilczewski uczył przyszłych kapłanów higieny głosu, estetyki mowy, komunikatywnego z wewnętrznym zaangażowaniem i przeżyciem głoszenia słowa Bożego oraz akcji kaznodziejskiej. Przygotowywał przyszłych kaznodziejów, posługując się własną metodą opublikowaną w broszurze *Program i metoda fonetyczno-higienicznego wyszkolenia alumnów*¹³. Według niego, „najwyższą zasadą, ideą przewodnią tego programu jest osiągnąć najlepsze wyniki przy najmniejszych wysiłkach. Podstawowe części tego programu wynikają z natury głosu, opierają się na składnikach, tworzących głos, mowę. Tymi składowymi pierwiastkami są: oddychanie, rezonans, artykulacja¹⁴. W procesie oddychania chodzi – zdaniem Wilczewskiego – o umiejętność obchodzenia się ze strumieniem wydychanego powietrza. Taką umiejętność nabywa się poprzez wypracowanie oddechu przeponowego. Drugim czynnikiem przy wytwarzaniu głosu jest rezonans. To właśnie udział przestrzeni rezonacyjnych nadaje tonom siłę, nie męcząc mówiącego. Trzeci dział wykształcenia fonetyczno-higienicznego stanowi artykulacja. Wilczewski uważał, że ta metoda wykształcenia fonetycznego alumnów musi być praktyczna, indywidualna oraz powinna uwzględniać możliwość kontaktu z lekarzem specjalistą – foniatrą. Na zakończenie swojego opracowania ks. Wilczewski wystosował rezolucję, w której sugerował potrzebę fonetycznego wyszkolenia wszystkich studentów teologii pod względem fonetyczno-higienicznym (technicznym) oraz fonetyczno-retorycznym¹⁵.

Ksiądz Wilczewski przyczynił się do rozwoju kaznodziejstwa w diecezji katowickiej również jako założyciel Kółka Homiletycznego i jego długoletni prezes (1932–1939). Statut Kółka Homiletycznego Kapłanów Diecezji Katowickiej zatwierdził 11 lutego 1932 roku bp Stanisław Adamski. Zadania tegoż Kółka, określone w Statucie, koncentrowały się wokół doskonalenia homiletycznego kapłanów przez „omawianie zasadniczych i aktualnych zagadnień homiletycznych, przygotowanie tematów i szkiców kazań, kazania próbne oraz wskazówki fonetyczne, higieniczne i estetyczne, wydawanie kazań drukiem¹⁶. Ten ostatni postulat zrealizowa-

¹¹ Archiwum Archidiecezjalne w Katowicach [dalej: AAK], Akta Personalne PW, sygn. 8-105/62, Referat wygłoszony przez ks. S. Wilczewskiego w dniu 12 czerwca 1962 roku w Warszawie na sesji Komisji Episkopatu dla studiów seminaryjnych.

¹² AAK, Akta Personalne PW, sygn. 8-109/65, W. BASISTA: *Z życia i działalności ks. dr. Stanisława Wilczewskiego*.

¹³ S. WILCZEWSKI: *Program i metoda fonetyczno-higienicznego wykształcenia alumnów*. Kielce 1929.

¹⁴ Ibidem, s. 4.

¹⁵ Ibidem, s. 9–12.

¹⁶ *Statut Kółka Homiletycznego Kapłanów Diecezji Katowickiej*. „Wiadomości Diecezjalne” 1932, nr 4, s. 122–123.

no przez zebranie 10 szkiców kazań opracowanych przez Kółko Homiletyczne. Członkowie Kółka organizowali również kursy homiletyczne dla duchowieństwa, przeprowadzali ankiety i wygłaszali referaty homiletyczne¹⁷. Na spotkaniach Kółka księża pogłębiali swą wiedzę homiletyczną i udoskonalali praktykę głoszenia kazań. Kółko Homiletyczne wydawało pomoce kaznodziejskie i organizowało sympozja homiletyczne¹⁸.

Ksiądz Wilczewski brał udział w ogólnopolskich zjazdach homiletycznych, w czasie których wygłosił referaty: *Program i metoda wyszkolenia fonetyczno-higienicznego alumnów*¹⁹ (Kielce 1929), *Fonetyka dla przyszłych kapłanów* (Kraków 1936) i *Z moich doświadczeń w kształceniu alumnów w kaznodziejskiej wymowie* (Kraków 1961).

Istotny wpływ na obraz kaznodziejstwa w diecezji katowickiej miały również egzaminy proboszczowskie. Na mocy zarządzenia wikariusza kapitulnego ks. Jana Piskorza z 1956 roku każdy kapłan diecezji katowickiej w ramach egzaminu proboszczowskiego zobowiązany był przedstawić komisji egzaminacyjnej spis tematów kazań wygłoszonych w ostatnim półroczu oraz tekst jednego z nich²⁰. Rozporządzenie to miało się ukazać już w 1950 roku, jednak ówczesna cenzura państwowa skreśliła je z „Wiadomości Diecezjalnych”, które też w tym roku przestały się ukazywać ze względu na coraz większe ingerencje cenzury i Urzędu ds. Wyznań. Dlatego rozporządzenie to zostało ogłoszone na jednej z konferencji w 1951 roku. Samo rozporządzenie, wydane przez ks. J. Piskorza, pochodziło z inicjatywy ks. dr. Wilczewskiego, który je opracował²¹.

Zagadnienie praktyki kaznodziejskiej ks. Wilczewski podjął w opracowaniu – opublikowanym w 1956 roku – opatrzonym wiele znaczącym tytułem: *Homiletyka leży*. Znajdują się w nim m.in. takie opinie i postulaty:

Ileż to razy piszący te słowa, przysłuchiwał się kazaniom, które celowym układem oraz połączeniem aktualnych wydarzeń lub przeżyć z przewodnią ideą nadprzyrodzoną wyróżniały się znacznie od innych – a jednak nie wywoływały głębszego poruszenia ani nawet zaciekawienia, a to na skutek np. zbyt szybkiego lub niewyraźnego, nudzącego lub patetycznego sposobu wygłaszania²².

¹⁷ Biblioteka Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Śląskiego, G. BURDA: *Troska o rozwój kaznodziejstwa w diecezji katowickiej w okresie międzywojennym w świetle zachowanych dokumentów*. Katowice, Papieska Akademia Teologiczna 1987 [mps], s. 25–26.

¹⁸ W. BASISTA: *Wilczewski Stanisław...*, s. 460–461.

¹⁹ S. WILCZEWSKI: *Program i metoda fonetyczno-higienicznego wykształcenia alumnów...*

²⁰ J. PISKORZ: *Egzamin proboszczowski z homiletyki*. „Wiadomości Diecezjalne” 1956, nr 7/8, s. 123.

²¹ Zob. *Egzamin proboszczowski w roku 1955*. „Wiadomości Diecezjalne” 1955, nr 1/2, s. 12; L. SZEWCZYK: *Recepcja liturgicznego wymiaru homilii. Studium homiletyczne w świetle przepowiadania kapłanów Archidiecezji Katowickiej w latach 1972–1999*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2003, s. 17–18.

²² S. WILCZEWSKI: *Homiletyka leży...*, s. 78.

Poza wynikami dobrymi, nawet bardzo dobrymi, wypada zaznaczyć, że bywają księża, także młodszy, którzy głoszą słowo Boże, odczytują perykopy lub listy pasterskie tak, jakoby nie byli przeszli żadnego pod tym względem wykształcenia²³.

Nie odwalajmy pracy, potrzebnej do przygotowywania akustycznego kazań na mikrofon i głośnik: wzmacnia on głos, natomiast braku wyrazistości nie uzupełnia, tempa nie reguluje, patosu nie usuwa, monotonności nie poprawia, zgoła zaś jest niezdolny do wytwarzania objawów najszlachetniejszych, mianowicie zabarwień, odcieniowań psychicznych, przenoszących się z duszy kapłańskiej, zjednoczonej z Bogiem, dzięki specjalnemu przeszkoleniu, przez instrument głosu jego, do duszy, serca i woli słuchaczy²⁴.

Posługa kaznodziejska księdza Stanisława Wilczewskiego

Ksiądz S. Wilczewski był nie tylko uznanym logopedą i homiletą, ale również wybitnym mówcą i kaznodzieją. Wydał dwa tomy kazań, które wygłosił przed II wojną światową, także w Polskim Radiu (w Katowicach w 1929 roku). Głosił głównie homilie tematyczne, skupiające treść wokół jednego zdania z Pisma Świętego z aktualnym przykładem życiowym. Wyznawał zasadę: naturalnie urozmaicać głos, unikać monotonii, mówić z wewnętrznym przekonaniem i emocjonalnym przeżywaniem tego, co się aktualnie proklamuje. Wszystkie elementy tej zasady mają ogromny wpływ na równoczesne przeżywanie przez wiernych głoszonych prawd. Wiadomo bowiem, iż przede wszystkim przeżycia oddziałują na kształtowanie postaw wewnętrznych, które z kolei determinują postępowanie życiowe zgodne z Ewangelią. W swojej metodzie ks. Wilczewski zwalczał zjawisko monotonii na ambonie i starał się o urozmaicenia głosowe²⁵.

W kazaniu na Wielki Piątek w 1929 roku ks. Wilczewski głosił:

Jest tyle sił w narodzie! Naród polski, dusza polska posiada między innymi jedną siłę szlachetną, to jest bogatą, bujną, twórczą fantazję, dzięki której wielcy jej synowie i córki, czy to uczeni, czy artyści, dokonali dzieł podziwianych, odznaczonych przez narody inne. Ale rzuciwszy dziś, choć tylko krótko, okiem dookoła siebie, widzieliśmy, jak liczne szumowiny usiłują wdrzeć się w tę duszę polską i zatruć ją. Rozpusta, moda bezwstydną, kina niewybredne, pijaństwo obrzydliwe niechybnie muszą zgasić, zniszczyć tę Boską iskrę duszy polskiej. Czy nie muszą się wobec tego spełnić słowa św. Pawła: „Co będzie siał człowiek, to też będzie żąć, kto sieje na duchu, żąć będzie żywot wieczny, a kto sieje na swem ciele z ciała też żąć będzie skażenie!”²⁶

²³ Ibidem, s. 78.

²⁴ Ibidem, s. 78–79.

²⁵ W. BASISTA: *Ksiądz Stanisław Wilczewski – logopeda i kaznodzieja...*, s. 6.

²⁶ S. WILCZEWSKI: *Pius XI i wielcy jego imiennicy na Stolicy Piotrowej*. Katowice, [Nakładem autora] 1929, s. 75.

Zdaniem słuchaczy wygłoszone przez ks. Wilczewskiego homilie charakteryzowały się oryginalnością „tak co do treści, jak też i formy”²⁷. Ks. Wilhelm Michalski, profesor Uniwersytetu Warszawskiego, zaznaczył, iż „zarówno ze względu na swą przepiękną formę jako też oryginalną i nadzwyczaj aktualną treść zasługują na to, aby nie przebrzmiały w pamięci tylko słuchaczy. [...] Autor kierował się zasadą »exempla trahunt«. Wymowny kaznodzieja umiał także w sposób niezmiernie prosty, głęboki i porywający uwydatnić największe bolączki chwili obecnej”²⁸. Słów uznania nie szczędził kaznodziei również ks. E. Szramek: „Są to kazania na wskroś oryginalne, żywe, zajmujące i porywające. Jest to przykład wzorowy, jak dziś opracowywać trzeba kazania [...]. Stare, odwieczne prawdy i zasady podane tu są w formie zupełnie nowoczesnej. Frazes odpada i występuje sama treść, konkretnymi przykładami z historii kościelnej i z dziejów Polski zręcznie i pięknie ilustrowana”²⁹.

Działalność ks. Wilczewskiego w zakresie pracy logopedycznej oraz w ramach posługi kaznodziejskiej została dostrzeżona przez władarzy diecezji katowickiej. W uznaniu zasług ks. Wilczewskiego biskup katowicki Herbert Bednorz 11 maja 1979 roku wystosował prośbę do papieża Jana Pawła II: „[...] zwracam się do Waszej Świątobliwości z prośbą o udzielenie błogosławieństwa Apostolskiego dla Seniora Prezbiterium Katowickiego ks. Profesora Stanisława Wilczewskiego z Katowic. [...] Wielką jego zasługą było i jest jednorazowe dzieło fonetyki homiletycznej w kilku Seminariach Duchownych. Na przestrzeni 60 lat z górną skutecznie leczył wady i zahamowania wymowy, umożliwiając ludziom świeckim i pedagogom pokonywanie kompleksów, a kandydatom do kapłaństwa otwierając niejednokrotnie drogę do święceń. Między innymi ponad dziesięciu biskupów wspomina z szacunkiem i wdzięcznością posługę Ks. Wilczewskiego wokół »strojenia strun głosowych« na sprawne głoszenie Słowa Bożego; tak to określił śp. Ks. Kardynał Bolesław Kominek”³⁰.

Jako testament ks. Wilczewskiego, skierowany do kapłanów, należy odczytać słowa I Synodu Diecezji Katowickiej: „[...] homilie należy wygłaszać dostatecznie głośno, wyraźnie i z 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”³¹.

Ksiądz Wilczewski w swoim zapatrywaniu na rolę formalnych elementów wypowiedzi kaznodziejskiej daleko wyprzedził swoją epokę. Należy domniemywać, że z największą radością przyjąłby słowa Kongregacji ds. Duchowieństwa, która w jed-

²⁷ Ibidem, s. 5.

²⁸ Ibidem, s. 5.

²⁹ Ibidem, s. 5.

³⁰ AAK, Akta Personalne PW, sygn. 8-119/79, H. BEDNORZ: *Prośba o udzielenie błogosławieństwa dla ks. Stanisława Wilczewskiego z Katowic*.

³¹ *Wiara, modlitwa i życie w Kościele katowickim...*, s. 28.

nym z dokumentów podaje: „Ludzki »sekret« owocnego przepowiadania tkwi we właściwej mierze »profesjonalności« kaznodziei, który wie, co i jak chce powiedzieć, gdyż ma za sobą poważne przygotowanie dalsze i bliższe, a nie pozwala sobie na dyletancką improwizację. Trzeba więc przykładać wagę do treści słów, do stylu i dykcji»³².

³² Kongregacja ds. Duchowieństwa: *Kapłan – głosiciel słowa, szafarz sakramentów i przewodnik wspólnoty w drodze do trzeciego tysiąclecia chrześcijaństwa*. Poznań 1999, nr 2, s. 2.

ANNA ŁOBOS

Uniwersytet Śląski w Katowicach

Walory poznawcze, wychowawcze i terapeutyczne *Śpiewnika dla dzieci* Marii Konopnickiej – ich przydatność w pracy logopedycznej

ABSTRACT: Every day a teacher, especially a speech therapist who works with the youngest children, uses a variety of texts that are helpful in improving the child language. Cognitive, therapeutic and educational values (and learning outcomes) presented in *A Songbook for Children* [*Śpiewnik dla dzieci*] by Maria Konopnicka multiply educational and therapeutic benefits, which is usually achieved by a set of repeated language and articulation exercises. It should be emphasized that the poet uses a beautiful poetic language that is tailored to the developmental needs of the child. What is more, even in the 21st century Konopnicka's style of writing should be appreciated as it is so simple that makes a child repeat her songs easily and with pleasure. This is why, frequently repeated sequences of words may contribute to correct pronunciation.

KEY WORDS: cognitive and therapeutic functions of poetry for children, enrichment of child language, therapeutic texts for children – their meaning and construction

Wprowadzenie

W kręgu zainteresowań pedagogów od wieków poczesne miejsce zajmuje problematyka poznawcza, której nieodłączną cechą stanowią dociekania lingwistyczne. Za wprowadzanie dziecka w świat nauki o człowieku, jego pochodzeniu, cechach fizycznych, instytucjach ludzkich, wierzeniach czy stosunkach społecznych odpowiadają rodzice, opiekunowie, nauczyciele. Zanim młody człowiek podejmie własne studia nad tymi ważkimi zagadnieniami, jego wyobrażenia i wiedza – przekładające się na konkretne zachowania – kształtowane są przez wiele osób z najbliższego otoczenia, środowiska, w którym wzrasta. Prymarną funkcję w tym skomplikowanym procesie pełni język.

Wzajemne oddziaływanie języka i kultury, będące w centrum zainteresowań lingwistyki antropologicznej, predestynuje naukowców m.in. do badania tekstów

literackich przeznaczonych dla dzieci i młodzieży. Szczególne miejsce w tym nurcie zajmuje analiza jakościowa i ilościowa języka utworów poetyckich oraz piosenek dla małych dzieci i młodzieży szkolnej. Niezwykle atrakcyjna – zwłaszcza dla najmłodszych – wierszowana forma, wzbogacona przez komplementarną linię melodyczną, pozwala na głębokie przeżycie emocjonalne i poznawcze¹. Z tego względu wartościowym materiałem do przebadania jest leksyka utworów słuchanych i wykonywanych przez dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Do szczegółowych analiz wyekscerpowane zostały ponadstuletnie teksty – krótkie utwory ze *Śpiewnika dla dzieci* Marii Konopnickiej², do których muzykę skomponował Zygmunt Noskowski, ponieważ bez wątpienia kształtowały one dziecięcą wrażliwość, stanowiąc jedno ze źródeł świata wiedzy i wartości dla wielu pokoleń Polaków żyjących w skrajnie różnych czasach, miejscach i okolicznościach³.

Język tej poezji – dostosowany do poziomu młodych odbiorców – do dziś zachwyca swą różnorodnością i wyjątkowym pięknem. Piękno tworzywa językowego jest szczególnie ważne w pracy wychowawczej, terapeutycznej, gdyż to ono ma mobilizować do pracy, także pracy nad sobą, własnym językiem, artykulacją itp.

Kształtowanie tożsamości – dziecko jako szczególny adresat literatury

W Polsce klasyczna twórczość dla dzieci i młodzieży mieści się w tradycyjnym nurcie pedagogiki, w pełni akceptującym dziedzictwo kultury chrześcijańskiej, w którym wychowawca jest mistrzem dla wychowanka, pomagającym odnaleźć mu drogę w realizacji konkretnego dobra w celu samodoskonalenia (antropologiczne uzasadnienie konieczności wychowania w ramach pedagogiki personalistycznej). Czerpiąc z klasycznej pedagogiki, będącej częścią filozofii, M. Konopnicka w two-

¹ Już starożytni podkreślali, że śpiew korzystnie wpływa na emocje i duchowość człowieka, a zwłaszcza wyjątkowo sprzyja harmonijnemu rozwojowi dzieci i młodzieży. W pedagogice powszechnie znana i stosowana była wiedza, że aby osiągnąć zamierzone cele wychowawcze i edukacyjne, należy posługiwać się takimi utworami, w których słowo i muzyka korespondują ze sobą.

² Opracowanie to jest pewnego rodzaju próbą podsumowania dotychczas prowadzonych badań na temat tworzywa językowego *Śpiewnika*, kształtującego język i postawę społeczną dziecięcego odbiorcy.

³ Skuteczność oddziaływania utworów stworzonych przez tych dwoje najwybitniejszych w drugiej połowie XIX wieku artystów i pedagogów wynika m.in. z niezwyklego uroku melodyjnych tekstów piosenek, nawiązujących w swym charakterze – w obu warstwach – do zakorzenionych w rodzimej kulturze polskich tańców ludowych i narodowych: krakowiaka, poloneza, mazura, oberka i kujawiaka. Dzięki kunsztowi twórców *Śpiewnika* dynamika poetyckiej wypowiedzi koresponduje w całej pełni z żywiołowością polskiego folkloru.

rzanej przez nią liryce dla dzieci w umiejętny sposób dbała zarówno o ich rozwój umysłowy, jak i kształtowanie woli. Czyniła to bez zbędnego, natrętnego dydaktyzmu, tak charakterystycznego dla literatury pisanej dotąd z myślą o najmłodszych. W każdym niemalże utworze zawarła wątki służące wytworzeniu sprawności pozytywnych (cnót), które należy zaszczeniać w człowieku, oraz wyeliminowaniu sprawności negatywnych (wad), które należy wykorzeniać. Wychowywała, podkreślając w utworach zarówno podmiot wychowania (dziecko), jak i przyczynę sprawczą wychowania (rodziców, dorosłych). Za pomocą umiejętnie dobranych środków budowała obrazy ukazujące rodzinę, sąsiedztwo, naród (bez używania tego słowa ze względu na cenzurę zaborców w okresie rozbiorów), gdzie żyje się nie tylko dla siebie, ale również dla drugiego człowieka, budując społeczność ludzką na miłości i solidarności.

W niedoścignionej, wzorcowej pod każdym względem liryce dla dzieci Konopnicka starała się kształtować wyobraźnię dzieci, pobudzać ich wrażliwość etyczną i estetyczną, kształtować ich system wartości, oparty na wiedzy i emocjach związanych z rodziną⁴, z najbliższym otoczeniem, co stanowi ważne ogniwo w budowaniu tożsamości⁵. Piosenki skuteczniej od wierszy i bajek oddziałują na dzieci i młodzież. Są przez nie chętnie śpiewane, a powtarzana wielokrotnie w różnych sytuacjach treść poszczególnych zwrotek czy refrenów utrwała w pamięci konkretną wiedzę. Taka sytuacja stwarza szerokie możliwości w zakresie wychowania młodego pokolenia. Uczenie się oraz wykonywanie celowo wybranego repertuaru umożliwia młodym ludziom przyswojenie wartości, zwłaszcza tych najcenniejszych – utrwalonych w narodowej tradycji. W czasach współczesnych, w których kultura konsumpcyjna wywarła swe piętno na wszystkich dziedzinach życia⁶, warto korzystać ze skarbcza pozostawionego przez prekursorów w dziedzinie wychowywania poprzez śpiew. Zróżnicowanie leksykalne, wielość form fleksyjnych, słowotwórczych, liczne onomatopeje obecne w omawianych pięćdziesięciu krótkich utworach doskonale służą osiągnięciu założonych celów natury dydaktyczno-terapeutycznej.

U schyłku XIX wieku, w okresie niezwykle trudnym, gdy Polski nie było na mapie Europy, a zaborcy prowadzili agresywną politykę wyznaczenia w szkołach i innych instytucjach, Konopnicka i Noskowski – jako wszechstronnie wykształceni wybitni artyści i pedagodzy – wykorzystywali w swej pracy edukacyjno-wychowawczej estetyczne oraz ideowo-moralne walory polskiej kultury

⁴ W. BEDNARKOWA: *Konceptualizacja RODZINY w tekstach pisanych uczniów szkół podstawowych*. W: *Rodzina – język – tradycja – tożsamość*. T. 3. Red. I. NOWAKOWSKA-KEMPNA. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 1998, s. 117–125.

⁵ A. ŁOBOS: *Słowo i muzyka w „Śpiewniku dla dzieci” – wpajanie postaw i przekazywanie dziedzictwa narodowego najmłodszym u schyłku XIX stulecia*. W: *Modalne aspekty treści kształcenia* (Tom Jubileuszowy). „Chowanna” 2009, s. 297–305.

⁶ I. SAMBORSKA: *Dziecko w świecie konsumpcji. Pedagogiczny wymiar zjawiska*. Bielsko-Biała, Wydawnictwo Akademii Techniczno-Humanistycznej 2009.

ludowej. W napisanym przez nich *Śpiewniku dla dzieci* z 1890 roku (pierwszym polskim zbiorze piosenek przeznaczonych dla najmłodszych⁷) znajdujemy odwołania do romantycznego obrazu polskiej wsi jako miejsca prostego, szczęśliwego życia, możliwego dzięki pielęgnowaniu na co dzień tradycyjnych wartości, dzięki miłości i wsparciu w rodzinie, codziennej ciężkiej pracy w dni powszednie, uroczystemu obchodzeniu dni świątecznych itp.

Ta tematyka ma fundamentalne znaczenie w każdym czasie. Szczególne zapotrzebowanie na sprawdzony sposób kształtowania współczesnego człowieka w najważniejszym okresie jego życia – w czasie wzrastania – widoczne jest dzisiaj, w dobie przewartościowania wartości. Odwoływanie się w tekstach dostosowanych do wieku dziecka do podstawowych wartości – miłości, wolności i solidarności społecznej – przygotowuje młodych do pełnego, twórczego życia dla drugiego człowieka (wbrew modzie na egoizm), do odpowiedzialności za siebie i innych, a przez to do tworzenia społeczności ludzkiej.

Recepcja i percepcja *Śpiewnika dla dzieci*

Przez pół wieku od powstania *Śpiewnika* nauczyciele i wychowawcy z powodzeniem uczyli tych wdzięcznych utworów kolejne pokolenia dzieci i młodzieży – najpierw w schyłkowym okresie zaborów (1890–1918), a potem w wolnej już II Rzeczypospolitej (1918–1939). Stanowiły one stały element kształcenia polonistycznego i muzycznego, uwalniając młode pokolenie na piękno otaczającego świata, umiłowanie do kultury języka i melodyjność polskiej mowy. Niestety, kolejne półwiecze przypadło na czas II wojny światowej i – w efekcie rozstrzygnięć z Teheranu, Jałty i Poczdamu – okres władzy totalitarnej, narzuconej przez Sowietów. Prężnie działająca cenzura skazała niewinne piosenki dla dzieci na niebyt pod fałszywym zresztą zarzutem zdezaktualizowania się ich treści i przesłania. Wiersze Konopnickiej przetrwały co prawda jeszcze w sferze dydaktyki, jednak ich ekspresja była niepełna, gdyż chociaż czytane, bardzo rzadko i wybiórczo były śpiewane. Tylko wyjątkowi ludzie kultury w okresie PRL-u starali się chronić w całości to dziedzictwo naszej tożsamości. Wynikiem celowej działalności dyskredytującej „anachroniczne” piosenki Konopnickiej i Noskowskiego jest całkowita niemalże nieznajomość po 1989 roku utworów ze *Śpiewnika* przez współczesne młode i dorosłe pokolenie. Niestety, nieznane są już nie tylko piosenki, ale również wiersze.

⁷ *Śpiewnik* w czasie dwudziestolecia międzywojennego doczekał się wielu wydań w Polsce i za granicą. W artykule powołuję się na wydanie z 1924 roku: Z. NOSKOWSKI: *Śpiewnik dla dzieci do słów Marii Konopnickiej*. Warszawa, Wydawnictwo Muzyczne S. Arcta 1924.

Wielkim wydarzeniem, niejako odkryciem na nowo tego efektu ponadczasowej, genialnej myśli pedagogicznej było wydanie w 2006 roku płyty *Cztery pory roku*. Powstała ona dzięki pracy Mirosławy Knapik w ramach autorskiego projektu ratowania przed zapomnieniem polskich arcydzieł literatury muzycznej dla dzieci⁸. Płyta zawiera miniaturowe arcydzieła ze *Śpiewnika* Noskowskiego i Konopnickiej (uznanych za najzdolniejszych, najwybitniejszych i najgorliwszych artystów i pedagogów drugiej połowy XIX wieku). Ten jedyny w literaturze przeznaczony dla dzieci śpiewnik na chór z towarzyszeniem fortepianu powinien wrócić do polskich szkół ze względu na wysokie walory estetyczne i moralne pięćdziesięciu utworów. Świadczyłyby to o pełnej szacunku postawie współczesnych pedagogów wobec wielowiekowej tradycji polskiej i rodzimego folkloru. Na początku trzeciego tysiąclecia piosenki te przemawiają ze zdwojoną siłą, stanowiąc niezwykłą pomoc w nauczaniu i wychowywaniu najmłodszego pokolenia, ponieważ nie straciły nic ze swej żywiołowej ekspresji, a sposób ujmowania najistotniejszych kwestii etycznych służy budowaniu tożsamości najmłodszego pokolenia.

Wiedza o człowieku i jego otoczeniu – analiza słownictwa ze *Śpiewnika dla dzieci*

Analizując statystyczne zestawienie dotyczące słownictwa w *Śpiewniku*, dostrzegalna staje się dominacja dwóch części mowy – rzeczowników i czasowników. Obserwuje się ją zarówno w słowniku, jak i w tekście. Na wszystkie 3 154 słowoformy w tekście – będące realizacjami 946 leksemów w słowniku *Śpiewnika dla dzieci* – składają się:

- rzeczowniki: 924 (29,3%) słowoformy, 405 (42,8%) leksemów;
- czasowniki: 540 (17,1%) słowoform, 269 (28,4%) leksemów;
- imiesłowy przymiotnikowe: 14 (0,4%) słowoform, 13 (1,4%) leksemów;
- liczebniki: 15 (0,5%) słowoform, 11 (1,2%) leksemów;
- przymiotniki: 256 (8,1%) słowoform, 93 (9,8%) leksem;
- zaimki: 420 (13,3%) słowoform, 24 (2,5%) leksem;
- przysłówki: 86 (2,7%) słowoform, 43 (4,6%) leksem;
- przymyki: 314 (10%) słowoform, 18 (1,9%) leksemów;

⁸ *Cztery pory roku*. Płyta CD 004. Zespół Państwowych Szkół Muzycznych, Państwowa Ogólnokształcąca Szkoła Muzyczna II st. im. Karola Szymanowskiego w Katowicach, Katowice 2006. Nagranie płyty niewątpliwie jest prekursorskim dziełem przywrócenia skarbów literatury dydaktycznej dla młodego pokolenia w XXI wieku po pięćdziesięciu latach niebytu. Wykonanie wszystkich pięćdziesięciu utworów, pogrupowanych w czterech częściach zatytułowanych *Zima*, *Wiosna*, *Lato*, *Jesień*, uznane zostało za wzorcowe, m.in. dzięki niezwykle starannej interpretacji i pietyzmowi zarówno w warstwie muzycznej, jak i językowej (zwłaszcza artykulacyjnej).

- spójniki: 190 (6,0%) słowoform, 23 (2,4%) leksemy;
- wykrzykniki: 278 (8,8%) słowoform, 28 (3,0%) leksemów;
- partykuły: 117 (3,7%) słowoform, 19 (2,0%) leksemów.

Niekwestionowane w *Śpiewniku* bogactwo słownictwa (wyrazy bardzo rzadko powtarzają się) powiązać należy z wiedzą Konopnickiej o sposobie budowania poetyckiej wypowiedzi skierowanej do dziecka. Prawie co trzecim słowem w piosenkach jest rzeczownik⁹, natomiast co szóstym – czasownik¹⁰. Tzw. wskaźnik nominalności, czyli stosunek wszystkich pojawiających się w pięćdziesięciu piosenkach rzeczowników do czasowników, wynosi 1,71 dla słowoform, natomiast 1,51 dla haseł. Przewaga rzeczowników nad czasownikami zawsze świadczy o nominalnym charakterze konkretnego dzieła. W twórczości Konopnickiej – wzięwszy pod uwagę budowę składniową i zamysł stylistyczny w krótkich utworach – niebagatelną rolę odgrywają czasowniki. Już podczas lektury *Śpiewnika dla dzieci* na pierwszy plan wysuwają się: ruch, żywiołowość i energia działania, które podczas śpiewu poszczególnych piosenek wzmocnione zostają dodatkowo przez stylizowaną na polski folklor muzykę Noskowskiego. Język *Śpiewnika* charakteryzuje także duży udział w tekście oraz słowniku zaimków, wykrzykników i partykuł, których użycie ewokuje emocjonalną, spontaniczną wypowiedź, typową dla żywej mowy. Jest to bardzo atrakcyjny dla dziecka sposób kształtowania wypowiedzi, co przekłada się bezpośrednio na komfort pracy pedagoga, terapeuty z dzieckiem.

Zaimki

W niniejszym opracowaniu omówienie sfery nauczania i wychowania w kulturze i do kultury młodych odbiorców za pomocą tekstów poetyckich zacznę od wskazania połączeń wyrazowych, w których główną rolę odgrywają – najczęściej występujące – zaimki i przymiotniki. To dzięki nim młody człowiek uczy się pozytywnej postawy życiowej (nadzieja i wiara w sens trudnej pracy w niesprzyjających warunkach), a także rozwija swoją wrażliwość na innych (marginalizacja egoistycznych zachowań).

Początek listy rangowej (leksemy z rangą od 1 do 20) zajmują wyrazy o najwyższej frekwencji (od 89 do 16). Są to wyrazy krótkie, najczęściej jednosylabowe. Oprócz przyimków, spójników czy wykrzykników (te ostatnie przywołują żywą mowę dziecka) w tej grupie znajdują się także zaimki. Są to zaimki, których celowe i umiejętne użycie podkreśla i jednostkowy punkt widzenia, i przywiązanie do konkretnego, i zauważalność języka (frekwencja podana jest w nawiasie):

⁹ Z dużą dokładnością można obliczyć, że co trzeci pojawiający się w utworach Konopnickiej rzeczownik ma swoje przymiotnikowe lub imiesłowowe określenie.

¹⁰ Na co szósty czasownik przypada jedno określenie w postaci przysłówka.

- „ten” (77): „ten miły świat”; „ten wiaterek”; „ten ogień”; „ten stary flisak”; „ten ciemny las”; „ten jęczmień”; „ten śliczny wieniec”; „ten chleb razowy”; „ten chlebek żytni”; „ten miły świat”; „ten wiaterek”; „ten chudy Janek”; „ta pszeniczka”; „ta głębia”; „ta ranna zorza”; „ta palma kwietniowa”; „ta modra rzeka”; „ta bystra fala”; „ta pełna róża”; „to zboże”; „to kwiecie” itd.;
- „ty” (54): „ty pachniesz”; „ty jęczysz”; „ty rozpowiadasz”; „ty bujny wietrze”; „ty drogie dziecię”; „ty bujna niwo”; „ty pszeniczne pole”; „ty mały skowroneczku”; „ty Maciusiu”; „ty rzeko”; „ty sierotęńko”; „ty czarna jaskółeczko”; „ty wiosko”; „więzi ciebie”; „jest dla ciebie miejsce”; „ciebie rozkładają”; „widać ciebie”; „obudzi ciebie”; „tęskno tobie będzie”; „lody tobie nie nowina”; „źle, zajączku, z tobą, źle” itd.;
- „my” (41): „my jej się nie boimy”; „my chmurkę wyprzedzimy”; „my, leszczy-no, ci ulżymy”; „my komin obsiadziemy”; „my utulim cię”; „my dzisiaj zwozimy snopy”; „ciesz się z nami”; „umie każdy z nas”; „ochrania nas”; „miejsze dla nas zmiłowanie”; „nas porzuciły”; „woła nas” itd.;
- „nasz” (37): „nasza zima zła”; „nasz zajączek”; „ziemia nasza czarna”; „nasz Janek”; „nasze głowy”; „chata nasza droga”; „nasza czarna jaskółeczka”; „nasza izba umajona”; „nasza robota”; „nasz świat”; „ziemia nasza czarna”; „praca nasza”; „nasz ogródeczek”; „las nasz”; „nasze pole”; „nasza Jadwiga”; „cicha wioska nasza”; „nasze czyste pole”; „nasza chatka”; „nasz dach” itd.;
- „ja” (26): „ja jestem chwat”; „ja stoję u okienka”; „ja patrzę w dal”; „ja śpiewam”; „ja lecę”; „leciałam ja”; „a jak ja urosnę”; „ja mu posyłam”; „ja raniuchno dziś wstanę”; „ja pójde”; „nie bierzże mnie”; „słoneczko mnie malowało”; „zbudzi-łeś mnie” itd.;
- „mój” (20): „mój chłopczyku”; „mój wietrzyku miły”; „siwy konik mój”; „mój wianeczku”; „mój braciszek miły”; „mój deszczyku, mój kochany”; „siwy mój sokole”; „mój Żuczku miły”; „mój świerszczyku”; „ostra moja koso”; „słoneczko moje”; „moje ty drogie dziecię”; „mojej mamy rączki drogie” itd.

Analizując liczbę użyć poszczególnych zaimków, można zauważyć dominację zaimków „ty” nad „ja”, a także „nasz” nad „mój”. Blisko dwukrotna przewaga frazeologizmów zawierających słowa „ty” oraz „nasz” nad związkami wyrazowymi z „ja” oraz „mój” wpływa na zmianę mentalności współczesnego dziecka, przyzwyczajonego do realizowania egoistycznych zachcianek w każdych okolicznościach. Powtarzając pięknie skonstruowane frazy poetyckie, dziecko zaczyna myśleć o innych, przestaje koncentrować uwagę tylko na sobie, przejawia troskę o wspólne dobro, za które jest odpowiedzialne, przeżywa głęboko wyśpiewywane treści. Z kolei użyte przez poetkę frazeologizmy z zaimkiem „mój” również nie są egocentrycznymi komunikatami – w znakomitej większości odwołują się przeciw do zaznaczenia emocjonalnego związku, poczucia bliskości (problem błędu antropologicznego).

Przymiotniki

O bogactwie słownika świadczy nie tylko liczba wyrazów, ale również ich różnorodność. Użycie urozmaiconej synonimiki zauważalne jest wśród rzeczowników, przymiotników, czasowników, a także przysłówków (np. wyraz „bardzo” pojawia się tylko raz w całym *Śpiewniku*). Opisywane w *Śpiewniku dla dzieci* desygnaty najczęściej są:

- „dobre” (11): „dobry czas”; „dobry dzień”; „dobrzy ludzie”; „dobra ziemia”; „dobre słowo”;
- „miłe” (10): „miły brat”; „miły świat”; „wiosna miła”; „strzecha miła”; „miły pan”; „miły chłopczyk”; „wietrzyk miły”; „braciszek miły”; „wioska miła”;
- „wesołe” (8): „wesoła piosenka”; „wesoła nowina”; „wesoły dzień”; „wesoła drużyna”;
- „śliczne” (6): „śliczna malowanka”; „śliczne kwiaty”; „śliczna tęcza”; „śliczne słonko”; „śliczny wieniec”; „śliczna gruszka”;
- „drogie” (4): „drogie dziecię”; „rączki drogie”; „drogi domek”;
- „kochane” (4): „słoneczko kochane”; „deszczyk kochany”; „wioska kochana”;
- „cudne” (3): „cudna noc”; „cudny świat”.

Warto podkreślić, że przymiotniki w *Śpiewniku* zdecydowanie częściej określają ludzi, zwierzęta, zjawiska oraz rzeczy pozytywne niż negatywne, co jest zgodne z tzw. hipotezą Pollyanny¹¹. Utwory Konopnickiej stanowią zatem przeciwagę dla tekstów nachalnie promowanych obecnie przez kulturę masową, gdyż te ostatnie skupiają się przeważnie na negatywnych aspektach współczesnego życia.

Rzeczowniki

Analiza udziału procentowego części mowy w słowniku pozwala stwierdzić, że aż 42,8% wszystkich wynotowanych leksemów stanowią hasła rzeczownikowe. Oznacza to, że o bogactwie słownictwa w *Śpiewniku* decydują właśnie użyte rzeczowniki. Tworzą one kategorię tematyczną związaną z kształtowaniem stosunku dziecka do otaczającego je świata. Bez wątpienia słownik rzeczownikowy w *Śpiewniku* dotyczy harmonijnego współżycia człowieka z innymi ludźmi oraz życia w poszanowaniu przyrody i praw natury. Na 924 słowoformy rzeczownikowe aż 874 wyrazy są związane z człowiekiem i otaczającą go przyrodą. Warto zwrócić uwagę na dbałość poetki o wszechstronny rozwój dzieci – zarówno mieszkających w mieście, jak i na wsi. Konopnicka podkreślała zwłaszcza konieczność pogłębiania

¹¹ J. BOUCHER, C.E. OSGOOD: *The Pollyanna hypothesis*, „Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior” 1969, No. 1, s. 1–8.

wiedzy najmłodszych o środowisku ich życia. Dzisiaj (w dobie komputerów) nadal jest to temat interesujący dzieci, jednak ich wiedza – mimo powszechnego dostępu do informacji – jest o wiele uboższa niż sto lat temu¹².

Wykorzystanie schematu Halliga–Wartburga, przeniesionego na polski grunt przez Władysława Miodunkę¹³, umożliwia wyodrębnienie podstawowych pól tematycznych: *Człowiek*, *Wszechświat*, *Człowiek i wszechświat*, by za ich pomocą ukazać udział w *Śpiewniku rzeczowników* nazywających pojęcia związane z człowiekiem i naturą. Jak łatwo się domyślić, leksemy rzeczownikowe najczęściej spotykane w piosenkach dotyczą świata przyrody i natury, np. „las” (20), „wiosna” (13), „zima” (12), „pole” (12), „konik” (10).

Udział rzeczowników przypisanych do pól tematycznych: *Człowiek*, *Wszechświat*, *Człowiek i wszechświat* w tekście (słowoformy) i słowniku (leksemy) rzeczownikowym *Śpiewnika dla dzieci* przedstawia się w następująco:

CZŁOWIEK – 288 słowoform (31,2%), 147 leksemów (36,3%):

- człowiek – 101 słowoform (10,9%), 49 leksemów (12,1%),
- ciało – 40 słowoform (4,3%), 19 leksemów (4,7%),
- ubiór – 7 słowoform (0,8%), 5 leksemów (1,2%),
- dom – 38 słowoform (4,1%), 24 leksemy (5,9%),
- pożywienie – 20 słowoform (2,2%), 10 leksemów (2,5%),
- odpoczynek, rozrywka, folklor – 28 słowoform (3,0%), 18 leksemów (4,4%),
- święta, obrzędy, zwyczaje – 54 słowoformy (5,8%), 22 leksemy (5,4%);

WSZECHŚWIAT – 374 słowoformy (40,5%), 158 leksemów (39,0%):

- ciała niebieskie, pogoda – 88 słowoform (9,5%), 33 leksemy (8,2%),
- gospodarstwo – 37 słowoform (4,0%), 22 leksemy (5,4%),
- zboże – 32 słowoformy (3,5%), 10 leksemów (2,5%),
- roślinność, drzewa, kwiaty, trawy – 91 słowoform (9,9%), 37 leksemów (9,1%),
- owoce, warzywa – 27 słowoform (2,9%), 13 leksemów (3,2%),
- owady – 13 słowoform (1,4%), 6 leksemów (1,5%),
- ptaki – 54 słowoformy (5,8%), 24 leksemy (5,9%),
- zwierzęta – 32 słowoformy (3,5%), 13 leksemów (3,2%);

CZŁOWIEK I WSZECHŚWIAT – 212 słowoform (22,9%), 67 leksemów (16,5%):

- Bóg, natura, byt, los – 24 słowoformy (2,6%), 8 leksemów (2,0%),
- czas, pory roku, pory dnia – 73 słowoformy (7,9%), 20 leksemów (4,9%),

¹² Świadczy o tym m.in. nieznamość np. polskich obrzędów i zwyczajów ludowych. Zob. R. KUCHARZYK: *Derywaty odonimiczne w nazwach obrzędów i zwyczajów ludowych*. W: *Folklor – edukacja, sztuka, terapia*. Red. M. KNAPIK, A. ŁOBOS. Bielsko-Biała, Wydawnictwo Akademii Techniczno-Humanistycznej 2009, s. 33–43. Na zatrzważający brak wiedzy współczesnych dzieci o wsi i jej mieszkańcach zwrócił uwagę także Wojciech Mann, który jeden z programów rozrywkowych *Duże dzieci* zakończył apelem do rodziców, by zwrócili uwagę na ten problem.

¹³ Cyt. za: W. MIODUNKA: *Teoria pól językowych: społeczne i indywidualne ich uwarunkowania*. „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego”. „Prace Językoznawcze” 1980, z. 67, s. 53–54.

- organizacja życia, przestrzeń, wieś, miasto – 77 słowoform (8,3%), 27 leksemów (6,7%),
- woda – 38 słowoform (4,1%), 12 leksemów (3,0%).

Przedstawione dane liczbowe dotyczą frekwencji słowoform i haseł rzeczownikowych. Z punktu widzenia badań lingwistycznych, kulturowych i pedagogicznych nad językiem utworów dla dzieci interesująca jest jednak liczba pojawień się w tekście konkretnych słów współtworzących omawiane pojęcie nadrzędne, dlatego liczba przed każdym hasłem określa, ile razy ten leksem pojawił się w *Śpiewniku*.

Pojęcie nadrzędne *CZŁOWIEK* (rzeczowniki nazywające człowieka, jego wygląd, rodzinę, najbliższych, dom, sąsiedztwo, potrzeby, uczucia, kulturę):

- „człowiek”: 8 – „wszyscy”, 7 – „dzieci”, 5: „chłopiec”, „panieneczka”, 4 – „kosiarz”, 3: „dziadek”, „dziecię”, „grajek”, „Janek”, „Maciuś”, „pan”, „sierota”, „tata”, 2: „braciszek”, „brat”, „drużyna”, „dziatki”, „ekonom”, „Jadwiga”, „mateńka”, „matuleńka”, „robotniczka”, „śmieszka”, „zmarzłak”, „żeńcy”, 1: „chłopczyk”, „chwat”, „dziatwa”, „dziewka”, „flisak”, „fryc”, „gromadka”, „junak”, „leń”, „ludzie”, „mama”, „mamunia”, „mateczka”, „matka”, „nieboga”, „panicz”, „panienka”, „pastuszek”, „sierotkę”, „sierotka”, „skrzypek”, „stróż”, „tatunio”, „tchórz”;
- „ciało”: 7 – „ręka”, 4: „nos”, „oko”, 3: „czoło”, „głowa”, „serce”, 2: „guz”, „plecy”, „pot”, 1: „dusza”, „głos”, „głoweczka”, „kark”, „łezka”, „łza”, „oczeko”, „ramię”, „rączka”, „ucho”;
- „ubiór”: 3 – „płaszczki”, 1: „chuścina”, „czapeczka”, „fartuszek”, „sukienka”;
- „dom”: 4 – „komin”, 3: „chata”, „chatka”, „ogródeczek”, „okienko”, 2: „gościna”, „próg”, „stół”, 1: „chateczka”, „dach”, „domek”, „drzwi”, „dym”, „izba”, „kątek”, „kołyska”, „łóżko”, „obrus”, „ogród”, „ogródek”, „piec” (rz.), „strzecha”, „szybka” (rz.), „ściana”;
- „pożywienie”: 4: „chleb”, „grzyb”, 3 – „chlebek”, 2: „miód”, „obiad”, 1: „kasza”, „kąsek”, „miodek”, „rydz”, „wódka”;
- „odpoczynek”, „rozrywka”, „folklor”: 5 – „piosenka”, 3: „ognisko”, „raj”, 2: „saneczki”, „sen”, 1: „fujareczka”, „fujarka”, „krakowiak”, „kujawiak”, „łyżewka”, „marzenie”, „mazur”, „piosnka”, „sanna”, „ślizgawka”, „tabaka”, „taniec”, „uciecha”;
- „święta”, „obrzędy”, „zwyczaje”: 7 – „śmigus”, 6: „dyngus”, „sobótka”, 4: „święta”, „wianek”, „wieniec”, 3 – „kolędnicy”, 2: „gody”, „Gwiazdka”, „kolęda”, „pogrzeb”, „wianeczek”, 1: „dożynki”, „dzwon”, „jajeczko (święcone)”, „malowanka”, „pieśń”, „powitanie”, „śpiewka”, „Wielkanoc”, „zapusty”, „Zielone Świątki”.

Pojęcie nadrzędne *WSZECHŚWIAT* (rzeczowniki nazywające niebo, ciała niebieskie, pogodę, świat roślinny, prace w polu i ogrodzie, świat zwierzęcy):

- „ciała niebieskie”, „pogoda”: 8: „słonko”, „zorza”, 6: „niebo”, „słoneczko”, „wicher”, 4 – „gwiazda”, 3: „chmurka”, „deszcz”, „dziw”, „mróz”, „ogień”, „śnieg”, „śnieżek”, „tęcza”, „wiatr”, 2: „cień”, „deszczyk”, „iskra”, „pogoda”, „śnieżyca”, 1: „burza”, „chmura”, „echo”, „gwiazdeczka”, „mgła”, „obłok”, „płomień”, „siła”, „słońce”, „tuman”, „wiaterek”, „wietrzyk”, „zamieć”;

- „gospodarstwo”: 6: „kosa”, „plon”, 2: „chrust”, „kosz”, „praca”, „tratwa”, „żniwa”, 1: „cep”, „drwa”, „grabie”, „grat”, „korzec”, „młocka”, „nasionko”, „robota”, „sieci”, „sierp”, „stodoła”, „szkoda” (rz.), „ul”, „wóz”, „wrota”;
- zboże: 6 – „sноп”, 4: „kłos”, „pszeniczka”, „zboże”, „ziarno”, 3 – „jęczmień”, 2: „owies”, „sandomierka”, „żyto”, 1 – „łan”;
- „roślinność”, „drzewa”, „kwiaty”, „trawy”: 20 – „las”, 9 – „bór”, 6 – „choinka”, 5 – „gaj”, 4: „kwiat”, „kwiecie”, 3 – „bławaty”, 2: „grusza”, „kocanki”, „sad”, „wierzba”, „leszczyna”, „róża”, „różyczka”, „wiązanka”, „tatarak”, „traweczka”, 1: „czeremcha”, „drzewo”, „gałązeczka”, „gałązka”, „gałąź”, „jabłonka”, „jabłoń”, „lipa”, „lipina”, „listeczek”, „listek”, „olszyna”, „próchno”, „kalina”, „bez” („bzy”), „kwiatek”, „jabłoneczka”, „trzcina”, „trawa”, „trawka”;
- „owoce”, „warzywa”: 5 – „jabłuszko”, 4 – „orzyszki”, 3: „jagoda”, „jeżyna”, „maliny”, 2 – „czernice”, 1: „boróweczka”, „gruszczyzna”, „gruszka”, „jabłko”, „jagódka”, „poziomka”, „kartofel”;
- „owady”: 5 – „świerszczyk”, 4 – „pszczołka”, 1: „chrabąszcz”, „muszka”, „robaczek”, „żuczek”;
- „ptaki”: 7 – „jaskółeczka”, 5 – „gniazdko”, 4: „bociek”, „gniazdeczko”, „skowroneczek”, 3: „bocian”, „kukułeczka”, 2: „derkacz”, „gąska”, „pióreczko”, „piórko”, „skowronek”, „skrzydełko”, „sokół”, 1: „dziób”, „gil”, „gniazdo”, „jaskółka”, „kokosza”, „łot”, „odlot”, „pliszka”, „przepióreczka”, „sowa”;
- zwierzęta”: 10 – „konik”, 5 – „zajączek”, 3: „wołek” (wół), „Żuczek” (pies), 2: „owca”, „pies”, 1: „koniczek”, „krówka”, „łapa”, „piesek”, „rzenie”, „świstak”, „żaba”.

Pojęcie nadrzędne *CZŁOWIEK I WSZECHŚWIAT* (rzeczowniki związane z bytem, czasem, przestrzenią, organizacją życia):

- „Bóg”, „natura”, „byt”, „los”: 9 – „Bóg”, 8 – „czas”, 2: „łaska”, „dwór” (niebieski), „lichy”, „los”, „znak”, „życie”;
- „czas”, „pory roku”, „dnia”: 13 – „wiosna”, 12 – „zima”, 8 – „dzień”, 7 – „jesień”, 6 – „wieczór”, 5 – „dobranoc”, 3: „maj”, „noc”, 2: „nocka”, „ranek”, „rok”, „tydzień”, 1: „dzionek”, „miesiąc”, „miesiączek”, „południe”, „pora”, „poranek”, „świt”, „wiosenska”;
- „organizacja życia”, „przestrzeń”, „wieś”, „miasto”: 12 – „pole”, 9 – „świat”, 8 – „ziemia”, 5 – „droga” (ulica), 4: „niwa”, „Warszawa”, „wioska”, 3: „góra”, „kraj”, „łaka”, „ścieżyna”, 2: „dal”, „Gdańsk”, „zielen”, 1: „błoto”, „kamyszek”, „łączka”, „miedza”, „murawa”, „pastwisko”, „pył”, „ścieżka”, „śląd”, „ulica”, „wies”, „wyrąj”, „zachód”;
- „woda”: 8 – „morze”, 7 – „rzeka”, 5: „rosa”, „woda”, 4 – „fala”, 2: „brzeg”, „lód”, 1: „bród”, „głębia”, „głębina”, „ruczaj”, „zdrój”.

Analizując przedstawione dane liczbowe, można stwierdzić, że dominującą tematyką w śpiewanych utworach są obszary pojęciowe związane z wszechświatem (40,5% słowoform rzeczownikowych) oraz człowiekiem (31,2% wszystkich użyć rzeczowników). Dominują rzeczowniki określające konkretnych ludzi, świat roślinny i zwierzęcy oraz rzeczowniki nazywające ciała niebieskie i zjawiska mete-

orologiczne. Niektóre z nich mają bardziej skomplikowaną postać słowotwórczą, co może być odpowiednio wykorzystane np. w pracy logopedycznej.

Pisząc dla dzieci, Konopnicka starała się kształtować ich wyobraźnię, pobudzać wrażliwość etyczną i estetyczną, budować ich system wartości na wiedzy o bliższym i dalszym otoczeniu. Czyniła to niezwykle skutecznie, ponieważ utwory ze *Śpiewnika dla dzieci* pozbawione są natrętnego dydaktyzmu i patetyzmu, a przecież traktują o sprawach najistotniejszych w życiu człowieka. Warto podtrzymywać zainteresowanie dzieci tematyką, która jest niezwykle atrakcyjna także dzięki ukazywaniu bogactwa polskiej kultury na przykładzie rodzimego folkloru.

Zdrobnienia

Piosenki ze *Śpiewnika* stanowią również nieocenioną pomoc wychowawczą z tego względu, że zawarte w nich formy deminutywne i hipokorystyczne, określające m.in. członków najbliższej rodziny, uczą najmłodszych, jak wyrażać miłość i szacunek, jak budować więzi rodzinne i społeczne („mateńka”, „matuleńka”, „mamunia”, „mameczka”, „tatunio”, „braciszek” itd.). Jako przykład okazywania szacunku matce i wykonywanej przez nią pracy posłużyć mogą trzecia i czwarta strofka *Wielkanocy*:

Ścielże się, obrusie,
 Jako śnieżek biały;
 Mojej mamy rączki drogie
 Ciebie rozkładały.
 Rozkładały ciebie
 Na tym długim stole,
 Żeby było dla sierotki
 Miejsce w naszym kole.

Tekstem, w którym szczególną funkcję pełnią zdrobnienia i spieszczenia, jest utwór *W polu*. Zawarta w tym obrazie radość z obserwowania budzącej się nieśmiało do życia przyrody oddana została poprzez język pełen czułości i delikatności:

Pójdziemy w pole, w ranny czas;
 – Młode traweczki, witam was!
 Młode traweczki zielone,
 Poranną rosą zroszone.
 Długoście spały twardym snem;
 Pod białym śnieżkiem, w polu tem;
 Teraz główeczki wznosicie,
 Bo przyszło słońce i życie.

W tym znanym utworze emocje towarzyszące obserwowaniu pierwszych, nieśmiałych oznak wiosny wyrażają spieszczenia. Umiejętne ich stosowanie jest niezwykle trudną sztuką. W przywołanych tu tekstach kunszt językowy i szczerść przekazu poetki pozwoliły uniknąć infantylności (często związanej z nadużywaniem formacji deminutywnych i hipokorystycznych przez autorów).

Wyrazy potoczne

Zastosowanie elementów potocznych w utworach poetyckich również służy uwypukleniu przedstawianych sytuacji. Takie słownictwo oddaje bądź zatroskanie o byt w *Derkaczu* („Nim przeniosę graty, dzieci, / To i tydzień jak nic zleci”), bądź radosny nastrój dziecięcej zabawy w *Ślizgawce* („Guza nabić – strach nieduży, / Nie stanie się nic; / A gdy chłopiec zawsze tchórzy, / Powiedzą, że fryc”) czy zły humor chłopca w *Sannie* („A nasz Janek w złym sosie, / Bo gila ma na nosie”).

Z analizy połączeń wyrazowych (epitetów) występujących w *Śpiewniku* współczesny młody człowiek wiele dowiaduje się o rodzimej kulturze, grzeczności językowej, szacunku do innych ludzi – tych najdroższych, najbliższych, starszych, ale i samotnych, osieroconych czy zagubionych. Śpiewając, powtarza refren, dzięki czemu utrwalają się w pamięci owe starannie dobrane emocjonalne zwroty grzecznościowe, a także sformułowania uczące pobłażliwości w niektórych sytuacjach. Zawsze użycie takie jest ściśle związane z kontekstem.

Regionalizmy

Konopnicka, czerpiąc z folkloru¹⁴ i uzyskując przez to niespotykaną śpiewność strofy, nie sięgała w twórczości dla najmłodszych do mowy ludu, a więc gwarowej fonetyki czy zasobu leksykalnego określonych dialektów¹⁵. Rzadkie odstępstwa od

¹⁴ Poetka, podobnie jak czynił to wcześniej Franciszek Karpiński, w mistrzowski sposób czerpała z folkloru i doń nawiązywała. Niektóre pieśni obojga mistrzów strofy były tak popularne, że niejako „z powrotem” trafiały do folkloru (najlepszym przykładem jest *Laura i Filon* Karpińskiego).

¹⁵ Maria Konopnicka, posługując się wzorcową polszczyzną, czyniła adresatami swoich utworów wszystkie polskie dzieci, bez względu na regiony, z których pochodziły. Nie chodziło jej, rzecz jasna, o pomniejszenie roli gwary, którą doceniano także w kształceniu językowym już po odzyskaniu przez Polskę niepodległości. W poradniku metodycznym dla nauczycieli szkół powszechnych czytamy: „Mogą dzieci w ciągu tych pierwszych lekcji (ale i później w chwilach wielkiego ożywienia) mówić gwarą; nie należy im w tym przeszkadzać, aby nie zahamować z miejsca ich swobody mówie-

tej reguły w jej wierszach i nowelach służą stylizacji językowej¹⁶. W *Śpiewniku* odnajdujemy zaledwie kilka regionalizmów, obecnych do dziś w języku mieszkańców Wielkopolski, prawie nieznanymi w języku literackim. Są to: „kamyszek” (zdrabniający przyrostek „-yszek”) w *Powitaniu wiosenki*: „Leci pliszka spod kamyszka”; „kocanki” w *Wierzbie* („Kocanki, kocanki, / Gałązka wierzbowa! / Rozwinęła nam się / Ta palma kwietniowa”).

Co ciekawe, w wierszu *Ogródek* Konopnicka zastąpiła typowego w Wielkopolsce „modraka” charakterystycznym dla Małopolski „bławatką” (a nie mazowieckim „chabrem”):

W naszym ogródeczku
Są tam śliczne kwiaty:
Czerwone różyczki
I modre bławaty.
Po sto listków w róży,
A po pięć w bławacie;
Ułożę wiązanekę
I zaniosę tacie.

Użycie typowych dla dialektu wielkopolskiego gwarowych formacji słowotwórczych w cytowanych utworach było bardzo charakterystyczne dla Marii Konopnickiej, wszak dzieciństwo i młodość spędziła ona w Kaliskiem. Z kolei czasownikowe gwarowe formy fleksyjne „wysieczem”, „zasiądzem” wynotowane z *Kosiarzy* („Uwijaj się rażno, / Ostra moja koso: / Nim wysieczem po las, / Obiad nam przyniosą”) mają szeroki zakres występowania – odnotowano je niemalże we wszystkich dialektach polskich oraz w polszczyźnie potocznej.

Archaizmy

Posługiwanie się w mowie oraz piśmie piękną i poprawną polszczyzną stanowiło o odrębności narodowej Polaków. Szczególnie po utracie niepodległości myśliciele podnosili rolę ojczystego języka jako najważniejszego elementu jednoczącego rozbitą naród i zapewniającego ciągłość jego świadomości i tradycji. Z troską o język łączono program przechowywania i utrwalania wartości narodowych, a także roz-

nia, a nawet mniej śmiało dzieci ożywić, ośmielić i pobudzić do opowiadania. Później przyjdzie czas na powolne przyzwyczajanie dzieci do mówienia językiem warstw wykształconych” (S. TYNC, J. GOŁĄBEK, J. DUSZYŃSKA: *Wskazówki metodyczne do podręcznika „Nasze miasto” dla II klasy szkół powszechnych miejskich*. Lwów–Warszawa 1937, s. 13).

¹⁶ Często właśnie stylizacja na mowę wiejską jest jednym z powodów trudności współczesnych dzieci w pełnym rozumieniu baśni *O krasnoludkach i o sierotce Marysi*.

powszechniania polskiej kultury, uwzględniano różne formy przeciwstawiania się silnym tendencjom germanizacyjnym i rusyfikacyjnym.

Jednym z najbardziej wyrazistych sposobów okazywania troski o zachowanie polskości jest stosowanie rodzimej leksyki. Wynotowanie z wierszy kilku rdzennie polskich rzeczowników uzmysławia czytelnikowi, że we współczesnej polszczyźnie wyrazy: „dziecię” „ruczaj”, „wyrzaj”, „kąsek” czy „gody” należą już do archaizmów¹⁷:

- „dziecię”: – „Czego ty jęczysz, ty bujny wietrze, / I czego tak zawodzisz [...]”? / – Oj! tego jęczę, tego zawodzę, / Moje ty drogie dziecię, / Że nie mam chatki, rodzonej chatki, / I tułam się po świecie” (*Wiatr*); forma „dziecię”, znana od XIV wieku, oznaczająca ‘dziecko’ (z kolei forma „dziecko” – dziś neutralna – pojawiła się w dialektach w XV wieku i miała pejoratywny wydźwięk, por. „babsko”); przymiotnik „bujny”, czyli ‘obficie rozrastający się, pełen sił żywotnych’, znany od XIV wieku; w języku staropolskim w znaczeniu: ‘przekraczający pewną miarę, zuchwały, pyszny’, a w XVI wieku: ‘rozhlukany, gwałtowny, niepohamowany’;
- „ruczaj”: „– A kto tę choinkę / Poił w ciemnym gaju? / – Jasne ją poiły rosy / I woda z ruczaju” (*Choinka w lesie*); forma znana od XV wieku, ‘potok, strumień’;
- „wyrzaj”: „Leciałam ja w maju, / Z ciepłego wyrzaju, / Zagubiłam w drodze / Ścieżynę do gaju!” (*Kukuleczka*); forma oznaczająca pierwotnie ‘błogi kraj bez zimy’ lub ‘szczęśliwą, błogosławioną krainę’ (wyraz prawdopodobnie zapożyczony z języka irańskiego);
- „kąsek”: „Chlebem się przełamać, / Kąskiem choć ostatniem” (*Skowroneczek*); forma zdrobniła od słowa „kęs”, znana od XV wieku, ‘kawałek czegoś jadalnego’;
- „gody”: „A mój Żuczku miły; / Obszczekuj od szkody, / Bo jak wyjdzie pan ekonom, / Będąż tobie gody” (*Na pastwisku*); forma znana od XIV wieku, staropolskie określenie świąt, uroczystości albo pory roku; przestarzałe: ‘uroczystość, zwłaszcza weselna, połączona z wystawnym przyjęciem’, w staropolszczyźnie też: ‘święto w ogóle’.

Czasowniki

Opis słownictwa w analizowanym dziele byłby niepełny, gdyby zabrakło w nim analizy czasowników, odpowiedzialnych głównie za dynamikę tekstu. Jest to ciekawy i ważny element badań przeprowadzonych m.in. pod kątem komunikatywnej funkcji języka. Warstwa leksykalna w zakresie jakości i częstości używanych cza-

¹⁷ Definicje archaizmów i ich historię podają za słownikami etymologicznymi (A. BRÜCKNER: *Słownik etymologiczny języka polskiego*. Kraków, Krakowska Spółka Wydawnicza 1927, s. 108, 647, 452, 225, 147; W. BORYŚ: *Słownik etymologiczny języka polskiego*. Kraków, Wydawnictwo Literackie 2005, s. 139, 526, 509, 227, 169).

sowników pozwala lepiej zrozumieć, czemu zawdzięczają owe utwory swój nieopowtarzalny nastrój oraz siłę oddziaływania, przez co wyjątkowo silnie rozbudzają wrażliwość młodego człowieka na innych ludzi i otaczający świat.

Przedstawię teraz uporządkowanie czasowników według frekwencji ich występowania – od najczęstszych do najrzadszych – w tekstach omawianych piosenek. Przy czasownikach o najwyższych frekwencjach, czyli przynajmniej dziewięciokrotnie pojawiających się w całym *Śpiewniku*, dla lepszego zobrazowania, podane zostały przykładowe związki frazeologiczne, w których skład wchodzi te czasowniki. Wyekscerpowanie całych fraz pozwala zaobserwować m.in. przewagę form czasu przyszedłego i teraźniejszego w tekstach utworów mających uaktywniać dziecięcą percepcję. Temu samemu celowi służą też formy trybu rozkazującego w liczbie pojedynczej i mnogiej.

Czasowniki o frekwencji od 36 do 9:

36 – „być” (np. „był w świecie” – znaczenie egzystencjalne; wysoka frekwencja tego czasownika jest także typowa dla polskiej składni):

- „Choć wyskoczy guz na czole, / Nie będzie mi żal!” (*Ślizgawka*);
- „Nie bój się ty, Janku, / Będziesz jeszcze tłusty” (*Kolędnicy*);
- „Jak się dobrze zapocimy, / To polskiego się puścimy, / Toż to będzie raj!” (*Kolędnicy*);
- „Obiecuje nam jabłuszka, / Jak je będzie miała” (*Jabłonka*);
- „A jak ja urosnę, / Sprzęgnę wołki siwe, / Będę orał, zaorywał / Tę pszeniczną niwę” (*Marzenie chłopca*);
- „A jak ja urosnę, / Wezmę złote ziarno, / Będę siewał wczesną wiosną / Ziemię naszą czarną” (*Marzenie chłopca*);
- „A jak ja urosnę, / Nie poskąpię ręki, / Będę kosił bujną niwę / I śpiewał piosenki” (*Marzenie chłopca*);
- „Brzęczą pszczołki nad lipiną / Pod błękitnym niebem; / Znoszą w ule miodek złoty, / Będziem go jeść z chlebem” (*Pszczółki*);
- „Malowało tęczę na znak, / Że będzie pogoda!” (*Tęcza*);
- „Będzie chlebek z tego zboża” (*Żniwa*);
- „A idźże w pszeniczkę, bo jeszcze zielona, / Jeszcze i za tydzień nie będzie koszo- na” (*Derkacz*);
- „A idźże w ten jęczmień, w jęczmień ten zielony, / Jeszcze i za miesiąc nie będzie koszony” (*Derkacz*);
- „Nie chce do boru kosza nieść, / Nie będzie z nami grzybów jeść” (*Grzyby*);
- „Weselszą gościnę / Znajdziesz sobie wszędzie, / Lecz za cichą wioską naszą / Tęskno tobie będzie” (*Sokół*);
- „Będziem mieli tej pszeniczki / Po dwa korce z kopy” (*Młocka*);
- „A mój Żuczku miły, / Obszczekuj od szkody, / Bo jak wyjdzie pan eko- nom, / Będąż tobie gody” (*Na pastwisku*);
- „Dobranoc, ty wiosko, / Dobranoc, kochana! / Oj będziesz ty spała / Do nowego rana” (*Dobranoc*);

- „A my komin obsiądziemy / Dokolutka wnet, / Słuchać będziemy tego dziadka, / Co był w świecie het!” (*Świerszczyk*);
- „Żeby było dla sierotki / Miejsce w naszym kole” (*Wielkanoc*);
- „Nie otrącaj tego kwiecica, / Żeby jabłka były” (*Jabłotka*);
- „Niech za piecem tchórze siedzą, / A ja jestem chwat!” (*Ślizgawka*);
- „Jest tu i dla ciebie / Miejsce wśród gromadki; / Wszyscyśmy dziś bracia, / Dzieci jednej matki” (*Gwiazdka*);
- „Nasza czarna jaskółeczka / przyleciała do gniazdeczka / Przez daleki kraj, / Bo w tem gniazdku się rodziła, / Bo tu jest jej strzecha miła, / Bo tu jest jej raj!” (*Czarna jaskółeczka*);
- „Jest tam łączka z drobną trawką, / Jest kryniczny zdrój!” (*Cichy wieczór*);
- „Cudnaż, cudna noc ta letnia, / Cudny jest nasz świat!” (*Cichy wieczór*);
- „W naszym ogródeczku / Są tam śliczne kwiaty: / Czerwone różyczki / I modre bławaty” (*Ogródek*);

23 – „pójść”:

- „Jak powiedzą, tak powiedzą, / Pójdzie nazwa w świat” (*Ślizgawka*);
- „Przyjdzie wiosna, / Przyjdzie hoża, / Pójdą rzeki / Het do morza!” (*Rzeka*);
- „A ty, sierotenko, / Co stoisz za drzwiami, / Otrzyj łezki z oczu, / Pójdź, Pójdź i ciesz się z nami” (*Gwiazdka*);
- „Kolęda, kolęda, / Wesoła nowina! / A pójdźcież się ogrzać / Bliżej do komina!” (*Kolędnicy*);
- „Pójdź, sieroto, dziecię Boga, / My utulim cię!” (*Śnieżyca*);
- „Pójdziemy w pole, w ranny czas; / Młode traweczki, witam was!” (*W polu*);
- „Ścielże sobie, ściel, niebogo, / Chłopcy pójdą swoją drogą, / Nie ruszą go, nie!” (*Czarna jaskółeczka*);
- „Pójdziemy, pójdziemy / Na jagody w las” (*W lesie*);
- „Na jagody, / Na maliny, / Na czarniawe / Te jeżyny / Pójdziem, pójdziem w las!” (*W lesie*);
- „Już kosiarze brzęczą w kosy, / Gdzież ja pójdę nagi, bosy!” (*Derkacz*);
- „Pójdę ja, pójdę / Pokłonić się jabłoni, / Może mi jabłuszko / W czapeczkę uroni!” (*Jesienią*);
- „Pójdę ja do gruszy, / Nastawię fartuszką, / Może w niego spadnie / Jaka śliczna gruszka” (*Jesienią*);
- „Pogodna zorza z wieczoru, / Pójdziem na grzyby do boru. / Pójdziem do boru na rydze, / Ale nie damy Jadwidze” (*Grzyby*);
- „Poszły rzeki / W kraj daleki, / Płyną het do morza” (*Powitanie wiosenki*);

15 – „lecieć”:

- „Leci, leci tuman biały / Aż na chaty próg” (*Śnieżyca*);
- „Leci pliszka / Spod kamyszka: / Jak się macie, dzieci!” (*Powitanie wiosenki*);
- „A ja śpiewam, / A ja lecę, / Gdzie ta ranna zorza!” (*Powitanie wiosenki*);
- „Bociek, bociek leci!” (*Bocian*);

- „Leci echo od olszyny / Polem pełnem ros” (*Cichy wieczór*);
- „Czarna jaskółeczka / Do gniazdeczka leci” (*Jaskółka*);
- „Czarna jaskółeczka / Po muszki znów leci” (*Jaskółka*);
- „A skowronek z gniazdka leci, / Piosnką budzi nas” (*Dzień dobry*);
- „Brzęczą sierpy, brzęczą kosy, / Ciężkie ziarnem lecą kłosy” (*Żniwa*);
- „Poczerniało niebo, / Poczerniało pole, / A gdzie lecisz, odlatujesz / Siwy mój sokole? / Czy lecisz za góry, / Czy za morze sine?” (*Sokół*);
- „Leciałam ja w maju, / Z ciepłego wyraju, / Zagubiłam w drodze / Ścieżynę do gaju!” (*Kukułeczka*);
- „A te dzikie gąski / Na zachód leciały” (*Odlot*);

13 – „mieć”:

- „Oj, bocianie, miły panie, / Mieźże dla nas zmiłowanie!” (*Bocian*);
- „Jabłoneczka biała / Kwiciem się odziała; / Obiecuje nam jabłuszka, / Jak je będzie miała” (*Jabłonka*);
- „Będziem mieli tej pszeniczki / Po dwa korce z kopy” (*Młocka*);
- „A my jej się nie boimy, / Dalej śnieżkiem w plecy zimy, / Niech pamiętkę ma” (*Zima zła*);
- „Oj! tego jęcę, tego zawodzę, / Moje ty drogie dziecię, / Że nie mam chatki, / Rodzonej chatki / I tułam się po świecie” (*Wiatr*);
- „A nasz Janek w złym sosie, / Bo gila ma na nosie” (*Sanna*);
- „A ty, boćku stary, / Piórek masz do pary” (*Bocian*);
- „A i skądże ty, Maciusiu, / Tę fujarkę masz, / Że tak na niej, za owcami, / Żałośliwie grasz?” (*Maciuś*);
- „Nie bierze mnie za skrzydełka, / Bo mam płaszczyk nowy: / Szyły mi go dwa chrabąszcze, / A krajały sowy” (*Żuczek*);
- „A skądże ty tyle tych jagódek masz?” (*W lesie*);

10 – „grać”:

- „Graj nam, skrzyпку, krakowiaka, / A zaś potem kujawiaka / I mazura graj!” (*Taniec*);
- „A po łące, po zielonej, / Maciuś owce gna; / Na wierzbowej fujareczce / Żałośliwie gra” (*Maciuś*);
- „Grajże, grajku, a wesoło, / Bo dziś wszyscy staniam w koło” (*Dożynki*);

9 – „iść”:

- „Idzie płomień w górę, / Sobótką się pali, / Sypie iskry szczerozłote / Po tej modrej fali” (*Sobótką*);
- „Dobry dzień wam, dobrzy ludzie, / Co idziecie w świt, / Z jasną kosą na ramieniu, / Miedzą pośród żyt” (*Dzień dobry*);
- „Przepióreczka się odzywa, / Idą, idą polem żniwa” (*Żniwa*);
- „A idźże w pszeniczkę, bo jeszcze zielona, / Jeszcze i za tydzień nie będzie koszona” (*Derkacz*);

- „A idźże w ten jęczmień, w jęczmień ten zielony, / Jeszcze i za miesiąc nie będzie koszony” (*Derkacz*);
- „A idźże w te owsy, co się późno kłoszą, / Stamtąd cię kosiarze nieprędko wypłoszą” (*Derkacz*);
- „Bokiem, bokiem, za obłokiem, / Idzie chmurka różnym krokiem, / A my chmurkę wyprzedzimy, / Wszystkie snopy pozwozimy” (*Deszczyk*);
- „A kto trafi na świstaka, / Tego smutny los! / Tylko próchno i tabaka, / Co nie idzie w nos!” (*Orzeszki*).

Omówienie najczęstszych czasowników występujących w przeznaczonych do śpiewania wierszach Konopnickiej wymaga – ze względu na charakter badań – podsumowania statystycznego. Wymienionych 6 leksemów o największej frekwencji poetka użyła aż 106 razy. Oznacza to, że stanowią one 19,7% wszystkich słowoform czasownikowych, a więc średnio co piąty czasownik w piosenkach jest jednym z 6 omówionych.

Z kolei czasowniki reprezentujące słownictwo rzadkie (pojawiające się w całym śpiewniku zaledwie trzy-, dwu- i jednokrotnie) stanowią aż 90,3% słownika i 61,4% tekstu czasownikowego. Świadczy to o niezwykłym bogactwie słownictwa, jego zróżnicowaniu – zważywszy na specyfikę tych krótkich utworów, w których bardzo ważnym elementem budowy jest powtarzający się refren.

Czasowniki o frekwencji od 8 do 1:

8: „palić się”, „przyjść”;

7: „przynieść”, „spać”, „śpiewać”;

6: „brzęczeć”, „nieść”, „płynąć”;

5: „bać się”, „wyskoczyć”;

4: „dać”, „minąć”, „stać”, „stanąć”, „umieć”, „wiedzieć”, „wschodzić”, „wyjść”, „zaśpiewać”;

3: „chcieć”, „jeść”, „krzyczeć”, „orać”, „otwierać”, „padać”, „patrzeć”, „poczernieć”, „powiedzieć”, „rozpowiadać”, „ruszać”, „siedzieć”, „sypać”, „szukać”, „ścielić”, „urośnąć”, „wiązać”, „widać”, „wołać”;

2: „bić”, „brać”, „chodzić”, „chwycić”, „dmuchać”, „drzeć”, „gnać”, „gonić”, „jęczeć”, „kukać”, „liczyć”, „malować”, „musieć”, „ogrząć”, „otrzeć”, „poić”, „popłynąć”, „pożyczyć”, „pracować”, „przełamać się”, „rozkładać”, „rozwinąć się”, „rumienić się”, „siać”, „skrócić”, „słyszać”, „słysnąć”, „spojrzeć”, „szczypać”, „szykować się”, „spieszyć”, „świecić się”, „świerkać”, „trafić”, „ułożyć”, „utulić”, „wiał”, „wstać”, „wstawiać”, „wychować”, „wyglądać” (za kimś), „wypaść” (wylecieć), „wysiec”, „zagubić”, „zanieść”, „zapalić”, „zapaść” (osunąć się w głąb), „zasiać”, „zawodzić”, „zbudzić”, „zobaczyć”;

1: „biedzić się”, „błysnąć”, „budzić”, „chuchać”, „cichnąć”, „cieszyć się”, „czuć”, „ćwiczyć”, „dążyć”, „dodać”, „dokuczać”, „dostać”, „dumać”, „dziać się”, „gasnąć”, „gniewać się”, „grzać”, „gubić”, „huknąć”, „karmić”, „kiwać się”, „klaskać”, „kłasnąć”, „kłosić się”, „kosić”, „krajac”, „lamentować”, „latać”, „maczać”, „mieć się”, „milknąć”, „miotac”, „mknąć”, „nabić”, „naganiać”, „naliczyć”, „nastać”, „nastawić”;

„natrząść”, „nosić”, „obietcywać”, „obsiąść”, „obszczekiwać”, „obudzić”, „ochraniać”, „odlatywać”, „odziać się”, „odzywać się”, „ogrząć się”, „ostygnać”, „otrącać”, „otulać”, „pachnieć”, „palić”, „paść się”, „piec”, „płacić”, „płakać”, „pobrzękiwać”, „podzielić się”, „pokłonić się”, „poprawiać”, „poradzić”, „porykiwać”, „porzucić”, „poskąpić”, „posmutnieć”, „posyłać”, „powiązać”, „powitać”, „pozwodzić”, „pożyć”, „prawić” (mówić), „prosić”, „prószyć”, „przenieść”, „przybyć”, „przylecieć”, „przypominać”, „puścić się”, „pytać się”, „rodzić się”, „rosnąć”, „rozłatać się”, „rozlegać się”, „rozszerzyć”, „ryczeć”, „rzcę”, „schować się”, „siadać”, „siewać”, „skakać”, „składać”, „skończyć”, „słuchać”, „spaść” (zlecieć), „sprostać”, „sprzęgnąć”, „spytać się”, „stać się”, „szumieć”, „szyć”, „ścielić się”, „ścinać”, „ściskać”, „ścisnąć”, „śpieszyć się”, „świecić”, „świsnąć”, „tchórzyc”, „truchleć”, „trząść”, „tułać się”, „uderzyć”, „uginać się”, „ukazać się”, „ulżyć”, „uronić”, „ustać” (skończyć się), „uszyć”, „uwić”, „uwijać się”, „warować”, „wędrować”, „wić”, „wić się”, „wiesć”, „wiednąć”, „więzić”, „witać”, „wodzić”, „wrócić się”, „wyciąć”, „wyhodować”, „wykroić”, „wylegiwać się”, „wymalować”, „wypłoszyć”, „wyprzedzić”, „wyrosnąć”, „wyścignąć”, „wzejść”, „wziąć”, „wznosić”, „zacinać”, „zacząć”, „zadzźwięczec”, „zagrzać się”, „zagrzewać”, „zahuczec”, „zaorywać”, „zapachnieć”, „zapadać”, „zapłatać”, „zapocić się”, „zapożyczyć się”, „zapytać się”, „zaradzić”, „zasiąść”, „zasmucić”, „zasnąć”, „zaszumieć”, „zaświecić”, „zaświścić”, „zawitać”, „zbierać”, „zgasnąć”, „zgubić”, „zlecieć”, „złączyć się”, „zmaczać”, „znaleźć”, „znosić”, „zwozić”.

Wśród wszystkich czasowników szczególną grupę tworzą czasowniki ruchu. Aż 139 słowoform będących realizacją fleksyjną 50 haseł nazywa wszelkie dokonujące się w czasie zmiany położenia, przemieszczanie się itp. Są to następujące czasowniki: „pójść” (23), „lecieć” (15), „iść” (9), „przyjść” (8), „przynieść” (7), „nieść” (6), „płynąć” (6), „wyskoczyć” (5), „wschodzić” (4), „wyjść” (4), „ruszać” (3), „chodzić” (2), „drzeć” (2), „gnać” (2), „gonić” (2), „popłynąć” (2), „skręcić” („wykonać obrót”) (2), „śpieszyć” (2), „wypaść” („wylecieć”) (2), „zanieść” (2), „zapaść” („osunąć się w głąb”) (2), a także hapaxlegomena: „dążyć”, „kiwać się”, „latać”, „mknąć”, „natrząść”, „nosić”, „odlatywać”, „pozwodzić”, „przenieść”, „przybyć”, „przylecieć”, „puścić się”, „rozłatać się”, „skakać”, „spaść” („zlecieć”), „trząść”, „tułać się”, „wędrować”, „wić się”, „wiesć”, „wodzić”, „wrócić się”, „wyprzedzić”, „wyścignąć”, „wzejść”, „wznosić”, „zlecieć”, „znosić”, „zwozić”.

Wymienionych 50 czasowników ruchu stanowi 18,66% wszystkich haseł czasownikowych ze *Śpiewnika*. Natomiast 139 pojawień się w tekście tych wyrazów stanowi aż 25,79% wszystkich słowoform czasownikowych z piosenek. Oznacza to, że co czwarty czasownik w *Śpiewniku* opisuje poruszanie się, przemieszczanie, przesuwanie. Warto zwrócić uwagę, że taki dobór środków językowych ma decydujący wpływ na dynamiczny charakter śpiewanych utworów. Efekt ten podkreślony został dzięki jakości użytych czasowników ruchu – dominuje energia działania, intensywność dokonywanych zmian położenia i siła podejmowanych wysiłków. Tak opisany świat jest dla młodego człowieka inspirujący i pociągający.

Drugą grupę – wyodrębnioną na podstawie analizy języka utworów przeznaczonych do śpiewania przez dzieci i młodzież – stanowią *verba dicendi* oraz wszystkie pozostałe czasowniki związane z głosem czy światem dźwięku. Pojawiają się one 74 razy w tekście. Tym samym słownik dziecka wzbogaca się o 39 haseł czasownikowych. Są to leksemy: „grać” (na instrumencie) (10), „śpiewać” (7), „brzęczeć” (6), „zaśpiewać” (4), „krzyczeć” (3), „powiedzieć” (3), „rozповідаć” (3), „wołać” (3), „jęczeć” (2), „kukać” (2), „świerkać” (2), „zawodzić” (2), a także czasowniki, których frekwencja wynosi 1: „cichnąć”, „huknąć”, „klaskać”, „klasnąć”, „lamentować”, „milknąć”, „naganiać” („nawoływać”, „ponaglać”), „obietcywać”, „obszczekiwać”, „odzywać się”, „płakać”, „pobrzękiwać”, „porykiwać”, „prawić” („mówić”), „prosić”, „przypominać”, „pytać się”, „ryczeć”, „rzeć”, „spytać się”, „szumieć”, „świsnąć”, „zadźwięczeć”, „zahuczeć”, „zapytać się”, „zaszumieć”, „zaświstać”.

Wymienionych 39 leksemów stanowi 14,55% wszystkich haseł czasownikowych ze *Śpiewnika*. Aż 74 razy użyte zostały przez poetkę czasowniki nazywające mowę, śpiew, odgłosy zwierząt i świata natury, czyli 13,73% wszystkich słowoform czasownikowych z piosenek należy do tej właśnie grupy. Jest to bardzo atrakcyjny sposób przedstawiania świata otaczającego dziecko, ponieważ uczy m.in. nazewnictwa z dziedziny podstawowej dla każdego chcącego się porozumiewać z otoczeniem, a także uwrażliwia na zmieniającą się intensywność głosów, odgłosów, śpiewu, mowy w zależności od konkretnej sytuacji. Właśnie ta problematyka stanowiła zawsze nieodzowny element wszelkich badań antropologicznych. Z tych samych względów *Śpiewnik* jest niezwykle wdzięcznym materiałem pomocnym w pracy logopedycznej z małym dzieckiem.

Praca z tekstem pedagoga, logopedy

Zastanawiając się nad skutecznością oddziaływania dydaktyczno-wychowawczego i terapeutycznego poezji dla dzieci, warto za każdym razem skupić się na warstwie językowej, ponieważ odpowiednio użyte słowo (zarówno w zakresie części mowy, jak i słowotwórstwa) jest podstawowym środkiem budowania i organizowania wiedzy dziecka na temat otaczającego je świata. Stanisław Barańczak, analizując rolę poezji w życiu człowieka, zauważa, że „odbiorca kultury ma dziś do dyspozycji inne formy komunikacji i gatunki wypowiedzi, które w zakresie dostarczania [...] wartości doskonale poezję wyręczają – tym doskonalej, że są od niej bardziej dostępne, tańsze i łatwiejsze w odbiorze”¹⁸. Zwracając uwagę na owo „doskonałe” zastępowanie kultury wysokiej bezwartościowymi produktami kultury masowej, poeta pisze, że „poezję od innych wypowiedzi językowych różni takie użycie języ-

¹⁸ S. BARAŃCZAK: *Użycie języka w poezji: zwięzłość i wieloznaczność*. W: *Współczesny język polski*. Red. J. BARTMIŃSKI. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej 2001, s. 149.

ka, przy którym zwiążłość wyzwała wieloznaczność, przy którym, paradoksalnie, im mniej słów, tym więcej sensu¹⁹.

Cechami konstytutywnymi poezji lirycznej – według S. Barańczaka – są:

- jednostkowy punkt widzenia,
- przywiązanie do konkretnego,
- „zauważalność” języka²⁰.

Dzięki niezwyklej melodyjności krótkiej poetyckiej frazy (uwzględniającej wymienione trzy cechy), Konopnicka stworzyła silnie przemawiające pozytywne obrazy życia rodzinnego, sąsiedzkiego, codziennej pracy czy świętowania. Wieloznaczność każdego z tych obrazków posłużyła do oszukania carskiego cenzora, zabraniającego poruszać tematykę narodowej tożsamości w dobie zaborów, a dziś pozwala odnaleźć sensowne odniesienia do skomplikowanej rzeczywistości człowieka żyjącego w wolnym kraju, w którym wartości duchowe spychane są na margines przez konsumpcyjny styl życia (np. innego wymiaru niż sto lat temu nabierają ciągle aktualne problemy, takie jak: tęsknota za krajem, bliskimi, a także sieroctwo).

Pragmatycznym aspektem omawianej poezji dla dzieci z pewnością jest właśnie zwiążła forma i różnorodne, bogate słownictwo. Tę zaletę liryki Marii Konopnickiej doceniają nauczyciele i logopedzi pracujący z najmłodszymi. Dzieci mające coraz większe problemy z koncentracją, zwłaszcza dzieci z dysfunkcjami, nie nudzą się podczas obcowania z dwu-, trzy- czy czterozwrotkowym tekstem wiersza, którego dodatkowym walorem jest powtarzający się przez to znany już refren. Starannie artykułowane słowa, frazy, refreny nie tylko przynoszą radość z obcowania z dziełem poetyckim w całej pełni, ale przede wszystkim pozwalają osiągnąć zamierzony cel, np. z zakresu poprawnej wymowy, artykulacji. Analiza leksyki obecnej w języku XIX-wiecznej poetki wykazuje jeszcze jeden walor, a mianowicie młody człowiek poznaje słowa często i rzadziej używane, wyrazy podstawowe i derywaty – dłuższe i modyfikujące pierwotne znaczenie, co znacznie wzbogaca słownictwo dziecka, pozwala mu poszerzać językowe kompetencje.

Logopeda pracujący z najmłodszymi dziećmi i uczniami korzysta z różnorodnych tekstów, które są wartościowe z punktu widzenia usprawniania mowy dziecka. Jednak walory poznawcze, wychowawcze i terapeutyczne utworów ze *Śpiewnika dla dzieci* Marii Konopnickiej wielokrotniekorzystają korzyści edukacyjno-terapeutyczne osiągnięte poprzez żmudne ćwiczenia językowe i artykulacyjne dorosłego z dzieckiem. Posługiwanie się przez poetkę pięknym językiem poetyckim, dostosowanym do potrzeb rozwojowych dziecka, pozwala także w XXI wieku docenić prostotę i melodyjność tego języka, który z łatwością i przyjemnością jest przez dziecko wielokrotnie powtarzany, przez co utrwalana jest m.in. prawidłowa wymowa słów i zwrotów, z uwzględnieniem i artykulacji, i intonacji.

¹⁹ Ibidem, s. 150.

²⁰ S. BARAŃCZAK: *Użycie języka w poezji: zwiążłość i wieloznaczność...*, s. 151.

Warto na koniec dodać, że każdy dobry utwór poetycki potrafi do głębi wstrząsnąć odbiorcą. Opanowawszy do perfekcji rzemiosło, poeta musi mieć coś ważnego do przekazania – zwłaszcza w wierszach adresowanych do dzieci i młodzieży. Kunszt twórcy widoczny jest w całej pełni dopiero po poprawnym nadaniu tekstu. Nieodpowiednia interpretacja głosowa zniechęca do dalszej lektury, dyskusji itp. Pracując z dziećmi i młodzieżą, nauczyciele, logopedzi powinni korzystać z bogatego skarbcza naszej kultury literackiej. Muszą jednak ją znać, by móc jej bogactwo odkrywać z najmłodszymi, najwrażliwszymi odbiorcami.

Zakończenie

Podjęte i prowadzone systematycznie badania nad językiem tekstów poetyckich przeznaczonych dla dzieci i młodzieży, wywierających nań największy wpływ, prowadzą do wielu wniosków natury pedagogicznej, lingwistycznej, terapeutycznej, kulturowej. Najistotniejszym elementem przekazu kulturowego w analizowanych utworach jest promowanie wartości tradycyjnych, zakorzenionych w kulturze europejskiej, uznającej personalizm za najcenniejszy w pedagogice. Geniusz pedagogiczny Konopnickiej zawarty w jej utworach dla dzieci pomaga zarówno współczesnym wychowawcom, jak i wychowankom o harmonijnym i nieharmonijnym rozwoju – w dobie kryzysu autorytetów, negowania wartości, ich relatywizmu itd. – poddawać wartościowaniu różnorakie propozycje kulturowe pod kątem rzeczywistego dobra dla człowieka, uczy kierować się w życiu ustaloną hierarchią dóbr. Zróżnicowanie leksykalne, wielość form fleksyjnych, słotwórczych, liczne onomatopeje inspirują do pracy nad językiem i artykulacją oraz służą osiągnięciu założonych celów natury dydaktyczno-terapeutycznej.

CZĘŚĆ DRUGA

Studia z praktyki logopedycznej

Logopedia
Silesiana
2

ELŻBIETA MARIA MINCZAKIEWICZ

Polskie Kolegium Logopedów PAN – Warszawa

Polski Zespół do Badań Naukowych nad Upośledzeniem Umysłowym

Wybrane metody praktyki logopedycznej w postępowaniu terapeutycznym osób z zespołem Gregga

ABSTRACT: The main objective of the article is to share the author's speech therapy experience gained from working with children profoundly handicapped who soon after thorough clinical diagnosis changed, calling them children of Gregg. The author shows the results of her speech therapy effort involved in the treatment, which is based on a chosen case study. However, the results of several multi-profile treatment of the interesting group of people with a diagnosis of Gregg, the author treats as a new challenge in the theory and practice of speech therapy.

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

Zespół Gregga stawia dziś przed logopedami nowe wyzwanie. Po latach zmagania i doświadczeń okazuje się bowiem, że osoby dotknięte tym trudnym do zaakceptowania zaburzeniem rozwoju przejawiają zainteresowania światem¹. Mimo że jest on im dostępny w bardzo ograniczonym zakresie, logopedzi dążą do poszukiwania stosownych strategii postępowania terapeutycznego, które zintensyfikują doświadczanie najbliższej rzeczywistości przez osoby z zespołem Gregga. W artykule przedstawiam wybrane metody praktyki logopedycznej² w postępowaniu terapeutycznym w zespole Gregga.

¹ Nawiązuję do artykułu *Zespół Gregga jako wyzwanie dla teorii i praktyki logopedycznej. Studium przypadku*. „Logopedia Silesiana” 2012, t. 1, s. 119–132.

² E.M. MINCZAKIEWICZ: *Zabawa w rozwoju poznawczym i emocjonalno-społecznym dzieci o zróżnicowanych potrzebach i możliwościach*. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls 2006.

Metoda integracji sensorycznej (SI)

Termin „integracja sensoryczna” określa prawidłową organizację wrażeń sensorycznych (bodźców) napływających do mózgu człowieka poprzez receptory, takie jak: receptor wzroku, słuchu, czucia dotykowego, węchu czy smaku. Oznacza to, że mózg, otrzymując informacje pochodzące ze świata zewnętrznego za pośrednictwem wymienionych receptorów, dokonuje ich rozpoznania, segregowania, identyfikacji i interpretacji, a także integruje powstałe w nim nowe wrażenia z wcześniej już nabytymi doświadczeniami. Na tej podstawie mózg tworzy odpowiednią do sytuacji reakcję, nazywaną „reakcją adaptacyjną”³. Tego typu informację – mogącą przybierać postać odpowiedzi motorycznej (mówi się wówczas o ruchowej jej postaci, np. gestowo-mimicznej) lub myślowej (intelektualnej) – wysyła na zewnątrz. Podstawą treningu i punktem zainteresowań w metodzie integracji sensorycznej są podstawowe zmysły człowieka pozostające ze sobą w ciągłych relacjach. Zjawisko integracji czynności zmysłowych nie jest nowe ani też nadzwyczajne. W tym miejscu warto zaznaczyć, że metoda skupiająca się na integracji sensorycznej może być niezwykle efektywną metodą pracy z dziećmi (również z młodzieżą, a nawet osobami dorosłymi) z zespołem Gregga, spełniającą funkcję zarówno metody terapeutycznej, jak i metody profilaktycznej.

Terapia sensoryczna (SI) odwołuje się do wczesnych etapów rozwoju neurofizjologicznego dziecka, a więc do okresu, gdy u dziecka zaczynają się dopiero rozwijać podstawowe funkcje poszczególnych zmysłów⁴. Prawidłowy rozwój funkcji poszczególnych zmysłów, zarówno ich narządy, np. ucho – jako narząd słuchu, oko – jako narząd wzroku, nos – jako narząd węchu / powonienia, jak i odpowiednie ośrodki percepcyjne, zlokalizowane w mózgu, stanowią niezbędny warunek prawidłowego rozwoju dziecka (dla jego dobrego samopoczucia, odpowiedniego zachowania czy uczenia się wielu przydatnych w życiu funkcji, np. widzenia, słyszenia, czucia, różnicowania smaków czy zapachów). Skomplikowane procesy percepcyjne i ich konsekwencje są zależne od procesów integracji zmysłowej. U osób z zespołem Gregga procesy integracyjne nie przebiegają prawidłowo. Dlatego warto rozwijać odbiór wrażeń zmysłowych, przyczyniając się tym samym do poprawy funkcjonowania osób z zespołem Gregga⁵.

Przebieg procesu integracji zmysłów decyduje zarówno o jakości wykonywanych przez dziecko ruchów, o rozwoju u niego świadomości własnego ciała, jak i o jakości obrazu postrzeganego świata. Zasadniczym celem terapii z użyciem

³ V.F. MAAS: *Uczenie się przez zmysły. Wprowadzenie do teorii integracji sensorycznej*. Warszawa, WSiP 1998.

⁴ A.J. AYERS: *Sesory Integration and the Child*. Los Angeles, Western Psychological Services 1974; M. MINCZAKIEWICZ: *Jak pomóc w rozwoju dziecka z zespołem Downa*. Kraków, Wydawnictwo Naukowe AP 2001.

⁵ Por. http://pl.wikipedia.org/wiki/Zesp%C3%B3%C5%82_Gregga [data dostępu: 20.06.2010].

omawianej metody jest wzbogacanie i wzmacnianie zdolności mózgu do dostrzegania bodźców płynących z otoczenia, do ich odczytywania i zapamiętywania oraz opartego na tej podstawie świadomego działania. Terapeuta nie jest skoncentrowany na efekcie terapii, lecz na jej przebiegu – „nie walczy” z objawami dostrzeganymi u dziecka trudności, ale z ich przyczynami. Jego działania, oparte na wynikach szczegółowej diagnozy, obejmują przede wszystkim:

- odpowiednie przygotowanie środowiska zewnętrznego;
- dostosowanie do potrzeb dziecka sposobów stymulacji zmysłów;
- stymulację polisensoryczną;
- motywowanie dziecka do podjęcia wysiłku na rzecz swego rozwoju.

Terapia logopedyczna osób z zespołem Gregga prowadzona metodą integracji sensorycznej (SI) nie jest uczeniem konkretnych czynności czy konkretnych umiejętności, lecz polega na usprawnianiu funkcji odpowiednich systemów sensorycznych i procesów układu nerwowego, które stanowią podstawę do ich rozwoju.

Bąbelkowa terapia

Folia bąbelkowa (bywa dostępna jako materiał odpadowy, stosowany w transporcie – do zabezpieczania delikatnych, łatwo tłukących się przedmiotów) daje możliwość wspierania rozwoju dziecka / osoby dorosłej z zespołem Gregga i nie tylko. Doskonale sprawdza się zarówno w pracy z dzieckiem (z osobami, które wymagają szczególnej pomocy i troski) z zaburzeniami emocjonalnymi (takimi jak lęk, agresja, awersja do dotykania niektórych przedmiotów), z dziećmi z zespołem Downa, z dziećmi z zaburzeniami ze spektrum autyzmu itp., jak i w pracy z osobami dotkniętymi zespołem Gregga, które z racji specyfiki tego zaburzenia – przede wszystkim ich ograniczonych kontaktów z otoczeniem fizycznym i społecznym – wykazują spore braki w zakresie jego poznania.

Tego typu terapię można wykorzystać do stymulowania rozwoju dziecka niepełnosprawnego (w naszym przypadku osoby już dorosłej) w różnych sferach. Właściwością, a zarazem zaletą tejże folii jest charakterystyczny szelest i niegroźna eksplozja powstająca w wyniku pęknięcia bąbelków intencjonalnie „atakowanych” palcami lub dłońią (w wyniku nadmiernego ucisku albo uderzenia w kuleczki wypełnione powietrzem dłońią bądź jakimś przedmiotem one wyraźnie eksplodują). Powstający w ten sposób efekt akustyczny znakomicie stymuluje zmysł słuchu dzieci z objawami fizycznej lub intelektualnej niepełnosprawności (niewidzące lub słabo widzące, z zespołem Downa, z autyzmem, z nadwrażliwością słuchową itp.). Przy użyciu bąbelkowej folii można przeprowadzać różne eksperymenty i ćwiczenia. Na folii można stawać, siedzieć, kawałkami folii można pocierać o siebie lub o blat stołu czy oparcie krzesła. Można wykorzystywać małe jej kawałki do „opu-

kiwania” okolic uszu, nosa lub policzków dziecka. Można stosować ją do zabaw „lokacyjno-transportowych”, np. do wozenia dzieci na kawałkach folii, a także jako podkładki do siedzenia, do zawijania się w folię i kołysania lub turlania. Folia ta może służyć do stymulowania zmysłu dotyku w przypadku dzieci (osób) z nadwrażliwością tego zmysłu, gdyż bąbelki powodują uczucie ciepła i dają wrażenie miękkości materiału. Folię można też wykorzystać do masażu ciała, a nawet masażu warg i języka, gdyż w momencie przegryzania bąbelki „strzelają”, powodując niezłe zamieszanie i uczucie radości – dzieci na ogół niechętnie rozstają się z tym materiałem, dotykają nim warg, badają apreturę folii, szukają innych, nowych, nieznanym im jeszcze jej właściwości.

Z folii można korzystać na wiele różnych sposobów, np.:

- w ramach treningu i doskonalenia funkcji aparatu artykulacyjnego można na niej grać jak na piszczałce, odczuwając wibrację warg;
- dmuchając na napiętą powierzchnię folii, przyłożonej bezpośrednio do ust, można wygrywać różne melodie;
- można zdmuchiwać jej małe kawałeczki z powierzchni dłoni; ćwiczenie to nie jest takie proste, jakby się mogło wydawać, ponieważ folia elektryzuje się i przykleja do dłoni;
- trzymając folię w górze, wysoko nad głową, można ją upuszczać, a dmuchając na nią od spodu, powodować jej utrzymywanie się w powietrzu lub wolniejsze jej spadanie;
- folii można użyć do ćwiczeń ruchowych (potrzebny jest wówczas dość duży kawałek folii, by rozciągnąć ją np. na całej wolnej przestrzeni sali, czyli na powierzchni około 6–8 metrów) – chodzić po niej wolno lub szybko, spacerować na piętach lub palcach, a nawet brzegami stopy;
- folię można zastosować do rozwijania i doskonalenia sprawności manualnej (uczulania i wzmacniania końców palców);
- ćwiczenie może polegać na zbieraniu foliowych poduszczek palcami i układaniu ich rzędkiem lub szeregiem, w wyniku czego (ze względu na czytelne segmenty) powstaje „gąsienica”;
- można prowadzić zajęcia z wykorzystaniem folii w celu stymulacji dziecka – folia jest przez dziecko rolowana na blacie stołu lub na podłodze;
- kolejna zabawa z użyciem folii – nazwana przez dzieci „zabawą w pluskwiaki” – polega na gnieceniu folii;
- folia może służyć do wywoływania i różnicowania słuchowego różnych zjawisk akustycznych, np. do delikatnego szeleszczenia kawałkami folii, do powodowania eksplozji;
- ćwiczenia z użyciem folii mogą polegać na:
 - naciskaniu palcami bąbelków folii i wyciskaniu z nich powietrza;
 - klepaniu powierzchni folii otwartą dłonią i badaniu tego skutków;
 - uderzaniu w kawałki folii zaciśniętą pięścią – służy to wzmacnianiu kiści dłoni i palców;

- zgniataniu i formowaniu z bąbelkowej folii kulek nadających się do podrzucania w górę i łapania ich w locie;
- folię można wykorzystać do obserwowania i porównywania zachowań (zjawiska kabalistyczne) – różnej wielkości kulki i różnej wielkości kawałki folii zrzucane są na podłogę z wysokości stołu czy krzesła;
- zabawa z użyciem folii może polegać na jej rozrywaniu bądź rozciąganiu – folia stawia opór, co powoduje wzmacnianie mięśni dłoni i palców dziecka.

W zajęciach korekcyjnych folię można zastosować do ćwiczeń wzmacniających stopy (zwłaszcza przy płaskostopiu, które często występuje u osób ciężko poruszających się, otyłych, spowolniałych ruchowo). Oto kilka takich propozycji:

- zgniatanie folii palcami stóp;
- tupanie stopami po powierzchni folii;
- zgniatanie folii piętami lub całymi podeszwami stóp;
- chodzenie na palcach po „dywanikach”, czyli dużych powierzchniach folii;
- szuranie stopami po powierzchni folii („wycieramy obuwie” lub „ślizgamy się” – jedna stopa do przodu, drugą dostawić, bądź to samo w tył);
- rolowanie folii stopami lub palcami stóp w leżeniu na plecach;
- w leżeniu na macie foliowej podnoszenie obunóż kulek uformowanych z folii i rzucanie ich w górę lub przed siebie.

Tego rodzaju ćwiczenia – ze względu na stopień ich trudności – dobierane są odpowiednio do potrzeb dzieci i ich możliwości (zależy to także od pozycji wyjściowej). Najłatwiejsze wydają się ćwiczenia w pozycji siedzącej – w siadzie na krześle, trudniejsze – w siadzie na ławeczce, natomiast najtrudniejsze – w siadzie z nogami ugiętymi w kolanach i stopami opartymi na podłożu (na podłodze).

W trakcie wykonywania ćwiczeń należy zwrócić uwagę na to, by dzieci mające stopy płasko-koślawe – częściej niż inne – spacerowały po chodniczkach foliowych, częściej podnosiły stopą kawałki bąbelkowej folii i kładły je z powrotem na podłożu.

Folię można także zastosować w zajęciach plastycznych – wykorzystując wypukłości bąbelków, formuje się z folii efektowne, mniejsze lub większe bryły przestrzenne, na których maluje się różnego kształtu „esy-floresy” i to nie tylko farbami, ale również produktami spożywczymi, np. kisielem, musztardą, budyniem. Oczywiście, prace te nie będą trwałe, folia bowiem „nie przyjmuje” takiej „farby”, która spływa po niej, tworząc mniejsze lub większe rozlewiska i kałuże. Dzieciom to jednak nie przeszkadza. Interesuje je sam moment tworzenia budowli i jej ozdabiania. Tego typu zajęcia służą wyrabianiu płynności ruchów, stymulują funkcje wzrokowo-ruchowe, sprzyjają doskonaleniu sprawności manualnej, a przede wszystkim pozwalają dzieciom odnaleźć wiele radości i swobody działania.

Dzieciom chcącym się bawić można zaproponować jeszcze kilka innych tego typu zabaw, w których będą mogły odnaleźć wiele przyjemności, np.:

- „deszcz – ulewa” – dzieci przy opowieści o spokojnym letnim deszczu, siedząc na folii, klepią w nią lekko czubkami palców dłoni, natomiast opowiadanie o let-

niej ulewie jest dla dziecka sygnałem do zmiany pozycji ciała: wstania i tupania w folię bosymi stopami, co powoduje jej głośniejszy szelest, dający efekt „prawdziwej ulewy”;

- „spacer po jesiennym lesie lub parku” – dzieci, słuchając opowiadania opiekuna, logopedy czy innego terapeuty, spacerują po folii, szurając po niej bosymi stopami; na umówiony sygnał schylają się i zbierają porozrzucane tam autentyczne, wcześniej przyniesione z parku, jesiennie liście i układają je w bukiety;
- „muszle na dnie morza” – część dzieci siedzi lub leży na podłodze, przyjmując rozmaite pozy; druga część bawiących się nakrywa folią jedno z siedzących/leżących dzieci (wybrane) i „modeluje” swoją piękną „muszlę”; wymodelowane „muszle” – w zależności od pogody – tańczą: albo wiatr podnosi je do góry (dzieci wstają), albo znów opuszcza je w głębiny (dzieci kładą się na podłodze); zabawie towarzyszyć może delikatny akompaniament muzyczny lub komentarz słowny prowadzącego terapię;
- „łódki kołyszące się na wzburzonym morzu” – część dzieci siedzi na folii i naśladuje ruch kołyszącej się łódki, pozostałe dzieci, trzymając za brzegi folię, poruszają nią: mocno – burza, lekko – morze wycisza się stopniowo i uspokaja.

Aby uzyskać lepszy efekt i urozmaicić zajęcia z dziećmi, do każdej zabawy można wprowadzić akompaniament muzyczny (np. pianino), akcentujący interesujące zjawiska przyrodnicze. Bąbelkową folię z powodzeniem można zatem wykorzystywać zarówno do zajęć muzyczno-rytmicznych, jak i szerzej rozumianej muzykoterapii.

Metoda „Kopciuszka”

Metoda „Kopciuszka” ma na celu usprawnienie kiści dłoni i palców w połączeniu z treningiem percepcji dotykowej (wzrokowej) oraz służy treningowi koncentracji uwagi. Metoda może być przeznaczona zarówno dla dzieci/osób dorosłych z zespołem Gregga, jak i innych osób z różnymi deficytami rozwoju, np. dzieci niewidzących lub słabo widzących, niesłyszących lub słabo słyszących z dodatkowymi zaburzeniami rozwoju, dzieci z zespołem Downa, z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, z zespołem Angelmana i innymi zaburzeniami rozwoju, z zaburzeniami w zakresie tzw. małej motoryki, takimi jak: brak płynności ruchu, słabo uzewnętrzniany odruch chwytny, mało sprawne paluszki oraz trudności w zakresie koncentracji uwagi. Metoda „Kopciuszka” pozwala na podniesienie stopnia sprawności dłoni osoby korzystającej z niej (np. dziecka), zwłaszcza palców, poprzez wybieranie i segregowanie drobnych kuleczek (np. draży) lub modelowanie kuleczek z kolorowej bibuły marszczonej (tzw. krepiny) i wyklejanie bądź wypełnianie nimi konturów dowolnych przedmiotów. Im dziecko ma większe trudności w zakresie czynności manualnych, tym łatwiejsze dla niego dobiera-

my zadania. Podczas wybierania i segregowania przedmiotów oraz modelowania kulek (o różnej fakturze tworzywa) i przyklejania ich na papierowej podkładce zwracamy uwagę na płynność i precyzję ruchów oraz doskonalenie koordynacji wzrokowo-ruchowej.

Istotą metody jest rozwijanie sprawności palców dłoni, a uściślając – usprawnianie drobnych mięśni końców palców za pomocą czynności polegających na wybieraniu drobnych kuleczek (draży) i segregowaniu ich według określonego kryterium (np. według koloru lub wielkości kulek). Drobne przedmioty, z jakich korzystamy podczas treningu, mogą różnić się kolorem lub fakturą (w zależności od potrzeb bawiących się dzieci, determinowanych ich stanem i stopniem rozwoju).

Do zajęć potrzebne są: pojemnik z różnokolorowymi kulkami lub drażami, dwie miseczki w tym samym lub w różnym kolorze, podobnie kulki lub draże (np. draże mleczne w kolorze białym, draże czekoladowe w kolorze brązowym, kuleczki o gładkiej i chropowatej powierzchni, woda w misce do mycia rąk oraz ściereczka).

Sadzamy dziecko przy stole, stawiamy przed nim pojemnik z kulkami, drażami mlecznymi i czekoladowymi oraz dwie miseczki, prosząc o posegregowanie cukierków według koloru: w jednej miseczce miały znaleźć się draże białe – mleczne, a w drugiej brązowe – czekoladowe. Przydzielając dziecku tego rodzaju pracę, obiecujemy mu, że po wykonaniu tej czynności w nagrodę będzie mogło poczęstować się cukierkami.

Jednak przez cały czas trzeba dziecku przypominać, jakie czynności ma wykonać, głośno powtarzać, czasem nawet wskazać palcem i powtórzyć instrukcję (nawet kilka razy): „Weź brązową kulkę (cukierek) i wrzuć do tej miski, teraz weź białą kulkę i wrzuć ją do drugiej miseczki”. Za każdą poprawnie wykonaną czynność należy dziecko pochwalić, by tym sposobem motywować je do dalszej pracy. Dzieci z zespołem Downa (a także z innymi wadami i zaburzeniami rozwoju, np. dzieci z zespołem Angelmana, zespołem Gregga, mózgowym porażeniem) szybko się męczą i zniechęcają. Dlatego trzeba przy nich być i racjonalnie je aktywizować, za pomocą różnego rodzaju wzmocnień.

Aby podjąć próbę stymulacji funkcji dłoni i palców u dzieci, a czasem także osób dorosłych (czy to obciążonych zespołem Downa, zespołem Angelmana, zespołem Gregga czy innymi zaburzeniami), wymagających intencjonalnie prowadzonych zajęć rehabilitacyjnych, należy wpierrw je dokładnie poznać, przede wszystkim ich stan, potrzeby oraz możliwości. Następnie trzeba sporządzić plan postępowania, przygotować odpowiednie materiały, jasno formułując cele. Przed przystąpieniem do zajęć musi być sporządzony konspekt, stanowiący podstawę wspólnej pracy (wspólnego działania).

Metoda terapii przez kontrolę poznawczą (*Cognitive Control Therapy – CCT*) Sebastiano Santostefano⁶

Istotą metody jest systematyczne kształtowanie uwagi dowolnej osoby (np. dziecka) przy bezwzględnym przestrzeganiu zasady indywidualności i stopniowania trudności. Autor metody, Sebastiano Santostefano, wychodzi z założenia, że większość zaburzeń w zachowaniu się dzieci, zwłaszcza z różnych powodów niepełnosprawnych, powstaje na skutek traumatyzujących ich przeżyć bądź deprywacji potrzeb psychicznych i społecznych w pierwszych miesiącach lub latach życia, a więc w okresie, kiedy kształtująca się u nich mowa oralna (mowa dźwiękowa) nie pełniła jeszcze w ich życiu psychicznym funkcji regulacyjnej, a więc nie sterowała ich zachowaniem⁷. Terapia dzieci z zaburzeniami w zachowaniu (do tej grupy można zaliczyć dzieci nadaktywne, szukające dla siebie miejsca w życiu, samostymulujące się, lecz pozbawione należytej uwagi i troski rodzicielskiej, dzieci z zespołem Downa, z zespołem Gregga, z zaburzeniami ze spektrum autyzmu) – w myśl przyjętych przez autora założeń – winna przebiegać przede wszystkim w płaszczyźnie oddziaływań niewerbalnych (głównie w konwencji zabaw dialogowych opartych na komunikacji niejęzykowej).

„Kontrole poznawcze” – jak autor metody nazywa posiadany przez człowieka mechanizm autokontroli – odgrywają rolę psychologicznego narzędzia kontrolującego własne zachowania oraz własne przeżycia. S. Santostefano wyróżnił pięć takich narzędzi kontroli poznawczej:

- I. Umiejętność kierowania uwagi przez dziecko na siebie i ruchy własnego ciała, ich jakość oraz tempo (*body ego – tempo regulation*).
- II. Umiejętność ześrodkowania uwagi przez dziecko na wskazanym przez terapeutę bodźcu (*focal attention*).
- III. Umiejętność wyróżniania przez dziecko w polu obserwacyjnym wybranych przedmiotów lub dowolnych elementów i nazwania ich (*field articulation*).
- IV. Umiejętność zapamiętywania przez dziecko obrazu lub przekazanej mu informacji o przedmiotach bądź zjawiskach (*leveling-sharpening*).
- V. Umiejętność grupowania przedmiotów według przyjętego klucza, np. według kryterium wielkości, kształtu, koloru itp. (*equivalence range*)⁸.

Programy ćwiczeń dobrane do każdego z tych pięciu mechanizmów kontroli poznawczych obejmują po osiem stopni trudności – „skoków”. W każdym z programów składających się ze starannie dobranych i usystematyzowanych ćwiczeń wyraźnie wzrasta:

⁶ S. SANTOSTEFANO: *Cognitive control therapy with children and addenscents*. New York-Oxford, Pergamon 1985.

⁷ Ibidem.

⁸ Ibidem.

- stopień logicznej złożoności zadań;
- stopień emocjonalnego obciążenia dziecka;
- udział fantazji i pomysłowości dziecka.

Zasady metodyczne, jakie powinny być przestrzegane przez stosujących tę metodę, można ująć w następujące punkty:

1. Praca z dzieckiem powinna przechodzić od terapii dyrektywnej do terapii niedyrektywnej, a okazji do tego dostarcza sprawiająca dziecku przyjemność zabawa.
2. Terapeuta dostosowuje zadania do poziomu i możliwości dziecka, jego tempa uczenia się oraz poziomu jego spontanicznej, samorzutnej aktywności.
3. W terapii powinny znaleźć się: zarówno miejsce, jak i okazja do naprzemiennego przejmowania ról między dzieckiem i jego dorosłym partnerem, czyli raz terapeuta stawia dziecku zadanie do wykonania, a raz dziecko wyznacza zadanie terapeutę. W działaniu tym dziecko zawsze, oczywiście, osiąga sukces i „zawsze wychodzi lepiej” pod względem wykonania zadania niż jego dorosły partner.
4. Podczas zajęć powinno następować rozładowywanie i wygaszanie wszelkiego rodzaju zbędnych napięć, impulsów, destruktywnych i niepożądanych społecznie zachowań. W to miejsce trzeba wprowadzać takie zachowania i umiejętności, które mają pozytywne konotacje, dające dziecku poczucie bezpieczeństwa, sprawstwa i pewności siebie, np. u dzieci nadpobudliwych, nadreaktywnych ich napęd ruchowy i energię można wykorzystać w zabawach ruchowych, wymagających przemieszczania się i wykonywania wielu różnych czynności pozwalających na spożytkowanie nadmiaru energii, z kolei u dzieci wydających przeraźliwe krzyki (najczęściej są to wrzaski zagłuszające lęk) wydatkowaną energię i siłę głosu można wykorzystać do przesyłania nagradzających aktywność innego dziecka (innych dzieci) „rakiet”, „okrzyków zwycięstwa”, „wiwatów” itp., podkreślając przy tym szczególnie zdolności i talent ich autorów⁹. Niezwykle cenne jest bowiem systematyczne zachęcanie dziecka do wykorzystywania swej wyobraźni i fantazji (okazji dostarczyć mogą: technika malowania dziesięcioma palcami, rozliczne zabawy tematyczne, zabawy w teatr, w tym teatr „z łyżki”, drama itp.)¹⁰.
5. Dziecko, poczynawszy od pierwszego kontaktu z terapeutą, traktowane jest jako aktywny, znaczący i świadomy tego faktu partner.
6. Wszelkie trudności pojawiające się podczas prowadzonych zajęć należy z dzieckiem bezpośrednio omawiać i analizować, szukając wraz z nim przyczyn ich zaistnienia; trudności wywołują niechęć do podejmowania jakichkolwiek działań, a nawet objawy jawnej lub ukrytej agresji. Jeśli dziecko ma problemy z rozumieniem czegoś, staramy się znaleźć taki sposób przekazu, aby jednak zrozumiało, o co w tym wszystkim chodzi. Wykorzystać tu można różne formy przykładu zachowań innych dzieci, bohaterów bajek dla dzieci, filmów animowanych, historyjek obrazkowych, zabaw ruchowych, zabaw ze śpiewem, dramy,

⁹ E.M. MINCZAKIEWICZ: *Zabawa w rozwoju poznawczym...*

¹⁰ Ibidem.

pantomimy, malowania palcami. Warto podjąć próbę włączenia dziecka do koła, w którym jest znaczącym animatorem i sprawcą – od niego zależy zabawa innych dzieci, a następnie zainicjowania aktywności i interakcji z innymi, atrakcyjnymi dla dziecka osobami celem odwrócenia jego uwagi.

* * *

Mysłą przewodnią artykułu było przedstawienie wybranych metod terapii w postępowaniu logopedycznym osób z zespołem Gregga. Podejmowane działania powinny być dobrane do indywidualnych potrzeb i możliwości osób, przeto bardzo dokładnie przemyślane i doskonale przygotowane do warunków, w jakich przyjdzie im żyć i rozwijać się – pomimo przeciwności i trudności, które piętrzą się na drodze ich rozwoju. Przybliżenie idei metod wraz z omówieniem sposobu ich wykorzystania powinno przyczynić się do ich wdrożenia, a w efekcie – lepszego codziennego funkcjonowania osób z zespołem Gregga.

OLGA PRZYBYŁA

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

MAŁGORZATA STANDO-PAWLIK

Przedszkole Miejskie nr 29 w Sosnowcu

Wczesna stymulacja dzieci z podejrzeniem atypowego rozwoju mózgu Studium przypadku

ABSTRACT: The article presents and emphasises any early actions and planned activities taken to support the development of children who are in the early stages of development visible symptoms of atypical brain development (ABD). The methods and forms of early therapeutic intervention and its impact on children's development are discussed on the selected case studies. It should be pointed out that the need for multidisciplinary diagnosis of children and then the consequences of the lack of specialised holistic therapy, which should be implemented are also indicated in the article. What is more, the article presents a proposal for "Therapeutic work program for children with ABD", containing physical development, visual perception and spatial orientation, speech and thinking development and improvement of reading skills. The above-mentioned program is a good example of supporting the early development of children from infancy period till a primary school period.

KEY WORDS: support the development of the early development, early therapeutic intervention, atypical brain development, therapeutic work program, stimulation of development, developmental disorders

Wprowadzenie

Atypowy rozwój mózgu¹ to odmienna forma typowego rozwoju, która może dotyczyć zarówno zmian funkcjonalnych, jak i strukturalnych centralnego układu nerwowego. Jego konsekwencje obserwuje się w postaci odstępstw od rozwoju, czyli zaskakujących zdolności czy sprawności bądź deficytów. Najczęściej są to jednak opóźnienia lub zaburzenia w obrębie:

¹ Teoretyczne rozważania nt. atypowego rozwoju mózgu (w skrócie: ABD) przedstawiamy w tekście naszego autorstwa *Atypowy rozwój mózgu jako zaburzenie wpływające dysfunkcyjnie na rozwój psychomotoryczny i społeczny dziecka – ujęcie interdyscyplinarne*, który ukazał się w: „Logopedia Silesiana” 2012, t. 1, s. 61–81.

- rozwoju ruchowego;
- rozwoju intelektualnego;
- rozwoju językowego i zdolności komunikacji;
- rozwoju społecznego i emocjonalnego;
- rozwoju adaptacyjnego².

W celu zapewnienia dziecku z podejrzeniem ABD optymalnego rozwoju niezbędne jest podjęcie wczesnej i kompleksowej terapii.

Metody i formy wczesnej interwencji terapeutycznej

Stymulację należy rozumieć jako „świadome, systemowe oddziaływanie specjalistów i środowiska domowego na wszystkie sfery poznawcze w celu optymalnego niwelowania skutków zaburzeń spowodowanych uszkodzeniami genetycznymi lub okołoporodowymi”³. Obecnie do najczęściej organizowanych form stymulacji rozwoju należą:

- wczesna interwencja terapeutyczna, która zakłada wzajemne oddziaływanie medyczno-rehabilitacyjno-terapeutyczne;
- wczesne wspomaganie rozwoju, czyli oddziaływania rewalidacyjno-wychowawcze.

W ramach wymienionych form pomocy organizowane są – w zależności od indywidualnych potrzeb dziecka – następujące zajęcia:

- zajęcia korekcyjno-kompensacyjne – w celu niwelowania trudności w przyswajaniu nowych wiadomości i umiejętności;
- zajęcia logopedyczne – w celu poprawy funkcjonowania aparatu artykulacyjnego, wspierania rozwoju mowy, rozwijania zdolności komunikacyjnych oraz zapobiegania bądź korygowania wad wymowy;
- zajęcia socjoterapeutyczne – w celu poprawy funkcjonowania w grupie społecznej;
- sesje z psychologiem – w celu wspierania emocjonalnego rozwoju oraz korygowania zaburzeń zachowania;
- zajęcia rehabilitacyjne – dla dzieci z zaburzeniami napięcia mięśniowego (metoda NDT-Bobath oraz metoda Vojty);
- terapia zaburzeń integracji sensorycznej – w celu znormalizowania odbioru bodźców sensorycznych, zintegrowania ich, czego efektem będzie poprawa funkcjonowania dziecka w życiu codziennym.

² P.G. EMMONS, L. MCK. ANDERSON: *Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej*. Warszawa, Wydawnictwo Liber 2007.

³ J. CIESZYŃSKA, M. KORENDO: *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka. Od noworodka do 6. roku życia*. Kraków, Wydawnictwo Edukacyjne 2007, s. 15.

Tymi formami terapii powinny zostać objęte dzieci, u których istnieje prawdopodobieństwo wystąpienia anomalii rozwojowych na skutek:

- ciąży wysokiego ryzyka;
- powikłań w trakcie porodu;
- wcześniactwa z typową dla przedwcześnie urodzonych dzieci niedojrzałością ośrodkowego układu nerwowego;
- urazów okołoporodowych;
- wad genetycznych, mutacji chromosomalnych, aberracji chromosomowych;
- wrodzonych wad rozwojowych układu nerwowego;
- opóźnień dojrzewania odruchowego;
- infekcji w obrębie OUN;
- zaburzeń metabolicznych, obciążających układ nerwowy⁴.

Wszystkie te okoliczności niekorzystnie wpływają na rozwój układu nerwowego, który w tym czasie jest bardzo wrażliwy i niedojrzały, a więc niezwykle podatny na wszelkiego rodzaju bodźce nań oddziałujące. To ostatnie stwierdzenie ma fundamentalne znaczenie dla idei wczesnej interwencji terapeutycznej u dzieci. Wykorzystując bowiem plastyczność ośrodkowego układu nerwowego, wpływa się na sposób jego ukształtowania poprzez odpowiednio prowadzone stymulujące działania.

Plastyczność mózgu bowiem – niepodważalny argument za wczesnym podejściem terapii dzieci – można definiować jako „dostosowanie się systemu nerwowego do zmian środowiska zewnętrznego (odbieranych przez systemy sensoryczne) lub wewnętrznego (efekty uszkodzeń systemu nerwowego)”⁵. Oznacza to, że możliwe jest powstawanie w mózgu nowych zakończeń aksonalnych, jeśli już utworzone połączenia zostały na skutek niesprzyjających warunków uszkodzone, lub modyfikowanie tych połączeń pod wpływem doznań zmysłowych. Dzieje się tak dlatego, że ośrodkowy układ nerwowy doskonali się z wiekiem dziecka⁶. Dzięki odpowiedniemu działaniu na układ nerwowy możliwe staje się zatem zahamowanie lub nawet całkowite zatrzymanie tworzenia się nieprawidłowych wzorców funkcjonalnych. Należy przy tym pamiętać, że największe zmiany w korze mózgowej obserwowane są w pierwszych dwóch latach życia dzieci, ale duża podatność mózgu na działanie pozytywnych bodźców z zewnątrz trwa do 6. roku życia. Dlatego oddziaływanie jest najbardziej efektywne właśnie w tym czasie⁷.

⁴ B. CYTOWSKA: *Idea wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju małego dziecka*. W: *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*. Red. B. CYTOWSKA, B. WINCZURA. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls 2008, s. 20–21.

⁵ A. BORKOWSKA, Ł. DOMAŃSKA: *Plastyczność mózgu*. W: *Podstawy neuropsychologii klinicznej*. Red. A. BORKOWSKA, Ł. DOMAŃSKA. Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej 2009, s. 113–124.

⁶ A. BORKOWSKA: *Neuropsychologiczne mechanizmy powstawania zaburzeń rozwojowych*. W: *Neuropsychologia kliniczna dziecka*. Red. A. BORKOWSKA, Ł. DOMAŃSKA. Warszawa, PWN 2007, s. 13–25.

⁷ B. CYTOWSKA: *Idea wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju małego dziecka...*, s. 21–24.

Planując stymulację rozwoju małego dziecka, należy mieć na względzie chronologię nabywania poszczególnych umiejętności przez dzieci zgodnie z normami. Nie można jednak bezwzględnie się nimi kierować. Dla terapeuty najważniejsza jest bowiem kolejność występowania sprawności, które dziecko ma osiągnąć, a nie wiek, w którym dane sprawności się pojawiają⁸. Dzieci wykazujące objawy atypowego rozwoju mózgu charakteryzuje niejednorodny obraz kliniczny. Trudności, jakie napotyka w życiu, oraz opóźnienia rozwoju są różnorodne i mają różne natężenie, dlatego terapeuta powinien przeanalizować poszczególne etapy rozwoju funkcji poznawczych w celu zindywidualizowania pracy. Należy więc zapoznać się z przebiegiem rozwoju:

- sprawności motorycznych i manualnych;
- sprawności spostrzegania wzrokowego;
- sprawności spostrzegania słuchowego;
- mowy;
- zabawy;
- budowania kontaktów społecznych;
- ustalania się dominacji stronnej;
- funkcjonowania pamięci;
- umiejętności czytania, jeśli dziecko powinno już tę umiejętność posiadać⁹.

Brak prawidłowego rozpoznania, a co za tym idzie – również niewłaściwie podejmowana terapia mogą prowadzić – jak twierdzi Zofia Kułakowska – do skierowania dzieci z poziomem umysłowym mieszczącym się w granicach normy (co u dzieci z ABD jest niemal powszechne) do szkoły specjalnej, gdzie nie ma możliwości optymalnego rozwoju, oraz przyczynić się do dekompensacji psychologicznej, a nawet nerwicowej¹⁰.

Oprócz właściwej diagnozy, wczesnie rozpoczętej pomocy oraz indywidualnego programu terapii, należy pamiętać o kompleksowości działań oraz wielodyscyplinarności niesionego wsparcia. Szczególnie duży zakres możliwych objawów u dzieci nakazuje wręcz poszerzenie podejmowanych działań o diagnozę psychologiczno-pedagogiczną, diagnozę lekarską oraz obowiązkową rehabilitację zajęć. Realizowane z dzieckiem programy powinny się wzajemnie uzupełniać, ponieważ być wdrażane łącznie przez interdyscyplinarny zespół specjalistów – lekarza, psychologa, pedagoga, logopedę, rehabilitanta / terapeutę SI. Znaczącą rolę w całym procesie terapeutycznym odgrywa również rodzina, która powinna czynnie w nim uczestniczyć.

Istotę i wagę kompleksowo prowadzonej wczesnej interwencji terapeutycznej odnosimy do zasad sformułowanych przez Jeana Piageta. Badacz ów – w zakresie

⁸ J. CIESZYŃSKA, M. KORENDO: *Wczesna interwencja terapeutyczna...*, s. 17–18.

⁹ Ibidem, s. 17–18.

¹⁰ Z. KUŁAKOWSKA: *Wczesne uszkodzenia dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*. Lublin, Wydawnictwo Folium 2003.

organizacji działań wspierających – określił wyznaczniki istotne w prowadzeniu wszelkiej planowanej stymulacji:

- „1. Prowadzone z dzieckiem ćwiczenia stymulujące rozwój muszą mieć odniesienie do istniejących realnie możliwości i umiejętności.
2. Zbyt łatwe i zbyt trudne zadania nie mają wartości terapeutycznej.
3. Nie można ułożyć programu terapii bez przeprowadzenia diagnozy wszystkich funkcji poznawczych.
4. Dziecko kształtuje i rozwija swoje umiejętności jedynie przez działanie (aktywność własną), a nie bierne przyswajanie¹¹.

Zastosowanie się do tych zasad ma zagwarantować efektywność terapii i dać dziecku szansę na lepsze funkcjonowanie w życiu codziennym.

Studium przypadku

Szymon ma 9 lat i jest uczniem drugiej klasy szkoły podstawowej. Dziecko urodziło się w 40. tygodniu ciąży z masą urodzeniową 2 580 g. Cechy jego wyglądu (nieco pomarszczona skóra i lekkie owłosienie) wskazywać mogły, że poród był przedwczesny. Masa urodzeniowa w 3. dobie spadła do 2 370 g. Po kilku godzinach od porodu wystąpiły zaburzenia oddechowe. Pierwszym dostrzegalnym zaburzeniem neurologicznym był brak odruchu ssania. Z wywiadu z matką wynika, że ciąża nie przebiegała prawidłowo. Złożyło się na to wiele czynników:

- przeciążenie psychiczne matki;
- szkodliwe działanie promieniowania w pierwszym trymestrze ciąży (rezonans magnetyczny);
- krwawienia w drugim trymestrze ciąży;
- niedorozwój łożyska.

Poród został wywołany. Dziecko otrzymało 8 punktów w skali Apgar (obniżone za napięcie mięśniowe i zabarwienie skóry), a następnie 9 (obniżone za zabarwienie skóry). W 3. dobie u dziecka wystąpiła żółtaczka fizjologiczna. Poziom bilirubiny przekraczał 13–14 mg%. Dziecko w stanie dobrym zostało wypisane do domu w 10. dobie życia.

Od urodzenia widoczna była pewna nietypowość rozwoju psychoruchowego. Z biegiem czasu ujawniły się również trudności w uczeniu się i problemy emocjonalne.

¹¹ J. CIESZYŃSKA, M. KORENDO: *Wczesna interwencja terapeutyczna...*, s. 17.

Objawy wskazujące na występowanie u dziecka atypowego rozwoju mózgu

Zebrane informacje na temat dziecka oraz objawy ABD pozwoliły wyłonić następujące wskaźniki, świadczące o tym, że w okresie prenatalnym doszło u chłopca do atypowego rozwoju mózgu:

- nieprawidłowe napięcie mięśniowe;
- opóźniony rozwój ruchowy;
- opóźniony rozwój mowy;
- zaburzenia spostrzegania;
- zaburzenia koncentracji uwagi;
- zaburzenia rozwoju społeczno-emocjonalnego i adaptacyjnego;
- trudności w nauce czytania;
- rozwój intelektualny w normie.

Dziecko od urodzenia jest pod kontrolą poradni neurologicznej, skąd zostało skierowane na rehabilitację wadliwej regulacji napięcia mięśniowego. Żadne inne planowe działania, służące wspomaganie rozwoju dziecka, pomimo przeprowadzanych konsultacji specjalistycznych, nie zostały jednak podjęte we wczesnych etapach rozwoju. Z wywiadu wiadomo, że okresem przełomowym dla diagnozy i terapii dziecka był 8. rok życia chłopca, kiedy to nasiliły się objawy związane z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego, które w następstwie stały się powodem niepowodzeń dziecka w nauce i trudności w kontaktach społecznych. Baczne obserwacje dziecka i wnikliwość matki zapoczątkowały poszerzenie diagnozy o uwagi innych specjalistów, tj. psychologa oraz logopedy i terapeuty integracji sensorycznej w jednej osobie. Dopiero wówczas rozpoczęto realizację zindywidualizowanego programu wspierającego.

Geneza i dynamika objawów

W rozwoju ruchowym dziecka od pierwszych dni dało się zauważyć pewne odstępstwa. Było to niewątpliwie spowodowane wykrytą w 2. miesiącu życia Szymona asymetrią komór mózgowych, potwierdzoną badaniami USG głowy i rezonansu, oraz utrzymującym się nieprawidłowym, nadmiernym napięciem mięśniowym. Najwcześniej zauważonym objawem były kłopoty z przyjęciem prawidłowej pozycji głowy i ciała podczas leżenia, co powodowało przechylenie dziecka na prawą stronę (problem z utrzymaniem równowagi).

Nieprawidłowości w rozwoju ruchowym Szymona przejawiały się następująco:

- 1. miesiąc życia:
 - głowa zrotowana wyłącznie w jedną stronę;
 - wzmożone napięcie mięśniowe w kończynach górnych – kciuk stale schowany w dłoni w wyniku zbyt silnego odruchu chwytowego;
 - odgięciowe ułożenie tułowia;
- 2. miesiąc życia:
 - dominacja asymetrycznego ułożenia ciała;
 - postępujące obniżanie lub zwiększanie się napięcia mięśniowego;
- 3. miesiąc życia:
 - nadmiernie nasilony odruch chwytny rąk;
 - nieumiejętność wyciągania rąk w przód i łączenia ich nad klatką piersiową;
- 4. miesiąc życia:
 - brak symetrii w ułożeniu ciała i ruchach kończyn;
 - ułożenie „odgięciowe” na skutek zwiększonego napięcia wyprostnego;
- 6. miesiąc życia:
 - przetaczanie tylko przez jedną stronę;
- 8. miesiąc życia:
 - nieprawidłowości podczas raczkowania;
- 9. miesiąc życia:
 - stawanie na palcach, nie na całej stopie;
- 10.-12. miesiąc życia:
 - nieprawidłowości w obrębie jakości postawy ciała i chodu;
 - nieprawidłowości kontroli poszczególnych części ciała.

W 3. miesiącu życia – dzięki zaobserwowaniu przez matkę wczesnych objawów – rozpoczęto rehabilitację: początkowo metodą Vojty, następnie kontynuowano leczenie metodą NDT-Bobath aż do 24. miesiąca życia, kiedy Szymon zaczął samodzielnie chodzić, przyjmując przy tym odpowiednią postawę.

Dzięki odpowiedniej rehabilitacji opóźnienie rozwoju ruchowego było nieznaczne i przedstawiało się w sposób następujący:

- unoszenie głowy – w 3. miesiącu życia;
- unoszenie się na przedramionach – w 5. miesiącu życia;
- pierwsze próby siadania – w 6. miesiącu życia;
- samodzielne siedzenie – w 7. miesiącu życia;
- raczkowanie – brak;
- inny sposób komunikacji – w 9. miesiącu życia;
- samodzielne stanie z podparciem – w 12. miesiącu życia;
- stawianie pierwszych kroków z podporą – w 15. miesiącu życia;
- samodzielne chodzenie – w 18. miesiącu życia.

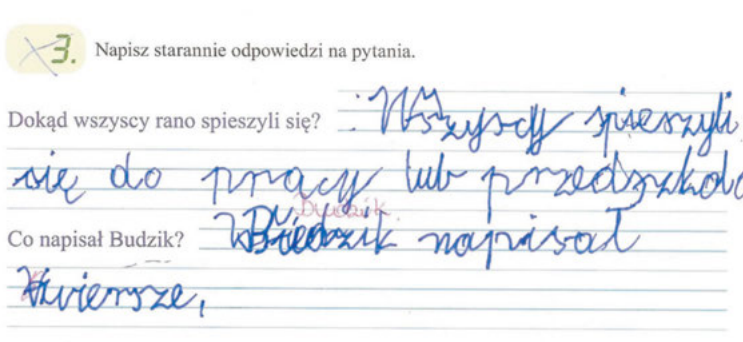
Obecnie jednak – jak wynika z opinii terapeuty – utrzymują się:

- asymetria posturalna;
- kolana koślawe;

- stopa płasko-koślawą;
- słabe reakcje równoważne.

Zmieniło się również napięcie mięśniowe dziecka. Zauważalne jest to podczas analizy wykonanych przez dziecko rysunków i prac wymagających sprawności manualnych oraz oceny zakresu realizacji przez chłopca czynności dużej motoryki. W początkowym okresie dominowała mała sprawność motoryczna ręki (jej wzmożona męczliwość) oraz wolne tempo czynności manualnych. Pod koniec wieku przedszkolnego zaobserwowano zmianę nacisku kredki. Obniżona sprawność manualna utrzymuje się jednak do dnia dzisiejszego, co zostało potwierdzone podczas diagnozy specjalistycznej dziecka. Ma to niewątpliwie wpływ na nabywanie umiejętności pisania przez Szymona. Analizując jego prace grafomotoryczne i pisemne oraz obserwując wykonywanie tych prac, zauważa się:

- pismo duże i rozciągnięte;
- lekką kreskę narzędzia pisarskiego;
- szybką męczliwość ręki; niechęć do wykonywania prac manualnych, w tym pisania.



PRZYKŁAD 1. Próбка pisma

Przy wykonywaniu innych czynności manualnych, takich jak wycinanie po linii, wypełnianie konturów, również zauważa się brak precyzji i zwolnienie tempa pracy (rysunek 1.)

Jeśli chodzi natomiast o motorykę dużą, zaobserwowano:

- brak harmonii ruchów oraz ich koordynacji przy współdziałaniu różnych grup mięśniowych;
- zakłócenie koordynacji wzrokowo-ruchowej w zabawach i zadaniach, w których ruch odbywa się pod kontrolą wzroku (zabawy z piłką, rzuty do celu).

Matka dziecka w wywiadzie podkreśliła występowanie następujących objawów:

- ogólna niezdarność;
- trudności w grach manipulacyjnych;
- wykonywanie aktywności w nieefektywny sposób;
- słabe umiejętności małej motoryki;
- problemy z pisaniem;

- trudności z czynnościami wymagającymi wyczucia czasu i sekwencyjności;
- trudności z naśladowaniem ruchu;
- niższe niż przeciętne umiejętności z zakresu dużej motoryki, np. kopania, łapania, rzucania piłki;
- trudności w utrzymaniu równowagi;
- trudności w wykonywaniu ruchów naprzemiennych;
- obserwowane niższe niż u rówieśników umiejętności pokonywania przeszkód w terenie.



RYSUNEK 1. Delikatny nacisk kredki. Kolory nieadekwatne do rzeczywistych

Są to typowe objawy dyspraksji, które występowały u chłopca od najmłodszych lat. Mimo ich istnienia Szymona zawsze cechowała duża samodzielność (szczególnie w czynnościach samoobsługowych). Był dzieckiem ruchliwym i ciekawym świata. Sam wypracowywał sobie sposoby korzystania z urządzeń na placu zabaw czy efektywnego pokonywania przeszkód i czerpał ze swoich działań satysfakcję. Te niewątpliwe przejawy zaradności dziecka i umiejętności samodzielnego kompensowania pewnych deficytów za pomocą swoich mocnych stron wspomagala trwająca terapia, która z dobrymi efektami rozwija sferę ruchową dziecka. W tej chwili Szymon chętnie bierze udział w zabawach i zajęciach sportowych, pomimo utrzymujących się trudności w planowaniu motorycznym i zaburzeń schematu ciała¹².

¹² Trudności orzekamy na podstawie wyników Południowokalifornijskich Testów SI.

Poprawa nastąpiła natomiast w zakresie praktyki oralnej, o czym świadczą wyniki uzyskane na podstawie „Karty badania motoryki artykulacyjnej” Hanny Rodak¹³. Wnioskuje się, że motoryka narządów mownych przedstawia się obecnie prawidłowo¹⁴, a jej efekty przyniosła intensywne orofacjalna stymulacja sensoryczna, skoncentrowana na budowaniu właściwego napięcia mięśniowego poprzez izometryczne ćwiczenia aparatu artykulacyjnego oraz trening czucia głębokiego i czucia powierzchniowego narządów mowy.

Z wywiadu z matką wynika jednak, że długo utrzymywała się ich niska sprawność (wyeliminowana w wieku wczesnoszkolnym ćwiczeniami zalecanymi przez logopedę-terapeutę SI).

Przebieg rozwoju mowy i zdolności komunikacyjnych

Rozwój mowy Szymona przedstawiał się w sposób następujący:

- etap gaworzenia – w 6. miesiącu życia;
- pierwsze słowa – w 14. miesiącu życia;
- wypowiedzi dwuwyrazowe – w 20. miesiącu życia;
- dłuższe wypowiedzi – około 4. roku życia.

Analizując te dane, bezsprzecznie można stwierdzić opóźniony rozwój mowy dziecka, szczególnie jeśli chodzi o pojawienie się etapu swoistej mowy i dłuższych, kilkuwyrazowych wypowiedzi. Niewątpliwie duży wpływ na zaistniałą sytuację miały zaburzenia napięcia mięśniowego, deficyty propriocepcji oraz czucia powierzchniowego, które w konsekwencji negatywnie oddziaływały na narządy mowne, skutkując zaburzeniami planowania motorycznego, dysharmonią zarówno w zakresie płynności mowy, jak i impostacji głosu, a także zmiennością jego barwy.

Według relacji matki dziecko rozumiało mowę, wykonywało proste polecenia, reagowało na swoje imię, używało gestu aprobaty i zaprzeczenia. Trudności z ekspresją mowy były spowodowane nieumiejętnością planowania szybkich, zmiennych ruchów narządów artykulacyjnych, a więc ich niezautomatyzowaniem – trudnościami w lokalizacji odpowiedniego miejsca artykulacji głoski oraz prawidłowego ułożenia narządów artykulacyjnych przy jej realizacji. Należy nadmienić, że Szymon miał także problemy z funkcjami oralnymi związanymi z poborem pokarmów.

Z wywiadu z matką wynika, że dziecko wymagało terapii w związku z utrzymującą się powyżej 5. roku życia niewłaściwą artykulacją głoski [k], realizowanej

¹³ H. RODAK: *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego 2002.

¹⁴ Stwierdzając tu poprawę motoryki narządów mownych, odnosimy się wyłącznie do prawidłowego wykonania prób kinestezji artykulacyjnej autorstwa Hanny Rodak. Nieco inaczej kształtuje się praktyka oralna w kontekście ekspresji mowy (w dłuższych twórczych i odtwórczych wypowiedziach zarówno ustnych, jak i pisemnych).

jako głoska [t]. Obecnie, po przeprowadzeniu badania za pomocą „Karty mowy dziecka”, stwierdza się prawidłową artykulację wszystkich głosek.

Rozwój mowy dziecka nabrał tempa po 4. roku życia. Wypowiedzi Szymona były jednak krótkie, a słownictwo ubogie. Chłopiec szybko rozwijał swoje umiejętności komunikacyjne. Niemniej badanie psychologiczne wykonane w kwietniu 2010 roku wykazało zasób słownictwa w dolnej granicy normy przy przeciętnym poziomie rozwoju intelektualnego i bogatym zasobie wiadomości ogólnych. Matka zauważyła jednak znaczny przyrost słownictwa i poprawę umiejętności komunikacyjnych w ciągu ostatniego roku. Potwierdza to psycholog po spotkaniach diagnostycznych w lutym i marcu 2011 roku, twierdząc: „Szymon jest w dobrym kontakcie werbalnym: obszernie odpowiada na pytania, spontanicznie wprowadza własne tematy do rozmowy, z widoczną swobodą nawiązuje kontakt z badającą”.

W celu zbadania zasobu słownictwa dziecka został zastosowany „Kwestionariusz do badania słownictwa dzieci” Elżbiety Minczakiewicz¹⁵. Badanie przebiegało w dziesięciu próbach, badających znajomość:

- nazw osób;
- nazw materiałów i produktów;
- nazw kolorów;
- nazw czynności;
- nazw właściwości i cech;
- nazw pojęć;
- nazw przedmiotów;
- wyrazów o podobnym brzmieniu i zbliżonym znaczeniu;
- właściwego doboru wyrazów do usłyszanego kontekstu zdania (sądy werbalne);
- przyporządkowania czynności przedmiotom.

Wyniki uzyskane w poszczególnych próbach przedstawia wykres 1.



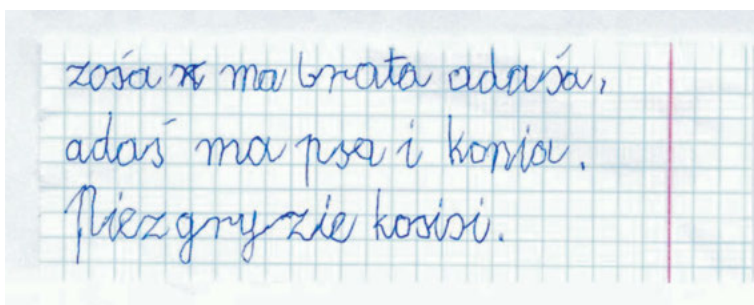
WYKRES 1. Wyniki badań zasobu słownictwa Szymona

¹⁵ E.M. MINCZAKIEWICZ: *Mowa, rozwój, zaburzenia, terapia*. Kraków, Wydawnictwo Naukowe WSP 1997.

Badany uzyskał 89 punktów na 100 możliwych, co w skali ocen, zgodnej z Kwestionariuszem, daje wynik bardzo dobry. Potwierdza to tym samym znaczne postępy w rozwoju zasobu słownictwa dziecka w przeciągu roku.

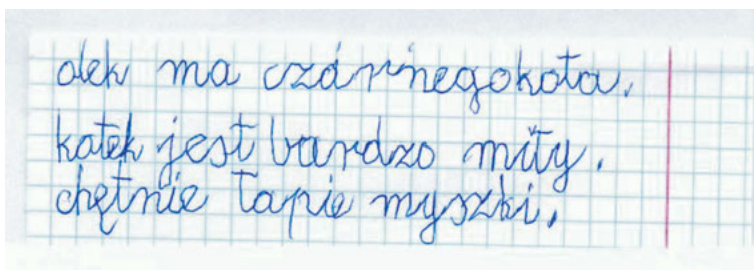
Na podstawie przeprowadzonego z chłopcem wywiadu stwierdzono u niego spontaniczność i komunikatywność podczas rozmowy. Dziecko chętnie udziela odpowiedzi na zadawane pytania, rozumie polecenia, zachowuje społecznie przyjęte zasady komunikacji. Jego wypowiedzi są krótkie, nierozwinięte. Z relacji matki wynika, że w życiu codziennym również przeważają tego typu wypowiedzi. Często pojawiają się w nich agramatyzmy w postaci niepoprawnie odmienionych słów lub niepoprawnej konstrukcji zdania, występują również zdania nielogiczne, których dziecko nie poprawia.

Kolejnym etapem rozwoju mowy jest odzwierciedlenie jej realizacji w tekście pisanim. Analiza tekstów własnych dziecka potwierdza, że w jego pisemnych wypowiedziach – podobnie jak w mowie – przeważają zdania proste.



PRZYKŁAD 2. Praca pisemna

Opisy i opowiadania są krótkie, nie zawierają szczegółów.



PRZYKŁAD 3. Praca pisemna

W pracach pisemnych chłopca uwidaczniają się agramatyzmy, które dostrzega się w mowie. Matka sygnalizuje również trudności w układaniu zdań na podany temat podczas pisania prac.

Zaburzenia postrzegania

W analizowanych pracach plastycznych z okresu przedszkolnego daje się zauważyć:

- niski poziom graficzny prac;
- rysunki schematyczne bez szczegółów;
- utrzymujący się etap głowonogów;
- nieumiejętność rozplanowania przestrzennego rysunku;
- niespójność szczegółów;
- odwracanie elementów w przestrzeni;
- trudności w rozpoznaniu i nazwaniu narysowanych przedmiotów czy ludzi.



RYSUNEK 2. Praca według własnej inwencji (wiek przedszkolny)

Na tym etapie można wnioskować o zaburzeniach percepcji wzrokowej i orientacji przestrzennej. Taki problem często zgłaszała również nauczycielka dziecka. W tym okresie ponadto dostrzec można było wyraźną niechęć do wykonywania prac plastycznych i technicznych, w tym wycinania i wszelkich prac manualnych.

W 2009 roku Szymon rozpoczął naukę w szkole podstawowej. Diagnoza gotowości szkolnej wykazała opanowanie umiejętności i wiadomości potrzebnych do podjęcia nauki w klasie pierwszej. Rozwój emocjonalny również nie wykazywał zastrzeżeń. Nauczycielka zwróciła uwagę na wolne tempo pracy dziecka, ogólną męczliwość podczas wykonywania prac oraz niestaranność ich wykonania. Po rozpoczęciu nauki dziecko zaczęło wykazywać dodatkowo znaczne trudności z przyswajaniem umiejętności czytania. Przedłużał się etap głoskowania, występowały trudności z analizą i syntezą słuchową.

W chwili obecnej chłopiec nadal czyta, głoskując. Jedynie miejscami pojawia się technika sylabizowania, a nawet całościowe czytanie krótkich wyrazów.

Dodatkowo wywiad z matką dostarczył informacji o trudnościach z zapamiętywaniem tekstów piosenek i wierszy oraz o problemach w odtwarzaniu struktur rytmicznych ze słuchu. Wdrożono zatem codzienne ćwiczenia stymulujące umiejętności z zakresu przetwarzania słuchowego.

Niepowodzenia w nauce czytania ujawniły problemy emocjonalne dziecka. Coraz częściej pojawiały się wybuchy złości i rezygnacja z wykonywania zadań szkolnych. Skłoniło to matkę dziecka do przeprowadzenia badań w poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu uzyskania wytycznych do pracy z dzieckiem dla bardziej efektywnego wspierania jego rozwoju. Równocześnie z diagnozą w poradni zostały przeprowadzone kontrolne testy z zakresu oceny przetwarzania sensorycznego, które wykazały przede wszystkim zaburzenia w zakresie układu przedsionkowego z typowymi cechami:

- nasilenie nieprawidłowości podczas przekraczania linii środkowej ciała;
- nieizolowane ruchy oczu, którym każdorazowo towarzyszy ruch głowy;
- nieregularne, szarpane ruchy śledzące gałek ocznych (zarówno w płaszczyźnie czołowej, poprzecznej, jak i diagonalnej), które potwierdzają nieprawidłowości w zakresie koordynacji ruchów oczu, głowy i ciała przy czytaniu i pisaniu oraz utrzymywaniu równowagi statycznej i dynamicznej;
- występowanie deficytów przetwarzania fonologicznego, a więc trudności w skupieniu się na słuchaniu bez jednoczesnego poruszania się, mamrotanie, mylenie lub pomijanie niektórych fonemów, trudności w zapamiętywaniu i powtarzaniu słów / złożonych poleceń słownych.

Stwierdzono utrzymujące się deficyty czucia powierzchniowego i głębokiego, a więc słabo rozwiniętą somatognozję, problemy z różnicowaniem stron prawa – lewa, trudności w przekraczaniu linii środkowej ciała oraz zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej.

Wszystkie wymienione objawy miały negatywny wpływ na osiągnięcie sukcesów w nauce. Niewłaściwie działający układ przedsionkowy, trudności w przekraczaniu

linii środka – niezbędnej podczas nauki czytania, oraz niski poziom koncentracji miały decydujący wpływ na niepowodzenia w nauce czytania i opanowania techniki pisanie. Natomiast zaburzenia koordynacji wzrokowo-ruchowej ujawniały się negatywnie podczas przepisywania tekstów i odtwarzaniu układów przestrzennych.

Zaburzenia emocjonalne i adaptacyjne

Szymon w szkole podstawowej zaczął przejawiać zaburzenia emocjonalne. Niepowodzenia szkolne, których chłopiec doświadczał, powodowały wybuchy złości, nadmierną impulsywność i agresję słowną, skierowaną przeciwko sobie. Niejednokrotnie wchodził on również w konflikty z rówieśnikami, ale rzadko zdarzało się, aby sam prowokował takie zdarzenia. Diagnostyka w tym kierunku wykazała, że w kontaktach społecznych Szymona dominuje ekspresja złości i żalu. Wpływa to dysfunkcyjnie na poczucie własnej wartości chłopca. Z wypełnionego przez matkę dziecka „Arkusza do oceny poziomu rozwoju i zachowania się dziecka” wynika, że Szymon jest na ogół smutny, łatwo się podnieca i wzrusza, odczuwa lęk tylko w uzasadnionych sytuacjach. Zdaniem matki chłopiec dość łatwo nawiązuje kontakty społeczne, ale łatwo też podporządkowuje się innym. Wyniki badania psychologicznego wskazują również na zaburzenia adaptacyjne i silną potrzebę bycia w centrum uwagi, która – co wynika z relacji nauczyciela – nie jest w tej grupie zaspokajana.

Podczas badania specjalistycznego najczęściej ujawniały się następujące cechy funkcjonowania psychospołecznego dziecka:

- potrzeba zaznaczenia siebie;
- potrzeba wyróżniania się;
- obawa przed realnym życiem;
- potrzeba sprawowania kontroli nad innymi.

Ponadto dziecko podejmuje nieustanne próby wypierania ze swojej świadomości poczucia smutku i własnych obaw. Dokonuje tego poprzez ekspresję agresywności, często nieadekwatnie silną do sytuacji społecznej. Charakterystyczny dla dziecka jest również mechanizm identyfikacji z agresorem. Chłopiec przyswaja sobie agresywne zachowanie i/lub cechy agresora w celu poradzenia sobie z doświadczanym lękiem i smutkiem.

Zaleceniem dla dziecka jest terapia grupowa, wspieranie jego działań opartych na współpracy z rówieśnikami oraz działań na rzecz klasy.

Z ankiety nauczycielki wynika, że Szymon ma w klasie jednego kolegę. Poza nim nie utrzymuje kontaktów przyjacielskich, nie należy do żadnej grupy przyjacielskiej. Trudno wchodzi w relacje interpersonalne z rówieśnikami. Ma trudności ze zgodną współpracą w grupie. Chce narzucać swoje zdanie, które rzadko jest akceptowa-

ne, co z kolei wywołuje jego frustracje. Uczniowie, ze względu na wybuchy złości Szymona boją się go oraz izolują go często od wspólnych zajęć i zabaw. Dziecko podczas wywiadu ujawnia trudne relacje z rówieśnikami. Opowiada o konfliktach z nimi, o złym traktowaniu go. Chłopiec sporadycznie utrzymuje kontakty pozaszkolne z rówieśnikami z klasy.

Wnioski

W tej chwili Szymon jest objęty kompleksową opieką terapeutyczną: psychologa, pedagoga oraz logopedy i terapeuty zaburzeń integracji sensorycznej (w jednej osobie). W celu wspomagania chłopca w rozwijaniu mowy oraz eliminowaniu specyficznych trudności w czytaniu uczestniczy on w różnorodnych działaniach stymulujących.

Obecnie obserwuje się u chłopca poprawę w zakresie:

- umiejętności czytania – czyta ze zrozumieniem, tempo czytania jest wolne, z przewagą sylabizowania;
- wypowiedzi ustnych i pisemnych, które są bardziej rozwinięte;
- koordynacji wzrokowo-ruchowej;
- sprawności ruchowej, choć sprawność manualna pozostaje nadal na niskim poziomie.

Podsumowując zebrane informacje, można stwierdzić, że brak wczesnego podjęcia działań wspierających rozwój dziecka wykazującego objawy atypowego rozwoju mózgu, a przede wszystkim brak interdyscyplinarnej diagnozy i terapii we wczesnych etapach rozwoju rzutuje na osiąganie sukcesów w nauce, relacje z rówieśnikami oraz codzienne funkcjonowanie. Należy tu podkreślić, że matka dziecka była przez kilka lat głównym inicjatorem jego terapii. Brakowało jednak specjalistycznego i holistycznego podejścia do problemów chłopca, stąd też tak obszerne zaburzenia, które ujawniły się w wieku wczesnoszkolnym. Tylko wczesna diagnoza i terapia mogłyby zapobiec tym problemom lub zmniejszyć ich spektrum. Proponuje się zatem jak najszybsze wdrożenie kompleksowego programu terapeutycznego.

BARBARA KASICA, KATARZYNA KASICA-BAŃKOWSKA

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

Diagnoza i etapy rehabilitacji pacjenta po wszczępieniu implantu ślimakowego

ABSTRACT: Cochlear implants (CI) are surgically implanted electronic devices that enable individuals who are profoundly deaf to hear. It should be pointed out that a surgically implanted device does not provide a sense of sound totally. It does allow the deaf to recognize sounds and help to understand speech. However, after placing a cochlear implant the quality of sound is different from natural hearing and takes time to learn and recognize the memory signs. The article consists of preliminary diagnosis and stages of patient rehabilitation before and after placing CI.

KEY WORDS: cochlear implantation, diagnosis, rehabilitation, speech and language development after placing CI

My nie szkolimy uszu. Szkolimy mózg do sprawnego rozumienia i interpretowania tego, co słyszą uszy.

Doreen Pollack

Etapy rozwoju mowy są uwarunkowane biologicznie i u wszystkich dzieci w normie rozwojowej przebiegają w takiej samej kolejności¹. U dzieci z wadą słuchu proces kształtowania się mowy – w zależności m.in. od głębokości ubytku słuchu i czasu dobrania protezy – może niewiele lub znacznie różnić się od normy. Dziecko z wadą słuchu wymaga kontaktu z językiem, który powinien się rozpoczynać tak szybko, jak to tylko możliwe. Zdolności językowe, mowa, postrzeganie oraz umiejętności pragmatyczne rozwijają się równocześnie w obrębie usystematyzowanego programu².

Specyfiką zaburzeń mowy u dzieci z uszkodzonym słuchem – w zależności od stopnia i czasu uszkodzenia – są:

- brak rozwoju mowy czynnej i biernej;

¹ L. KACZMAREK: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin, Wydawnictwo Lubelskie 1977.

² *Razem dla słuchu. Zintegrowana Skala Rozwoju*. Warszawa, Cochlear Medicus 2012.

- ograniczenia zdolności nabywania umiejętności językowych (gdy uszkodzenie nastąpiło później), przejawiające się opóźnieniami w rozwoju aspektu fonematycznego, leksykalnego, gramatycznego i ekspresyjnego mowy³.

Skuteczną terapią pozwalającą na rozwijanie poziomu wymienionych aspektów mowy jest – stosowana z powodzeniem od wielu lat na całym świecie – metoda audytywno-werbalna. Pomaga ona programować i rozwijać język dziecka z wadą słuchu, wykorzystując następujące techniki, narzędzia i czynniki⁴:

- „Nauka Słuchania” (*Learning to Listen Sounds*) – lista określonych dźwięków (wyrazów dźwiękonaśladowczych), używanych podczas prezentacji danego przedmiotu;
- „Test 6 Dźwięków Linga” – bada rozwój reakcji dziecka na sześć dźwięków prezentowanych werbalnie przez opiekuna / rodzica; zadaniem dziecka jest dokończenie wykonywanego zadania lub spontaniczne naśladownictwo;
- „modelowanie zachowania” – werbalno-wizualna demonstracja tego, czego oczekujemy od dziecka, szczególnie jeżeli chodzi nam o powtarzanie dźwięków przez dziecko;
- elementy suprasegmentalne – sposoby, w jaki prezentujemy dźwięk: sposób intonacji, wydłużenia dźwięku, głośności mówienia itp.;
- elementy krytyczne wypowiedzi – elementy całej naszej wypowiedzi, zawierające kluczowe informacje dla zrozumienia całego przesłania;
- resztki słuchowe;
- specyficzny język rodziców / opiekunów skierowany do dziecka (ang. *motherese* lub *patentese*);
- podkreślenie dźwiękowe – specjalne techniki sprawiające, że mowa staje się łatwiejsza do usłyszenia i zrozumienia;
- podpowiedzi gestem – ułożenia dłoni w pobliżu ust mówiącego.

Aby zminimalizować skutki obniżenia progu słyszalności, zaczęto stosować w latach osiemdziesiątych XX wieku na szeroką skalę implanty ślimakowe (*Cochlear Implant* – CI). Początkowo implanty miały za zadanie jedynie zwiększyć słyszalność (detekcję) dźwięków płynących ze środowiska. Użycie najnowszej technologii pozwoliło na skuteczne rozumienie mowy oraz zwiększenie możliwości komunikacji językowej poprzez rozwój mowy czynnej⁵.

Niektórzy pacjenci z CI szybko osiągają wysoki poziom słyszenia i komunikacji językowej, niektórym natomiast zajmuje to nawet kilka lat. Przyczyną tego są następujące czynniki wpływające na jakość słyszenia w CI:

- wiek pojawienia się / czas trwania głuchoty;
- wiek zaimplantowania;

³ T. GAŁKOWSKI, I. KAISER-GRODECKA, J. SMOLEŃSKA: *Psychologia dziecka głuchego*. Warszawa, PWN 1988, s. 5–6; B. SZCZEPANKOWSKI: *Niesłyszący – Głusi – Głuchoniemi. Wyrównywanie szans*. Warszawa, WSiP 1999, s. 31–33.

⁴ W. ESTABROOKS: *Auditory-Verbal Therapy and practice*. Toronto-Ontario, Editor 2006.

⁵ <http://www.lehn-acad.net/downloads/letter01pl.pdf> [data dostępu: 12.06.2012].

- stopień niedosłuchu (ewentualne resztki słuchowe);
- korzystanie z resztek słuchowych i komunikacja werbalna przed zaimplantowaniem;
- motywacja pacjenta;
- czas w ciągu dnia, kiedy implant jest noszony;
- możliwość rozmowy, konwersacji z partnerem, opiekunem, rodzicem itp.;
- rehabilitacja słuchu i mowy z wykwalifikowanym terapeutą.

Zdarza się, że sam pacjent lub jego rodzina wpływają na czas i przebieg późniejszej terapii, mimo iż nie są całkowicie świadomi realnych oczekiwań względem implantu ślimakowego. Niejednokrotnie niesłyszący ma nadzieję na całkowite przywrócenie i odzyskanie słuchu, gwałtowną i szybką poprawę zdolności komunikacyjnych bez konieczności udziału w długotrwałej i mozolnej rehabilitacji⁶.

Schemat badania logopedycznego osoby z wadą słuchu

I. Badanie wstępne:

1. Wywiad z matką.
2. Obserwacja, w trakcie której dokonuje się oceny ogólnej poziomu rozwoju dziecka, tzn. jego koncentracji uwagi, ruchliwości, sposobu poruszania się, stanu emocjonalnego, łatwości w nawiązywaniu kontaktów oraz procesu odczytywania mowy z ust.
3. Orientacyjne badanie słuchu i sprawności komunikacyjnych, obejmujące badanie reakcji na głos logopedy w czasie wydawania prostych poleceń oraz reakcji na różne dźwięki (np. kłaśnięcie, uderzenie).

Jeśli w fazie wstępnej stwierdzony został brak lub słaby rozwój rozumienia mowy, nie przechodzi się do drugiego etapu, czyli do badania podstawowego.

II. Badanie podstawowe:

1. Badanie rozumienia:
 - na poziomie prostych wyrazów i poleceń (terapeuta aranżuje zabawę i – nazywając konkretne przedmioty lub obrazki – prowokuje dziecko do ich wskazywania);
 - na poziomie zdań złożonych / poleceń (dziecko wykazuje dobre rozumienie prostych poleceń, prosi się je np. o podanie książki leżącej na półce – bez wykonywania gestu).

⁶ K.J. ZABŁOCKI: *Dziecko niepełnosprawne, jego rodzina i edukacja*. Warszawa, Wydawnictwo Akademickie Żak 1999, s. 163 i n.

2. Badanie mówienia (czyli ekspresji językowej). Przeprowadza się w przypadku dzieci, u których mowa jest już w pewnym stopniu rozwinięta. Ustala się zasób leksykalny dziecka, sprawdza się, czy używa ono słów we właściwym kontekście, kontroluje poprawność gramatyczną jego wypowiedzi oraz na końcu przeprowadza się badanie artykulacji.
3. Badanie czytania i pisania. Dotyczy dzieci starszych. Przeprowadza się je według metodyki ogólnej:
 - pisanie – przepisywanie, pisanie z pamięci, pisanie ze słuchu, pisanie na dowolny temat;
 - czytanie – poziom głośnego czytania (obserwując tempo, intonację, akcent i poprawność) oraz poziom cichego czytania ze zrozumieniem.
4. Badania uzupełniające narządów mowy: fonacyjnego, artykulacyjnego oraz układu oddechowego.

Po tak przeprowadzonej diagnozie ustala się indywidualny program dla każdego pacjenta.

Etapy rehabilitacji po CI⁷

Etap I – Edukacja przedoperacyjna i pierwsze dopasowanie procesora mowy

Edukacja przedoperacyjna obejmuje przekazanie informacji o możliwościach leczenia utraty słuchu, przebiegu operacji i dalszej rehabilitacji. W trakcie rozmowy ustala się oczekiwania rodziców lub samego pacjenta co do efektów operacji. Terapeuta stara się wyrobić – zarówno u dzieci, jak i u rodziców – właściwą postawę i motywację do późniejszej rehabilitacji, jednocześnie dąży do zredukowania u nich lęku przedoperacyjnego.

Etap II – Nauka wykrywania obecności dźwięku lub jego braku w otoczeniu

Zadania tego poziomu obejmują:

1. Ocenę spontanicznej świadomości dźwięku. Początkowo zadanie polega na usłyszeniu sygnału w sytuacji oczekiwania na dźwięk (wrzucanie klocka do pudełka), następnie podaje się dźwięk podczas innych sytuacji zadaniowych (dziecko bawi się, a ktoś puka do drzwi). Kolejny krok to tworzenie listy dźwięków, które dziecko zauważyło w otoczeniu (bliższym i dalszym).
2. Rozpoznanie początku i końca sygnału akustycznego.
3. Poszukiwanie i lokalizacja źródła dźwięku oraz liczby sygnałów akustycznych. Ćwiczenia te najczęściej wykonuje się, używając instrumenty akustyczne.

⁷ <http://dokumenty.ifps.org.pl/szuchnik1.pdf>. [data dostępu: 06.06.2012]; <http://slimaczek.ifps.org.pl/index.php?link=wartowiedziec&linkW=rehabilitacja> [data dostępu: 06.06.2012].

Etap III – Kształtowanie umiejętności różnicowania dźwięków (dyskryminacji)

Na tym etapie zadania obejmują:

- wypracowanie zdolności dostrzegania różnic i podobieństw pomiędzy poszczególnymi dźwiękami:
 - szmerami i głosami;
 - szmerami z życia codziennego;
- rozpoznawanie różnic między głosami;
- rozpoznawanie różnic w natężeniu dźwięku (cicho – głośno);
- rozpoznawanie różnic w częstotliwości (wysoki – niski sygnał);
- rozpoznawanie wzorców czasowych (sygnał długi – krótki).

Etap IV – Umiejętność określania, czy dane sygnały są takie same czy różne

Na tym etapie wprowadza się ćwiczenia identyfikacji dźwięków, polegające na wypracowaniu przez pacjenta umiejętności określania, co słyszał na podstawie:

- elementów suprasegmentalnych (akcentu, intonacji, melodii, rytmu), np. określanie, czy wypowiedź jest pytaniem czy stwierdzeniem, lub która jej część jest szczególnie istotna dla treści wypowiedzi; można polecać rozpoznawanie płci i wieku mówiącego oraz jego chwilowych stanów emocjonalnych;
- rozpoznawanie mowy na podstawie cech segmentalnych, np. śledzenie kolejnych wyrazów czytanego tekstu; pacjent wskazuje wyraz, na którym terapeuta przerwał czytanie; rozpoznawanie słów i zdań ze zbioru zamkniętego (w przypadku dzieci – układanie historyjek obrazkowych oraz rozpoznawanie słuchem zdań związanych z kolejnymi wydarzeniami).

Koniec tego etapu wyznacza zbliżenie się do poziomu zwykłej rozmowy.

Etap V – Rozumienie mowy

Na tym etapie zwraca się uwagę na:

1. Rozumienie głównych elementów przekazu (słów, zdań, tekstów). Ćwiczenia to identyfikacja jednakowej długości zdań w zestawie zamkniętym.
2. Ćwiczenia rozumienia mowy w zestawach otwartych, najpierw za wskazówką (słowo). Pacjent może otrzymać listę słów kluczowych stanowiących pomoc w zrozumieniu zdań wypowiedzianych przez terapeutę.
3. Stopniowo przechodzi się od zestawu zdań poprzez słowa wielosylabowe do zrozumienia słów jednosylabowych.

Pacjenci, którzy doszli do tego etapu, są w stanie swobodnie rozmawiać, odpowiadając prawidłowo na pytania wynikające z toku prowadzonej rozmowy. Na tym etapie pacjent powinien rozpoznać temat, słuchając opowiadania, po czym odpowiedzieć na związane z nim pytania.

Etap VI – Rozumienie mowy i dźwięków użytecznych na tle dźwięków zakłócających

Etap kończący program rehabilitacji. W warunkach naturalnego odbioru wprowadza się gwar rozmów, hałas ulicy itp. Zespół terapeutów improwizuje ćwiczenia na-

śladujące sytuacje z życia codziennego, aby pacjenci mieli możliwość wypróbowania swoich umiejętności w mniej stresujących warunkach niż naturalne.

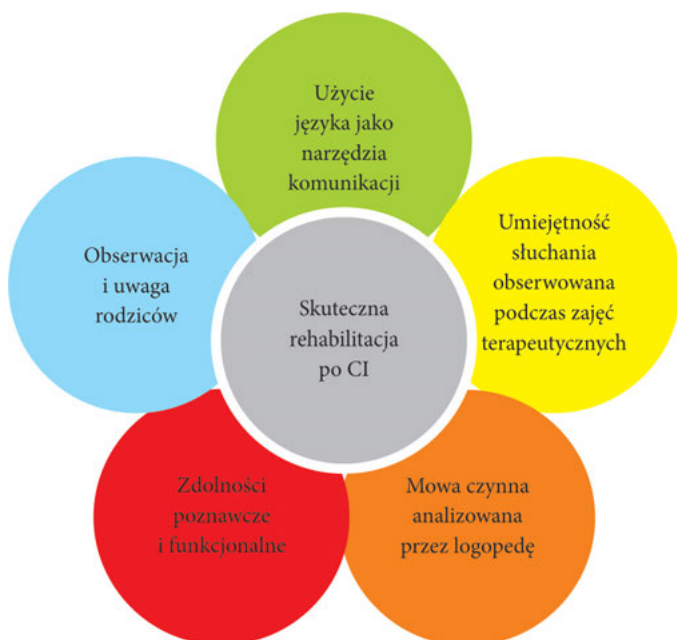
Rehabilitacja osób z głuchotą prelingwialną zmierza w kierunku tworzenia i magazynowania wzorców słuchowych. Natomiast osoby, które utraciły słuch, mają zachowane wzorce słuchowe i słuchowo-ruchowe, a ich rehabilitacja prowadzi do aktualizacji odpowiednich śladów pamięciowych wytworzonych do momentu utraty słuchu.

Podsumowanie

Założenia rehabilitacji po wszczępieniu implantu ślimakowego powinny obejmować (por. schemat 1.):

- upewnienie się, że ustawienia implantu umożliwiają pacjentowi dostęp do wszystkich niezbędnych dźwięków i częstotliwości;
- obserwację, czy pacjent efektywnie wykorzystuje informację słuchową – umiejętności słuchania i komunikacji językowej;
- nauczenie pacjenta, jak skutecznie wykorzystywać uzyskaną informację dźwiękową – umiejętność słuchania i komunikacji językowej.

SCHEMAT 1. Umiejętności dopełniające skuteczną rehabilitację po wszczępieniu implantu ślimakowego



Człowiek w trakcie słuchania za pomocą implantu ślimakowego korzysta z wielu umiejętności, włączając w to:

- pamięć słuchową;
- zdolności poznawcze;
- lokalizację dźwięku;
- możliwości kompensacji;
- umiejętności konwersacji.

Większość tych umiejętności może ulec poprawie w trakcie treningu słuchowego i rehabilitacji. Dzięki implantowi ślimakowemu dzieci i dorośli z deficytami słuchowymi mogą lepiej rozwijać zdolności komunikacyjne, a nie tylko słyszeć dźwięki dochodzące ze środowiska zewnętrznego. Należy tu jednak zaznaczyć, iż na dalszej drodze rehabilitacji, głównie u dzieci z głuchotą pre- i perilingwalną, mogą pojawiać się dalsze problemy natury językowej. Nie muszą one dotyczyć wszystkich osób z uszkodzonym słuchem. Nasilenie trudności zależy bowiem od poziomu rozwoju mowy i dotyczy przede wszystkim stopnia jej rozumienia:

- słów kluczowych, potencjalnie oczywistych, np.: „konflikt”, „wojna”, „narod”, „analiza”, „wykres”, „tabela”, „ciąg”;
- znaczeń dalszych i pochodnych wyrazów, np.: „palić ogień”, „palić światło”, ale: „robota pali się w rękach”;
- homonimów, np. „droga” jako „ulica”, ale również: „droga mam”, „drogi rower”;
- poleceń, np. w przypadku polecenia: „podkreśl ciąg wyrazów, które nie zawierają ani jednej cechy zwierząt stałocieplnych”, występuje problem ze zrozumieniem słowa „ani”, konieczna jest zatem modyfikacja polecenia;
- związków frazeologicznych, które są często rozumiane dosłownie, np. „trafiła kosa na kamień”, „fortuna kołem się toczy”;
- tekstów, szczególnie napisanych archaicznym językiem; problemów dostarczają połączenia między wyrazami, końcówki fleksyjne, wszelkie porównania, przenośnie, symbolika treści tekstów literackich itp.;
- różnic w obrębie takich wyrazów, jak: „mieć” i „mama”, np. „mama”, „dwie mamy”, ale: „nie ma mam”, „my mamy”, „ja mam”, „ona ma” – problem polega na przewidywaniu kształtu oraz funkcji danego wyrazu;
- wielofunkcyjności formantów słowotwórczych: „-ek”, np. „domek”, „dołek”, ale: „ogryzek”, „wesołek”, „stołek”⁸⁸.

Każdy człowiek jest specyficzną kombinacją cech i umiejętności, dlatego nie u wszystkich pacjentów można uzyskać poziom pełnej identyfikacji i dyskryminacji otaczających nas dźwięków, w tym dźwięków mowy. Rehabilitacja pacjentów po CI nie zawsze kończy się sukcesem i osiągnięciem zadowalającego progu słyszenia oraz uzyskaniem umiejętności posługiwania się mową werbalną w pełnym zakresie.

⁸ U. BURYŃ, T. HULBOJ, M. KOWALSKA, T. PODZIEMSKA: *Mój uczeń nie słyszy. Poradnik dla nauczycieli szkół ogólnodostępnych*. Warszawa, Ministerstwo Edukacji Narodowej 2001, s. 46–47.

ELŻBIETA BIJAK

Specjalistyczne Centrum Terapii Jąkania w Wodzisławiu Śląskim
Szkoła Podstawowa nr 3 z Oddziałami Integrycyjnymi w Mikołowie

DOROTA KAMIŃSKA

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Ciechanowie
Mazowieckie Samorządowe Centrum Doskonalenia Nauczycieli, Wydział w Ciechanowie

Spółeczny aspekt jąkania – wskazówki dla jąkających się i ich rodziców / opiekunów oraz nauczycieli i logopedów

ABSTRACT: The authors who are speech therapists in the field of logopaedics dealing discuss the therapy of people who stammer taking into account the social aspect. They present some practical instructions concerning the process of speech therapy so as to answer the questions asked by people who stammer, their parents/legal guardians, teachers and therapists.

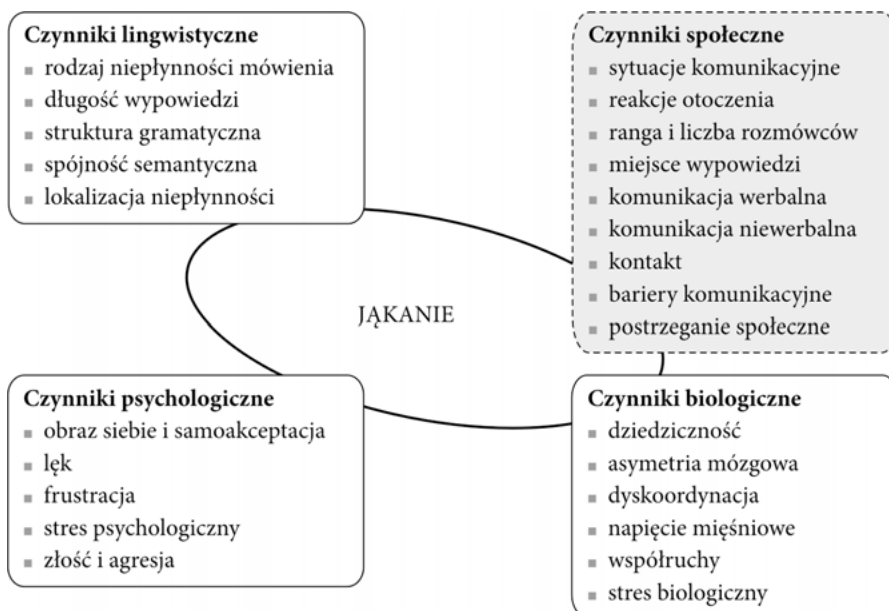
KEY WORDS: stuttering, stammering, therapy, speech therapy, help, instructions

„*Jąkanie* to zaburzenie komunikacji międzyludzkiej, które ma specyficzną strukturę składającą się z czynników lingwistycznych [...], biologicznych [...], psychologicznych [...] i społecznych [...]. Jest zaburzeniem mimowolnym, to znaczy niezależnym od woli mówcy, który chce, ale nie może mówić płynnie”¹. Jąkanie jest zaburzeniem sytuacyjnie zmiennym, gdyż występuje w pewnych sytuacjach, natomiast w innych się nie pojawia. Stanowi więc w pewnym sensie dysfunkcją określoną, płynność wypowiedzi jest bowiem zmienna i zależy od wielu czynników społecznych, np. osoby jąkające się mogą mówić płynnie i głośno do małych dzieci oraz zwierząt lub gdy przebywają w odosobnieniu od innych osób (zob. schemat 1.).

Zagrożenie jąkaniem wzrasta, gdy pozycja społeczna rozmówcy jest nierównorzędna. Jąkanie częściej pojawia się w trakcie rozmowy z przełożonym niż z partnerem lub podwładnym. Występuje zwłaszcza w czasie ustnej wypowiedzi na forum klasy czy też w otoczeniu większego audytorium, rzadziej podczas swobodnej rozmowy z kolegą.

¹ Z. TARKOWSKI: *Jąkanie. Księga pytań i odpowiedzi*. Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia 2010, s. 161.

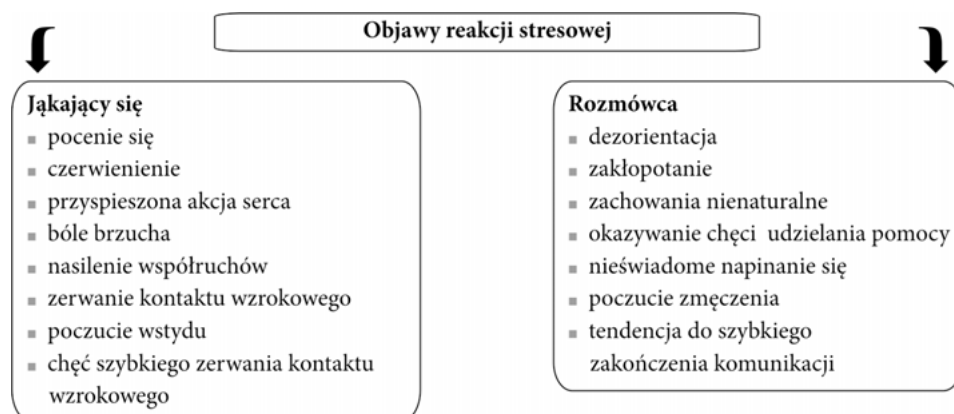
SCHEMAT 1. Czynniki jąkania



ŹRÓDŁO: Z. TARKOWSKI: *Jąkanie*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. GAŁKOWSKI, E. SZELĄG, G. JASTRZĘBOWSKA. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 2005, s. 693.

Brak płynności wypowiedzi w procesie komunikowania z reguły będzie postrzegany jako pewnego rodzaju stresor, tj. bodziec wywołujący reakcję stresową – zarówno jąkającego się, jak i rozmówcy / rozmówców (zob. schemat 2.)².

SCHEMAT 2. Objawy reakcji stresowej

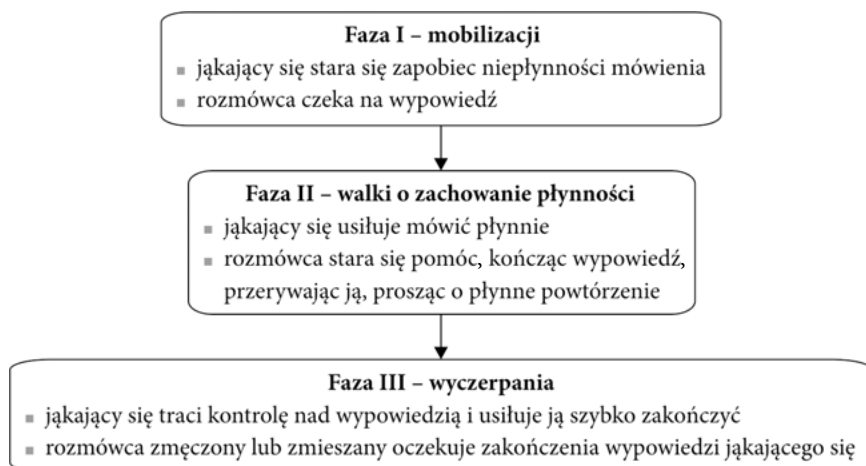


ŹRÓDŁO: Z. TARKOWSKI: *Jąkanie*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. GAŁKOWSKI, E. SZELĄG, G. JASTRZĘBOWSKA. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 2005, s. 700–701.

² Ibidem, s. 700–701.

Zdaniem Zbigniewa Tarkowskiego reakcja na nie płynność mówienia najczęściej przebiega według klasycznego modelu reakcji stresowej (zob. schemat 3.).

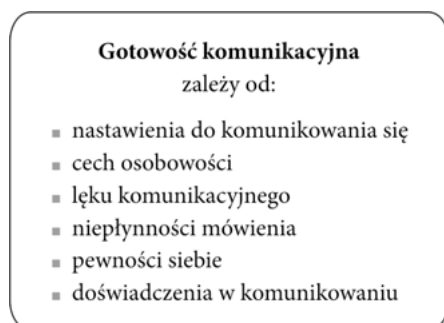
SCHEMAT 3. Model reakcji stresowej,



ŹRÓDŁO: Z. TARKOWSKI: *Jękanie*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. GAŁKOWSKI, E. SZELĄG, G. JASTRZĘBOWSKA. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 2005, s. 701–702.

Przebieg reakcji stresowej zależy natomiast od indywidualnej odporności na stres. Niepłynność mówienia potęguje obniżanie odporności na stres komunikacyjny. Osoby jękające się prezentują różny poziom gotowości do komunikowania się: od werbalnego porozumiewania się do jego unikania (zob. schemat 4.).

SCHEMAT 4. Gotowość komunikacyjna



ŹRÓDŁO: Z. TARKOWSKI: *Jękanie*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. GAŁKOWSKI, E. SZELĄG, G. JASTRZĘBOWSKA. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 2005, s. 701–702.

Mimo wielu publikacji, przeprowadzonych badań i eksperymentów, mnogości teorii na temat przyczyn i sposobów leczenia jękania nadal pozostaje ono w pew-

nym sensie zjawiskiem zagadkowym. Dla jåkających się jest przyczyną problemów w kontaktach interpersonalnych. U rozmówców wywołuje cały wachlarz różnorodnych doznań, które bardzo często nie są dla nich przyjemne. A jakie powoduje reakcje wśród logopedów? Niestety, znaczna grupa logopedów przeżywa swoisty lęk przed tym zaburzeniem mowy i ma poważne trudności w prowadzeniu terapii osób jåkających się.

Z. Tarkowski, powołując się na badania Thomasa A. Kuhra i Leny Rastin, podaje, że tylko 7% terapeutów mowy uważa jåkanie za w pełni wyleczalne, a 16% sądzi, że dysponuje odpowiednimi metodami terapii. Istnieje więc uzasadniona obawa, że taka postawa terapeutów mowy może zaszczyć osobom jåkającym się „pesymizm terapeutyczny” i zamiast zachęcać, może ich zniechęcać do aktywnego uczestnictwa w procesie terapii logopedycznej oraz do jego kontynuowania³.

Jak zatem możemy pomóc osobom jåkającym się, ich rodzinom oraz nauczycielom i terapeutom mowy w jakże trudnym i często żmudnym procesie uzyskiwania płynności mowy, a także zachęcić ich do podejmowania działań w tym zakresie?

Nie sposób odpowiedzieć na to pytanie, jeżeli nie zostanie postawionych wiele pytań uszczegóławiających problem. W rozmowach, zarówno z jåkającymi się, ich rodzicami / opiekunami, jak i nauczycielami oraz terapeutami, często zadawane są pytania:

Czy należy akceptować jåkanie?

Z punktu widzenia terapii logopedycznej należy akceptować osobę jåkającą się, ale nie jej jåkanie. Akceptacja niepłynności mówienia podważa sens jej leczenia (skoro akceptujemy jåkanie, to po co je leczyć?). Natomiast brak akceptacji niepłynności mówienia motywuje do terapii, zarówno samą osobę jåkającą się, jak i jej bliskich⁴.

Jakie problemy najczęściej nurtują osoby jåkające się?

Spróbujmy odpowiedzieć na kilka najczęściej pojawiających się pytań, formułując konkretne wskazówki postępowania:

Jak radzić sobie z zakłopotaniem rozmówcy?

- Postaraj się utrzymać kontakt wzrokowy ze swoim rozmówcą i nie odwracaj głowy wtedy, kiedy się jåkasz, wówczas będziesz sprawiał wrażenie osoby pewnej siebie.
- Upředź rozmówcę o swoim jåkaniu, dzięki temu będzie on spokojniejszy, a ty pokażesz, że nie jesteś zakłopotany swoim sposobem mówienia.

³ IDEM: *Zmiana postaw wobec jåkania*. Lublin, Wydawnictwo Fundacji Orator 2008, s. 13.

⁴ Ibidem, s. 74; IDEM: *Jåkanie. Księga...*, s. 106–108.

- Zaakceptuj fakt, że niektórzy mogą czuć się skrępowani w czasie rozmowy z tobą. Nie czuj się odpowiedzialny za ich zakłopotanie i kontynuuj swoją wypowiedź.
- W obecności życzliwych ci osób porozmawiaj otwarcie na temat swojego jąkania i ich reakcji na nie. Pomoże to zminimalizować zakłopotanie zarówno twoje, jak i twojego rozmówcy⁵.

Jak reagować na zdenerwowanie naszego rozmówcy?

- Nie odbieraj gniewu rozmówcy personalnie. Być może jego przyczynę stanowi samo jąkanie, ale ty i jąkanie to przecież nie jest to samo. Ty zapewne też czasami złościsz się na swoje problemy z płynnością mowy.
- Bądź wyrozumiały i nie obrażaj się za gniewne reakcje otoczenia.
- Jeżeli znasz swojego rozmówcę, wyjaśnij mu, że nie jąkasz się celowo. Podpowiedz, jak może ci pomóc i w jaki sposób powinien się zachować w takich sytuacjach. Wówczas będzie łatwiej zarówno tobie, jak i twojemu rozmówcy.
- Jeżeli twoim rozmówcą jest obca osoba, która reaguje gniewem bądź agresją słowną w stosunku do ciebie, bądź asertywny, patrz w oczy rozmówcy i miej właściwy wyraz twarzy. Skomentuj sytuację w odpowiedni sposób i – najważniejsze – nie daj się ponieść swoim emocjom⁶.

Jak reagować, jeżeli jesteś traktowany protekcyjnie?

(Traktowanie protekcyjnie jest najgorzej odbieraną przez jąkających się reakcją otoczenia)

- Zastanów się, może dana osoba naprawdę chce ci pomóc, tylko nie wie, jak to zrobić.
- Swym zachowaniem pokaż jej, że taka postawa jest bezzasadna. Nie odwracaj wzroku, mów dokładnie to, co chcesz powiedzieć.
- Poinformuj rozmówcę, że się jąkasz. W ten sposób uprzedzisz go, że kontrolujesz sytuację i dasz mu szansę na odpowiednią reakcję.
- Nie pozwól, aby takie sytuacje i reakcje cię przygnębiały. Nie jesteś w stanie zmienić zachowania innych osób i nie powinienes brać odpowiedzialności za nie⁷.

W jaki sposób poradzić sobie, gdy ktoś kończy twoją wypowiedź?

- Wykorzystaj komunikaty niewerbalne. Pokaż rozmówcy, że starasz się wypowiedzieć dane słowo, nie denerwujesz się i wiesz, co masz powiedzieć. Wtedy odbiorca otrzyma sygnał i prawdopodobnie nie będzie kończył wypowiedzi za ciebie.

⁵ W. KOSTECKA: *Zintegrowany program terapii osób jąkających się*. Lublin, AWH Antoni Dudek 2004, s. 144–145.

⁶ Ibidem, s. 145.

⁷ Ibidem, s. 146.

- Poproś rozmówcę, żeby dał ci szansę skończenia wypowiedzi. Jednak nie rób tego agresywnie i zawsze podziękuj za pomoc, przy czym wskaż, jak najlepiej może to zrobić.
- Ignoruj słowa dokończone przez rozmówcę i mów dalej, jakby nic się nie stało⁸.

Jak nie dopuścić, by ktoś przerywał twoją wypowiedź?

(Dzieje się tak z powodu zakłopotania, braku cierpliwości lub chęci uchronienia osoby jåkającej się przed przykrościami ze strony otoczenia)

- Korzystając z mowy ciała, pokaż, że zamierzasz kontynuować swoją wypowiedź (zrób gest, który zatrzyma niepożądaną reakcję twojego rozmówcy). Pamiętaj również o kontakcie wzrokowym ze swoim rozmówcą.
- Powiedz mu, że nie skończyłeś jeszcze swojej wypowiedzi.
- Zachowuj się tak, jakby nikt ci nie przeszkadzał – po prostu mów dalej.
- Poinformuj rozmówcę, że pomoże ci w mówieniu, jeżeli nie będzie ci przerywał, a pozwoli dokończyć wypowiedź⁹.

Co robić, gdy inni udzielają nam „dobrych rad”?

- Powiedz grzecznie takiej osobie, że nie pomaga ci w ten sposób.
- Poproś, by rozmówca zrobił coś, co naprawdę ci pomoże (np. pozwolił ci na spokojne dokończenie wypowiedzi). Wówczas on poczuje się dowartościowany, a ty zyskasz skutecznego sojusznika.
- Postaraj się zrozumieć, że udzielanie rad to jedyny sposób pomocy, jaki zna twój rozmówca¹⁰.

Jak zachować się, gdy ludzie okazują brak szacunku, ignorują nas z powodu jåkania?

- Nie odwracaj głowy, staraj się utrzymać kontakt wzrokowy.
- Odpowiadaj na kierowane do osoby towarzyszącej uwagi dotyczące ciebie.
- Poproś o kierowanie uwag bezpośrednio do ciebie.
- Nie daj się ponieść emocjom i zawsze kończ swoją wypowiedź¹¹.

Jak rozmawiać z przełożonym, nauczycielem, duchownym czy też inną osobą o ważniejszej randze społecznej?

- Myśl pozytywnie. Osoby zajmujące wyższą pozycję społeczną wcale nie muszą oceniać cię negatywnie za epizody jåkania.
- Nie śpiesz się, nie ulegaj naciskom i nie przyspieszaj tempa mówienia.
- Skoncentruj się na tym, co mówisz, a nie na tym, jak mówisz.

⁸ Ibidem, s. 147.

⁹ Ibidem, s. 147.

¹⁰ Ibidem, s. 147–148.

¹¹ Ibidem, s. 148.

- Postaraj się wykorzystać swoje umiejętności komunikacyjne. Szczególną uwagę zwróć na kontakt wzrokowy, dzięki temu będziesz odbierany jako osoba pewna siebie i godna zaufania¹².

Jak radzić sobie podczas kłopotliwych sytuacji, jakimi są wypowiedzi na forum grupy?

- Mów do wybranej osoby, najlepiej zaprzyjaźnionej lub tej, którą najbardziej widać bądź słychać.
- Utrzymuj kontakt wzrokowy ze wszystkimi uczestnikami dyskusji i kieruj uwagi do całej grupy.
- Poinformuj rozmówców o swoich kłopotach z płynnym mówieniem. Zaznacz, jakiej pomocy oczekujesz.
- Nie stawiaj sobie nadmiernych wymagań dotyczących mówienia, postępuj małymi krokami. Ciesz się z sukcesów (nawet niewielkich), a nie koncentruj się na porażkach¹³.

Co może zrobić jąkający się, gdy musi powiedzieć trudne słowo, którego nie może zastąpić łatwiejszym?

- Zachowaj spokój, bo dzięki temu zapanujesz nad sytuacją.
- Zrób krótką przerwę i postaraj się nawiązać kontakt wzrokowy z rozmówcą, zanim zaczniesz kontynuować swoją wypowiedź.
- Nie spiesz się, stosuj techniki, które ułatwiają płynność mówienia.
- Przyznaj się do swojego jąkania i poproś o cierpliwość¹⁴.

Jąkanie jest problemem nie tylko samych osób jąkających się, ale również ich rodziców, opiekunów, nauczycieli i terapeutów mowy.

Jakie wątpliwości mają najczęściej rodzice i opiekunowie dzieci jąkających się? Jak wspomagać rozwój mowy dziecka?

- Pamiętaj, że dla dziecka najważniejsze są miłość i akceptacja rodziców. Zadbaj więc o to, aby dziecko czuło się bezpieczne i kochane. Akceptuj go takim, jakim jest.
- Nie stawiaj wygórowanych wymagań.
- Dla dziecka jesteś wzorem do naśladowania. Twoje wypowiedzi powinny być poprawne pod względem językowym i gramatycznym. Dlatego zastanów się nad własnym sposobem mówienia i słuchania.
- Mów do dziecka spokojnie – nie podnoś głosu, zwracając się do niego. Postaraj się, aby rozmowa z dzieckiem była dla niego przyjemnością.
- Zwolnij tempo mowy, posługuj się słownictwem dostosowanym do wieku i możliwości poznawczych dziecka. Wypowiadaj się raczej w formie krót-

¹² Ibidem, s. 150.

¹³ Ibidem, s. 151.

¹⁴ Ibidem, s. 151–152.

kich zdań. Pamiętaj o kontakcie wzrokowym, modulacji głosu i żywej mimice twarzy.

- Nie zmuszaj dziecka do mówienia, ale zachęcaj je, aby z tobą rozmawiało. Zamiast instruować je, co ma mówić, pozwól zdecydować, co chce powiedzieć.
- W trakcie rozmowy z dzieckiem unikaj zdrobnień i „spieszczeń” (języka dzieciennego), dostarczaj dziecku prawidłowy wzorzec językowy.
- Odpowiadaj na pytania dziecka cierpliwie i wyczerpująco.
- Oglądając telewizję wspólnie z dzieckiem, wybieraj programy właściwe dla jego wieku. Rozmawiaj na ich temat.
- Nie zmuszaj dziecka leworęcznego do posługiwania się prawą ręką w okresie kształtowania się jego mowy. Naruszanie naturalnego rozwoju sprawności ruchowej zaburza funkcjonowanie mechanizmu mowy dziecka. Często prowadzi to do zaburzeń mowy, w tym jąkania.
- Jeżeli w mowie dziecka coś cię niepokoi, nie komentuj tego przy nim.
- Zrozum, że nabywanie umiejętności mówienia jest procesem – nie wszystko od razu będzie doskonałe.
- Pamiętaj, że pełna płynność nie istnieje! Wszyscy, dorośli i dzieci, wykazują czasami niepłynności mowy. Naucz się więc je tolerować¹⁵.

Jak reagować, gdy dziecko się jąka?

- Zgłoś się po pomoc do specjalisty – do logopedy w przedszkolu / szkole, gdzie uczęszcza twoje dziecko, do najbliższej poradni psychologiczno-pedagogicznej lub innej poradni logopedycznej, która w swojej ofercie proponuje pomoc osobom z niepłynnością mowy. Jąkanie można i trzeba korygować! **Skuteczna terapia jest możliwa, o ile zostanie wcześniej podjęta!**
- Nie zawstydzaj dziecka i nie karz go za wadliwą wymowę.
- Reaguj na komunikat, a nie fakt jąkania.
- Nie mów do dziecka: „Nie jąkaj się”, przecież gdyby mogło, nie jąkałoby się. Takimi uwagami zwiększysz tylko jego zakłopotanie i frustrację.
- Nie bądź rozdrażniony, zniecierpliwiony w odpowiedzi na pojawiające się w wypowiedziach dziecka niepłynności.
- Nie mów za dziecko i nie odpowiadaj za nie na pytania. To zwiększa jego niepewność, powoduje zawstyżenie i trudności w sytuacji, gdy będzie musiało powiedzieć coś samo.
- Nie każ mówić wolniej, uspokoić się itp. Nie poprawiaj wymowy dziecka, żądając, by kilkakrotnie powtarzało dane słowo czy zdanie. Nie używaj stwierdzeń: „Powtórz ładniej!”, „Powiedz to lepiej!”. Takie uwagi wkraczają w spontaniczność mówienia, kierując uwagę na to, jak się mówi, zamiast co się mówi.

¹⁵ R. BYRNE: *Pomówmy o zacinaniu*. Warszawa, PZW 1989, s. 32; I. MICHAŁAK-WIDERA, K. WĘSIERSKA: *Wkładka dla rodziców i opiekunów małych niemówiących dzieci*. „Forum Logopedyczne” 2009, nr 16; D. KAMIŃSKA: *Wspomaganie płynności mowy dziecka – profilaktyka diagnoza i terapia jąkania wczesnodziecięcego*. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls 2006, s. 48–51.

- Reaguj tak samo wtedy, kiedy dziecko mówi płynnie i kiedy się jąka.
- Zapewnij dziecku bezpieczny czas wypowiedzi – nie stosuj presji czasowej.
- Jeśli dziecko spieszy się, mówiąc, jest nadmiernie podniecone i napięte, można powiedzieć: „Uspokój się, mamy przecież dużo czasu”. To zupełnie co innego niż: „Mów wolniej”. Nie należy bowiem zwracać bezpośrednio uwagi na fakt mówienia.
- Nie zmuszaj dziecka do rozmowy ani prezentowania swoich umiejętności na forum publicznym (w gronie rodziny, znajomych lub rówieśników).
- Staraj się wspólnie z najbliższymi członkami rodziny dziecka oraz jego nauczycielami ujednoczyć swoje postępowanie w stosunku do niego. Bądź konsekwentny w swoich działaniach. Dzięki takiej postawie dziecko poczuje się bezpieczne i akceptowane przez najbliższe otoczenie.
- Jeżeli dziecko uczęszcza na zajęcia dodatkowe, porozmawiaj z nauczycielami prowadzącymi te zajęcia na temat jego problemów z mową. Wyjaśnij, na czym one polegają oraz w jaki sposób mogą oni pomóc w ich przezwyciężaniu.
- Pamiętaj o zachowaniu stałego rytmu dnia dziecka. Wyliminuj, w miarę możliwości, pośpiech i nieoczekiwane zmiany planów. To zapewni poczucie bezpieczeństwa dziecku oraz usunie dodatkowe stresy wywołane nową, zaskakującą dla niego sytuacją.
- Zapewnijcie dziecku odpowiednią ilość snu i wypoczynku (relaksu). To ułatwi mu wyciszenie jego emocji i w efekcie wpłynie bardzo korzystnie na prawidłowy rozwój jego mowy (płynność mówienia).
- Poświęcaj swojemu dziecku jak najwięcej czasu, baw się z nim i rozmawiaj.
- Śpiewaj razem z dzieckiem. Nie jest ważne, czy dziecko robi to pięknie, chodzi o to, żeby śpiewało. Niech śpiewa tak, jak potrafi, to, co lubi, i wtedy, kiedy chce. Śpiewanie jest znakomitym ćwiczeniem językowym, rytmicznym, a zarazem terapeutycznym.
- Umożliwiaj dziecku spędzanie jak największej ilości czasu na świeżym powietrzu oraz uprawianie ulubionych sportów. Dzięki aktywnemu wypoczynkowi dziecko rozładowuje wewnętrzne napięcia i stres.
- Ciesz się razem ze swoim dzieckiem z jego sukcesów, nawet tych najdrobniejszych¹⁶.

Jakie pytania nurtują nauczycieli uczniów jąkających się?

Jak pomóc jąkającemu się uczniowi?

- Zadbaj o to, aby dziecko czuło się bezpieczne w grupie rówieśniczej. Zapoznaj uczniów w klasie z problemem jego jąkania, aby wyzwoić w nich tolerancję i chęć pomocy. Pomóż mu w nawiązywaniu kontaktów z rówieśnikami.

¹⁶ R. BYRNE: *Pomówmy...*, s. 33; D. PLUTA-WOJCIECHOWSKA: *O możliwościach wspierania terapii logopedycznej na poziomie edukacji elementarnej*. „Forum Logopedyczne” 2008, nr 14, s. 12–15; D. KAMIŃSKA: *Wspomaganie...*, s. 48–51.

- Stwórz w klasie atmosferę sprzyjającą swobodnemu wypowiedaniu się, postaraj się, żeby wszyscy zaakceptowali sposób mówienia ucznia jąkającego się. Zadbaj o klimat życzliwości.
- Spotkaj się z uczniem na osobności, porozmawiaj z jego rodzicami. Poznaj jego potrzeby, sytuację w domu, dowiedz się, czy korzysta z terapii mowy. Wesprzyj rodziców i dziecko swoją wiedzą pedagogiczną.
- Bądź wyrozumiały i cierpliwy – uczeń jąkający się nie oczekuje specjalnego traktowania, daj mu jedynie więcej czasu na odpowiedź i traktuj go jak innych.
- Nie wyłączaj go z aktywności grupowej, w tym organizacji uroczystości i imprez przedszkolnych / szkolnych, wyjdź do kina, teatru, muzeum czy też wystąpienia w przedstawieniach.
- Mów powoli i spokojnie, nie stosuj presji czasowej – ułatwisz jąkającemu się uczniowi wypowiedź, jeśli nie będzie zmuszany do pośpiechu i konkutowania o uwagę i głos.
- Nie dawaj dobrych rad: „Zwolnij, weź głęboki oddech, uspokój się” – takimi uwagami wprawiasz ucznia w zakłopotanie.
- Nie okazuj rozdrażnienia i zniecierpliwienia brakiem płynności jego wypowiedzi – pozwól uczniowi skończyć myśl, rozmawiaj z nim bez pośpiechu, stosuj pauzy.
- Nie kończ za niego zdania, nie poprawiaj – wszystkim łatwiej jest mówić, gdy inni nie przerywają i nie ingerują w ich wypowiedzi. Możesz pomóc uczniowi, np. wspólnie wypowiadając trudne zdania, frazy lub wyrazy.
- Epizody niepłynności traktuj naturalnie. Pamiętaj, że jesteś wzorem zachowania wobec takiego ucznia.
- Podczas odpowiedzi ucznia staraj się utrzymywać z nim kontakt wzrokowy, w pozawerbalny sposób okaż aprobatę dla niego i jego wypowiedzi.
- Nie zwalniasz jąkającego się z odpowiedzi ustnych, ale też nie „wyrwywaj” go do odpowiedzi, pozwól mu odpowiadać z ławki.
- Nie zmuszaj go do rozmowy, prezentowania swoich umiejętności na forum grupy rówieśniczej oraz do publicznych wystąpień, ale w miarę możliwości zachęcaj go np. do samodzielnej recytacji, czytania, opowiadania, stwarzając mu okazje do tych wystąpień.
- Okazuj zainteresowanie tym, co mówi uczeń, a nie sposobem jego mówienia. Reaguj tak samo wówczas, gdy mówi płynnie i gdy się jąka.
- Oceniaj wartość merytoryczną jego odpowiedzi – jąkanie nie oznacza braku wiedzy, tylko kłopot z jej przekazaniem.
- Podkreślaj mocne strony ucznia, wzmacniaj w nim poczucie własnej wartości, jednocześnie nie pozwól, by jąkanie stało się wymówką i usprawiedliwieniem dla nieuczenia się.
- Dowiedz się, czy uczeń jąkający się używa jakichś technik, gestów wspomagających płynne mówienie – pozwól mu na to i zachęcaj go do ich stosowania podczas zajęć lekcyjnych.

- Dowiedz się więcej o jękananiu. Jeżeli to możliwe skontaktuj się z logopedą prowadzącym terapię i poproś o wskazówki, w jaki sposób możesz wspierać proces terapeutyczny swojego ucznia¹⁷.

Co stanowi największy problem dla logopedów prowadzących terapię osób jęka- jących się?

Dlaczego terapia nie przynosi czasem pożądanych efektów?

- Efekty terapii jękania zależą od właściwej strategii diagnostyczno-terapeutycznej. Dlatego wskazane jest, aby w przypadku osób jękających się terapia przyjmowała formę kompleksowego, ukierunkowanego na określony program procesu terapii grupowej, wykorzystującego skuteczne metody terapeutyczne poparte badaniami naukowymi.
- Bardzo ważnym aspektem terapii osób jękających się jest postawa terapeuty mowy. Ogromne znaczenie ma jego doświadczenie zawodowe w tym zakresie. Specyfika pracy logopedy, specjalizującego się w terapii jękania, wymaga bowiem wszechstronnego przygotowania – zarówno w sferze logopedycznej, jak i psychoedukacyjnej.
- Ogromną rolę w procesie terapii jękających się odgrywają również emocje i towarzyszący im stres komunikacyjny. Nie można uodpornić na stres osoby jękającej, prowadząc terapię wyłącznie w cieplarnianych warunkach gabinetu. Brak „stresorów” poprawia płynność mowy, ale niestety jest to efekt krótkotrwały. Dlatego trening płynności mówienia powinien odbywać się również w warunkach naturalnych sytuacji komunikacyjnych, organizowanych poza gabinetem.
- Przyczyna jękania leży w „ludzkiej duszy” i tam trzeba zacząć jej „leczenie” (podobnie jak w przypadku depresji, narkomanii, bulimii lub innych uzależnień). W terapii osoby jękającej się chodzi zatem o zmianę jakości życia.
- Płynność mowy można uzyskać stosunkowo szybko, stosując odpowiednie techniki i zasady terapeutyczne, ale najważniejszym i zarazem najtrudniejszym etapem terapii jest okres automatyzacji mowy, czyli praktycznego wykorzystania wiedzy i umiejętności zdobytych podczas terapii.
- Niestety, bardzo często błędem popełnianym przez osoby jękające się jest zaprzestanie terapii i ćwiczeń po uzyskaniu jej pierwszych, widocznych efektów w postaci płynnej mowy. Ta chwilowa fascynacja może przynieść jednak negatywne skutki, gdyż po pewnym czasie niepłynność powraca, a wraz z nią niepotrzebna frustracja i rozczarowanie. Dlatego warto pamiętać o tym, że aby osiągnąć sukces terapeutyczny w postaci płynnej mowy, należy stosować się

¹⁷ M. CHEŃCIEK: *Cała prawda o jękananiu*. „Psychologia w Szkole” 2003, nr 3, s. 127–140; D. KAMIŃSKA: *Wspomaganie...*, s. 48–51, *Wskazówki i rady dla nauczycieli osób jękających się* [zebrała i oprac. E. ROSZKA – logopeda Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 9 we Wrocławiu]. http://pzj.com.pl/files/skazowki_i_rady_dla_nauczycieli_osob_jekajacych_sie.pdf [data dostępu: 14.06.2012].

do wszystkich zaleceń terapeutycznych, nie zapominając przy tym, oczywiście, o pozytywnym myśleniu.

- Brak „żelaznych” warunków współpracy pomiędzy logopedą a osobą jąkającą się zawarty w „kontrakcie terapeutycznym” i ich bezwzględne przestrzeganie również zmniejsza motywację do systematycznej i konsekwentnej pracy oraz osłabia wiarę i przekonanie o możliwościach osoby jąkającej się.
- Niewystarczające wsparcie ze strony najbliższego środowiska osoby jąkającej się, spowodowane biernością czy też wiarą w samoistne ustąpienie jąkania lub nietolerancją wobec stosowanych przez logopedę technik, nie sprzyja uzyskaniu pozytywnych efektów terapii.
- Często okazjonalna współpraca pomiędzy specjalistami: logopedą, psychologiem, pedagogiem i lekarzem, mająca na celu wsparcie osoby jąkającej się i jej rodziny, stanowi niezbędny warunek skuteczności procesu terapii¹⁸.

Dlatego, pomagając osobom jąkającym się...

- Pamiętaj o tym, że o skuteczności twoich działań decyduje twoja motywacja i zaangażowanie w proces terapeutyczny. Dlatego bądź świadomy potrzeby niesienia pomocy osobom jąkającym się i uwierz w siebie, sens prowadzonej terapii i jej efektywność, gdyż trudno jest motywować osoby jąkające się do tego, w co samemu się nie wierzy.
- W czasie terapii nie koncentruj się wyłącznie na nie płynności mówienia i aparacie mowy, ale zauważ osobę jąkającą się, jej problemy i potrzeby.
- Nie ograniczaj swojej działalności do poradnictwa – porady terapeuty (nawet najlepsze) nie zastąpią terapii.
- Uświadom jąkającemu się oraz jego bliskim, że nie ma cudownej recepty i „pigułki” na wyleczenie jąkania! Jedynym skutecznym „lekiem” są trafna diagnoza i odpowiednio dobrane metody terapii. Im wcześniej rozpoczniecie terapię, tym większe są szanse na pozytywne efekty oddziaływań terapeutycznych.
- Rozpocznij terapię od motywowania do działań, a nie od ćwiczeń. Możesz spisać kontrakt z jąkającym się, który wyznaczy jasne i realne cele terapii oraz określi wskaźniki jej efektywności, a także obszar odpowiedzialności w zakresie wzajemnych zobowiązań stron.
- Pamiętaj, że skuteczna terapia wymaga połączenia treningu płynnego mówienia oraz psychoterapii dostosowanej do potrzeb pacjenta.
- Nie zapominaj, że terapia osób jąkających się powinna odbywać się nie tylko w warunkach gabinetowych, ale także w środowisku osoby jąkającej się.
- Najwłaściwszą formą leczenia zaburzeń płynności mowy jest terapia grupowa, której istotny element powinien stanowić trening interpersonalny.
- W przypadku dzieci z nie płynnością mowy, których rodzice również mówią nie płynnie, koniecznie zorganizuj terapię rodzinną.

¹⁸ Z. TARKOWSKI: *Zmiana postaw...*, s. 19–20, 63–79.

- Nie pozwól, by rodzice wchodzili w rolę terapeutów, gdyż ich rolą jest wyłącznie wspieranie dziecka w procesie terapii.
- Pamiętaj o tym, że żadne urządzenie nie jest w stanie wyleczyć jąkania, może jedynie wspomagać proces terapii, czyli zmniejszyć nasilenie objawów jąkania.
- Staraj się, by prowadzone przez ciebie zajęcia były ciekawe – nudna terapia jest mało efektywna, zniechęca, wyzwała agresję i opór. Terapeuta powinien mieć poczucie humoru, to bowiem ułatwi mu osiągnięcie zamierzonego celu terapeutycznego.
- Nie proponuj dorosłym zajęć typowych dla dzieci – nadmiar prostych ćwiczeń grozi infantyilizacją i w efekcie prowadzi do frustracji oraz zniechęca do uczestnictwa w terapii.
- Mimo że na sukces terapeutyczny czasem trzeba długo czekać, kiedy już zostanie osiągnięty, wówczas wspólnie ze swoim pacjentem będziesz odczuwać ogromną radość i spełnienie.
- Jeżeli jednak twoje metody zawiodły, nie radzisz sobie z konkretnym przypadkiem, szukaj pomocy w znanych i rekomendowanych ośrodkach terapii¹⁹.

¹⁹ E. BIJAK, D. KAMIŃSKA: *Spoleczny aspekt jąkania – wskazówki dla jąkających się, ich rodziców, nauczycieli i logopedów* – ulotka dla uczestników Międzynarodowej Konferencji Naukowej z okazji Światowego Dnia Jąkających Się – ISAD (Katowice, 25.10.2010).

KRYSTYNA SACHER-SZAFRAŃSKA

Gliwicki Ośrodek Rehabilitacyjno-Adaptacyjny dla Dzieci i Młodzieży Niepełnosprawnej
Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Gliwicach

Torowanie drogi rozwoju mowy poprzez kształtowanie sprawności komunikacyjnych dzieci dotkniętych zaburzeniami autystycznymi

ABSTRACT: The article discusses communication disorders of children with diagnosed autism, which is based on knowledge on autism. On the basis of negative symptoms of autism, the author analyses the deficits influencing these disorders and shows communication disorders in a wide perspective. The article draws the readers attention to the primary functions to achieve communicative competence which are a basis for the development of speech.

KEY WORDS: autism, negative symptoms, eye contact, joint attention, imitation, theory of mind, aims of therapy

Na temat autyzmu i zaburzeń z nim związanych istnieje wiele doniesień. Autyzm dziecięcy jest zespołem niejednorodnym – zarówno w aspekcie patogenezy, jak i głębokości zaburzeń funkcji rozwojowych¹. Autyzm dziecięcy, którego synonimami są: autyzm wczesnodziecięcy, autyzm Leo Kanner, to całościowe zaburzenia wczesnego rozwoju, charakteryzujące się zakłóceniami komunikacji społecznej, utratą zainteresowań otoczeniem bądź znacznym ich zubożeniem oraz stereotypowością tych zachowań².

Termin „autyzm” pochodzi od greckiego słowa *autos* – „sam”. Autyzm wczesnodziecięcy został opisany przez L. Kanner w 1943 roku. Opublikował on opis choroby zaobserwowanej u dzieci, które po krótkim okresie prawidłowego rozwoju wycofywały się z kontaktów społecznych i zamykały we własnym świecie wewnętrznym. Charakterystyczna dla tych dzieci była potrzeba niezmienności otoczenia

¹ H. JAKLEWICZ: *Całościowe zaburzenia rozwojowe*. W: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Red. I. NAMYSŁOWSKA. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2004, s. 111.

² A. RAJEWSKI: *Całościowe zaburzenia rozwoju*. W: *Psychiatria kliniczna*. Red. A. BILIKIEWICZ, S. PUŻYŃSKI, J. RYBAKOWSKI, J. WCIÓRKA. Wrocław, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner 2002, s. 645.

i wybiórcze zainteresowanie detalami przedmiotów³. Geniusz Kannera polegał na dostrzeżeniu wśród grupy dzieci z psychozami, schizofrenią i niedorozwojem umysłowym takich osób, które nie mieściły się w żadnej z tych kategorii diagnostycznych⁴. Kanner wyodrębnił dzieci autystyczne jako osobną kategorię diagnostyczną. Badacz, dokonując pierwszego opisu autyzmu, wyróżnił szereg cech tworzących obraz tego syndromu, w tym dwie podstawowe:

- autystyczna samotność jako fundamentalna cecha odznaczająca się niemożnością nawiązywania kontaktu z innymi ludźmi i preferowaniem kontaktów z przedmiotami;
- pragnienie niezmienności manifestujące się stereotypiami ruchowymi i wokalnymi, wywołanymi obsesyjnym lękiem⁵.

Dopiero w 1980 roku autyzm zaistniał w klasyfikacjach diagnostycznych w grupie całościowych zaburzeń rozwojowych. Aktualnie powszechnie znane są systemy diagnostyczne autyzmu zawarte w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV. W obu systemach przyjęto te same kryteria diagnostyczne; różnią się one jedynie uszeregowaniem kolejności i stylistyką⁶.

Autyzm diagnozuje się przed 36. miesiącem życia. Charakteryzuje się on występowaniem zaburzeń w trzech obszarach:

- jakościowe zaburzenia interakcji społecznych – upośledzenie zachowań niewerbalnych, brak adekwatnych dla wieku relacji z rówieśnikami, brak spontanicznej chęci do dzielenia się zainteresowaniami i przeżyciami oraz świadomości istnienia drugiej osoby w interakcji;
- jakościowe zaburzenia komunikacji werbalnej i niewerbalnej – zaburzenia mowy od opóźnienia rozwoju mowy do mutyzmu włącznie; występuje brak kompensowania deficytów mowy alternatywnymi sposobami komunikowania się; dzieci, których funkcja mowy jest lepiej rozwinięta, mają trudności z inicjowaniem i podtrzymaniem rozmowy; mowę dzieci z zaburzeniami autystycznymi charakteryzują echolalie i stereotypie językowe;
- znaczne ograniczenie zakresu aktywności i zachowań – ograniczone i powtarzające się wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności⁷.

Autyzm charakteryzuje się wczesnym początkiem występowania zaburzeń. Choć jest on rzadko rozpoznawany w pierwszym roku życia, to istnieją poważne

³ H. JAKLEWICZ: *Całościowe zaburzenia rozwojowe...*, s. 111; A. RAJEWSKI: *Całościowe zaburzenia rozwoju...*, s. 645.

⁴ B. WINCZURA: *Dziecko zagubione we własnym świecie... W: Dziecko z trudnościami w rozwoju*. Red. S. MIHILEWICZ. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls 2005, s. 41.

⁵ L. BOBKOWICZ-LEWARTOWSKA: *Autyzm dziecięcy. Zagadnienia diagnozy i terapii*. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls 2007, s. 11–12.

⁶ H. JAKLEWICZ: *Całościowe zaburzenia rozwojowe...*, s. 111–112; A. RAJEWSKI: *Całościowe zaburzenia rozwoju...*, s. 645–649.

⁷ A. CHRZANOWICZ, A. MAJKOWSKA: *Wspieranie rozwoju komunikacji u dziecka z autyzmem*. W: *Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem*. Red. M. GAMBIN, E. ŁUKOWSKA. Warszawa, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego 2009, s. 117.

wątpliwości, że dotychczasowy rozwój dziecka był zupełnie prawidłowy (prawdopodobnie rodzice nie byli zaniepokojeni wczesnymi oznakami zaburzeń, np. brakiem zainteresowań społecznych dziecka).

Do mniejszości należą przypadki, w których regres rozwoju występuje w 2. lub 3. roku życia, gdy po okresie względnie prawidłowego rozwoju następuje faza, w której dzieci tracą wcześniej nabyte umiejętności interakcji społecznych, komunikacji, a także zabawy. Początek autyzmu określa się zatem jako wczesny, jeśli zaburzenia rozwojowe były widoczne przed 36. miesiącem życia⁸.

Najbardziej symptomatyczne dla autyzmu jest upośledzenie interakcji społecznych i komunikacji. W okresie niemowlęctwa zaburzenia te objawiają się unikaniem kontaktu wzrokowego, niechęcią do fizycznych oznak czułości (pieszczot) oraz brakiem reakcji na głosy rodziców⁹. Objawy osiowe autyzmu – pojawiające się w okresie niemowlęcym – mają swoją specyfikę, wynikającą z wieku rozwojowego (zaburzenia społeczne i zaburzenia umiejętności komunikacyjnych oraz sztywność i obsesyjność zachowań). Opierając się na tych objawach, badacze tematu wykazują, że do najbardziej charakterystycznych wczesnych objawów autyzmu dziecięcego należą: zaburzenia w stosunkach społecznych oraz zaburzenia rozwoju mowy.

Reakcje społeczne dziecka w okresie niemowlęcym kształtują się w kontakcie z matką. Sygnałem świadczącym o występowaniu zaburzenia jest brak kontaktu wzrokowego (brak fiksacji wzroku dziecka na twarzy matki i wodzenia za nią wzrokiem). Specyficzne spojrzenie dziecka wydaje się błędzić w przestrzeni – określane jest jako „puste spojrzenie”¹⁰. Osoby autystyczne są nieświadome związku między patrzeniem na przedmiot a chęcią posiadania go. Deficyt kontaktu wzrokowego jest charakterystyczny dla tego zaburzenia. Potocznie mówi się o pustym, „szklanym” spojrzeniu osób z autyzmem¹¹.

Rodzice i terapeuci nadmiernie koncentrują się na rozwijaniu języka i mowy dziecka, a zaniedbują szeroko rozumiane porozumiewanie się, będące pierwowzorem interakcji społecznych i języka. Rodzice dziecka (szczególnie matki) są twórcami pierwszych interakcji społecznych, w tym relacji komunikacyjnych z dzieckiem. Należy pamiętać, że mowa nie jest jedynym środkiem porozumiewania się. Brak kontaktu wzrokowego blokuje więzi komunikacyjne, co szczególnie jest widoczne u dzieci autystycznych¹². Wymiana spojrzeń między matką a niemowlęciem jest podobna do wzorów występujących podczas konwersacji osób

⁸ R. GOODMAN, S. SCOTT: *Zaburzenia autystyczne*. W: *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Red. J. RABE-JABŁOŃSKA. Tłum. M. KOTLIČKA-ANTCZAK. Wrocław, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner 2000, s. 45–47.

⁹ A. BRAGDON, D. GAMON: *Kiedy mózg pracuje inaczej*. Tłum. L. OKUPNIAK. Gdańsk, GWP 2006, s. 34.

¹⁰ H. JAKLEWICZ: *Całościowe zaburzenia rozwojowe...*, s. 117.

¹¹ E. PISULA: *Małe dziecko z autyzmem*. Gdańsk, GWP 2005, s. 48.

¹² W. LOBEL: *Uwagi o wczesnej interwencji komunikacyjnej...* W: *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*. Red. J. BŁESZYŃSKI. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls 2006, s. 36.

dorosłych. Badacze uznają ją za mechanizm wrodzony, przygotowujący dziecko do interakcji społecznej¹³.

Niezwykle cenną umiejętnością dziecka, kształtującą się już w pierwszym miesiącu życia, jest skupianie wzroku na osobach oraz przedmiotach – rozwija się ona w ciągu kolejnych miesięcy. Skupianie wzroku stanowi umiejętność prymarną dla wszystkich funkcji wzrokowych – to ona właśnie warunkuje dalszy rozwój poznawania świata przez dziecko. Około 3. miesiąca życia dziecka pojawia się uśmiech jako pierwsza reakcja społeczna. Reakcja odwzajemniania uśmiechu jest niewątpliwie najważniejszym etapem w rozwoju społecznych zachowań dziecka. Uśmiech w interakcji społecznej staje się niejako niewerbalną rozmową. Kolejnym bardzo istotnym momentem w rozwoju społecznym dziecka jest wspólna uwaga, która przeciętnie rozwija się w okresie od 9. do 18. miesiąca życia. W ramach rozwoju tej umiejętności dziecko potrafi dzielić uwagę z osobą dorosłą, a także podążać za jej wzrokiem. Brak obserwowania spojrzeń innych, wspólnego zainteresowania obiektami i wydarzeniami świadczy o deficytach związanych ze współdzieleniem uwagi. Zaburzenia te są wysoce specyficzne dla autyzmu¹⁴.

Z badań psycholingwistów rozwojowych wynika, że istotną rolę w efektywnych oddziaływaniach wspomagających kompetencje językowe odgrywają mechanizmy odnoszące się do wspólnego pola uwagi i ściśle z nim związanego kontaktu wzrokowego. Proces rehabilitacji należy dostosować do gotowości komunikacyjnej prezentowanej przez dziecko¹⁵.

Istotnym czynnikiem koniecznym do stworzenia sytuacji komunikacyjnej jest nawiązanie, a następnie utrzymanie kontaktu wzrokowego. Uwzględniając tę zależność, specjaliści logopedzi w znacznie większym stopniu niż dotychczas powinni skupiać się nad rozwijaniem i kształtowaniem kompetencji komunikacyjnych dzieci¹⁶.

Analizując główne objawy występujące u osób z autyzmem, należy zwrócić uwagę na wyodrębnione deficyty poznawcze, szczególnie w kontekście rozumienia ludzkiego świata. Problem ten usiłowali rozwiązać David Premack i Guy Woodruff w 1978 roku, wprowadzając pojęcie „teorii umysłu”. Według nich osoba posiadająca teorię umysłu potrafi przypisywać stany umysłowe sobie i innym¹⁷. Dzięki

¹³ L. BOBKOWICZ-LEWARTOWSKA: *Autyzm dziecięcy...*, s. 57.

¹⁴ Por. J. CIESZYŃSKA, M. KORENDO: *Wczesna interwencja terapeutyczna. Stymulacja rozwoju dziecka od noworodka do 6. roku życia*. Kraków, Wydawnictwo Edukacyjne 2008, s. 72–75, 244; B. WINCZURA: *Wczesne wykrywanie zaburzeń autystycznych*. W: *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*. Red. B. CYTOWSKA, B. WINCZURA. Kraków, Oficyna Wydawnicza Impuls 2008, s. 393–394.

¹⁵ T. GAŁKOWSKI: *Zaburzenia komunikacji w autyzmie*. W: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. Red. T. GAŁKOWSKI, G. JASTRZĘBOWSKA. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 2001, s. 558.

¹⁶ E. CZAPLEWSKA, K. KACZOROWSKA-BRAY: *Kompetencja komunikacyjna i jej zaburzenia u dzieci*. W: *Logopedia. Teoria i praktyka*. Red. M. MŁYNARSKA, T. SMEREKA. Wrocław, Agencja Wydawnicza a Linea 2005, s. 452–453.

¹⁷ B. WINCZURA: *Wczesne wykrywanie zaburzeń autystycznych...*, s. 391.

posiadaniu narzędzia umysłowego, jakim jest teoria umysłu, człowiek ma zdolność przewidywania związków między zewnętrznymi stanami rzeczy a wewnętrznymi stanami umysłu. Umiejętność rozumienia i przewidywania zachowań drugiej osoby jest cechą rozwojową, kształtuje się i rozwija między 1. a 4. rokiem życia. Osiołe objawy autyzmu spowodowane są biologicznie uwarunkowanym deficytem poznawczym. Stan ten przejawia się brakiem lub zaburzonym rozwojem teorii umysłu. Powszechnie wiadomo, że zaburzenia komunikacji werbalnej i pozawerbalnej, a także trudności dziecka w rozumieniu zjawisk społecznych są wspólnymi cechami z kręgu autystycznego spektrum. Osoba zdrowa posiada – poza kompetencjami językowymi i komunikacyjnymi – intuicyjną wiedzę o stanie umysłu innych osób. Zaburzenia zdolności odczytywania stanów umysłu innych są deficytami poznawczymi, które znacznie utrudniają, a nawet uniemożliwiają przewidywanie zachowań innych ludzi¹⁸. Przewodniczący Międzynarodowego Towarzystwa Badań nad Językiem Dzieci, Michael Tomasello, twierdzi, że teoria umysłu jest zdolnością specyficzną dla gatunku ludzkiego. Brak tej zdolności (diagnozowany w patologii rozwojowej) zasadniczo utrudnia komunikowanie się z innymi ludźmi, a dzieci autystyczne charakteryzuje biologiczny deficyt tej zdolności¹⁹.

W licznych publikacjach zajmujących się koncepcjami wypracowanymi w ramach psychologii rozwojowej i poznawczej znaleźć można próby wyjaśnienia trudności w nabywaniu kompetencji komunikacyjnej u dzieci z autyzmem. Podkreślany jest deficyt zdolności odczytywania intencji i emocji osób, z którymi się kontaktujemy.

Aby udzielić skutecznej pomocy dziecku autystycznemu w opanowaniu podstawowych nawyków komunikacyjnych, należy w programie terapeutycznym uwzględnić opisywane deficyty i rozpocząć celowe działania możliwie jak najwcześniej²⁰. Praca z dzieckiem autystycznym jest niebagatelnym wyzwaniem. Wymaga od terapeuty interdyscyplinarnej wiedzy i praktycznych umiejętności.

Zajmując się całościowymi zaburzeniami rozwoju, nie sposób lekceważyć roli komunikatów sensorycznych. Carl H. Delacato podkreśla rolę deficytów zwanych sensoryzmami wynikającymi z mikrouszkodzeń mózgu. Wyodrębnia kategorię zaburzeń sensorycznych. Wskazuje symptomy przyporządkowane dany zmysłom. Podkreśla ich wpływ na funkcje poznawcze²¹.

¹⁸ H. JAKLEWICZ: *Całościowe zaburzenia rozwojowe...*, s. 116; L. BOBKOWICZ-LEWARTOWSKA: *Autyzm dziecięcy...*, s. 67; T. PIETRAS, A. WITUSIK: *Autyzm. W: Autyzm – epidemiologia, diagnoza i terapia*. Red. T. PIETRAS, A. WITUSIK, P. GAŁECKI. Wrocław, Wydawnictwo Continuo 2010, s. 17; U. FRITH: *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*. Przeł. M. HERNIK, G. KRAJEWSKI. Gdańsk, GWP 2008, s. 104–110.

¹⁹ M. TOMASELLO: *Kulturowe źródła ludzkiego poznania*, Warszawa, PIW 2002, s. 106.

²⁰ T. GAŁKOWSKI: *Zdolności porozumiewania się w autyzmie i ich wspomaganie*. W: *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*. Red. T. GAŁKOWSKI, E. SZELĄG, G. JASTRZĘBOWSKA. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego 2005, s. 736–737.

²¹ C.H. DELACATO: *Dziwne i niepojęte. Autystyczne dziecko*. Przeł. M. GŁÓWCZAK. Warszawa, Fundacja Synapsis 1995, s. 85, 100–126.

W przypadku występowania autyzmu ocenie prawidłowości rozwoju systemu językowego musi towarzyszyć ocena funkcji poznawczych. Należy określić możliwości w zakresie percepcji wzrokowej, słuchowej, czuciowej (smaku węchu, dotyku, propriocepcji), a także umiejętności naśladownictwa, zabawy, pamięci i rozwoju motorycznego – motorki wielkiej, małej oraz prakcji mowy²².

W procesie rozwijania kompetencji komunikacyjnych w zaburzeniach autystycznych ważną rolę odgrywają komunikaty sensoryczne. Pojęcie to odnosi się do informacji uzyskiwanych na drodze obserwacji zachowania dziecka, umiejętności odbierania tych reakcji i podążania za jego inicjatywą. W tym obszarze również jest mowa o odbieraniu sygnałów płynących z ciała, nawiązywaniu kontaktu wzrokowego i budowaniu wspólnego pola uwagi²³.

W literaturze znaleźć można wiele informacji na temat znaczenia kontaktu wzrokowego i znajomości własnego ciała jako umiejętności znaczących rozwojowo. Podkreśla się znaczenie wyodrębnienia z doznań wzrokowych twarzy ludzkiej jako pierwszego etapu do budowania pozytywnych relacji z innymi osobami i otoczeniem. Jest to istotny element w doznaniach wzrokowych dziecka, znacząco wpływający na dalszy przebieg jego rozwoju. W rezultacie efektywnej terapii umiejętność wyrażania emocji będzie wzrastała proporcjonalnie do wzrostu zdobywania kontroli nad własnym ciałem, a zwłaszcza nad ruchami mięśni twarzy. Dzięki tej umiejętności dziecko będzie wyraźniej reagowało emocjonalnie na dźwięki mowy oraz inne dźwięki płynące z otoczenia²⁴.

Autyzm jest zaburzeniem wielopostaciowym, czego nie można pomijać w programie terapii. Uwzględnienie mechanizmów odnoszących się do kontaktu wzrokowego i wspólnego pola uwagi zapewnia efektywne wspomaganie kompetencji językowych. Program rehabilitacji należy dostosować do poziomu gotowości komunikacyjnej dziecka²⁵.

W programie terapii logopedycznej należy uwzględnić wszystkie deficyty składające się na zaburzenia wczesnego rozwoju. Celem efektywnej terapii jest nauczenie dziecka kontaktu wzrokowego jako intencjonalnego oraz współdzielenia uwagi, to bowiem stanowi warunek podstawowy świadomej komunikacji, a co za tym idzie – rozwoju mowy²⁶. Celowe działania specjalistyczne wiążą się również z nauczaniem naśladownictwa, zaczynając od motoryki dużej po naśladownictwo prakcji mowy.

Reedukacja zaburzeń autystycznych powinna się odbywać w warunkach całkowitej akceptacji dziecka jako osoby z uwzględnieniem jego potrzeb, możliwości

²² M. KORENDO: *Standard logopedycznej diagnozy i terapii osób zespołem Aspergera*, „Biuletyn Logopedyczny” 2008, 1. Lublin, Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Logopedycznego 2008, s. 37.

²³ O. PRZYBYŁA: *O procesie komunikacji rozwijaniu kompetencji językowej w zaburzeniach autystycznych*. „Forum Logopedyczne” 2008, nr 15, s. 11–13.

²⁴ *Rozwój daje radość*. Red. J. KIELIN. Gdańsk, GWP 2004, s. 65–66.

²⁵ T. GAŁKOWSKI: *Zaburzenia komunikacji w autyzmie...*, s. 558.

²⁶ K. SACHER-SZAFRAŃSKA: *Wykorzystanie symboli PCS w terapii dziecka autystycznego (opis przypadku)*. „Rewalidacja” 2012, 2(32). Warszawa, Kompendium 2012.

i ograniczeń. To właśnie logopedzi (specjaliści w dziedzinie komunikacji) są grupą osób najbardziej świadomą konsekwencji zaniedbywania szeroko rozumianego porozumiewania się, będącego fundamentem rozwoju mowy. Zaburzenia rozwoju determinowane trudnościami w porozumiewaniu się są dla logopedów niebagatelnym wyzwaniem, ponieważ umiejętność komunikowania się stanowi jedną z najważniejszych kategorii ludzkiego funkcjonowania²⁷.

²⁷ M. KOŚCIELSKA: *Oblicza upośledzenia umysłowego*. Warszawa, PWN 1998, s. 120.

JÓZEF OCZADŁY

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 3
Szpital Specjalistyczny Laryngologia Janów Katowicach

Pomoce i aparatura stosowane w logopedii

ABSTRACT: The article presents tools which are used in speech therapy. The author discusses a wide range of didactic aids and equipment used in speech therapy emphasizing there will be a constant increase of their importance as compensating, motivating and accelerating items in speech therapy. What is more, the author describes the selected aids and equipment which should be stimulating, motivational, educational, didactic, visual, supporting, documenting information and multifunctional.

KEY WORDS: speech therapy, therapy, equipment, tools

Rozwój nauki i techniki, w tym technik komputerowych, ma wpływ na praktykę logopedyczną z uwagi na wykorzystywanie w pracy różnych urządzeń i pomocy. W logopedii istnieją tendencje w większym lub mniejszym stopniu popierające efektywność ich stosowania bądź przeceniające znaczenie ich użycia. Możliwość wykorzystywania pomocy i aparatury trzeba rozpatrywać przede wszystkim ze względu na ich skuteczność we wspomaganiu oddziaływań terapeutycznych. Należy bowiem pamiętać, że pomimo naukowo-technicznych osiągnięć w praktyce logopedycznej zawsze najważniejszy będzie ludzki element, czyli konkretne, bezpośrednie i indywidualne podejście logopedy do klienta / pacjenta. Wykorzystanie różnych pomocy i urządzeń jako środków pomocniczych jest w pełni uzasadnione, mogą one bowiem służyć:

- jako środki kompensacyjne – w sytuacjach, gdy klient / pacjent nie posiada pewnych potrzebnych możliwości, umiejętności do usunięcia swojej wady; np. sondy logopedyczne odgrywają w tym przypadku rolę środka mechanicznego, kompensują w terapii dyslalii brak odpowiedniej motoryki narządów mowy;
- jako środki motywacyjne – różne urządzenia i pomoce atrakcyjnie wyglądające mobilizują do aktywnej współpracy i ćwiczeń;

- jako środki przyspieszające – z pomocą różnych urządzeń i środków zwiększa się efektywność pracy logopedycznej, np. chronografia w przypadku skomplikowanej dyslalii umożliwia szybką i dokładną diagnozę¹.

Jedną z systematycznych kategoryzacji różnych pomocy i aparatury wykorzystywanej w logopedii opracował Miloš Sovák, znany czeski logopeda, uważany za ojca czeskiej logopedii². Klasyfikację tę oparł na przeglądzie pomocy, według dziedzin ich zastosowania: stymulacyjne, motywacyjne, dydaktyczne, derywacyjne, wspomagające, wizualne i dokumentujące. Do klasyfikacji M. Sováka³ trzeba włączyć pomoce i aparaturę, dziś funkcjonujące w praktyce logopedycznej. Należy jednak zwrócić uwagę na to, iż obecnie więcej pomocy i urządzeń można zakwalifikować do więcej niż jednej kategorii, np. metronom uznać za środek wspierający i derywacyjny, lustro – wizualny i motywacyjny. Klasyfikację Sováka współcześnie powinno się uzupełnić o grupę wielofunkcyjnych i diagnostycznych pomocy i urządzeń. Trzeba również uwzględnić wykorzystanie w terapii technik komputerowych.

Stymulacyjne pomoce i urządzenia

Do pomocy stymulacyjnych zakwalifikować można przede wszystkim różne przedmioty pobudzające do naśladowania. Z punktu widzenia praktyki logopedycznej są to przeważnie instrumenty muzyczne; dla dzieci będą to zabawki

¹ M. SOVÁK: *Uvedení do logopedie*. Praha, SPN 1978.

² Prof. dr n. med., dr filozofii Miloš Sovák (urodził się 15 kwietnia 1905 roku w Bechyni, zmarł 29 września 1989 roku w Pradze) był lekarzem, profesorem Uniwersytetu Karola, założycielem czeskosłowackiej logopedii oraz twórcą teorii i praktyki logopedycznej. Karierę zawodową rozpoczął w klinice laryngologii w 1931 roku; rok później został pierwszym asystentem prof. Miroslava Seemanna na oddziale foniatrycznym kliniki. Tutaj też opracował pierwsze prace naukowe dotyczące zaburzeń płynności mowy oraz założył poradnię dla osób z wadami słuchu. Będąc lekarzem szkolnym z zakresu otolaryngologii oraz foniatrii przy Urzędzie Miasta Pragi, rozpoczął zakładanie szkół dla głuchych i niedosłyszących oraz źle mówiących. Był założycielem Czeskiego Towarzystwa Logopedycznego, które po jego śmierci nosi jego imię. Organizował liczne kursy dla nauczycieli oraz był pierwszym kierownikiem katedry pedagogiki specjalnej na Wydziale Pedagogiki Uniwersytetu Karola w Pradze. Organizował konferencje naukowe poświęcone pedagogice specjalnej, logopedii, terminologii logopedycznej oraz problemom niesłyszących. M. Sovák już w roku 1945 wydał monografię dotyczącą mechanizmów tworzenia ludzkiego głosu na podstawie badania laryngostroboskopowego i doszedł do szeregu dalszych odkryć w zakresie tworzenia głosu. Jego praca *Lateralność jako problem pedagogiczny* (Praha, SPN 1945) doprowadziła do prawnego usankcjonowania możliwości pisanie i rysowanie lewą ręką w placówkach oświaty Republiki Czechosłowackiej. Prowadził również badania nad bilingwizmem dzieci w środowisku rodzinnym. Jest autorem m.in. *Wstępu do logopedii* (Praha, SPN 1977) oraz *Logopedii* (Praha, SPN 1978).

³ IDEM: *Uvedení do logopedie...*

dźwiękowe, które prowokują do naśladowania, wykorzystują one bowiem zdolności muzyczne dzieci i umożliwiają pracę z kontrolą słuchową. Do tej kategorii można zakwalifikować także baloniki i inne pomoce stymulujące do wydawania głosu, dmuchania, mówienia itd.

Motywacyjne pomoce i urządzenia

Motywacyjne pomoce i urządzenia obejmują szeroką paletę pomocy aktywizujących dziecko. Mobilizują je do aktywnej współpracy z logopedą i do podtrzymywania z nim kontaktu. W grupie tej mieszczą się rozmaite atrakcyjne zabawki i pomoce, takie jak: klocki lego, dziecięcy telefon czy gry towarzyskie, wymagające wzajemnej komunikacji werbalnej, np. zabawa z „Zestawem obrazkowym nr I” z serii „Język i mowa” Karli Svobodovej⁴. Dzieci w wieku od 3 do 4 lat sortują obrazki z pierwszej części „Zestawu...” – samochód, dom, pies..., ewentualnie: „co nie jest samochodem, domem, psem...” W trakcie zabawy z dwoma jednakowymi częściami pierwszego zestawu dzieci wyszukują takie same obrazki. Rodzice z dziećmi mogą bawić się w grę podobną do lotto. Rozdane zostają karty przedstawiające poszczególne grupy przedmiotów. Matka / ojciec wymieniają nazwy poszczególnych obrazków. Dziecko lub pozostali członkowie rodziny mogą o nie prosić. Następnie dziecko nazywa obrazki („kto ma dom, samochód...”). Rodzice wybierają cztery pary kart i kładą je obrazkami w dół. Poprzez kolejne odwracanie kart dziecko próbuje znaleźć pary, które należą do siebie. Cały czas werbalizuje to, co widzi.

Dydaktyczne pomoce i urządzenia

Do tej grupy pomocy można zakwalifikować większość materiałów przygotowanych przez logopedę oraz materiały gotowe. Do ćwiczenia artykulacji poszczególnych głosek służą – w przypadku prowadzenia terapii dzieci – zbiory obrazków, słów oraz rymowanek, np. *Od obrazka do słowa* Hanny Rodak i Danuty Nawrockiej⁵, seria „Język i mowa” K. Svobodovej i inne.

„Rozróżnianie słów w zdaniu” K. Svobodovej⁶ wspomaga rozwój mowy poprzez aktywne budowanie zdań, prawidłowe stosowanie końcówek oraz przyimków.

⁴ K. SVOBODOVÁ: *Język i mowa. Zestaw obrazkowy do nauki mowy I*. Ostrava, Montanex 2005.

⁵ H. RODAK, D. NAWROCKA: *Od obrazka do słowa*. Warszawa, WSiP 1993.

⁶ K. SVOBODOVÁ: *Język i mowa. Rozróżnianie słów w zdaniu*. Ostrava, Montanex 2005.

Uwagę dziecka kieruje się na poszczególne wyrazy będące nośnikami treści. Wspomaga się rozwój umiejętności czytania u dzieci na początkowym etapie nauki oraz u dyslektyków. W pracy z tymi materiałami dziecko ma przejść – według założeń metodyki – następujące etapy: śledzenie wzorca mowy; rozumienie zawartości przekazu; nazywanie szczegółów i opis obrazków z pomocą osoby dorosłej; aktywny i samodzielny opis, opowiadanie, tworzenie historyjek. W zależności od wcześniejszego doświadczenia i indywidualnych możliwości dziecka będzie możliwe jego przechodzenie – w odpowiednim czasie – przez poszczególne etapy i ich należyte zrozumienie. Wspomnieć należy o szerokiej dziś gamie pomocy dydaktycznych służących do terapii dysleksji i dysgrafii, m.in. autorstwa Hanny Tymichovej w opracowaniu Marty Bogdanowicz⁷, czy wreszcie o komputerowych programach logopedycznych, wydawanych przez sprawdzone na rynku firmy Young Digital Poland lub Komlogo.

Derywacyjne pomoce i urządzenia

W tej kategorii pomocy chodzi o celowe odwrócenie uwagi osoby źle mówiącej, np. jąkającego się pacjenta, od jego mowy. Do odwracania uwagi służy np. zastosowane w słuchawkach echo. Można by również użyć tutaj metronomu, który kieruje uwagę pacjenta na właściwy rytm, a w efekcie – modyfikuje jego dotychczasowy sposób mówienia. W Polsce metodę echa w terapii jąkania wprowadził Bogdan Adamczyk. Jest on autorem szeroko rozpowszechnionej w terapii jąkania metody echo i ogólnopolskiego echo-telefonicznego systemu korekcji mowy⁸.

Wspomagające pomoce i urządzenia

Miloš Sovák kwalifikuje do tej grupy pomocy wszelkiego rodzaju szpatułki, łopatki i sondy, działające wspomagająco przy ćwiczeniu artykulacji. W okresie wymiany uzębienia u dzieci można również wykorzystywać wszelkiego rodzaju protezy przygotowane specjalnie przez ortodontę, wspomagające prawidłową arty-

⁷ M. BOGDANOWICZ: *Przygotowanie do nauki pisania ćwiczeń grafomotorycznych według Hanny Tymichovej*. Gdańsk, Wydawnictwo Harmonia 2006.

⁸ Prof. dr hab. Bogdan Adamczyk, urodzony w 1930 roku w Lublinie, był długoletnim pracownikiem Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej – Instytut Fizyki, Zakład Fizyki Stosowanej. *Kto jest kim w polskiej logopedii*. Red. B. ADAMCZYK, W. KUNISZYK-JÓZKOWIAK, E. SMOŁKA. Lublin, PTL 1996.

kulację. Sondy logopedyczne używane w przeszłości przez Hermanna Gutzmana⁹, zmodyfikowane w Czechach przez Julię Papcovą, otrzymały rączki w kształcie zajączka czy niedźwiadka – umożliwiają przyspieszenie ćwiczeń, podnoszą wyrażenie motorykę języka i ułatwiają artykulację głosek syczących oraz „r”, „l”, „t”, „d”, „k”, „g”, a przy tym nie powodują u dzieci zbyt wielkiego lęku.

W Polsce ułatwia się wywoływanie głosek zazwyczaj za pomocą sond znajdujących się w instrumentarium logopedycznym nr 1 i 2 Antoniego Bochniarza¹⁰.



FOTOGRAFIA 1. Instrumentarium logopedyczne Antoniego Bochniarza

⁹ M. SOVÁK: *Logopedia...*

¹⁰ A. BOCHNIARZ: *Gdy masz dziecko z wadą wymowy*. Górkki Małe, Gabinet Logopedyczny Demostenes 1998.

Aktualnie na rynku logopedycznym pojawiły się sprowadzane przez firmę PJ Therapeutic sondy i szpatułki logopedyczne ułatwiające wywoływanie głosek syczących oraz głosek „r”, „l”. Znane wszystkim są należące do tej grupy wibratory wspomagające ćwiczenia w celach uzyskania wibracji apexu – czubka języka przy wywoływaniu głoski „r”. Ponownie wspomnieć należy o metronomie wykorzystywanym w terapii jąkania się oraz o urządzeniach zbudowanych na bazie sztucznego echa. Ważnym aparatem w terapii jąkających się był Logostymulator 2 z przyłączeniem do sieci telefonicznej. Do wspomagających pomocy i urządzeń zaklasyfikować można te środki, które umożliwiają odczuwanie na własnym ciele wibracji towarzyszących mowie i muzyce czy nawet odpowiedniemu hukowi. Są to akustyczno-wibracyjne pomoce służące do nauki mowy dzieci głuchych oraz osób dorosłych, które utraciły słuch. W grupie pomocy wspomagających mieści się fonendoskop, który wykorzystuje się nie tylko przy diagnozie sygmatyzmu lateralnego (według metody Mirosława Seemanna), ale również przy diagnozie nosowania otwartego oraz przy jego usuwaniu – terapii (źle mówiący pacjent wprowadza sobie jedną oliwkę do swego ucha, a drugą do nosa, w ten sposób drogą słuchową może kontrolować uciekanie wydychanego prądu powietrza).

Wizualne pomoce i urządzenia

Lustro logopedyczne używane jest jako podstawowa pomoc. Korzysta się nie tylko z wielkich lusterek (przy wywoływaniu głosek – prawidłowej artykulacji), ale również z małych lusterek, np. przy nosowaniu otwartym (przy „uciekaniu” powietrza przez nos nastąpi zaparowanie), także w grupowych ćwiczeniach przeprowadzanych w przedszkolach (każde dziecko może mieć małe lustro). W Czechach znane są lustra praskie, bratysławskie i inne. Austriacki logopeda Karl Aschenbrenner skonstruował terapeutyczne lustro kasetowe – przenośne, zabezpieczone w specjalnej walizce. Wielką korzyścią z jego stosowania jest możliwość ustawienia powierzchni kąta odbicia. Umożliwia ono pracę nawet z ośmiorgiem dzieci jednocześnie. Warto tu wspomnieć o węgierskim lustrze trioptofon – jest to system kombinowanych lusterek z możliwością powiększania i przybliżania¹¹. Do tej grupy pomocy można zakwalifikować tzw. indykatory – urządzenia wizualnie sygnalizujące poprawność bądź niepoprawność wypowiedzanego dźwięku, który osoba z uszkodzoną możliwością komunikacji produkuje, np. indykator melodii tonalnej, wysokości głosu, intonacji. Indykatory bywają wykorzystywane w terapii przy usuwaniu nosowania. W Czechach do wywoływania głosek syczących i przy ich ćwiczeniu stosuje się również indykator Sigmatrener (produkowany przez firmę Sie-

¹¹ M. SOVÁK: *Elementární logopedická diagnostika, terapie a prevence*. Praha, SPN 1978.

mens). Za pomocą optycznego odbioru w przypadku prawidłowego wypowiedzianego głosu dochodzi do jej akustyczno-audytywnej i kinestetycznej fiksacji. Na panelu tej wizualnej pomocy widnieje twarz klauna, w którego ustach i oczach zamieszczone są 23 świetlne diody. Im bardziej prawidłowo wypowiedziana jest głoska, tym weselej (za pomocą większej liczby światełek) uśmiecha się klaun, a w podziękowaniu rozświeca również oczy¹².

Dokumentujące pomoce i urządzenia

Magnetofon, dyktafon lub film pozwalają w najlepszy sposób udokumentować pracę logopedy. Dokumentujące pomoce i urządzenia jednocześnie pobudzają dziecko czy osobę dorosłą do współpracy. Film może być również traktowany jako pomoc wizualna.

Wielofunkcyjne pomoce i urządzenia

Przedstawiony w wielkim skrócie przegląd pomocy i aparatury można jeszcze uzupełnić opisem środków wielofunkcyjnych. Do takich można na pewno zaliczyć instrumentarium logopedyczne A. Bochniarza, wibrator do korekcji rotacyzmu i do wspomagania motoryki języka. Echo-repetytor jest wielofunkcyjnym korektorem mowy przydatnym w terapii jąkania, w pracy z niedosłyszącymi, z dyslalikami, w psychoterapii i relaksacji. Jego modułowa konstrukcja zawiera funkcję echa, rewerberacji, pamięci do zapisywania i odtwarzania wzorców mowy oraz funkcję wzmacniającą. Aparat umożliwia generowanie – w celach diagnostyczno-terapeutycznych – tonu krtaniowego i białego szumu. Jednocześnie mogą z nim pracować trzy osoby. Urządzenie posiada zespół wskaźników natężenia sygnałów podawanych do słuchawek, co jest istotne w pracy z niedosłyszącymi. Aparat wyposażony jest we wskaźniki diodowe głosek syczących, szumiących i dźwięcznych, a także wskaźnik diodowy i akustyczny zmian rezystancji. Ma też wbudowany metronom do pracy z jękającymi się. Zaletą urządzenia jest jego wielofunkcyjność, ergonomiczność, przydatność w różnych jednostkach diagnostycznych na tym samym stanowisku pracy. Prosta obsługa i czytelna grafika, mimo licznych funkcji, stanowią dodatkowy walor aparatu. Prezentowane urządzenie jest czwartą, udoskonaloną wersją tego zespołu funkcji. Wersja komputerowa echo-repetytora wzbogaca wszystkie modu-

¹² Ibidem.

ły aparatu o to, co potrafi komputer. Dostarcza wielu istotnych dla efektów terapii bodźców, wynikających z metodycznych wskazań. Posiada bogaty zestaw nagród (wzmocnień) stymulujących, motywujących do ćwiczeń i do korekcji zaburzeń poprzez grę i zabawę. Ćwiczenie z nim staje się przyjemnością dla dziecka, daje też wiele satysfakcji logopedzie – nobilituje jego warsztat pracy. Program zwielokrotnia efektywność pracy głównie z dziećmi, ale również z osobami dorosłymi. Urządzenie jest przydatne w bardzo wielu jednostkach diagnostycznych¹³.

Diagnostyczne pomoce i urządzenia

W kategorii pomocy i urządzeń diagnostycznych mieszczą się: materiały obrazkowe, teksty, dyktafon, film, zabawki, lustro, a także spirometr.

Przedstawiona kategoryzacja pomocy i aparatury stosowanych w logopedii na pewno nie wyczerpuje w pełni tematu. W sytuacji stałego wkraczania techniki i elektroniki do każdej dziedziny życia koniecznością dla praktyki logopedycznej jest wsparcie się tymi narzędziami, które można wykorzystać. Stan pomocy logopedycznych jest warunkowany przez miejsce logopedii wśród innych dyscyplin, przez jej rangę oraz jej interdyscyplinarny charakter. Jednak stan wyposażenia we wszelkiego rodzaju pomoce używane w pracy logopedycznej zależy od możliwości finansowych instytucji zatrudniających logopedów.

¹³ A. BOCHNIARZ: *Różne oblicza jåkania i sposoby pomagania jåkającym się*. Górki Małe, Gabinet Logopedyczny Demostenes 1999.

CZĘŚĆ TRZECIA

Materiały, pomoce, sprawozdania

Logopedia
Silesiana
2

DAVE ROWLEY

Uniwersytet De Montfort, Leicester, Wielka Brytania

O rodzajach pomocy na rzecz osób jękających się w Wielkiej Brytanii: terapia i grupy wzajemnej pomocy

W Wielkiej Brytanii praktykuje około 10 tys. terapeutów mowy i języka (Speech Language Therapists, SLT – logopedów). Około 200 SLT specjalizuje się w zaburzeniach płynności mówienia, w tym w terapii jękających się osób. Misją Brytyjskiego Stowarzyszenia Jękających się (The British Stuttering Association (BSA)) jest:

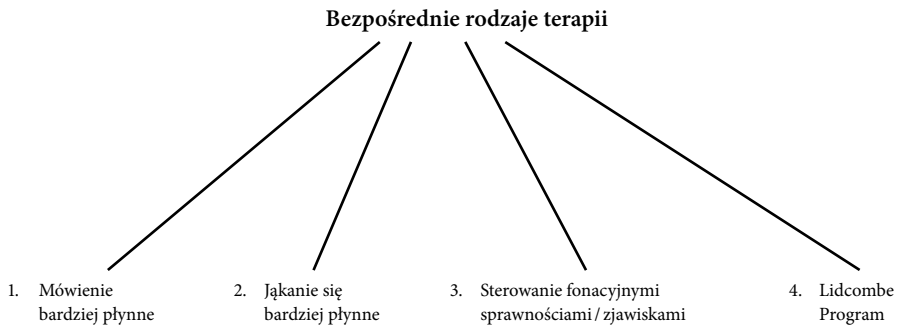
- inicjowanie i wspieranie badań nad jękaniem;
- wyszukiwanie i promowanie efektywnych metod terapii;
- oferowanie pomocy dla wszystkich, których życie jest zaburzone z powodu jękania;
- propagowanie w społeczeństwie świadomości dotyczącej jękania.

Głównymi ośrodkami specjalistycznymi w Wielkiej Brytanii są:

- Centrum Michaela Palina dla Jękających się Dzieci (The Michael Palin Centre for Stammering Children);
- Zarząd Badań nad Jękaniem Dominika Barkera (The Dominic Barker Trust for Research into Stammering);
- „Zarząd Jękania” (The Stammer Trust);
- „Miejska Nadzieja / Światło” Londyn (City Lit, London).

Zarówno dzieci, jak i dorośli jękający się mogą korzystać z bezpłatnej terapii w państwowych placówkach zdrowia. W Wielkiej Brytanii funkcjonują także prywatne gabinety logopedyczne dla osób jękających się. Programy terapeutyczne dla jękających się są prowadzone nie tylko przez terapeutów mowy i języka (SLT's), ale także przez inne osoby. Usługi logopedyczne w zakresie zaburzeń płynności mówienia są zróżnicowane i obejmują różne etapy – od konsultacji do terapii / leczenia. Konsultacje zazwyczaj są udzielane rodzicom, opiekunom i nauczycielom, a niekiedy także terapeutom specjalizującym się w problemach jękania. Terapeuci mowy i języka przystępują następnie do oceny i postawienia diagnozy oraz określają rodzaj postępowania terapeutycznego w zakresie zaburzeń płynności mówienia. Wyróżnia się dwa nadrzędne rodzaje terapii / leczenia: bezpośrednie (schemat 1.) i pośrednie (schemat 2.).

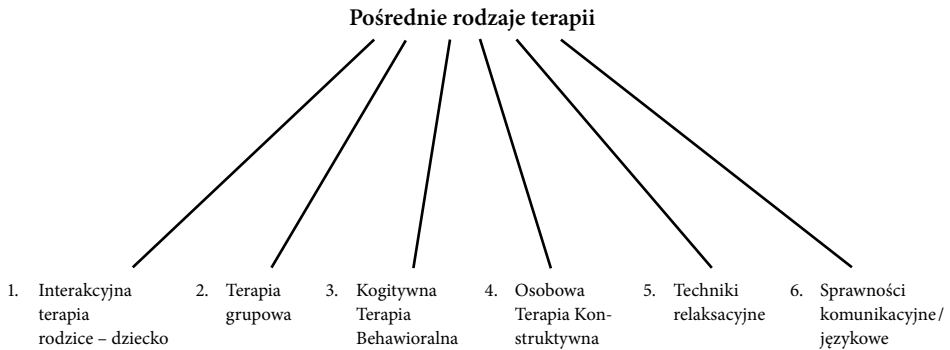
SCHEMAT 1. Bezpośrednie rodzaje terapii



1. Mówienie bardziej płynne jest techniką modyfikacji płynności mówienia, która opiera się na zwolnionym / przedłużonym mówieniu (przedłużanie samogłosek oraz skracanie trwania blokowanych spółgłosek).
2. Jąkanie się bardziej płynne to terapia poprzez modyfikację blokowania. Etapy postępowania terapeutycznego obejmują: identyfikację; desensytyzację / odczuwanie; dokonywanie zmian; modyfikację oraz stabilizację.
3. Sterowanie sprawnościami/zjawiskami fonacyjnymi jest kombinacją „mówienia bardziej płynnego” oraz „jąkania się bardziej płynnego”. W terapii dąży się do redukcji napięć mięśniowych poprzez skoncentrowanie się na starcie mowy na delikatnym i głębokim oddechu. Można je osiągnąć poprzez połączenie odprężonego oddechu z delikatnym fonowaniem samogłosek. W postępowaniu terapeutycznym dąży się do skoordynowania oddechu z fonacją i artykulacją poprzez różnorodne ćwiczenia: wypowiadanie pojedynczych wyrazów na jednym wydechu, wypowiadanie do trzech sylab na jednym wydechu, następnie wypowiadanie od pięciu do sześciu sylab na wydechu, aż do uzyskania prawidłowego tempa mowy. Sterowanie sprawnościami fonacyjnymi jest techniką, dzięki której osoba jąkająca się osiąga płynną mowę poprzez skoordynowanie oddechu z fonacją, przy uwzględnieniu miękkiej, delikatnej artykulacji.
4. Lidcombe Program (LP) został stworzony dla jąkających się dzieci do 6. roku życia, wprowadza się go także w przypadku dzieci w wieku szkolnym. Jest behawioralnym programem terapii bezpośredniej dostosowanej do konkretnego dziecka i jego rodziny. Celem terapii jest uzyskanie całkowitej płynności w mowie. Wyróżnia się dwa stopnie programu: pierwszy stopień – dziecko przestaje się jąkać, drugi stopień – rozpoczęta terapia jest utrzymywana przez długi okres. Lidcombe Program jest prowadzony przez rodziców, a nie przez terapeutów mowy i języka. Logopedzi przygotowują rodziców do prowadzenia terapii oraz uczą ich, jak odpowiednio nią kierować. Korzystne efekty LP są uzyskiwane wówczas, gdy terapia jest stosowana w momentach występowania zająknięć, a nie w sytuacjach niepłynnej mowy wyłącznie w gabinecie logopedycznym.

Jękanie odzwierciedla sumę różnych niepełności: fizjologicznej, lingwistycznej, środowiskowej i neurologicznej. Spośród możliwych programów terapii korzysta się również z ich pośrednich form (por. schemat 2.).

SCHEMAT 2. Bezpośrednie rodzaje terapii



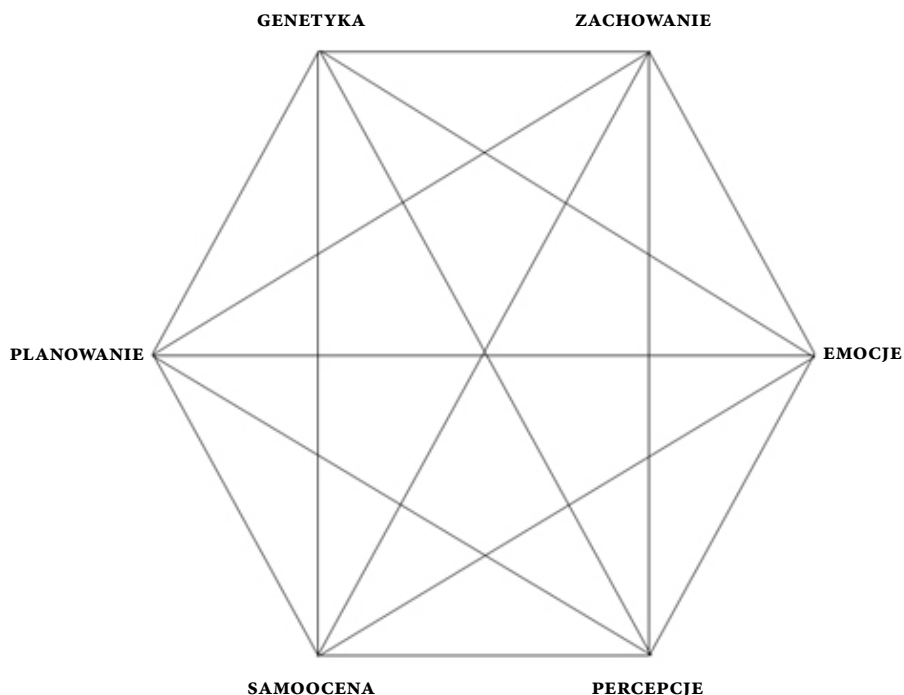
1. Interakcyjna terapia rodzice – dziecko łączy się z modyfikacją rodzinnych działań, szczególnie tych, które uwzględniają kreowanie bardziej korzystnego środowiska dla kształtowania płynnej mowy małego dziecka.
2. Terapia grupowa – jedna z pośrednich form terapii umożliwiająca uświadamianie sobie swoich problemów i dostrzeganiu swoich potrzeb w czasie wymiany doświadczeń i wspólnej pracy w grupie. Stanowi o bardziej wydajnym czasie pracy terapeutów mowy i języka. Częściej stosuje się ją w przypadku dorosłych i starszych dzieci.
3. Kognitywna Terapia Behawioralna (CBT). Podstawą terapii jest fakt, że emocjonalne reakcje i zachowania ludzi wpływają na znaczenie różnych zdarzeń w ich życiu. W ostatnim czasie metoda ta jest stosowana w przypadku osób jękających się, szczególnie młodzieży i dorosłych, pomaga bowiem zredukować patologiczne, społeczne lęki / unikanie mówienia.
4. Osobowa Terapia Konstruktorywna (PCT) pozwala terapeutce tworzyć odpowiednie teorie dotyczące widzenia świata, co dla osób jękających się ma niebagatelne znaczenie. Prowadzi do zmiany spojrzenia na siebie i na problem niepełności mówienia. Sprzyja dążeniu do osiągnięcia płynnej mowy, uwzględniając długi okres terapii. Osobowa Terapia Konstruktorywna jest często łączona z technikami relaksacyjnymi, celem wspomaganie w redukowaniu napięć i innych towarzyszących lęków.
5. Techniki relaksacyjne stanowią jedną z form pośrednich i służą redukowaniu napięć i eliminowaniu lęków.
6. Sprawności komunikacyjne / językowe. Ich zasadniczym celem jest udzielenie pomocy osobie jękającej się w usprawnieniu komunikacji językowej. Do najczęstszych form postępowania zalicza się:

- doradztwo, które oznacza zachęcanie jąkających się osób do dokonywania zmian w życiu i mobilizowanie ich do radzenia sobie z negatywnymi postawami;
- opóźnione sprzężenie zwrotne, które oznacza przekazywanie przez jąkających się własnej mowy z pewnym opóźnieniem (opóźnienie, natężenie i poziom głosu / mowy mogą być zmieniane w zależności od celu wypowiedzi i sytuacji komunikacyjnej).

W Wielkiej Brytanii – zgodnie z zaleceniami The British Stuttering Association (BSA) – prowadzi się następujące terapie jąkania:

1. Program McGuire'a:
 - tworzenie łańcucha różnych podejść;
 - próby pomocy klientom z fizjologicznymi i psychologicznymi problemami;
 - wzięcie odpowiedzialności za jąkającego się oraz za proces pokonywania jąkania;
 - stawanie się obrońcami asertywnego podejścia.
2. Program startu mowy:
 - trening wspierania i wyleczenia dla indywidualnej harmonii jąkającego się;
 - program podobny do programu McGuire'a, lecz zawierający więcej elementów odprężenia, z większym zogniskowaniem się na indywidualności klienta;
 - trzydniowy kurs (program / turnus), powtarzany, jeśli zaistnieje taka potrzeba.
3. Program zapobiegania jąkaniu się Bella:
 - zastosowanie techniki wymuszonego oddychania;
 - próby rozwijania u jąkającego się wysokiej samooceny;
 - program kontrolujący (nie dopuszcza odrzucenia książek czy też telewizji).
4. Sześciokąt jąkania Harrisona, którego idea jest pozytywne funkcjonowanie i stopniowe osiągnięcie efektu płynnego mówienia (por. schemat 3.).

SCHEMAT 3. Sześciokąt jękania Harrisona



ŹRÓDŁO: <http://www.reedukacja.pl/default.aspx?action=view&item=585> [data dostępu: 25.06.2013].

Działalność prowadzą również lokalne grupy samopomocy jękających się w: Szkocji – 2, Północnej Anglii – 6, Centralnej Anglii – 4, Londynie – 2, Południowej Anglii – 12, Walii – 1, Północnej Irlandii – 1.

Organizowane są także jednodniowe konferencje na temat różnych aspektów jękania się. Natomiast co trzy lata odbywa się międzynarodowa Oksfordzka Konferencja Dysfluencji Mowy, która zrzesza wszystkich zainteresowanych zagadnieniami płynności mówienia.

Tłumaczenie *Mieczysław Chęć*

MAŁGORZATA STANDO-PAWLIK

Przedszkole Miejskie nr 29 w Sosnowcu

Program pracy terapeutycznej z dzieckiem z podejrzeniem ABD¹

W przypadku dziecka z podejrzeniem ABD należy jak najszybciej wdrożyć kompleksowy program terapeutyczny. Zakłada się, że tego typu program, realizowany w powiązaniu z terapią psychologiczną i terapią SI, przyniesie optymalne efekty w następujących obszarach:

- umiejętność czytania;
- rozwój mowy i języka dziecka;
- orientacja w przestrzeni i schemacie ciała;
- koordynacja wzrokowo-ruchowa;
- sprawność ruchowa, w tym również manualna;
- pamięć i koncentracja;
- poziom samooceny;
- kontakty społeczne.

Cele ogólne:

- stymulowanie i usprawnianie rozwoju funkcji psychomotorycznych;
- rozwijanie mowy;
- wspieranie rozwoju umiejętności;
- wzbogacanie wiadomości;
- eliminowanie niepowodzeń oraz ich emocjonalnych i społecznych konsekwencji.

¹ Prezentowany program pracy terapeutycznej z dzieckiem z podejrzeniem ABD stanowi praktyczną realizację teoretyczno-empirycznych rozstrzygnięć. Por. O. PRZYBYŁA, M. STANDO-PAWLIK: *Atypowy rozwój mózgu jako zaburzenie wpływające dysfunkcyjnie na rozwój psychomotoryczny i społeczny dziecka – ujęcie interdyscyplinarne*. „Logopedia Silesiana” 2012, t. 1, s. 61–81 oraz artykuł w niniejszym tomie (s. 145–160).

Cele etapowe:

- wspomaganie rozwoju sprawności manualnej i graficznej;
- usprawnianie percepcji wzrokowej i słuchowej;
- usprawnianie koordynacji wzrokowo-słuchowej, wzrokowo-ruchowej i słuchowo-ruchowej;
- usprawnianie orientacji w schemacie własnego ciała i przestrzeni;
- ćwiczenia koncentracji uwagi;
- wspomaganie rozwoju ruchowego;
- wzbogacenie zasobu słownictwa;
- motywowanie do systematycznej pracy i ćwiczeń;
- rozbudzanie wiary we własne siły.

I. Poziom sprawności ruchowej (motoryka orofacjalna, mała motoryka, duża motoryka)

Poziom sprawności manualnej jest proponowany ze względu na obniżoną sprawność manualną dziecka. Priorytetem jest więc usprawnienie drobnych i precyzyjnych ruchów palców i rąk oraz zniwelowanie napięcia mięśniowego, które często występuje podczas wykonywania tego rodzaju czynności.

A. Ćwiczenia oddechowe i fonacyjne:

- wdech nosem (usta zamknięte) i wydech ustami;
- dmuchanie na płomień świecy;
- dmuchanie na piłeczkę pingpongową, wyścigi piłeczek;
- dmuchanie na kulkę z waty, na wiatraczek;
- chuchanie na ręce;
- naśladowanie lokomotywy: „ffff”, „szszsz”;
- naśladowanie balonika – wypuszczanie powietrza z jednoczesnym odgłosem „sssss”;
- nadmuchiwanie balonika;
- naśladowanie syreny: „eu-eu-eu”, „ au-au-au”, „io-io-io” – na jednym wydechu;
- dmuchanie na piórko / balon, aby nie spadło;
- powtarzanie zdań na jednym wydechu – najpierw krótkich, potem coraz dłuższych;

B. Ćwiczenia usprawniające narządy artykulacyjne:**Ćwiczenia warg:**

- wymawianie na przemian „a – o”, przy oddaleniu od siebie wargi górnej i dolnej;
- oddalanie od siebie kącików ust – wymawianie „iii”;
- zbliżanie do siebie kącików ust – wymawianie „uuu”;
- naprzemienne wymawianie „i – u”;
- cmokanie;
- parskanie;

- masaż warg zębami (górnymi dolnej wargi i odwrotnie);
- wysuwanie warg w „ryjek”, cofanie w „uśmiech”;
- wysuwanie warg w przód, następnie przesuwanie warg w prawo i w lewo;
- wysuwanie warg w przód, następnie krążenie wysuniętymi wargami.

Ćwiczenia języka:

- „głaskanie podniebienia” czubkiem języka przy szeroko otwartych ustach;
- oblizywanie dolnej i górnej wargi przy ustach szeroko otwartych (krążenie językiem);
- oblizywanie dolnych i górnych zębów;
- dotykanie czubkiem języka na zmianę do górnych i dolnych zębów, przy maksymalnym otwarciu ust (żuchwa opuszczona);
- wysuwanie języka w przód i cofanie w głąb jamy ustnej;
- kłaskanie językiem;
- rurka – wargi ściągnięte i zaokrąglone unoszą boki języka.

Ćwiczenia usprawniające podniebienie miękkie:

- wywołanie ziewania przy nisko opuszczonej szczęce dolnej;
- płukanie gardła ciepłą wodą;
- głębokie oddychanie przez usta przy zatkanym nosie i odwrotnie;
- wymawianie połączeń głosek tylnojęzykowych zwartych z samogłoskami, np.: „ga”, „go”, „ge”, „gu”, „gy”, „gi”, „gą”, „ge”, „ka”, „ko”, „ke”, „ky”, „ki”, „ku”, „ak”, „ok”, „ek”, „ik”, „yk”, „uk”;
- nabieranie powietrza nosem i zatrzymanie w jamie ustnej;
- przenoszenie skrawków papieru za pomocą słomki.

Ćwiczenia policzków:

- nadymanie policzków;
- wciąganie policzków;
- nabieranie powietrza w usta i zatrzymanie w jamie ustnej, krążenie powietrzem, powolne wypuszczanie powietrza;
- naprzemienne nadymanie i wciąganie policzków;
- nabieranie powietrza w usta, przesuwanie powietrza z jednego policzka do drugiego na zmianę.

C. Zabawy i ćwiczenia rozluźniające napięcie mięśni rąk oraz całego ciała:

Ćwiczenia relaksacyjne:

- relaksacja według Jacobsona;
- relaksacja według Wintreberta;
- relaksacja oparta na treningu autogennym w wersji A. Polender;
- wizualizacja przy muzyce relaksacyjnej;
- stosowanie masażu Shantala o działaniu relaksacyjnym i stymulującym centralny układ nerwowy.

Malowanie:

- „Malowanie Dziesięcioma Palcami”;
- wypełnianie kolorem całej powierzchni kartki – dowolne ruchy ręki;
- wypełnianie kolorem całej powierzchni kartki z zachowaniem kierunku malowania od lewej do prawej i od góry do dołu;
- malowanie na dużym arkuszu papieru form kolistych: słońca, kwiatów, kół, kolorowych baloników itp. z zachowaniem kierunku malowania przeciwnego do ruchu wskazówek zegara;
- malowanie form kolistych różnej wielkości po linii z zachowaniem kierunku malowania przeciwnego do ruchu wskazówek zegara;
- malowanie form falistych i łukowatych według wzoru jednym ciągłym ruchem z zachowaniem kierunku od lewej do prawej.

D. Ćwiczenia usprawniające czucie palców:

- stukanie czubkami palców (naśladowanie gry na fortepianie);
- dotykanie przedmiotów o różnych fakturach, określanie odczuć związanych z dotykiem danego przedmiotu;
- „malowanie” suchym palcem na plecach np. kolegi, w kuwecie z piaskiem;
- malowanie pęczkiem waty;
- modelowanie w glinie i plastelinie (wałkowanie, ugniatanie, tworzenie kul);
- wyrzynki i naklejanki;
- nawlekanie koralików, słomek, makaronu itp.;
- haftowanie na tekturkach z dziurkami.

E. Ćwiczenia grafomotoryczne:

- kreślenie form kolistych;
- kreślenie prostych linii, łączących wyznaczone punkty;
- rysowanie kredkami konturowych rysunków poprzez przerysowywanie, obrysowywanie i kalkowanie;
- kreślenie linii w ograniczonym polu (zakreskowanie);
- kalkowanie szlaczków i wzorów;
- rysowanie szlaczków i wzorów według wzoru;
- kalkowanie rysunków (ćwiczenia grafomotoryczne według Tymichovej) – zdobywanie kolejnych poziomów sprawności.

F. Usprawnianie motoryki dużej:

- ćwiczenia prawidłowej postawy ciała z wykorzystaniem przyrządów gimnastycznych oraz umiejętności samokontroli dziecka;
- ćwiczenia według W. Sherborne – rozwijanie świadomości ciała, wycucie swoich części ciała;
- ćwiczenia rozwijające równowagę;
- ćwiczenia bieżne;
- ćwiczenia w czworakowaniu;

- gry i zabawy zespołowe;
- gry i zabawy z piłką (toczenie, rzucanie, rzuty do celu).

II. Poziom percepcji wzrokowej i orientacji przestrzennej

Poziom ten jest proponowany ze względu na trudności w analizie i syntezie wzrokowej oraz w abstrahowaniu w przypadku dziecka z ABD. Zaburzeniom tego typu towarzyszy bowiem słaba orientacja w obrębie własnego ciała i w przestrzeni. Celem ćwiczeń jest więc rozwijanie poszczególnych umiejętności, w tym również pamięci wzrokowej.

A. Ćwiczenia usprawniające percepcję wzrokową:

- rozpoznawanie treści obrazków – wskazywanie ilustracji o określonej treści oraz przedstawiających określony przedmiot;
- rozpoznawanie treści obrazka, pokazywanego w krótkich ekspozycjach;
- rozpoznawanie przedmiotów na ilustracjach w formie wykropkowanego konturu;
- dobieranie par jednakowych obrazków (loteryjki, dobierani, gra w domino);
- dobieranie części do całego obrazka;
- układanie obrazków z części według wzoru;
- układanie obrazków z części bez wzoru;
- zgadywanie, czego brakuje na ilustracji lub w układzie przedmiotów;
- porównywanie dwóch przedmiotów lub ilustracji (wyszczególnianie różnic);
- układanie kompozycji geometrycznych z figur geometrycznych według wzoru;
- rysowanie kompozycji geometrycznych z figur geometrycznych według wzoru;
- kończenie zaczętych rysunków, rysowanie odbicia lustrzanego przedmiotów;
- łączenie kropek linią;
- odwzorowywanie graficzne wzorów;
- oglądanie ilustracji i wypowiedzanie się na ich temat („co jest na obrazku?”, „co robi?”).

B. Ćwiczenia usprawniające koordynację wzrokowo-ruchową:

- napełnianie pudełka klockami, koralikami;
- wkładanie klocków do pudełka według kształtów;
- łączenie kropek w jedną linię;
- obwodzenie konturów rysunków, przekalkowywanie ich przez szkło, kalkę techniczną;
- pogrubianie i odwzorowywanie prostych kształtów;
- obrysowywanie szablonów;
- zamalowywanie rysunku konturowego;
- zakreskowywanie pól rysunku (liniami pionowymi, poziomymi, ukośnymi, falistymi);
- nawlekanie koralików, słomek, makaronu na nitkę;
- zabawy tematyczne – naśladowanie czynności;

- zabawy z piłką – turlanie w określone miejsce, rzucanie, łapanie;
- układanie klocków w jednej linii;
- odwzorowywanie wytworów z mas plastycznych;
- układanie wzorów geometrycznych według widzianego wzoru;
- układanie wzorów geometrycznych według wzoru widzianego w krótkiej ekspozycji;
- budowanie wieży z klocków;
- wycinanie po linii prostej;
- wycinanie po linii łamanej;
- wycinanie po linii falistej;
- wycinanie rysunku;
- zabawy konstrukcyjne według instrukcji słownej i obrazkowej.

C. Ćwiczenia usprawniające orientację w schemacie własnego ciała i przestrzeni:

- zabawa w „Marionetkę”, „Ślepcę”, „Robota”;
- kreślenie kształtów graficznych według wzoru;
- określanie położenia przestrzennego przedmiotów: „na górze”, „na dole”, „z boku”, „w środku”, „z tyłu”, „z przodu”, „z prawej”, „z lewej”;
- określanie położenia przedmiotów względem siebie;
- porównywanie przedmiotów i obrazków różnej wielkości;
- określanie prawej i lewej strony swojego ciała;

D. Ćwiczenia rozwijające pamięć wzrokową:

- obserwacja najbliższego otoczenia – opisywanie otoczenia oraz osób, które się w nim znajdują, zauważanie zmian zachodzących w otoczeniu;
- odnajdywanie w otoczeniu znanym dziecku podanych przedmiotów;
- odszukiwanie takich samych przedmiotów w otoczeniu znanym dziecku.

III. Poziom rozwoju mowy i myślenia

Celem poziomu rozwoju mowy i myślenia jest rozwijanie umiejętności językowych, w tym przede wszystkim swobodnego wypowiedzania się na określony temat, poszerzenie słownictwa dziecka, a co za tym idzie – pamięci słownej oraz myślenia.

A. Ćwiczenia rozwijające mowę dziecka (od 0 do 6. roku życia)

1. Piosenki, wierszyki i zabawy paluszkowe:

Małe rączki

Małe rączki sobie klaszczą.
Czasem także się pogłaszczą.
I w kolanka zastukają.
No i dzieciom pomachają.

Rączki robią klap klap klap

Rączki robią klap klap klap.
Nóżki robią tup, tup, tup.

Tutaj swoją głowę mam.
A na brzuszku bam bam bam.

Rodzinka

[dotykamy kolejno paluszków dziecka, zaczynając od kciuka]

Ten duży – to dziadzius.
A obok – babunia.
Ten w środku – to tatuś.
A przy nim – mamunia.
A to jest – dziecinka mała.
A to – moja rączka cała!

Głowa, ramiona...

Głowa, ramiona, kolana, pięty.
Kolana, pięty, kolana, pięty.
Głowa, ramiona, kolana, pięty.
Oczy, uszy, usta, nos.

Jedzie pociąg fu – fu – fu

Trąbka trąbi tru – tu – tu.
A bębenek bum – bum – bum.
Na to żabki kum – kum – kum.
Woda z kranu kap – kap – kap.
Konik człapie: człap – człap – człap.
Mucha brzęczy: bzy – bzy – bzy.
A wąż syczy: sss, sss, sss.
Rączki robią: klap, klap, klap.
Nóżki tupią: tup, tup, tup.

Tutaj swoją główkę mam

Tutaj swoją główkę mam,
a na brzuszku: bam, bam, bam.
Buzia robi: am, am, am,
oczy patrzą tu i tam.
Tutaj swoje uszy mam,
a na nosku sobie gram.

Tu paluszek, tu paluszek

Kolorowy mam fartuszek.
Tu jest nóżka, a tu druga,
a tu oczko ładnie mruga.
Tu jest uszko i tu uszko.
Buzia cała jak jabłuszko.
Tu jest nosek, tu ząbeczki,
tu wpadają cukiereczki.

Kapu, kapu, kapu, kap, deszczyk sobie pada

Do siostrzyczki przyszedł brat i tak jej powiada:

Tyś królewna, a ja król, gdzieś pójdziemy sobie,
wezmę babci parasol, deszcz nam nic nie robi.

Czapla

Chodziła tu czapla
Na wysokich nogach,
Chodziła po desce...
Opowiadać ci jeszcze?

Wpadła gruszka do fartuszka

Wpadła gruszka do fartuszka,
a za gruszką dwa jabłuszka,
a śliweczka wpaść nie chciała,
była jeszcze niedojrzała.

2. Ćwiczenia wczesnej nauki czytania (od 12. miesiąca życia):

- podawanie dziecku nazw samogłosek wraz z obrazem graficznym – każda samogłoska powinna być zapisana drukowanym pismem bezszeryfowym na osobnym kartoniku 5 cm x 5 cm – stymulacja prawej półkuli;
- kolejne etapy wczesnej nauki czytania, przebiegające zgodnie z serią książek „Kocham czytać” Jagody Cieszyńskiej.

3. Trening słuchowy:

- naśladowanie / powtarzanie odgłosów otoczenia: zwierząt, pojazdów itp. – angażuje pola ruchowe obu półkul;
- różnicowanie odgłosów otoczenia:
 - pokazujemy dziecku, jakie dźwięki wydają przedmioty codziennego użytku, np. worek foliowy, łyżki (stukanie), nożyczki, kartki papieru (gniecenie) itp.; prosimy dziecko, aby się odwróciło albo zamknęło oczy; po demonstracji odgłosu dziecko odgaduje, co słyszało – stymulacja prawej półkuli;
 - prezentujemy kolejno 2–3 dźwięki; dziecko po ich usłyszeniu odpowiada, co słyszało kolejno – stymulowanie prawej i lewej półkuli;
 - odtwarzamy nagrania odgłosów otoczenia lub zwierząt, dziecko podaje nazwę tego, co słyszało, i wskazuje na ilustracji – stymulowanie prawej i lewej półkuli;
 - odtwarzamy kolejno 2–3 nagrania; dziecko układa obrazki ilustrujące nagranie według kolejności odtwarzania;
- odtwarzanie wystukiwanego rytmu;
- różnicowanie głosek o podobnym brzmieniu; przygotowujemy ilustracje:
 - miasto – ciasto;
 - las – pas;
 - kury – góry;
 - półka – bułka;
 - koza – kosa;

- kasa – kasza;
- mąka – łąka;
- noże – morze itp.;

prosimy, aby dziecko podało nam ilustrację, wyraźnie wybrzmiewając nazwę; następnie prosimy o ilustrację opozycyjną; zachęcamy dziecko do wypowiedzenia nazw poprzez zamianę ról – ćwiczenie słuchu fonemowego;

- trening słuchowy Elżbiety Wianeckiej.

4. Stymulacja kształtowania się dominacji stronnej:

- organizowanie zabaw, w których dziecko wykorzystuje wybraną (dominującą) rękę, nogę, oko, ucho, np. rysowanie, malowanie (narzędzie pisarskie lub malarzkie kładziemy na środku kartki, aby dziecko samo wybrało rękę, którą będzie rysować), kopanie piłki, wchodzenie na stopień, wykonywanie zdjęć aparatem, patrzenie przez lunetę / lupę itp.;
- porządkowanie przedmiotów zawsze od lewej do prawej, np. układanie muru, pociągu z klocków, układanie wzorów z figur geometrycznych, samochodów itp.; przeliczanie przedmiotów również od lewej do prawej;
- układanie obrazków obok siebie, równoczesne wyraźne wypowiadanie ich nazwy; dziecko odtwarza poprawną kolejność;
- stymulowanie dziecka do powtarzania sekwencji (początkowo dwóch) samogłosek, a następnie powtarzania sylab otwartych, np. A E, U I, O A, BA MA, PO ME;
- dobieranie takich samych obrazków, np. z użyciem gry „memory”;
- czytanie z dzieckiem samogłosek i wyrażeń dźwiękonaśladowczych – zachęcanie do samodzielnego odczytywania napisów lub do dokładania etykiet do obrazków;
- wrzucanie z dzieckiem koralików, fasolek, klocków do pojemników; można przy tym wykorzystać segregację przedmiotów według określonej cechy;
- ćwiczenia grafomotoryczne:
 - rysowanie linii od lewej do prawej;
 - rysowanie po śladzie, aż do coraz trudniejszych wzorów;
 - kopiowanie;
 - kalkowanie;
 ćwiczenia te można urozmaicić poprzez „rysowanie” palcem w pojemniku z kaszą manną lub piaskiem, malowanie palcami, kalkowanie przez kalkę techniczną, rysowanie na szkle;
- nawlekanie koralików na sznurek:
 - według pomysłu dziecka;
 - według wzoru cały czas eksponowanego;
 - z pamięci – wzór pokazujemy w krótkich ekspozycjach;
- układanie wzorów z figur geometrycznych:
 - według pomysłu dziecka;
 - według wzoru cały czas eksponowanego;
 - z pamięci – wzór pokazujemy w krótkich ekspozycjach;

- układanie historyjek obrazkowych początkowo 2–3-elementowych, ukazujących następstwo czasowe, jeśli dziecko je opanuje, przechodzimy do przyczynowo-skutkowych – pilnujemy właściwego kierunku układania; zachęcamy do opowiadania historyjki nawet „po swojemu”; za każdym razem pamiętamy, aby dziecko miało właściwy wzór wypowiedzi; gdy dziecko już lepiej mówi, zachęcamy do opowieści bez zerkania na obrazek – chodzi o odtwarzanie sekwencji z pamięci;
- ćwiczenia układania obrazków początkowo z 2–3 części, podzielonych linią prostą;
- wprowadzenie sylab prymarnych we wczesnej nauce czytania;
- ćwiczenia sekwencji – uzupełnianie, odwzorowywanie, kontynuowanie – na materiale tematycznym (obrazki) i atematycznym (wzory);
- ćwiczymy obracanie figur w przestrzeni na materiale tematycznym i atematycznym;
- odtwarzanie wzoru z klocków dwukolorowych (np. czarno-białych) z zachowaniem kierunku od lewej do prawej i od góry do dołu.

5. Ćwiczenia pamięci sekwencyjnej (związanej z funkcjami lewopółkulowymi) i symultanicznej (związanej z funkcjami prawopółkulowymi):

Ćwiczenia pamięci symultanicznej:

- układanie przed dzieckiem 5 zdjęć przedstawiających twarze domowników / 5 ilustracji przedstawiających zabawki; ze swojego zestawu terapeuta pokazuje jedno zdjęcie / jedną ilustrację i odkłada je odwrócone na stolik; zadaniem dziecka jest wskazanie takiej samej fotografii / ilustracji w swoim zestawie;
- układanie przed dzieckiem 5 zdjęć przedstawiających twarze domowników / 5 ilustracji przedstawiających zabawki; ze swojego zestawu terapeuta pokazuje jednocześnie 2 zdjęcia / 2 ilustracje i odkłada je odwrócone na stolik; zadaniem dziecka jest wskazanie takich samych fotografii / ilustracji w swoim zestawie;
- powyższe ćwiczenia powtarza się z wykorzystaniem innego zestawu obrazków jednej kategorii, np. ubrania, zwierzęta, pokarmy, zwiększając stopniowo liczbę obrazków w zestawie oraz liczbę prezentowanych jednocześnie obrazków;
- układanie z figur geometrycznych wzorów, stopniując poziom trudności; zadaniem dziecka jest odtworzenie wzoru;
- układanie przed dzieckiem 10 lub 15 obrazków przedstawiających różne figury geometryczne; ze swojego identycznego zestawu terapeuta prezentuje jednocześnie 2 obrazki i odkłada na stolik; zadanie dziecka polega na wskazaniu 2 obrazków w swoim zestawie; w późniejszym etapie ćwiczeń zwiększa się liczbę prezentowanych obrazków do 3; ważne jest, aby prezentacja obrazków była jednoczesna i jednocześnie było również odkładanie ich na stolik.

Ćwiczenia pamięci sekwencyjnej, ułożone rozwojowo:

- powtarzanie powyższych ćwiczeń, ale tym razem prezentuje się obrazki kolejno: najpierw jeden, potem drugi; zadaniem dziecka jest ułożenie obrazków w kolejności prezentowania;
- układanie 6 obrazków, np. słodyczy, zabawek; po nazwaniu wszystkich obrazków są one odwracane; terapeuta zadaje dziecku pytania: „gdzie jest jabłko?”, „gdzie są lody?”;
- odtwarzanie rytmu; potrzebne są kolorowe klocki (różne kolory), drewniany młoteczek (pałeczka) – terapeuta stuka młoteczką w klocki, dziecko odtwarza ruch i rytm, uderzając kolejno w te same klocki;
- śpiewanie piosenek z gestem; zachęcanie dziecka do powtarzania sekwencji;
- pokazywanie dziecku sekwencji ruchów, np. klaśnij – tupnij – klaśnij, z prośbą o ich powtórzenie;
- odtwarzanie rytmu ze słuchu (dziecko nie widzi, jak terapeuta go wykonuje);
- kończenie wersów wierszyków;
- odczytywanie opanowanych samogłosek / sylab od lewej do prawej.

B. Ćwiczenia rozwijające i wzbogacające słownik dziecka i pamięć słowną:

- wskazywanie i nazywanie przedmiotów (także na ilustracjach);
- nazywanie wskazywanych przedmiotów;
- wskazywanie i nazywanie określonych czynności (także na ilustracjach);
- nazywanie czynności;
- wskazywanie na ilustracji określonych obiektów odpowiadających danym przymiotnikom (np. „nowy – stary”; „smutny – wesoły”; „mały – duży”);
- właściwe używanie przymiotników w zdaniu;
- ćwiczenia we właściwym używaniu zaimków i przymiłek;
- wykonywanie usłyszanych poleceń:
 - układanie zabawek, ilustracji według podanego słownie polecenia;
 - segregowanie przedmiotów według słownego polecenia;
 - wykonywanie określonych ruchów według polecenia;
- oglądanie książek i czasopism dziecięcych – nazywanie i opisywanie ilustracji, znajdujących się w nich;
- odpowiadanie na pytania dotyczące oglądanych ilustracji;
- tworzenie pisemnych opowiadań na temat ilustracji;
- układanie rymów;
- rozwiązywanie krzyżówek i rebusów;
- szukanie wyrazów ukrytych w wyrazach i wykreślankach;
- łączenie sylab, wyrazów w celu uzyskania jednego słowa;
- dobieranie słów łączących się tematycznie;
- wyszukiwanie słów, które nie łączą się tematycznie (wskazywanie słowa, które nie pasuje do pozostałych);
- podawanie słów o przeciwnym znaczeniu;

- tworzenie rodziny słów;
- nauka wierszy i piosenek na pamięć.

C. Ćwiczenia doskonalące wypowiedzi pod względem gramatycznym i logicznym:

- rozwiązywanie zagadek słownych;
- dopasowywanie brakujących słów do tekstu;
- układanie zdań, w których wyrazy rozpoczynają się daną głoską;
- rozwijanie zdań prostych;
- łączenie dwóch zdań odpowiednimi spójnikami;
- układanie pytań do przeczytanego tekstu;
- układanie zdań przeczących;
- zabawa „prawda czy fałsz”;
- tworzenie ustnych i pisemnych opisów cech ludzi, zwierząt, przedmiotów;
- zadawanie pytań w celu rozwiązania zagadki;
- układanie zagadek słownych;
- układanie zdań na zadany temat;
- opowiadanie na zadany temat;
- poprawianie wypowiedzi niepoprawnych gramatycznie;
- wskazywanie zdań poprawnych gramatycznie.

IV. Poziom doskonalenia umiejętności czytania

Gdy dziecko wykazuje trudności w nauce czytania, przejawiające się przedłużającym głosowaniem, można wówczas wykorzystać w pracy terapeutycznej metodę 18 struktur wyrazowych. Proponowana przez Ewę Kujawę i Marię Kurzynę metoda polega na praktycznym poznawaniu przez dzieci wykazujące trudności w nauce czytania i pisania różnorodnych wyrazów uporządkowanych w 18 zestawach ćwiczeń. Każdy kolejny zestaw zawiera wcześniej poznane wyrazy o określonej budowie (zachowując zasadę stopniowania trudności). Metoda ta opiera się na analizie sylabowo-głoskowej wyrazów w powiązaniu z ich budową literową. Ma ona na celu nauczenie automatycznego nazywania kształtów fonogramów oraz rozwijanie zdolności umieszczania ich w słowie w odpowiedniej kolejności. Elementami różnicującymi zestawy ćwiczeń są liczba i budowa sylab. Wyróżnienie sylab jest podstawą tej metody¹.

Autorki proponują następujące etapy pracy z dziećmi:

- Część 1.: Wyrazy dwusylabowe o schemacie zapisu: ●● – ●●, np. „ko – za”;
- Część 2.: Wyrazy wielosylabowe o schemacie zapisu każdej sylaby: ●● i zróżnicowanej ich liczbie, np. „ka–ru–ze–la”;
- Część 3.: Wyrazy jednosylabowe o schemacie zapisu: ●●●, np. „kot”, „kosz”;

¹ E. KUJAWA, M. KURZYNA: *Reedukacja dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu „metodą 18 struktur wyrazowych”*. Warszawa, WSiP 1994.

- Część 4.: Wyrazy dwusylabowe o schemacie zapisu: ●● – ●●●, np. „re – bus”, „sza – lik”;
- Część 5.: Wyrazy dwusylabowe o schemacie zapisu: ●●● – ●●, np. „buł – ka”, „licz – ba”;
- Część 6.: Wyrazy dwusylabowe o schemacie zapisu: ●●● – ●●●, np. „Ber – lin”, „kasz – tan”;
- Część 7.: Wyrazy wielosylabowe, składające się z różnej liczby sylab o schemacie zapisu: ●● oraz ●●●, np. „wyw – rot – ka”, „cza – pecz – ka”;
- Część 8.: Wyrazy jednosylabowe o schemacie zapisu: ●●●●, np. „jest”, „czort”, „patrz”;
- Część 9.: Wyrazy jednosylabowe o schemacie zapisu: ●●●, np. „dwa”, „szła”;
- Część 10.: Wyrazy dwusylabowe o schemacie zapisu: ●●● – ●●, np. „kra – ta”, „ska – cze”;
- Część 11.: Wyrazy dwusylabowe o schemacie zapisu: ●●● – ●●●, np. „mły – nek”, „chła – pać”;
- Część 12.: Wyrazy jednosylabowe o schemacie zapisu: ●●●●, np. „staw”, „klucz”;
- Część 13.: Wyrazy dwusylabowe o schemacie zapisu: ●●●● – ●●, np. „słom – ka”;
- Część 14.: Wyrazy dwusylabowe o schemacie zapisu: ●●●● – ●●●, np. „kras – nal”, „czwar – tek”;
- Część 15.: Wyrazy jednosylabowe o schemacie zapisu: ●●●●●, np. „sklep”, „wschód”;
- Część 16.: Wyrazy jednosylabowe o schemacie zapisu: ●●●●●, np. „kleks”, „chwast”;
- Część 17.: Wyrazy o zróżnicowanej strukturze literowej, zawierające spółgłoski miękkie, np. „kobiółka”;
- Część 18.: Wyrazy składające się z różnej liczby sylab o zróżnicowanej niejednorodnej budowie².

Dla ułatwienia dziecku orientacji w budowie wyrazu autorki zastosowały – powszechnie używane w nauce czytania i pisania, a także w reedukacji – kolory. Kolorem czerwonym oznacza się samogłoski, czarnym – spółgłoski, zielonym – sylaby. W każdym z wyróżnionych zestawów można stosować następujące techniki pracy, które stanowią część omawianej metody:

- graficzne schematy budowy wyrazów;
- suwaki;
- wprawki;
- łańcuchy sylabowo-wyrazowe;
- słuchowe i wzrokowe różnicowanie słów dźwiękowo i graficznie podobnych;
- tworzenie nowych wyrazów o aktualnie omawianej strukturze z wybranych liter lub sylab wyrazów ilustrowanych na obrazkach;
- słuchowe i wzrokowe wersje ćwiczeń, np. „Co się kryje w tym wyrazie?”;
- rozsypanki wyrazowo-zdaniowe;

² E. KUJAWA, M. KURZYNA: *Reedukacja dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu...*

- zagadki;
- czytanie zdań złożonych z wyrazów o znanej strukturze sylabowo-literowej na materiale drukowanym oraz pisanie ich z pamięci;
- pisanie zdań ze słuchu³.

Metoda 18 struktur wyrazowych jest doskonała do pracy z dziećmi wykazującymi trudności w czytaniu i pisaniu. Jej walorem jest przede wszystkim doskonalenie obu umiejętności na tym samym materiale słownym. Ponadto angażuje ona i rozwija analizatory: wzrokowy, słuchowy i kinestetyczno-ruchowy. Ich prawidłowe funkcjonowanie jest niezbędne, aby osiągnąć sukcesy w nauce szkolnej.

³ Ibidem.

Ankieta oceniająca kompetencje potrzebne początkującym logopedom

Cel i konstrukcja ankiety

Jednym z głównych celów projektu Network for Tuning Standards and Quality of Education programmes for Speech and Language Therapists in Europe (Net-Ques)¹ jest przeprowadzenie badania porównawczego istotności zarówno kompetencji szczegółowych (przy wykorzystaniu zasad metodologii porównawczej), jak i kompetencji ogólnych w programach studiów logopedycznych. Badanie to obejmuje prawie wszystkie realizowane programy studiów logopedycznych w trzydziestu jeden krajach europejskich².

Do ułożenia ankiety wykorzystano międzynarodowe wymagania kwalifikacyjne.

Biorąc pod uwagę różnorodność treści, długość, poziom i terminologię stosowaną w programach studiów logopedycznych, zdecydowano, że przedmiotem ankiety będą „kompetencje”.

Kompetencje można zdefiniować jako „niezbędny zakres wiedzy, zdolności i umiejętności koniecznych do wykonywania pracy”. W kontekście terapii logopedycznej oznacza to, iż należy dokładnie określić:

- zakres wiedzy;
- umiejętności i zdolności, które są potrzebne do wykonywania zawodu logopedy w sposób bezpieczny, efektywny i samodzielny.

Prywatność, anonimowość i poufność ankiety

Ankieta została tak przygotowana, aby respondenci zachowali anonimowość (nie ma możliwości połączenia znaków identyfikujących z rezultatami ankiety). Wszystkie dane są poufne, gdyż etyczne standardy są najważniejsze. Udzielane

¹ Więcej informacji można znaleźć na stronie: <http://www.netques.eu> [data dostępu: 19.08.2013].

² Ankieta była rozsyłana i wypełniana w każdym kraju przez nauczycieli akademickich / wykładowców studiów logopedycznych; absolwentów logopedii (z okresu ostatnich pięciu lat) oraz pracodawców.

odpowiedzi nie zawierają osobistych informacji. Niektóre pytania dotyczą danych związanych ze statutem zawodowym respondentów. Wszystkie uzyskane informacje będą przechowywane w osobnych bazach danych i wykorzystywane jedynie w celu wskazania badaczom liczby osób, które wypełniły / nie wypełniły ankiety.

Instrukcja do wypełniania

Ankieta składa się z następujących części:

- I. **Wprowadzenie** / ogólne informacje.
- II. **Informacja o respondencie** – kilka krótkich pytań dotyczących statusu respondenta, uwzględniających: edukację, zatrudnienie i doświadczenie.
- III. **Ankieta:** w ankiecie należy ocenić istotność wymienionych kompetencji do wykonywania zawodu logopedy w dwóch podsekcjach:
 - A. Kompetencje szczegółowe.
 - B. Kompetencje ogólne.

I. Wprowadzenie

Ankieta została zaprojektowana na zasadzie pół wyboru. Wypełnienie jej powinno zabrać około 30–35 min. Należy jedynie wybrać i zaznaczyć właściwe pole, decydując, czy **UMIEJĘTNOŚĆ** jest:

- **ZBĘDNA**, aby móc praktykować (pracować) jako początkujący logopeda;
- **POŻĄDANA, ALE NIE NIEZBĘDNA**, aby móc praktykować jako początkujący logopeda;
- **NIEZBĘDNA**, aby móc praktykować jako początkujący logopeda.

Na wszystkie 109 pytań należy udzielić odpowiedzi.

Skróty wykorzystane w ankiecie:

SLT – Speech Language Therapy / Therapist – terapia logopedyczna / logopeda

EDS – Eating, Drinking, Swallowing – jedzenie, picie, polykanie

CT (scan) – Computerised Tomography – tomografia komputerowa

PET (scan) – Positron Emission Tomography – pozytonowa emisyjna tomografia

MRI (scan) – Magnetic Resonance Imaging. – obrazowanie metodą rezonansu magnetycznego

II. Informacja o respondencie

JESTEM:

- mężczyznę
- kobietę

NALEŻĘ DO NASTĘPUJĄCEGO PRZEDZIAŁU WIEKOWEGO:

- 20–29 lat
- 30–39 lat

- 40–49 lat
- 50–59 lat
- 60 +

JESTEM LOGOPEDĄ OD:

- 25 lat lub więcej
- 20–24 lat
- 15 –19 lat
- 10–14 lat
- 5–9 lat
- 4 lat
- 3 lat
- 2 lat
- mniej niż 1 rok

ZOSTAŁEM LOGOPEDĄ W:

- | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Austrii | <input type="radio"/> Belgii | <input type="radio"/> Bułgarii | <input type="radio"/> Cyprze |
| <input type="radio"/> Czechach | <input type="radio"/> Danii | <input type="radio"/> Estonii | <input type="radio"/> Hiszpanii |
| <input type="radio"/> Francji | <input type="radio"/> Grecji | <input type="radio"/> Wielkiej Brytanii | <input type="radio"/> Węgrzech |
| <input type="radio"/> Irlandii | <input type="radio"/> Włoszech | <input type="radio"/> Islandii | <input type="radio"/> Łotwie |
| <input type="radio"/> Luksemburgu | <input type="radio"/> Malcie | <input type="radio"/> Holandii | <input type="radio"/> Norwegii |
| <input type="radio"/> Polsce | <input type="radio"/> Portugalii | <input type="radio"/> Rumunii | <input type="radio"/> Słowenii |
| <input type="radio"/> Szwecji | <input type="radio"/> Słowacji | <input type="radio"/> Turcji | <input type="radio"/> Finlandii |
- INNYM KRAJU Proszę podać _____

MOJE KWALIFIKACJE ZAWODOWE JAKO LOGOPEDY TO:

- Certyfikat
- Licencjat
- Magisterium
- Doktorat

PRACUJĘ JAKO LOGOPEDA W:

- | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Austrii | <input type="radio"/> Belgii | <input type="radio"/> Bułgarii | <input type="radio"/> Cyprze |
| <input type="radio"/> Czechach | <input type="radio"/> Danii | <input type="radio"/> Estonii | <input type="radio"/> Hiszpanii |
| <input type="radio"/> Francji | <input type="radio"/> Grecji | <input type="radio"/> Wielkiej Brytanii | <input type="radio"/> Węgrzech |
| <input type="radio"/> Irlandii | <input type="radio"/> Włoszech | <input type="radio"/> Islandii | <input type="radio"/> Łotwie |
| <input type="radio"/> Luksemburgu | <input type="radio"/> Malcie | <input type="radio"/> Holandii | <input type="radio"/> Norwegii |
| <input type="radio"/> Polsce | <input type="radio"/> Portugalii | <input type="radio"/> Rumunii | <input type="radio"/> Słowenii |
| <input type="radio"/> Szwecji | <input type="radio"/> Słowacji | <input type="radio"/> Turcji | <input type="radio"/> Finlandii |
- NIE PRACUJĘ JAKO LOGOPEDA

JAKO LOGOPEDA W PRACY UŻYWAM OJCZYSTEGO JĘZYKA:

- TAK
- NIE

JAKO LOGOPEDA W PRACY UŻYWAM WIĘCEJ NIŻ JEDNEGO JĘZYKA:

- TAK
- NIE

MÓJ NAJWYŻSZY STOPIEŃ NAUKOWY TO (zaznacz tylko jedną odpowiedź – najwyższy stopień):

- certyfikat
- licencjat
- magister
- doktor

KONTYNUUJĘ DOSKONALENIE ZAWODOWE W ZAWODZIE LOGOPEDY PRZEZ (zaznacz którąkolwiek pasującą odpowiedź):

- 10 godzin ROCZNIE lub więcej
- mniej niż 10 godzin rocznie
- rzadko lub nigdy

PROSZĘ WSKAZAĆ SWOJĄ OBECNĄ SYTUACJĘ ZAWODOWĄ:

Proszę zaznaczyć WSZYSTKIE poprawne odpowiedzi.

- wykonuję pracę związaną z moim wykształceniem
- wykonuję pracę niezwiązaną z moim wykształceniem
- dalej studiuję dziennie
- bezrobotny
- inne

Proszę podać _____

WSKAŹ, KTÓRE Z WYMIENIONYCH OKREŚLEŃ ODNOSZĄ SIĘ DO CIEBIE

(zaznacz wszystkie pasujące):

- dyplomowany logopeda
- pracodawca logopedów
- wykładowca na wydziale logopedii

UWAGA: W każdym zdaniu dotyczącym kompetencji należy zdecydować, czy **UMIĘJĘTNOŚĆ** jest oceniana jako **0** **1** lub **2**:

- 0.** ZBĘDNA, aby móc praktykować jako początkujący logopeda.
- 1.** POŻĄDANA, ALE NIE NIEZBĘDNA, aby móc praktykować jako początkujący logopeda.
- 2.** NIEZBĘDNA, aby móc praktykować jako początkujący logopeda.

III. Ankieta

1. KOMPETENCJE SZCZEGÓŁOWE

- A. Zakres praktyki.
- B. Ocena i identyfikacja zaburzeń komunikacji i czynności jedzenia, picia i połykania.
- C. Planowanie i wprowadzanie terapii.
- D. Usługi z zakresu planowania, podtrzymywania i oceny.
- E. Profilaktyka.
- F. Zapewnienie jakości.
- G. Badania naukowe.
- H. Rozwój zawodowy, doształcanie się i etyka zawodowa.

A. Zakres praktyki

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Potrafi ocenić zaburzenia mowy, zdiagnozować je i interweniować w ich przypadku	0	1	2
2. Potrafi ocenić zaburzenia jedzenia, picia i połykania (EDS), zdiagnozować je i interweniować w ich przypadku	0	1	2

B. Ocena i identyfikacja potrzeb w zakresie komunikacji i jedzenia, picia i połykania

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Stawia diagnozę, swoim udziałem wspomaga proces oceny i uczestniczy w procesie diagnostyki różnicowej	0	1	2
2. Potrafi zarówno syntetyzować wiedzę z zakresu: zaburzeń mowy, językoznawstwa, fonetyki, psychologii, nauk biomedycznych, jak i ją zastosować w celu identyfikacji zaburzeń mowy i EDS, ich oceny i diagnozy	0	1	2
3. Opanowuje transkrypcję fonetyczną	0	1	2
4. Opanowuje analizę lingwistyczną i psycholingwistyczną	0	1	2
5. Potrafi właściwie kontrolować, przetwarzać, oceniać i interpretować różne dostępne formalne i/lub nieformalne narzędzia oceny	0	1	2

6. Potrafi oceniać, rozumieć i interpretować następujące badania:			
▪ audiometria,	0	1	2
▪ tympanometria,	0	1	2
▪ analiza akustyczna,	0	1	2
▪ laryngografia,	0	1	2
▪ spirometria,	0	1	2
▪ stroboskopia,	0	1	2
▪ endoskopia nosa,	0	1	2
▪ videofluoroscopia	0	1	2
7. Rozumie znaczenie dla praktyki logopedycznej medycznych badań neurologicznych, tj. CT, PET, MRI, czy badań radiologicznych, takich jak rentgen klatki piersiowej, w diagnostyce zarówno zaburzeń mowy, jak i w dysfunkcjach EDS	0	1	2
8. W celu postawienia diagnozy poprawnie analizuje wyniki badań i właściwie je interpretuje: łączy zarówno informacje z historii choroby, jak i inne istotne źródła	0	1	2
9. Przewiduje prawdopodobną prognozę na podstawie oceny dokumentacji medycznej i diagnozuje naturę i zakres zaburzenia	0	1	2
10. Identyfikuje brakujące informacje i poszukuje danych niezbędnych do zrozumienia zaburzeń pacjenta	0	1	2
11. Potrafi tworzyć zarówno ustne, jak i pisemne sprawozdania oceny wyników z uwzględnieniem analizy i interpretacji zebranych informacji	0	1	2
12. W jasny sposób przedstawia pacjentowi poprawną interpretację wyników badań i inne istotne dla przebiegu terapii informacje	0	1	2
13. Identyfikuje wpływ różnych zdarzeń, otoczenia i kontekstu na problemy pacjenta	0	1	2
14. Diagnozuje wpływ zaburzeń pacjenta na jego kondycję psychospołeczną, status społeczny i medyczny oraz inne istotne aspekty jego funkcjonowania	0	1	2
15. Jeśli zachodzi taka potrzeba, w odpowiednim czasie i w uprzejmy sposób poleca pacjentowi konsultację u innych specjalistów	0	1	2

C. Planowanie i wprowadzanie terapii

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Rozważa długoterminowe rezultaty terapii i w porozumieniu z pacjentem decyduje, czy terapia logopedyczna jest właściwa lub wymagana jest jej kontynuacja. Włącza w dyskusję kluczowe osoby z otoczenia pacjenta	0	1	2
2. Łączy wyniki badań z innymi istotnymi informacjami, aby wyznaczyć cele terapeutyczne	0	1	2
3. Rozumie zasady i reguły rządzące konkretnymi metodami terapeutycznymi	0	1	2
4. Dokonuje oceny badań i innych dowodów w celu uaktualnienia terapii. Zmienia metody, biorąc pod uwagę nowe rozwiązania	0	1	2
5. Wybiera i planuje właściwą i efektywną terapię, która angażuje kluczowe osoby z otoczenia pacjenta	0	1	2
6. Planując terapię, definiuje i ustala role i obowiązki pacjenta i innych ważnych osób w planowanej terapii	0	1	2
7. Dokumentuje wyniki terapii i wszelkie zmiany wprowadzane w planie terapii	0	1	2
8. Rozumie rolę pozostałych inter/transdyscyplinarnych członków zespołu i tworzy plany terapeutyczne w porozumieniu z nimi	0	1	2
9. Wybiera odpowiednią rolę: oceniającą, edukującą, konsultanta, doradcę, badacza, rzecznika, koordynatora i jest świadom granic każdej z nich	0	1	2
10. Wprowadza odpowiednie techniki terapeutyczne, wykorzystując niezbędne materiały naukowe i stosowne urządzenia	0	1	2
11. W celu dokonania ewaluacji efektywności terapii zbiera informacje, włączając dane jakościowe i ilościowe	0	1	2
12. Podejmuje uzasadnione decyzje o inicjacji, kontynuacji, modyfikacji lub zakończeniu stosowania wybranej techniki, leczenia lub procedur / działań; poprawnie uzasadnia swoją decyzję	0	1	2

13. Poprawnie przygotowuje pacjenta do zakończenia terapii, ustalając punkt jej zakończenia i inne istotne kwestie związane z postępowaniem terapeutycznym	0	1	2
14. Na bieżąco prowadzi czytelną i dokładną dokumentację zgodną zarówno z wymogami prawnymi, jak i z obowiązującą terminologią	0	1	2
15. Decyzje podejmowane w ramach praktyki klinicznej opierają się na naukowych dowodach	0	1	2
16. W kontekście interwencji logopedycznej rozumie pojęcie skuteczności i wydajności	0	1	2
17. Rozumie etyczne i prawne konsekwencje wstrzymywania odżywiania i konsekwencji jego powstrzymywania	0	1	2

D. Usługi w zakresie planowania, podtrzymywania i oceny

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Jest świadom funkcji i struktury systemu edukacyjnego, socjalnego i zdrowotnego w kraju, w którym praktykuje; na bieżąco śledzi zmiany w tym zakresie	0	1	2
2. Wybiera spośród osiągalnych opcji możliwe do wykonania usługi	0	1	2
3. Efektywnie prowadzi przypadek, włączając wyznaczenie priorytetów, zarządzanie czasem i wydajność wybranego modelu usługi	0	1	2
4. Bierze udział w ocenie usług logopedycznych	0	1	2
5. Podlega odpowiednim ustawom rządowym i prawom zakładu pracy, rozumie ich wpływ na usługi logopedyczne	0	1	2

E. Profilaktyka

Wkład początkującego logopedy w zapobieganie występowania lub rozwoju zaburzeń komunikacji, jedzenia, picia czy połykania poprzez:	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Edukowanie społeczeństwa i innych specjalistów	0	1	2
2. Wczesną identyfikację czynników ryzyka i występujących zaburzeń	0	1	2
3. Wczesną interwencją logopedyczną	0	1	2

F. Zapewnienie jakości

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Rozumie zasady kontroli jakości i zapewnienia jakości	0	1	2
2. Dostrzega potrzebę monitorowania jakości praktyki	0	1	2
3. Włącza się poprzez dostarczanie danych do programów zapewniających utrzymanie jakości	0	1	2
4. Utrzymuje skuteczny audyt i stale pracuje nad ulepszeniami	0	1	2
5. Docenia konferencje poświęcone przypadkom logopedycznym i inne metody sprawozdawcze	0	1	2

G. Badania naukowe

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Analizuje bieżące badania na podstawie dowodów i stosuje je w praktyce klinicznej	0	1	2
2. Rozumie zasady przeprowadzania badań naukowych i metodologii badawczej	0	1	2
3. Jest zaznajomiony z pakietami statystycznymi	0	1	2
4. Współuczestniczy w badaniach zainicjowanych lub współprowadzonych przez innych specjalistów	0	1	2
5. Ocenia formalne i nieformalne narzędzia badawcze, określa źródła i metody postępowania terapeutycznego w kontekście bieżących badań	0	1	2
6. Zgłasza swoje propozycje na tworzenie lub pozyskiwanie nowych źródeł lub wprowadzanie nowych metod	0	1	2
7. Bierze udział w rozwoju dyscypliny i zawodu poprzez przeprowadzanie i publikowanie badań i studium przypadków	0	1	2

H. Rozwój zawodowy, dokształcanie się i etyka zawodowa

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Prezentuje umiejętności krytycznej refleksji jako podstawę ciągłego rozwoju zawodowego	0	1	2
2. Bierze udział w spotkaniach formalnych i nieformalnych grup naukowych; dba o własny zawodowy rozwój	0	1	2
3. Zarówno poprzez wnikliwą obserwację własnych umiejętności, jak i dalszy rozwój różnych zdolności interpersonalnych i komunikacyjnych doskonali warsztat zawodowy.	0	1	2
4. Zdobywszy doświadczenie i odpowiednie przeszkolenie, asystuje i uczy studentów zawodu	0	1	2
5. Przestrzega kodeksu etycznego krajowych organizacji zawodowych i/ lub miejsca pracy, i/lub krajowej administracji rządowej	0	1	2
6. Rozumie zadania zawodowe i granice, których należy przestrzegać jako logopeda	0	1	2

2. KOMPETENCJE OGÓLNE

- A. Kompetencje operacyjne.
- B. Kompetencje interpersonalne i intrapersonalne.
- C. Kompetencje systemowe.

A. Kompetencje operacyjne

Zdolność analizy i syntezy

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Syntetyzuje informacje z różnych źródeł, aby podjąć właściwe działanie lub odpowiedzieć na pytanie	0	1	2
2. Analizuje informacje, aby wyciągnąć poprawne wnioski i rozpoznaje konsekwencje swoich wniosków	0	1	2

Zdolność organizacji i planowania

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Potrafi podzielić zadanie na konkretne etapy i określić realne ramy czasowe, biorąc pod uwagę wszystkie inne wymagania	0	1	2
2. Planowo wypełnia zadania lub dostarcza rezultaty pracy	0	1	2

Ustna i pisemna komunikacja

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. W pisemnym, ustnym lub wizualnym przekazywaniu informacji lub w nauczaniu używa poprawnych i efektywnych umiejętności oraz wykorzystuje właściwe materiały	0	1	2
2. Potrafi pisać akademickim, naukowym językiem, tworzy prezentacje w sposób przejrzysty i zwięzły	0	1	2
3. Potrafi czytać ze zrozumieniem dokumenty, artykuły naukowe i profesjonalne prezentacje w języku obcym	0	1	2
4. Potrafi pisać dokumenty, artykuły naukowe i tworzyć profesjonalne prezentacje w języku obcym	0	1	2

Podstawowe umiejętności z zakresu informacji technologicznej

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Korzysta z powszechnie używanych programów/oprogramowań w celu produkowania, tworzenia i przechowywania istotnych baz danych i dokumentacji swojej działalności klinicznej i badawczej	0	1	2
2. Korzysta z aplikacji e-learningowych, przystosowuje się do nowych technologii edukacyjnych	0	1	2

Umiejętności zarządzania informacjami

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Zbiera dane, korzystając z różnych metod, takich jak przegląd literatury, wywiady, ankiety i obserwacje	0	1	2
2. Zarządzając informacjami, stosuje się do prawnych i etycznych zasad, dba o spójność, rzetelność i autentyczność dokumentacji	0	1	2

Rozwiązywanie problemów i podejmowanie decyzji

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Potrafi zidentyfikować przyczynę problemu i zaproponować rozwiązanie	0	1	2
2. Przewiduje potencjalne ryzyko lub pomyłki związane z każdym z możliwych rozwiązań	0	1	2
3. Wykorzystuje wiedzę tak, aby wybrać najodpowiedniejsze rozwiązanie w konkretnych okolicznościach	0	1	2
4. Opisuje preferowane rozwiązanie / decyzję w jasny sposób oraz przedstawia zakres wymaganych działań	0	1	2

B. Kompetencje interpersonalne i intrapersonalne

Kompetencje interpersonalne

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Powinien wykazywać empatię w stosunku do pacjentów i współpracowników	0	1	2
2. Powinien wykazywać umiejętność skutecznego i taktownego zdobywania informacji od informatorów	0	1	2
3. Powinien wykazywać umiejętność udzielania dokładnych wskazówek w sposób jasny i delikatny	0	1	2
4. Powinien wykazywać umiejętności społeczne, takie jak asertywność, umiejętność współpracy i negocjacji	0	1	2
5. Powinien wykazywać szacunek dla różnorodności i multikulturowości	0	1	2

Kompetencje intrapersonalne

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Powinien wykazywać samokrytykę i refleksję nad swoją pracą	0	1	2
2. Powinien wykazywać elastyczne podejście do wymogów pracy w sposób pozwalający na radzenie sobie ze stresem i utrzymanie wysokiej samooceny	0	1	2
3. Powinien wykazywać uczciwą, szczerą i odpowiedzialną postawę	0	1	2
4. Powinien wykazywać pozytywne nastawienie i chęć działania	0	1	2

C. Kompetencje systemowe

Zdolność uczenia się, generowania nowych pomysłów i adaptacji do nowych okoliczności

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Dostosowuje zachowanie i podejście do nowych okoliczności	0	1	2
2. Wymyśla kreatywne i oryginalne rozwiązania dla nowych sytuacji	0	1	2
3. Studiuje literaturę naukową, szukając najistotniejszych informacji, aby odpowiedzieć na różnorodne nurtujące pytania	0	1	2
4. Ocenia wartość zrealizowanego projektu badawczego pod względem metodologii, rezultatów i analizy	0	1	2
5. Wymyśla i przeprowadza projekt badawczy w celu efektywnego znalezienia odpowiedzi	0	1	2

Zdolności przywódcze

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Dobrze kieruje innymi	0	1	2
2. Potrafi doprowadzić grupę do osiągnięcia konsensusu	0	1	2

Zdolność samodzielnej pracy

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Pracuje niezależnie	0	1	2
2. Bierze odpowiedzialność za rozwój swojej wiedzy i umiejętności przez całe życie	0	1	2

Inicjatywa/ przedsiębiorczość

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Angażuje się w nowe przedsięwzięcia lub – jeśli to konieczne – radzi sobie w trudnych sytuacjach	0	1	2

Edukowanie innych

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Wyraża chęć zapewnienia właściwej edukacji i szkolenia przedstawicielom innych zawodów lub kluczowym osobom w terapii pacjenta	0	1	2
2. Wyraża chęć kształcenia nowych adeptów i innych członków zespołu	0	1	2

Aktywne reprezentowanie w społeczeństwie i przed decydentami

Umiejętności początkującego logopedy	Zbędne	Pożądane, ale nie niezbędne	Niezbędne
1. Potrafi być rzecznikiem swojego zawodu i pacjentów przed społeczeństwem i decydentami	0	1	2

Jeśli uważasz, że są kompetencje niezbędne dla początkujących logopedów, które zostały pominięte, prosimy wymienić je poniżej.

Dziękujemy za poświęcony czas i wypełnienie ankiety

Rezultaty i cele

Wyniki ankietyzacji zostaną opublikowane na stronie internetowej NetQues (www.netques.eu) i pozwolą stworzyć rzeczywisty obraz poziomu kształcenia logopedów w Europie.

Tłumaczenie *Tomasz Woźniak*

ELŻBIETA BIJAK

Szkoła Podstawowa nr 3 z Oddziałami Integracyjnymi w Mikołowie
Specjalistyczne Centrum Terapii Jąkania w Wodzisławiu Śląskim

„Świat, który rozumie jąkanie” (Benny David) – sprawozdanie z konferencji naukowej z okazji Światowego Dnia Osób Jąkających się (w 2011 roku)

Zgodnie z kilkuletnią tradycją 21 października 2011 roku – w Światowym Dniu Osób Jąkających się (*International Stuttering Awareness Day*) – odbyła się kolejna, IV Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Świat, który rozumie jąkanie”, której głównym celem jest podnoszenie świadomości społecznej w dziedzinie jąkania oraz zwrócenie uwagi na skalę tego problemu. Organizatorami konferencji były: Wydział Filologiczny oraz Wydział Teologiczny Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach; Studia Podyplomowe Kwalifikacyjne Logopedii i Medialnej Emisji Głosu Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach; Specjalistyczne Centrum Terapii Jąkania w Wodzisławiu Śląskim; Instytut Języka Polskiego Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach; Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Logopedycznego w Lublinie; Śląski Oddział Polskiego Towarzystwa Logopedycznego w Katowicach.

Uroczystego otwarcia konferencji dokonali: prof. zw. dr hab. Marian Kisiel (Wydział Filologiczny UŚ w Katowicach), ks. dr hab. Leszek Szewczyk (Wydział Teologiczny UŚ w Katowicach), dr Olga Przybyła (Studia Podyplomowe Kwalifikacyjne Logopedii i Medialnej Emisji Głosu UŚ w Katowicach), dr Mieczysław Chęćciek (Specjalistyczne Centrum Terapii Jąkania w Wodzisławiu Śląskim).

Pierwsza część konferencji poświęcona została różnorodnym aspektom teoretycznym, wśród których na szczególną uwagę zasługiwały słowa pamięci złożone wybitnemu śląskiemu kaznodziei i logopedzie, księdzu Stanisławowi Wilczewskiemu

W referacie *Ks. dr Stanisław Wilczewski – Mistrz terapii jąkania, katowiczanie z wyboru* dr Ida Szwed (Uniwersytet Śląski w Katowicach) przybliżyła sylwetkę ks. dr. Stanisława Wilczewskiego, który urodził się 26 kwietnia 1886 roku we Wrocławiu. W 1904 roku otrzymał świadectwo dojrzałości w Friedrichsgymnasium w Berlinie i rozpoczął studia na Wydziale Teologicznym Uniwersytetu Wrocławskiego. Uczęszczał również na wykłady z językoznawstwa polskiego i działał w Kółku Polskim. W 1909 roku otrzymał święcenia kapłańskie. W latach 1910–1914

pełnił funkcję wikarego w kościele św. Mikołaja w Raciborzu. W tej dużej, gotyckiej świątyni zwrócił uwagę na fatalne warunki akustyczne panujące podczas m.in. głoszenia kazań. Pogłos odbijanych od ścian wypowiedzi powodował, że nie były one w pełni zrozumiałe dla wiernych zgromadzonych w świątyni. Przynosiło to kapłanom znaczny dyskomfort głosowy i emocjonalny. Stało się to w dużym stopniu przyczyną zainteresowania się ks. Wilczewskiego m.in. fonetyką akustyczną. Z pracą duszpasterską łączył działalność kulturalno-oświatową w Kongregacji Młodzieży Męskiej i Żeńskiej. Intensywna praca głosem spowodowała u niego fonastenię. Chcąc pomóc sobie i innym, podjął studia z fonetyki eksperymentalnej i filologii na uniwersytecie w Hamburgu oraz w Państwowym Laboratorium Fonetycznym, zakończone w 1921 roku doktoratem *Phonoposotische und Phonotopische Untersuchungen von Lippenlauten* (Hamburg 1922). Specjalizował się w fizjologii wytwarzania głosu oraz leczeniu zaburzeń głosu i mowy. Prowadził również zajęcia z fonetyki i higieny mowy z księżmi i klerykami. Po plebiscycie w 1921 roku zamieszkał w Katowicach. Włączył się w organizowanie polskiego szkolnictwa. Podjął pracę w Gimnazjum Klasycznym im. A. Mickiewicza. Krzewił kulturę polską, zakładał i prowadził teatry żywego słowa.

W latach 1925–1927 w celu doskonalenia warsztatu logopedycznego i kaznodziejstwa podjął studia na Uniwersytecie Warszawskim z zakresu psychologii mowy i homiletyki. Od 1927 roku był wykładowcą w Państwowym Seminarium Nauczycielskim w Mysłowicach, a w latach 1930–1938 również w Zakładach Kształcenia Nauczycieli w Pszczynie, Nowej Wsi (Wirek), w Tarnowskich Górach oraz w Państwowym Konserwatorium Muzycznym w Katowicach. Uczył metod zapobiegania schorzeniom narządu głosu u osób pracujących głosem i estetyki mowy. W 1927 roku założył w Katowicach Instytut Fonetyczny – Poradnię Logopedyczną. Leczył fonastenię, wypracował metody usuwania wad wymowy, a zwłaszcza jąkania. Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach oraz Podyplomowe Studium Logopedii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie zlecały mu również prowadzenie kursów dokształcających dla logopedów. Był członkiem Polskiego i Międzynarodowego Towarzystwa Logopedycznego. Wygłaszał referaty na międzynarodowych kongresach fonetyczno-logopedycznych w Bonn (1930), w Amsterdamie (1932) i licznych sympozjach logopedycznych w Polsce. W uznaniu zasług w 1975 roku przyznano mu „Śląską Nagrodę im. J. Ligonia”.

Mimo iż w 1967 roku przeszedł na emeryturę, logopedią i kaznodziejstwem zajmował się do śmierci. Zmarł 12 czerwca 1980 roku w Katowicach.

Ks. dr Stanisław Wilczewski, który z pasją podejmował się pracy z pacjentami, jest wzorem dla wielu terapeutów również dziś. A jego wiedza, umiejętności i doświadczenie stanowią dziedzictwo, o którym nie powinni zapominać współcześni logopedzi.

Ks. dr hab. Leszek Szewczyk (Uniwersytet Śląski w Katowicach) w swoim wystąpieniu: *Ksiądz Wilczewskiego troska o jakość słowa (kaznodziejskiego)* zwrócił uwagę na inny aspekt działalności ks. dr. Stanisława Wilczewskiego, który oprócz pracy

duszpasterskiej i terapeutycznej wykladał fonetykę pastoralną, najpierw w Śląskim Seminarium Duchownym w Krakowie, a później również w seminariach częstochowskim i krakowskim. Uczył przyszłych kapłanów higieny głosu, estetyki mowy, komunikatywnego, z wewnętrznym zaangażowaniem i przeżyciem głoszenia słowa Bożego oraz akcji kaznodziejskiej. Przygotowywał wykładowców fonetyki pastoralnej dla kilku seminariów duchownych diecezjalnych i zakonnych. Znany był również jako wybitny mówca i kaznodzieja. W 1929 roku jako jeden z pierwszych głosił kazania w Polskim Radio. Cykl jego kazań radiowych „Pius XI i wielcy jego imiennicy na Stolicy Piotrowej” został wydany drukiem (Katowice 1929). Jako założyciel Kółka Homiletycznego i jego długoletni prezes (1932–1939) przyczynił się do rozwoju kaznodziejstwa w diecezji katowickiej.

Wystąpienia pierwszej części obrad koncentrowały się wokół złożonych aspektów funkcjonowania osób jękających się, profilaktyki i terapii logopedycznej w przypadku nie płynności mowy. Doktor Mieczysław Chęciek (Specjalistyczne Centrum Terapii Jękania w Wodzisławiu Śląskim, Wyższa Szkoła Ekonomii, Turystyki i Nauk Społecznych w Kielcach) w referacie zatytułowanym *Terapia osób jękających się w ujęciu interdyscyplinarnym* zwrócił uwagę na wieloaspektowość zaburzeń płynności mówienia i złożoność procesu terapeutycznego. Kolejny raz podkreślił rolę najbliższego środowiska – osób wspierających terapię jękających się.

Natomiast mgr Katarzyna Robakowska-Ploch (Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Świętochłowicach) w wystąpieniu *Z historii Polskiego Związku Jękających się oraz Światowego Dnia Osób Jękających się (International Stuttering Awareness Day, ISAD)* zaprezentowała historię oraz zasady funkcjonowania samopomocowych grup osób jękających się – klubów „J”.

Analizę sposobów przedstawiania problemów jękania się w Internecie wraz z prezentacją adresów polsko- i anglojęzycznych stron internetowych, na których można znaleźć rzetelne informacje na temat nie płynności mowy, omówiła dr Katarzyna Węsierska (Uniwersytet Śląski w Katowicach) w referacie zatytułowanym *Jękanie w sieci*.

Tuż przed przerwą głos zabrała dr Olga Przybyła (Uniwersytet Śląski w Katowicach). Zaprezentowała projekt: *Network for Tuning Standards & Quality of Educ. progs. for SLT in Europe (NetQues)*. Omówiła postępy nad opracowaniem jednolitych standardów kształcenia logopedów w krajach Unii Europejskiej. Jednym z głównych celów projektu jest podnoszenie standardów i jakości programów kształcenia logopedów w Europie.

Druga część konferencji obejmowała referaty dotyczące praktycznych aspektów terapii jękania. Jako pierwszy wystąpił mgr Tomasz Brawański (Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Cieszynie, SCTJ w Wodzisławiu Śląskim) z referatem *Wykorzystanie zjawiska opóźnionego sprzężenia zwrotnego w procesie terapii osób jękających się*. W swoim wystąpieniu omówił zastosowanie korektora „Echo”, którego działanie zostało oparte na metodzie „Echo” profesora Bogdana Adamczyka. Istotą prezentowanej metody jest mówienie w sposób zsynchronizowany z wła-

snym echem, opóźnionym o 0,1–0,3 sek., w czasie którego jąkanie nie pojawia się, a tempo mowy staje się wolniejsze. Wykorzystanie echokorektora i echa zapamiętanego stanowi jeden z elementów Zmodyfikowanego Programu Psychofizjologicznej Terapii Jąkających się.

Następnie *Techniki wspierające płynne mówienie u osób z dysfluencją mowy* przedstawiła mgr Elżbieta Bijak (Szkoła Podstawowa nr 3 z Oddziałami Integracyjnymi w Mikołowie, SCTJ w Wodzisławiu Śląskim). W swoim referacie omówiła: milczenie; maskowanie; mówienie rytmiczne; mówienie chóralne; metodę cienia; technikę zwolnionego, przedłużonego mówienia (TPM); gest upłynniająco-rytmizujący; technikę delikatnego startu mowy (TDSM) oraz próby celowego jąkania się, czyli technikę negatywnej praktyki. Podkreśliła, iż najlepsze efekty w terapii osób jąkających się osiąga się, stosując techniki płynnego mówienia jako integralny element spójnego systemu oddziaływań terapeutycznych.

W kolejnym wystąpieniu mgr Elżbieta Skrzypiec-Kucharzewska (Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Siemianowicach Śląskich, SCTJ w Wodzisławiu Śląskim) przedstawiła *Trening oddechowo-emisyjno-dykcijny osób z zaburzeniami płynności mówienia*. Logopeda emisjolog zapoznała słuchaczy z założeniami i warunkami prowadzenia terapii oddechowo-emisyjno-dykcijnej, z wykorzystaniem muzykoterapii i śpiewoterapii, w której ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia fonacyjne i artykulacyjne ukierunkowane są na poprawę płynności mowy oraz zwolnienie tempa mowy.

Referat *Logofobia – patologiczny lęk przed mówieniem u osób jąkających się* wygłosiła mgr Justyna Toronczak (Zespół Szkół Ogólnokształcących nr 13 w Zabrze, SCTJ w Wodzisławiu Śląskim). Obniżanie poziomu logofobii – społecznego lęku przed mówieniem (przed wypowiedaniem się na forum grupy, udziałem w dyskusji, nawiązaniem rozmowy czy też publicznymi wystąpieniami) jest jednym z zasadniczych celów prowadzonej terapii osób z problemami płynności mówienia. J. Toronczak omówiła psychoterapeutyczną metodę radzenia sobie z logofobią – relaksację i wizualizację.

Mgr Dorota Kamińska (Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Ciechanowie, Mazowieckie Samorządowe Centrum Doskonalenia Nauczycieli – Wydział w Ciechanowie, SCTJ w Wodzisławiu Śląskim) przedstawiła prezentację: *Oswajanie lęków – psychodrama i socjoterapia w pracy z osobami jąkającymi się*. W swoim wystąpieniu zwróciła uwagę, iż osoby z niepłynnością mowy potrzebują społecznego wsparcia, a także wiary w sens i skuteczność terapii, gdyż niepłynność mówienia w znacznym stopniu wpływa na ich samoocenę i samoakceptację. Głównym zadaniem w tym zakresie jest udzielanie im wsparcia emocjonalnego, dostarczanie pozytywnych „wzmocnień”, a także pomoc w rozwiązywaniu problemów osobistych, umożliwienie lepszego poznania siebie, swoich „mocnych stron” oraz umiejętnego wykorzystywania ich w sytuacjach życiowych.

Jako ostatni przed warsztatami głos zabral Maciej Paszkowski (student Uniwersytetu Łódzkiego), który swoim wystąpieniem: *Moja droga do płynnego mówienia*

dał świadectwo, że warto walczyć o płynną mowę i swobodę w komunikowaniu się. Kiedyś jękający się, dzisiaj wolontariusz wspierający terapię innych jękających się w czasie turnusów terapeutycznych organizowanych przez Specjalistyczne Centrum Terapii Jękania w Wodzisławiu Śląskim, podzielił się ze słuchaczami swoimi refleksjami na temat własnej terapii, towarzyszących jej emocji, potknięć, walce, wątpliwości, sukcesach małych i większych oraz pomaganiu innym. Przyznał: „Tak wiele jękanie mi zabrało, tak wiele czasu straciłem, tak wiele marzeń zaprzepaściłem, tak wiele przemilczałem...”

Tradycyjnie konferencję zamykały warsztaty z udziałem osób jękających się – uczestników konferencji, prowadzone przez terapeutów ze Specjalistycznego Centrum Terapii Jękania w Wodzisławiu Śląskim. Pokazowa sesja terapeutyczna rozpoczęła się od wyjścia jękających się osób na mównicę i powiedzenia kilku słów o sobie pozostałym uczestnikom konferencji. Następnie przeprowadzono zajęcia z wykorzystaniem wizualizacji, celem wprowadzenia wszystkich uczestników obrad w stan wyciszenia i odprężenia. Następnie uczestnicy konferencji wykonywali ćwiczenia oddechowe, fonacyjne i artykulacyjne, elementy plastyki ruchu oraz ćwiczenia dykcyjne z wykorzystaniem tekstów. W czasie warsztatowej sesji przeprowadzono także trening zwolnionego mówienia z wykorzystaniem metody „Echo” oraz ćwiczenia Techniki Delikatnego Startu Mowy i innych technik płynnego mówienia.

Podsumowania i uroczystego zamknięcia konferencji dokonali dr Olga Przybyła i dr Mieczysław Chęciek, dziękując uczestnikom za przybycie i aktywne uczestnictwo. Szczególnie miłe słowa skierowali do licznie przybyłych jękających się. Wyrazili również nadzieję, że takie spotkania pomagają światu zrozumieć jękanie.

Noty o autorach

ELŻBIETA BIJAK, mgr pedagogiki, neurologopeda, oligofrenopeda. 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.

MIECZYŚLAW CHĘCIEK, dr nauk humanistycznych, pedagog, neurologopeda, nauczyciel akademicki. Autor Zmodyfikowanego Programu Psychofizjologicznej Terapii Jąkających się, opracowanego na podstawie wieloletnich doświadczeń w pracy terapeutycznej z jąkającymi się oraz wiedzy i umiejętności zdobytych w czasie licznych szkoleń i staży u uznanych specjalistów, m.in. w zakresie terapii jąkania i zaburzeń głosu w ośrodkach logopedyczno-foniatrycznych w Berlinie Zachodnim, Monachium, Londynie, Oksfordzie. Jego zainteresowania naukowe koncentrują się na problematyce klinicznych i logopedycznych zagadnień niepełności mowy (opublikował kilkadziesiąt opracowań na temat różnych aspektów jąkania). Jest zasłużonym działaczem Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, wieloletnim zastępcą przewodniczącego ZG PTL oraz wieloletnim przewodniczącym SO PTL.

GRAŻYNA JASTRZĘBOWSKA, dr nauk humanistycznych, logopeda, adiunkt w Zakładzie Polonistyki Stosowanej Instytutu Polonistyki i Kulturoznawstwa Uniwersytetu Opolskiego. Od 1993 roku kieruje Pomagisterskim Studium Logopedycznym i Podyplomowym Studium Terapii Pedagogicznej. Współpracuje z różnymi ośrodkami akademickimi w Polsce, jest członkiem Komisji Rozwoju i Zaburzeń Mowy Komitetu Językoznawstwa PAN, członkiem Polskiego Towarzystwa Neuropsychologicznego. Jest autorką kilkadziesiątu opracowań naukowych, w tym kilku podręczników, m.in.: *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, *Podstawy logopedii dla studentów logopedii, pedagogiki, psychologii, filologii*. Do jej najważniejszych zawodowych osiągnięć należą akademickie podręczniki *Logopedia. Pytania i odpowiedzi* oraz *Podstawy neurologopedii*.

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. Jest autorką publikacji logopedycznych z zakresu jękania, m.in.: *Wspomaganie płynności mowy dziecka – profilaktyka, diagnoza i terapia jękania wczesnodziecięcego* (Kraków 2006), *Jękanie – „przywilej” królów? Szczęściem jest, gdy nasze myśli mogą stać się słowami – czyli słów kilka o jękaniu* („Emocje” 2011, nr 2 i 3), *Efektywność terapii osób jękających się uczestniczących w specjalistycznych turnusach terapeutycznych* („Forum Logopedyczne”, nr 15), *Dlaczego dziecko się jęka? – 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).

BARBARA KASICA, mgr psychologii, surdopedagog, logopeda. Diagnostuje i prowadzi terapię logopedyczną osób z zaburzeniami słuchu i mowy od ponad dwudziestu lat. Jest kierownikiem Specjalistycznego Ośrodka Diagnostyki i Rehabilitacji dla Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu PZG w Katowicach; koordynatorem „Dźwięków marzeń” Fundacji Orange województwa śląskiego. Jej główne zainteresowania badawcze dotyczą problemów edukacji i rehabilitacji głuchych i niedosłyszących. Wygłosiła kilkadziesiąt odczytów na krajowych i międzynarodowych konferencjach, ma w swoim dorobku kilka artykułów z obszaru surdologopedii.

KATARZYNA KASICA-BAŃKOWSKA, mgr fizjoterapii, logopeda, 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.

WŁADYSŁAWA KSIĄŻEK-BRYŁOWA, prof. dr hab., pracownik Instytutu Filologii Polskiej Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Jest autorką trzech monografii: *Wariantywność polskiej fleksji* (współautor. z T. Skubalanką, Wrocław 1992); *Wariantywność fleksji w historii i gwarach języka polskiego* (Lublin 1994); *Wacław Potocki i jego Ogród, ale nieplewiony* (Lublin 2009), ponad stu artykułów naukowych oraz opublikowała wiele prac pod swoją redakcją. Zajmuje się językoznawstwem historycznym i synchronicznym. Ostatnio podjęła badania z zakresu pragmatyki językowej (przygotowała m.in. zajęcia fakultatywne z języka pisarzy, roli kobiety w języku i kulturze, języka agresji, języka pisarzy regionu). Wypromowała doktora i ponad 200 magistrów filologii polskiej, ponad 70 licencjatów. Prowadzi zajęcia na studiach doktoranckich, magisterskich i licencjackich na kierunku filologia polska i logopedia. W latach 1996–2002 pełniła funkcję prodziekana Wydziału

Humanistycznego, 2002–2005 – senatora Senatu UMCS, 1996–2005 – członka Senackiej Komisji ds. Dydaktyki i Wychowania. W latach 2000–2012 uczestniczyła w 25 konferencjach naukowych, współorganizowała 8 konferencji z cyklu: „Spotkania Lubelskich Językoznawców” (z Katedrą Języka Polskiego KUL) i 4 konferencje Dni Lublina w Poznaniu (wraz z UAM i KUL). W latach 2000–2008 była opiekunem Kolegium Nauczycielskiego w Radomiu. Wielokrotnie brała udział jako recenzentka w przewodach doktorskich, habilitacyjnych i na stopień naukowy profesora.

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.

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.

ANNA ŁOBOS, dr nauk humanistycznych w zakresie językoznawstwa, adiunkt w Katedrze Edukacji Muzycznej i Arteterapii Instytutu Pedagogiki Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Jest absolwentką dziennych studiów magisterskich na Wydziale Filologicznym Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie oraz absolwentką Studium Pedagogicznego na Uniwersytecie Jagiellońskim. Jest autorką kilkudziesięciu publikacji naukowych. Należy do Polskiego Towarzystwa Językoznawczego. Jej zainteresowania naukowe obejmują: językoznawstwo i pedagogikę; język współczesnych mediów masowych i jego wpływ na dzieci i młodzież; język regionu – miejsce gwary we współczesnej szkole; kultura języka – język mówiony i pisany dzieci i dorosłych; język w społeczeństwie konsumpcyjnym; literatura piękna i jej miejsce w dzisiejszym świecie – dziecko w świecie literatury.

MARZENA MACHOŚ, dr nauk humanistycznych w zakresie językoznawstwa, filolog, logopeda, specjalista wczesnej logopedii klinicznej, oligofrenopeda, dogoterapeuta (certy-

fikat Fundacji Dogtor). Pracuje w Szkole Podstawowej nr 14 z Oddziałami Integracyjnymi w Zabrzcu oraz w Ośrodku Wczesnej Interwencji w Zabrzcu. 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, wspomagania 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.

MAJA PATALONG-OGIEWA, lekarz, specjalista neurolog, psycholog o specjalności diagnoza i terapia neuropsychologiczna. Jest wykładowcą Śląskiego Uniwersytetu Medycznego i Podyplomowych Kwalifikacyjnych Studiów Logopedii i Medialnej Emisji Głosu. Specjalność – Neurologopedia. W swoich zainteresowaniach zawodowych główny nacisk kładzie na deficyty językowe i kognitywne wynikające z uszkodzenia prawej półkuli mózgu.

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.

DAVID ROWLEY, honorowy starszy pracownik naukowy Uniwersytetu De Montfort, Leicester w Wielkiej Brytanii. Jego główne zainteresowania badawcze koncentrują się na klinicznych i logopedycznych problemach niepełności mowy. Jest autorem kilkudziesięciu publikacji o zasięgu krajowym oraz międzynarodowym. Przez wiele lat organizował konferencje na temat różnych aspektów jąkania się, m.in. międzynarodowe Oksfordzkie Konferencje Dysfluencji Mowy.

KRYSTYNA SACHER-SZAFRAŃSKA, pedagog, neurologopeda. Zajmuje się zaburzeniami komunikacji i mowy na podłożu neurologicznym, anatomicznym i psychogennym. Specjalizuje się w rozwijaniu sprawności komunikacyjnych u dzieci z (ASD) – zaburzeniami autystycznego spektrum, a także w zaburzeniach płynności mowy. Wykorzystuje w pracy również (AAC) alternatywne i wspomagające metody komunikacji. Prowadzi terapie indywidualne oraz grupowe dla: dzieci autystycznych i młodzieży jąkającej się. Ukończyła m.in. Studia Podyplomowe Logopedii i Glottodydaktyki z Terapią Pedagogiczną w Uniwersytecie Śląskim. Pracuje w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Gliwicach.

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.

RENATA TOMASZUK-WIECZOREK, neurologopeda, wykształcenie zdobywała na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach oraz na Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej. Logopedyczną drogę zawodową rozpoczęła od pracy w Ośrodku Rehabilitacyjno-Opiekuńczym w Mysłowicach. Obecnie pracuje w Centrum Zdrowia w Mikołowie oraz w Poradni Logopedycznej w Rybniku. Instruktorski Kurs Masażu Shantala był początkiem

intensywnego wprowadzania masażu (oraz pokrewnych technik) do stosowanej terapii logopedycznej. W 2012 roku została członkiem Polskiego Związku Głuchych.

JOANNA TUREK, magister pedagogiki. Ukończyła studia podyplomowe z zakresu logopedii i neurologopedii na Uniwersytecie Śląskim. Uczestniczyła w licznych konferencjach naukowych oraz kursach i szkoleniach z zakresu zaburzeń rozwoju dziecka oraz metod jego wspierania. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się na: problemach rozwijania sprawności komunikacyjnych u dzieci, zagadnieniach związanych z zaburzeniami rozwoju mowy u dzieci i trudnościami w uczeniu się. Na co dzień pracuje w jednej z mysłowickich szkół podstawowych.

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 międzynarodowego czasopisma „Logopedia” (w bazie *ERIH*). Jest wybitnym i cenionym specjalistą od wielu lat związanym z Komisją Rozwoju i Zaburzeń Mowy Komitetu Językoznawstwa PAN. Jest autorem kilkunastu publikacji o zasięgu krajowym oraz międzynarodowym poświęconych zjawiskom normatywnym oraz zaburzeniom mowy, m.in. badaniom nt. swoistości narracji schizofrenicznej dzieci i dorosłych (*Zaburzenia języka w schizofrenii*, 2000; *Narracja w schizofrenii*, 2005), klinicznym i logopedycznym problemom niepełności mowy.

Redaktor
Olga Nowak

Projekt okładki, strony tytułowej i stron działowych
Paulina Dubiel

Redaktor techniczny
Małgorzata Pleśniar

Łamanie
Beata Klyta

Copyright © 2013 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
e-mail: wydawus@us.edu.pl

Wydanie I. Nakład: 120 + 50 egz. Ark. druk. 15,25
Ark. wyd. 19,00 Papier offset. kl. III, 90 g
Cena 34 zł (+ VAT)

Druk i oprawa: PPHU TOTEM s.c.
M. Rejnowski, J. Zamiara
ul. Jacewska 89, 88-100 Inowrocław

Neurologopeda potrafi Ci pomóc!

Kłopoty z jedzeniem mają nie tylko **niejadki**.
Sprawdź, gdzie leży problem.



Zgubić drogę
można nie tylko
w obcym mieście.



Czy Twoje dziecko
ma **problemy**
z **komunikowaniem się**?
Można je przezwyciężyć!



Znasz kogoś **po udarze**?
Czy ta osoba
ma **zaburzenia mowy**?



Zespół Downa i porażenie
mózgowe mogą iść w parze
z **zaburzeniami mowy**
i **połykania**.



Chorobie **Parkinsona**
towarzyszą
zaburzenia mowy



Już dziś znajdź specjalistę!



Studia Podyplomowe
Kwalifikacyjne
Logopedii
i Medialnej Emisji Głosu

Specjalności:
LOGOPEDIA
MEDIALNA EMISJA GŁOSU
NEUROLOGOPEDIA



Wydział
Filologiczny
Uniwersytet Śląski
w Katowicach

40-032 Katowice
pl. Szopena 3/4 kat. 1
tel. 32 209 40 00
e-mail: logopedka@us.edu.pl
www.logopedka@us.edu.pl

opracowanie:
Tatiana Lewicka, Olga Frydryk,
Aleksandra Serbota
konwersja do m. med. Aneta Wala
projekt graficzny: Beata Szała

Dotychczas ukazał się
Tom 1, Katowice 2012

W przygotowaniu
Tom 3, Katowice 2014

Cena 34 zł (+ VAT)

ISSN 0208-6336

ISSN 2391-4297