

# Logopedia Silesiana 6



WYDAWNICTWO  
UNIwersYTETU ŚLĄSKIEGO  
KATOWICE 2017



# Logopedia Silesiana

Tom 6





# Logopedia Silesiana 6

Tom

pod redakcją Olgi Przybyli

Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego  
Katowice 2017

## KOMITET REDAKCYJNY • EDITORIAL BOARD

### Redaktor Naczelny • Editor-in-Chief

OLGA PRZYBYŁA (Uniwersytet Śląski w Katowicach – [olga.przybyla@us.edu.pl](mailto:olga.przybyla@us.edu.pl))

### Sekretarz • Secretary

KATARZYNA NIESPOREK (Uniwersytet Śląski w Katowicach – [katarzyna.niesporek@us.edu.pl](mailto:katarzyna.niesporek@us.edu.pl))

### Korekta językowa: język angielski • Proofreading: English

MICHAŁ KISIEL (Uniwersytet Śląski w Katowicach), ANNA KISIEL (Uniwersytet Śląski w Katowicach)

### Członkowie • Members

MIECZYSLAW CHĘCIEK (Staropolska Szkoła Wyższa w Kielcach), GRAŻYNA JASTRZĘBOWSKA (Uniwersytet Opolski), KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY (Uniwersytet Gdański), BARBARA KASICA (Specjalistyczny Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji dla Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu PZG w Katowicach), TATIANA LEWICKA (Uniwersyteckie Centrum Medyczne im. prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach), ALINA MACIEJEWSKA (Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Kielcach), 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, Belgium), DOBRINKA GEORGIEWA (South-West University, Department of Logopedie, Błagojewgrad, Bułgaria), STANISŁAW GRABIAS (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie), ELENA KITIK (Russian Academy of Education, Institute of Special Education, Moskwa, Rosja), PÉTER LAJOS (Uniwersytet Eötvös Loránd „Bárczi Gusztáv”, Faculty of Special Education, Budapeszt, Węgry), DAWID LARYSZ (Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach), STANISŁAW MILEWSKI (Uniwersytet Gdański), TATIANA NIKOLAYEVA (Russian Academy of Education, Institute of Special Education, Moskwa, Rosja), GRZEGORZ OPALA (Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach), DANUTA PLUTA-WOJCIECHOWSKA (Uniwersytet Śląski w Katowicach), JÓZEF PORAYSKI-POMSTA (Uniwersytet Warszawski), HENRYK SKARŻYŃSKI (Światowe Centrum Słuchu, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu), ALDONA SKUDRZYK (Uniwersytet Śląski w Katowicach), LESZEK SZEWCZYK (Uniwersytet Śląski w Katowicach), SEYHUN TOPBAS (Anadolu University, Department of Speech and Language Therapy, Turcja), KATEŘINA VITAŠKOVÁ (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, Belgium), EWA CZAPLEWSKA (Uniwersytet Gdański), DOBRINKA GEORGIEWA (South-West University, Department of Logopedie, Błagojewgrad, Bułgaria), GRAŻYNA GUNIA (Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie), ZDZISŁAW M. KURKOWSKI (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie), EDWARD ŁUCZYŃSKI (Uniwersytet Gdański), MIROSLAW MICHALIK (Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie), KAZIMIERZ OŻÓG (Uniwersytet Rzeszowski), JOLANTA PANASIUK (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie), MAŁGORZATA ROCLAWSKA-DANIŁUK (Uniwersytet Gdański)

### Adres Redakcji • Contact

pl. Sejmu Śląskiego 1, 40-032 Katowice, tel. 32 200 94 36, [www.logopedia.us.edu.pl](http://www.logopedia.us.edu.pl)

Publikacja jest dostępna także w wersji internetowej:

Central and Eastern European Online Library

[www.cceol.com](http://www.cceol.com)

## Spis treści

Wprowadzenie (OLGA PRZYBYŁA) . . . . .	9
--	---

### Część pierwsza

#### Prace naukowo-badawcze

KATEŘINÁ VITÁSKOVÁ Evaluation of Motor and Oral-motor Imitation in the Context of Pragmatic Communication Assessment in Children with Autism Spectrum Disorder, Mild Intellectual Disability, Specific Language Impairment and Typical Population . . . . .	15
JOLANTA PANASIUK Dysocjacja czy neurodegeneracja. Problemy diagnozy, leczenia i terapii . . . . .	27
BARBARA KAMIŃSKA, KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY Przyczyny i konsekwencje zmian w narządzie żucia u osób starszych . . . . .	46
WOJCIECH LIPSKI Wieloznaczność rozumienia terminu „konotacja” i jego aplikatywność w badaniach nad zaburzeniami mowy . . . . .	57
EWA HRYCYNĄ Rozwijanie słownictwa u dzieci w wieku przedszkolnym z zaburzeniami ekspresji werbalnej. Problemy teoretyczne . . . . .	73
MARTA WYSOCKA, LUIZA MACKIEWICZ Odbiór emocji wyrażonych w prozodii u dzieci z uszkodzonym narządkiem słuchu . . . . .	89
ANNA CZYŻ Wsparcie osób niesłyszących w rozumieniu treści przekazu za pomocą SignWritingu . . . . .	104
KAMIŁA DĘBIŃSKA-GUSTAW Badanie alalii prolongaty – propozycja metodologiczna . . . . .	115
MAGDALENA BURY-KAMIŃSKA, ANNA GAJDA Dwutorowe programowanie terapii logopedycznej z wykorzystaniem metod komunikacji wspomagającej i alternatywnej (AAC) . . . . .	139

Część druga  
**Studia z praktyki logopedycznej**

URSZULA CISZEWSKA-PSUJEK Sprawność narracyjna w chorobie alkoholowej . . . . .	159
MONIKA KOWALSKA Diagnoza sprawności komunikacyjnej dorosłej osoby z niepełnosprawnością sprzężoną. Studium przypadku . . . . .	189
ANNA ŻYWOT „Imituję, więc jestem” – kilka uwag do kluczowego procesu w nabywaniu języka w świetle metody wideomodelowania Gemiini jako narzędzia wspomagającego roz- wój mowy . . . . .	202
MAGDALENA KWATERKIEWICZ Wpływ ćwiczeń muzycznych i muzyczno-ruchowych na rozwój kompetencji prozodycznych dzieci pięcioletnich i sześciolatków . . . . .	211
ANETA SYTA Dyslalia ankyloglosyjna – wpływ na wymowę sześciolatków . . . . .	223
DOROTA KAMIŃSKA Teoria ograniczeń ( <i>Theory of Constraints</i> – TOC) w kontekście wspierania procesu terapii osób jękających się . . . . .	234
ANETA SYTA Głos w pracy pedagoga. Znaczenie, problemy i profilaktyka oraz propozycja ćwiczeń logopedycznych . . . . .	269

Część trzecia  
**Pomoce, recenzje**

JOANNA BŁAŻEJEWSKA-ZIORA Narzędzie diagnostyczne do wykorzystania we wczesnej interwencji neurologope- dycznej – kwestionariusz do oceny funkcjonowania małego dziecka do 12. miesiąca życia na podstawie wywiadu z rodzicami . . . . .	283
AGNIESZKA OKRASIŃSKA Recenzja: Zbigniew Tarkowski: <i>A New Approach to Stuttering Diagnosis and Therapy</i> . New York, Nova Sciences Publishers 2017, 207 stron . . . . .	304
DOROTA WIEWIÓRA Recenzja: <i>Patologia mowy</i> . Red. nauk. Zbigniew Tarkowski. Harmonia Universalis, Gdańsk 2017, 477 stron . . . . .	308
Noty o autorach . . . . .	313
Streszczenia . . . . .	319

## Contents

Introduction (OLGA PRZYBYLA) . . . . .	9
--	---

### Part One

#### Scientific Research

KATEŘINA VITÁSKOVÁ Evaluation of Motor and Oral-motor Imitation in the Context of Pragmatic Communication Assessment in Children with Autism Spectrum Disorder, Mild Intellectual Disability, Specific Language Impairment and Typical Population . . . . .	15
JOLANTA PANASIUK Dissociation or Neurodegeneration. Problems with Diagnosis, Treatment and Therapy . . . . .	27
BARBARA KAMIŃSKA, KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY Causes and Consequences of Changes in Chewing Organ of the Elderly . . . . .	46
WOJCIECH LIPSKI The Ambiguity of the Term “Connotation” and Its Applicability in Speech Disorder Studies . . . . .	57
EWA HRYCZYNA Developing Vocabulary in Pre-school Children with Impaired Verbal Expression. Theoretical Problems . . . . .	73
MARTA WYSOCKA, LUIZA MACKIEWICZ Reception of Emotions Expressed in the Prosy by Children with Damaged Hearing System . . . . .	89
ANNA CZYŻ Support for Deaf People in Understanding Messages by Means of SignWriting . . . . .	104
KAMILA DĘBIŃSKA-GUSTAW Examination of Alalia Prolongata – a Methodological Proposal . . . . .	115



MAGDALENA BURY-KAMIŃSKA, ANNA GAJDA Two-pronged Programming of Speech Therapy with the Application of AAC Methods . . . . .	139
---	-----

**Part Two**

**Research Conclusions and Studies on Speech Therapy Activities**

URSZULA CISZEWSKA-PSUJEK Narrative Abilities in Alcohol Use Disorder . . . . .	159
MONIKA KOWALSKA Diagnosis of Communication Skills of Adults with Multiple Disabilities. A Case Study	189
ANNA ŻYWOT “I Imitate, Therefore I Am” – a Few Remarks on the Key Process of Language Acquisition in the Light of the Gemiini Video Modelling Method as a Tool Supporting Speech Development . . . . .	202
MAGDALENA KWATERKIEWICZ Influence of Music and Movement Exercises on the Development of Prosodic Competences in Five- and Six-year-old Children . . . . .	211
ANETA SYTA Ankyloglossia – Its Influence on the Pronunciation in Six-year-olds . . . . .	223
DOROTA KAMIŃSKA Theory of Constraints – TOC in the Context of Stammering Treatment Support . . . . .	234
ANETA SYTA Voice in Teacher’s Work. Significance, Issues, Prophylaxis and Proposal of Speech Therapy Exercises . . . . .	269

**Part Three**

**Supporting Materials and Reviews**

JOANNA BŁĄŻEJEWSKA-ZIORA A Diagnostic Tool to Apply in Early Neurological Speech Therapy Intervention: A Questionnaire Based on an Interview with Parents for Assessing the Functioning of a Small Child up to 12 Months of Age . . . . .	283
AGNIESZKA OKRASIŃSKA Review: Zbigniew Tarkowski: A New Approach to Stuttering Diagnosis and Therapy. New York, Nova Sciences Publishers 2017, 207 pages . . . . .	304
DOROTA WIEWIÓRA Review: <i>Patologia mowy</i> [Speech-language Pathology]. Red. nauk. Zbigniew Tarkowski. Harmonia Universalis, Gdańsk 2017, 477 pages . . . . .	308
Notes on contributors . . . . .	313
Summaries . . . . .	319

## Wprowadzenie

Uwaga badaczy w dziedzinie logopedii jest skierowana na człowieka i ludzkie procesy porozumiewania się. Łączy się z analizą złożonej relacji między człowiekiem, językiem i światem oraz dążeniem do odnajdywania coraz to doskonalszych narzędzi badawczych, pozwalających odkrywać tajemnice człowieka jako istoty biologicznej oraz jako istoty społecznej zanurzonej w mowie. Jak podkreślał Martin Heidegger: „Człowiek mówi. Mówimy na jawie i we śnie. Mówimy ciągle – także wtedy, gdy nie wypowiadamy ani słowa, lecz tylko słuchamy albo czytamy, nawet wtedy, gdy właściwie ani nie słuchamy, ani nie czytamy, lecz oddajemy się pracy lub korzystamy z wolnego czasu. Stale w jakiś sposób mówimy. Mówimy, bo mówienie jest dla nas czymś naturalnym”<sup>1</sup>. W mówieniu odzwierciedlają się bowiem procesy przetwarzania informacji w umyśle/mózgu. Mówienie jest w istocie „procedurą kognicji, a dopiero wtórnie – elementem komunikacji”<sup>2</sup>. Umożliwia scalanie obrazu rzeczywistości w ludzkim umyśle, rozpoznawanie i porządkowanie tego, co dzieje się w człowieku i w jego otoczeniu. Jednakże sytuacja diametralnie zmienia się w stanach dysfunkcji organizmu ludzkiego i współwystępujących trudności w budowaniu komunikatywnie zbliżonych obrazów świata.

Poszukiwanie naukowego uzasadnienia dla opisu odmiennych przyczynowo i objawowo jednostek zaburzeń mowy znajduje swoje odzwierciedlenie w korzystaniu przez logopedów z bogactwa osiągnięć interdyscyplinarnych (nauk humanistycznych, biologicznych i medycznych) w dążeniu do weryfikacji dotychczasowych dociekań, wskazywaniu konkretnych działań stymulujących rozwój mowy czy też omawianiu metod umożliwiających odzyskiwanie zdolności w tym zakresie utraconych. Wraz z odkrywaniem metodologicznych uzasadnień dla prawideł językowego komunikowania się, badacze analizują zaburzenia komunikacji

---

<sup>1</sup> M. HEIDEGGER: *W drodze do języka*. Przeł. J. MIZERA. Warszawa, Aletheia 2007, s. 5.

<sup>2</sup> K. KRAKOWIAK: *Dar języka*. Lublin, Wydawnictwo KUL 2012, s. 168.

językowej oraz wskazują na ich złożony, wieloaspektowy charakter, celem określenia zasad istotnych i bezwzględnie koniecznych w praktyce terapeutycznej. Zrozumienie etiologii trudności dotyczących porozumiewania się pozwala na właściwy dobór metod i technik pracy, a przede wszystkim na ustalenie właściwej gradacji celów terapii oraz określenie rokowań. Podstawowym celem oddziaływań jest przyczynianie się do budowania wzajemnej komunikacji, dzięki której osoba posiadająca nierzadko ograniczone możliwości w zakresie bezpośredniej werbalnej aktywności będzie mogła doświadczać relacji z drugim człowiekiem i będzie uczyć się wyrażać intencje komunikacyjne poprzez dostępne jej modalności. Ważne jest bowiem, aby – niezależnie od stanu funkcjonalnego – stwarzać możliwość komunikowania się z innymi.

\* \* \*

Artykuły zgromadzone w szóstym tomie zawierają cenne teoretyczne wnioski i propozycje praktycznych rozwiązań względem omawianych zagadnień. Tom otwiera część zatytułowana *Prace naukowo-badawcze*, w której zamieszczono dziewięć artykułów. Pierwszy z nich, autorstwa Kateřiny Vitáskovej, jest poświęcony klinicznemu i logopedycznemu problemom związanym z oceną pragmatycznych umiejętności językowych u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. W opracowaniu zostały przedstawione wstępne wyniki badań (fazy związane z projektowaniem i weryfikacją nowych narzędzi) prowadzonych przez Autorkę w ramach projektu badawczego dotyczącego roli umiejętności naśladownictwa jako jednego z głównych mechanizmów rozwoju pragmatycznych zachowań komunikacyjnych. Z kolei Jolanta Panasiuk, podejmując w artykule złożone zagadnienie związane z różnicowaniem objawów dysocjacji i neurodegeneracji u chorych w okresie adolescencji, przedstawiła studium przypadków czterech spokrewnionych kobiet, reprezentujących trzy pokolenia (dwie siostry, ich matka i babka), u których na różnych etapach życia wystąpiły zróżnicowane objawy procesu neurodegeneracyjnego uwarunkowanego genetycznie. Na kwestie związane z fizjologicznymi zmianami zachodzącymi w układzie stomatognatycznym u osób w podeszłym wieku zwróciły uwagę Barbara Kamińska i Katarzyna Kaczorowska-Bray. Autorki wykazały związek tego układu z czynnościami żucia i połykania oraz ogólnym stanem zdrowia i funkcjonowania społecznego starszych osób. Wojciech Lipski skoncentrował się na wieloznaczności terminu „konotacja” i wskazaniu jego aplikatywności w badaniach nad zaburzeniami mowy, szczególnie w opisie zaburzeń językowych w schizofrenii, afazji oraz demencji. Artykuł Ewy Hrycyny dotyczy natomiast teoretycznych problemów związanych z rozwijaniem słownictwa u dzieci przedszkolnych z zaburzeniami ekspresji werbalnej. Autorka podkreśla ważność podejmowanego zagadnienia, wynikającą z roli, jaką odgrywa słownictwo w rozwoju społecznym, edukacyjnym, kulturowym. Tematykę artykułu Marty Wysockiej i Luizy Mackiewicz stanowi funkcja prozodii mowy i jej istotność dla

rozumienia i interpretacji komunikatów językowych, prezentowane w kontekście wyników badań własnych nad percepcją zakodowanych w prozodii mowy emocji (radości, smutku i złości) przez dzieci z prelingwalnym uszkodzeniem narządu słuchu. W przestrzeni problematyki surdologopedycznej mieści się artykuł Anny Czyż. Autorka przedstawia badania mające na celu zweryfikowanie skuteczności wsparcia za pomocą SignWritingu nauki fonicznego języka polskiego osób niesłyszących. Badaniu sprawności językowych dzieci z alalią prolongatą w szóstym roku życia, na tle dzieci w normie biologicznej, jest poświęcony artykuł Kamili Dębińskiej-Gustaw. Przedstawiono w nim stan badań nad opóźnionym rozwojem mowy oraz zaprezentowano metodę polegającą na zastosowaniu własnego narzędzia do oceny sprawności językowych dzieci z opóźnionym rozwojem mowy, a także dzieci w normie biologicznej. Tematyka programowania sprawności językowych i komunikacyjnych znalazła się również w kręgu zainteresowań Magdaleny Bury-Kamińskiej i Anny Gajdy. Autorki podkreśliły zasadność dwutorowego programowania terapii logopedycznej z wykorzystaniem metod komunikacji wspomagającej i alternatywnej.

Część drugą tomu – *Studia z praktyki logopedycznej* stanowią szkice łączące różne koncepcje na temat postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Cykl artykułów otwierają dwie prace poświęcone omówieniu sprawności językowych osób dorosłych. Urszula Ciszewska-Psujek podjęła się przedstawienia złożonego zagadnienia diagnozy zaburzeń mowy osób uzależnionych od alkoholu. Oceniając sprawności narracyjne, wskazała na powstałe w wyniku choroby alkoholowej dysfunkcje poznawcze, które determinują stan zachowań językowych. Z kolei Monika Kowalska przedstawiła studium przypadku dotyczące rozwoju komunikacji u mężczyzny z niepełnosprawnością sprzężoną: autyzmem i umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną.

Problemy diagnozy i możliwości programowania języka u dzieci znalazły swoje odzwierciedlenie w kolejnych artykułach drugiej części „Logopedii Silesia-ny”. Przedmiotem uwagi Anny Żywot było omówienie znaczenia imitacji w rozwoju języka. Autorka wskazując, że przyczyną deficytów językowych może być wadliwe działanie systemów sensorycznych mózgu człowieka, podała propozycję terapii takich trudności w postaci opisu metody wideomodelowania Gemiini. Natomiast Magdalena Kwaterkiewicz zaprezentowała wyniki badań własnych dotyczących wpływu ćwiczeń muzycznych i muzyczno-ruchowych na rozwój kompetencji prozodycznych dzieci pięcio- i sześciioletnich. W postępowaniu badawczym Autorka zastosowała metodę eksperymentalną z wyborem grup równoległych, natomiast procedura badań objęła badanie słuchu fizjologicznego oraz badanie percepcji prozodii mowy dzieci z grupy eksperymentalnej i kontrolnej. W kręgu zainteresowań Anety Syty znalazły się dwa zagadnienia – dyslalia ankyloglosyjna oraz emisja głosu w pracy pedagoga. W pierwszym artykule Autorka omówiła wpływ skrócenia wędzidełka językowego na wymowę dzieci sześciioletnich (ocenie poddano realizację wszystkich podstawowych wariantów fonemów języka polskiego,

realizację grup spółgłoskowych, sprawdzono motorykę narządów mowy, a także poddano ocenie słuch fonematyczny badanych dzieci). W drugim przedstawiła treści z zakresu profilaktyki w zapobieganiu problemom i chorobom głosu wśród nauczycieli. Część zamyka artykuł Doroty Kamińskiej, w którym został przybliżony praktyczny aspekt zastosowania teorii ograniczeń (TOC) w ramach prowadzonych przez Autorkę grupowych zajęć terapii jąkania dla dzieci i młodzieży zorganizowanych w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ciechanowie.

W trzeciej części tomu, *Materiały, pomoce i sprawozdania*, zamieszczono trzy opracowania: kwestionariusz do oceny funkcjonowania małego dziecka do 12. miesiąca życia, zaproponowany przez Joannę Błażejewską-Ziorę, oraz dwie recenzje książek, autorstwa Agnieszki Okraśńskiej i Doroty Wiewióry.

\* \* \*

Zgodnie z tradycją czasopisma problematyka szóstego tomu „Logopedii Silesiany” ukazuje komunikację i mowę w bogatej perspektywie opisu. Zaprezentowane artykuły odzwierciedlają troskę Autorów o możliwie jak najdoskonalszy sposób przedstawienia mowy w rozwoju i w zaburzeniach, by po raz kolejny podkreślić, że analiza zachowań porozumiewania się niezmiennie wskazuje na złożone aspekty ludzkiego poznania i funkcjonowania.

Wyrażam szczególną wdzięczność autorom, recenzentom oraz redaktorom za ich nieoceniony wkład w powstanie tomu.

*Olga Przybyła*

CZĘŚĆ PIERWSZA

# Prace naukowo-badawcze

Logopedia  
Silesiana  
6





KATEŘINA VITÁSKOVÁ

Department of Speech and Language Therapy and Communication Ability Studies,  
Institute of Special Education Studies, Palacký University in Olomouc

## Evaluation of Motor and Oral-motor Imitation in the Context of Pragmatic Communication Assessment in Children with Autism Spectrum Disorder, Mild Intellectual Disability, Specific Language Impairment and Typical Population

**ABSTRACT:** Imitation is one of the major components in the development of pragmatic communication behaviour in all individuals. The ability to imitate and its possible impairment might play a significant role in diagnosing pragmatic language disorders in children of various groups with a risk of physiological speech development disorders stemming from their primary health disability, including people with autism spectrum disorders. In the process of designing and verifying a new assessment material for the evaluation of the ability to recognize pragmatic language disorders in people with autism spectrum disorders, the authors used selected items to assess the capability of motor and oral-motor imitation in children with autism spectrum disorders, specific language impairment (developmental dysphasia), mild intellectual disability, and typically developing children. The paper describes partial results of this research and discusses their potential correlations with the assessment of the pragmatic level of language in children with autism spectrum disorders from the perspective of the speech-language therapist.

**KEY WORDS:** Communication pragmatics, options of pragmatic communication level, pragmatically oriented communication situations, children with autism spectrum disorder

### Introduction

Imitation of motor behaviour is one of the major components in the development of pragmatic communication behaviour in all individuals. According to a study by G. Mendoza and H. Merchant,<sup>1</sup> the biological nature of this fact can be explained by the evolutionary pressure of the growing complexity of motor behaviour in primates on the development of specific phylogenetically younger cognitive abilities in primates, such as the ability to produce and per-

---

<sup>1</sup> G. MENDOZA, H. MERCHANT: *Motor system evolution and the emergence of high cognitive functions*. “Progress in Neurobiology” 2014, vol. 122, pp. 73–93. Available from: [10.1016/j.pneurobio.2014.09.001](https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2014.09.001) [access: 1.11.2017].



ceive speech or to distinguish and imitate another individual, or to reproduce rhythmic musical structure.<sup>2</sup> Moreover, these processes are largely genetically conditioned, as suggested for example by S. Fisher, S. Graham, and P. Deriziotis<sup>3</sup> and are associated with neuroanatomical structural deviations in the region of frontotemporal and frontoparietal connections, which was also demonstrated in children with autism spectrum disorders (ASD). In these children, the above-mentioned regions are deficient, which may be the cause of the children's motor difficulties and functional disintegration of perception of behaviours associated with emotional and social interaction-based abstract emotional concepts.<sup>4</sup>

According to several authors, the ability to imitate – and its possible impairment – plays a significant role in diagnosing pragmatic language disorders in children of various groups with a risk of physiological speech development disorders stemming from their primary health disability.<sup>5</sup> At the same time, an abnormal or atypical pragmatic level of language is one of the major diagnostic categories monitored in the assessment of autism spectrum disorders, although the latest research by M. Wiklund<sup>6</sup> should be considered here. Its conclusions, based on a conversation analysis, suggest that in people with autism spectrum disorders, a much higher interference concerning the understanding of the pragmatic meaning of speech causes an excessively literal perception of a language-based communication situation and a loss of context of the main topic rather than impaired recognition of prosodic features in speech or non-verbal communication aspects.

---

<sup>2</sup> R. PTAK, A. SCHNIDER, J. FELLRATH: *Opinion: The Dorsal Frontoparietal Network: A Core System for Emulated Action*. "Trends in Cognitive Sciences" 2017, vol. 21 (1), pp. 589–599.

<sup>3</sup> S. FISHER, S. GRAHAM, P. DERIZIOTIS: *Insights into the Genetic Foundations of Human Communication*. "Neuropsychology Review" 2015, vol. 25 (1), p. 3. Available from: 10.1007/s11065-014-9277-2 [access: 21.08.2017].

<sup>4</sup> R.L. MOSELEY, F. PULVERMÜLLER: *Special issue: Review: What can autism teach us about the role of sensorimotor systems in higher cognition? New clues from studies on language, action semantics, and abstract emotional concept processing*. "Cortex" 2017. Available from: 10.1016/j.cortex.2017.11.019 [access: 12.12.2017].

<sup>5</sup> K. VITÁSKOVÁ, L. ŠEBKOVÁ: *The Variable Professional Perception in Assessment of Pragmatic Language Level in Autism Spectrum Disorders and Related Developmental Difficulties*. "Procedia – Social and Behavioral Sciences" 2016, vol. 237, pp. 1019–1025.

<sup>6</sup> M. WIKLUND: *Interactional challenges in conversations with autistic preadolescents: The role of prosody and non-verbal communication in other-initiated repairs*. "Journal of Pragmatics" 2016, vol. 94, pp. 76–97.

## Assessment of oral-motor and motor imitation in relation to communication pragmatics

The assumptions mentioned above are obvious for example in people with autism spectrum disorders, as suggested by J.L. Stevenson, C.E. Lindley and N. Murlo.<sup>7</sup> Their findings show that motor skills were a much stronger predictor of a later diagnosed autism spectrum disorder than the assessment of the then state of pragmatic skills. Children with a later ASD diagnosis showed less motor behaviour compared with children with the so-called neurotypical development without impaired speech development. Children aged three to eighteen were monitored in a longitudinal manner. However, the impairment mechanism of imitation behaviour in people with autism spectrum disorders is subject to a broad debate. Despite some critical controversy concerning the complexity and ambiguity of the hypotheses associated with the clarification of the nature of motor imitation in people with ASD, the study primarily highlights the weak preference of perception or attention concerning the so-called biological movement or the weak ability to assess the intention to action. This results in, *inter alia*, impaired transformation of the visually perceived perspective into motor imitation.<sup>8</sup> At the same time, the relationship between (visual) perceptual processes and motor processes consists of various sub-representational phenomena aimed at various functions, which – according to G. Ferretti<sup>9</sup> – could explain the nature of motor representations.

The monitoring and assessment of subtle and often hidden markers of impairment or deviations from the neurotypical development of communication behaviour plays a key role in early and, if possible, differential diagnosis of disrupted communication ability, which is in addition to the primary speech and language development disorders without clear symptoms of atypical non-verbal communication associated with autism spectrum disorders, sensorineural hearing impairment and other aetiological predeterminants, as suggested for example by A. O'Hare<sup>10</sup>

<sup>7</sup> J.L. STEVENSON, C.E. LINDLEY, N. MURLO: *Retrospectively Assessed Early Motor and Current Pragmatic Language Skills in Autistic and Neurotypical Children*. "Perceptual & Motor Skills" 2017, vol. 124 (4), pp. 777–794.

<sup>8</sup> M. VANVUCHELEN et al.: *Review article: Understanding the mechanisms behind deficits in imitation: Do individuals with autism know 'what' to imitate and do they know 'how' to imitate?* "Research in Developmental Disabilities" 2013, vol. 34, pp. 538–545. Available from: 10.1016/j.ridd.2012.09.016 [access: 12.12.2017].

<sup>9</sup> G. FERRETTI, *Review article: Through the forest of motor representations*. "Consciousness and Cognition" 2016, vol. 43, pp. 177–196. Available from: 10.1016/j.concog.2016.05.013 [access: 20.03.2017].

<sup>10</sup> A. O'HARE: *Symposium: neurodisability: Communication disorders in preschool children*. "Paediatrics and Child Health" 2017, vol. 27, pp. 447–453. Available from: 10.1016/j.paed.2017.06.001 [access: 1.12.2017].

or K.K. Poon, L.R. Watson, G.T. Baranek, and M.D. Poe.<sup>11</sup> This could result in serious impairment of the child's personality development and a negative impact on the prognosis of the child's adaptability and social interactions, school failure and other undesirable consequences in the future. An important role in the identification of an increased risk of diagnosing autism spectrum disorders as well as specific language impairment is played by the assessment of motor development, although the exact mechanisms of a subtle criterion-based differentiation between the two aetiologically and symptomatically related diagnostic categories are yet unknown (cf., e.g., M. McPhillips, J. Finlay, S. Bejerot, M. Hanley<sup>12</sup>).

As far as their executive nature is concerned, oral-motor imitation skills may be both verbal and non-verbal. For a long time, clinicians in the field of international speech-language pathology have analysed the effect of two forms of oral-motor behaviour on the development of speech and language skills. Frequently, a correlation is made with the monitoring of myofunctional parameters of the development of orofacial system and its primary functions (sucking chewing, swallowing, etc.) (cf., e.g., A. de M. Melo, T.G. dos S. Martins, T.L. dos Silva Santos, A. dos S. Silva, and N.N. da S. Santos,<sup>13</sup> S. Sampallo-Pedroza, L.F. Cardona-Lopez, and K.E. Ramirez-Gomez<sup>14</sup>). In relation to the groups monitored in the present research, what is worth mentioning are the recent results by J.C. Dalton, E.R. Crais and S.L. Velleman,<sup>15</sup> who analysed the relationship between joint attention and the quality of oral-motor imitation in preschool children and observed a decreased ability to produce joint attention in children with autism spectrum disorders, which correlated with a lower quality of non-verbal oral imitation and verbal motor imitation compared with groups of children with a developmental articulation disorder (developmental dyslalia) and a group of typically developing

<sup>11</sup> K.K. POON et al.: *To what extent do joint attention, imitation, and object play behaviors in infancy predict later communication and intellectual functioning in ASD?* "Journal of Autism and Developmental Disorders" 2012, vol. 42 (6), pp. 1064–1074.

<sup>12</sup> M. MCPHILLIPS et al.: *Motor Deficits in Children with Autism Spectrum Disorder: A Cross-Syndrome Study*. "Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research" 2014, vol. 7 (6), p. 664. Available from: 10.1002/aur.1408 [access: 15.01.2016].

<sup>13</sup> A. DE MEDEIROS MELO et al.: *Feeding profile and oral motor development of low birth weight infants*. "CEFAC" 2016, vol. 18 (1), pp. 86–94. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462016000100086&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462016000100086&lng=en&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620161814415> [access: 12.12.2017].

<sup>14</sup> R.S. SAMPALLO-PEDROZA, L.F. CARDONA-LOPEZ, K.E. RAMIREZ-GOMEZ: *Description of oral-motor development from birth to six years of age*. "Revista de la Facultad de Medicina" 2014, vol. 62(4), pp. 593–604. Available from: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-0112014000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-0112014000400012&lng=en&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n4.45211> [access: 12.12.2017].

<sup>15</sup> J.C. DALTON, E.R. CRAIS, S.L. VELLEMAN: *Joint attention and oromotor abilities in young children with and without autism spectrum disorder*. "Journal of Communication Disorders" 2017, vol. 69, pp. 27–43. Available from: 10.1016/j.jcomdis.2017.06.002 [access: 12.12.2017].

children. Moreover, children representing the typical population were capable of better imitation compared with children with the articulation disorder, which is consistent with a similar conclusion concerning the relationship between oral-motor abilities and speech development. Based on these findings, the authors of the study predict a strong positive association between joint attention abilities and the ability to produce serial non-verbal oral-motor and verbal-motor activities in children with ASD. At the same time, a multisensory input combining the auditory, visual and tactile modalities has a positive effect on an increased non-verbal oral as well as verbal imitation performance in all groups of children. According to S. Krishnan, K.J. Alcock, E. Mercure, R. Leech, E. Barker, A. Karmiloff-Smith, and F. Dick,<sup>16</sup> non-language oral-motor skills are positively correlated with the ability to repeat pseudowords, which is treated as one of the significant predictors of successful development of language skills, with reference to an improvement in the ability to perform complex sensorimotor transformations.

In children with mild intellectual disability, monitoring these parameters grows complicated by the excessively variable aetiology involving a wide range of both endogenous and exogenous factors<sup>17</sup> and frequently combining the symptoms into syndromic complexes, sometimes with hardly identifiable progressing prevalence of various subcomponents. These involve motor symptomatology, including orofacial muscle disorders and consequent impairment of the ability of imitation of mimic expressions or general difficulties with imitation of motor behaviour (see, e.g., K. Vitásková, L. Kytarová<sup>18</sup>).

Children with specific language impairment show milder expressions of imitation difficulties, specifically relating to – for example – sequential gesture diagrams, compared with children with autism spectrum disorders, as suggested by a comparative study conducted by C.R.F. de Souza, L.C. Mazzega, A.C. Armonia, F.C. de A. Pinto, M. Bevilacqua, R. Cristina D. Nascimbeni, A.C. Tamanaha, and J. Perissinoto.<sup>19</sup>

In the process of designing and verifying the new assessment material for evaluating the ability to discern pragmatic language disorders in people with autism spectrum disorders, the authors used selected items to assess the ability

---

<sup>16</sup> S. KRISHNAN et al.: *Articulating Novel Words: Children's Oromotor Skills Predict Nonword Repetition Abilities*. "Journal of Speech, Language & Hearing Research" 2013, vol. 56 (6), pp. 1800–1812. Available from: [10.1044/1092-4388\(2013/12-0206\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2013/12-0206)) [access: 12.12.2017].

<sup>17</sup> A. REICHENBERG et al.: *Discontinuity in the genetic and environmental causes of the intellectual disability spectrum*. "Proceedings of the National Academy of Sciences" 2017, vol. 114 (40), pp. 1098–1103.

<sup>18</sup> K. VITÁSKOVÁ, L. KYTAROVÁ. *Pragmatická jazyková rovina u osob s poruchami autistického spektra*. Olomouc, Univerzita Palackého 2017.

<sup>19</sup> A.C.R.F. DE SOUZA et al.: *Comparative study of the imitation ability in Specific Language Impairment and Autism Spectrum Impairment*. "CoDAS" 2015, vol. 27 (2), pp. 142–147. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20152014194> [access: 12.12.2017].

of motor and oral-motor imitation in children with autism spectrum disorders, specific language impairment (developmental dysphasia), mild intellectual disability, and children from the typical population group.

## Description of the study – objectives, methodology, and results

As part of a GACR research project, i.e. GA 14-31457S (2014–2016) titled “Pragmatic language level in people with autism spectrum disorders“ (the chief researcher: Assoc. Prof. Kateřina Vitásková), the authors used the original assessment material for evaluating the pragmatic level of language in children with autism spectrum disorders from the perspective of the speech-language therapist, which served as the main research tool for juxtaposing the performance of the four selected groups of children aged between 4 and 15. Specifically, these were children with autism spectrum disorders, mild intellectual disability, specific language impairment (developmental dysphasia), and typically developing children (nevertheless, children with mild motor articulation deficit – developmental apraxia of speech – DAS were not excluded). Each group consisted of 30 children, so the authors assessed a total of 120 children, 81 boys and 39 girls. The main part of the assessment material focused on a comparison of children’s test performance using visual graphical diagrams, observing the level of relevant pragmatic communication behaviour. For the purposes of this paper, these parts have been selected that focus on a comparison between motor imitation with and without an object and oral-motor imitation, which was part of a broader assessment approach (see, e.g., K. Vitásková, L. Kytarová).<sup>20</sup>

As shown in Figure 1, the imitated oral-motor movements included tongue protrusion, lip protrusion, showing teeth, mandibula (jaw) depression. Moreover, children used gestures to imitate motor activity with an object (drinking from a cup, combing one’s hair, kissing a toy, feeding an animal) and without an object (clapping, waving, hiding one’s eyes, stamping one’s feet).

Although the average age of the children in the sample was somewhat lower than in other groups of children, the best result was achieved by children from the typical population group, who made mistakes only in two oral-motor items (specifically 20% of children in lip protrusion and 10% of children in tongue protrusion). No mistakes were made in other types of imitation behaviour.

---

<sup>20</sup> K. VITÁSKOVÁ, L. KYTAROVÁ: *The Role of Speech and Language Therapist in Autism Spectrum Disorders Intervention – An Inclusive Approach*. “Advances in Speech-language Pathology” Rijeka, InTech 2017. pp. 355–370. Available from: <https://www.intechopen.com/books/advances-in-speech-language-pathology/the-role-of-speech-and-language-therapist-in-autism-spectrum-disorders-intervention-an-inclusive-app> [access: 12.12.2017].

Lip protrusion was generally the worst imitated motor activity across the monitored groups; the worst performance was observed in children with specific language impairment – developmental dysphasia (47% of children), who performed even worse than children with mild intellectual disability (error rate of 40%). A very surprising finding was the performance of children with autism spectrum disorders, who achieved slightly worse results in this item compared with children from the typical population (23% – in fact there was just one more child with incorrect performance). In this item, children with ASD made half the number of mistakes compared with children with mild intellectual disability or developmental dysphasia. However, in children with autism spectrum disorders the authors of the present paper observed mistakes in the whole spectrum of oral-motor imitation and also motor imitation, both with an object and without an object. In this group, motor imitation behaviour was the worst of all groups of children, but the group constituted only about 10 % of children, which is not a considerably high proportion regarding the diagnostic criteria and the description of the difficulties with imitation referred to in specialized resources. The children with mild intellectual disability made mistakes only in imitation with an object (2 children); in this group, no mistakes were made in imitation without an object. Both motor imitation items were performed correctly by the children with developmental dysphasia. Apart from lip protrusion, the largest number of mistakes was made in ‘showing teeth’ by the children with mild intellectual disability (20%) and autism spectrum disorders (17% of children). Almost no mistakes were made in mandible depression, which evokes mouth opening (e.g. yawning or eating – ‘yum’). A mistake was made only by 2 children with ASD and 1 child with developmental dysphasia.

A qualitative analysis of the results of selected children suggests considerable age variability among children with both successful and unsuccessful performance. The child who had the worst result was a boy with Asperger syndrome (KAS17), who was 8 years and 4 months old at the time of testing and apart from correct mandible depression, was unable to imitate any of the oral-motor movements and was incapable of general motor imitation with an object and without an object. On the other hand, a much younger boy with a more serious diagnosis of child autism, aged 4 years and 6 months (KAS16), was capable of performing all the imitation activities at the time of testing.

## Discussion

The aforementioned findings could be explained by stating, for example, that imitation is an older ability in terms of evolution and is gradually becoming inhibited as the personality of the child develops and gives way to cognitive judgement and self-control (see, e.g., S.S. Jones<sup>21</sup>). Therefore, as a result of a preference for his cognitively conditioned judgement, a boy with Asperger syndrome could have considered the required imitation tasks inappropriate, insignificant, insufficiently justified regarding the situation, which, however, would have been paradoxically in favour of functional pragmatics of the boy's behaviour; in the required task the boy could have simply lacked a "sense of relevance." This assumption is also confirmed by the boy's flawless performance in a subtest aimed at distinguishing visual diagrams; the situations shown relate directly to usual social-communication and interaction situations, which the boy assessed in an adequate way. On the contrary, the boy's relatively high proportion of incorrect responses in the "visual contact" item assessed by means of a behaviour observation scale could explain the difficulties with motor imitation requiring targeted visual perception and the use of both gnosis and oral-motor as well as motor praxis (see, e.g., K. Vitásková, M. Málková, A. Hlavinková<sup>22</sup>). On the other hand, a boy diagnosed with more severe ASD showed simpler imitation behaviour, which resulted in flawless imitation performance; however, he made mistakes in distinguishing visual diagrams in the "want something" and "proxemics" items (which was generally one of the most difficult communication situations among all groups of children), waiting for communication and changing communication roles. Identical results in assessing visual diagrams were achieved by two girls with child autism of different age (KAS14 – 12 years and 11 months, KAS15 – 4 years and 3 months), who made the same mistakes in lip protrusion and mandible depression; girl KAS15 also in both tests of motor imitation, girl KAS14 succeeded in imitation with an object. However, she experienced more difficulties in "problem behaviour" (especially observed behaviour), in "eye contact" or "sensory interaction." She suffered from disrupted social interaction and social abilities.

As far as the error rate in motor imitation without an object in children with mild intellectual disability is concerned, the cause could be the frequent coin-

---

<sup>21</sup> S.S. JONES: 'The Development of Imitation in Infancy', *Philosophical Transactions*. "Biological Science" 2009, no. 1528, p. 2325. Available from: 10.1098/rstb.2009.0045 [access: 12.12.2017].

<sup>22</sup> K. VITÁSKOVÁ, M. MÁLKOVÁ, A. HLAVINKOVÁ: *Ověřování výzkumných možností diagnostiky orální stereognozie v oblasti symptomatických poruch řeči u dětí – význam pro interdisciplinární praxi*. "PhD existence. Česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech. Sborník odborných příspěvků". Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci 2016, pp. 124–131.

idence with delayed development or deficits in motor development, including manual dexterity and balance skills, which tend to be aetiologically conditioned. At the same time, the quality of motor activity correlates with cognitive performance, as confirmed for example by P.J. Vuijk, E. Hartman, E. Scherder, and C. Visscher.<sup>23</sup> Children with developmental dysphasia are symptomatologically affected to a relatively larger extent in the sense of coordination activities and especially motor dynamic praxis, as confirmed in their generational study aimed at familial effects in the context of specific language impairment by M. Serra and R. Lluent<sup>24</sup> – this is consistent with the results of the present study. However, more common disorders include oral-motor deficits of a non-verbal nature and disrupted speech fluency combined with impaired phonematic auditory perception. A finding that supports a positive prognosis in this group of children is that adults with specific language impairment later show lexically and syntactically inhibited and frequently simplified speech, which is thought to be on an acceptable pragmatic level and applicable in everyday life.

From a speech-language therapy perspective, the worst result in the area of lip protrusion is associated with a disrupted or limited ability to produce movement of the *musculus orbicularis oris*, which is a major mimic muscle in the orofacial region. The weakening of the ability to imitate the movements of this muscle might prevent not only for example lip puckering in conjunction with an emotional expression (e.g. thinking or “sending a kiss”) but also primary activities related to biting off, chewing, and other essential movements, including the production of the bilabial closure necessary for keeping saliva in the mouth, or the production of an adequate rest position of the tongue. Lip movements during the imitation or production of a mimic expression might be significantly affected by verbal instructions, as confirmed for example by K.L. Schmidt, J.M. VanSwearingen, and R.M. Levenstein,<sup>25</sup> but also Vitásková, Tabachová.<sup>26</sup>

---

<sup>23</sup> P. J. VUIJK et al.: *Motor performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning*. “Journal of Intellectual Disability Research: JIDR” 2010, vol. 54 (11), pp. 955–965. Available from: 10.1111/j.1365-2788.2010.01318.x [access: 6.03.2017].

<sup>24</sup> M. SERRA, R. LLUENT: *Study of the Specific Language Impairment in a three-generation family [Estudio del trastorno específico del lenguaje en tres generaciones de una familia (Spanish; Castilian)]*. “Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología” 2015, vol. 35, pp. 159–170. Available from: 10.1016/j.rlfa.2015.06.002 [access: 12.12.2017].

<sup>25</sup> K.L. SCHMIDT, J.M. VAN SWEARINGEN, R.M. LEVENSTEIN: *Speed, Amplitude, and Asymmetry of Lip Movement in Voluntary Puckering and Blowing Expressions: Implications for Facial Assessment*. “Motor Control” 2015, Vol. 9, no. 3, p. 270.

<sup>26</sup> K. VITÁSKOVÁ, J. TABACHOVÁ: *The importance of evaluation of orofacial movements in children with and without speech, language, and communication needs*. “EDULEARN2016 Proceedings” 2016, pp. 3402–3411.



## Conclusion

The part of the study discussed above suggested a surprising conclusion: relatively unimpaired performance in all groups of children (with ASD, mild intellectual disability, specific language impairment, namely developmental dysphasia, and from the typical population) in items focused on the assessment of oral-motor imitation and motor imitation with an object and without an object. The worst results in oral-motor imitation were achieved by children with mild intellectual disability. The most impaired performance in all groups of children was observed in lip protrusion, but a surprising finding was that children with autism spectrum disorders made mistakes in multiple items of oral-motor imitation and unlike other groups also in motor imitation both with an object and without an object. Therefore, the impairment of their imitation behaviour is more generalized, while in children with developmental dysphasia their imitation is impaired primarily in the oral-motor area. However, the results are to a large extent individually variable in terms of the children's age, gender, and the severity of their diagnoses, and in some cases, they correspond with impaired visual contact and other parameters of pragmatic communication behaviour. However, everything should be subjected to further investigation.

The authors of the present study demonstrate that the above mentioned approach to the assessment of motor behaviour in the context of evaluating the ability to perceive the pragmatic meaning of communication can contribute to a more precise diagnosis not only in the monitored groups but also generally in the assessment of the pragmatic level of language in children with other developmental specifics from the perspective of speech-language therapy.

## Literature

- DALTON J.C., CRAIS E.R., VELLEMAN S.L.: *Joint attention and oromotor abilities in young children with and without autism spectrum disorder*. "Journal of Communication Disorders" 2017, vol. 69, pp. 27–43. Available from: 10.1016/j.jcomdis.2017.06.002 [access: 12.12.2017].
- FERRETTI G.: *Review article: Through the forest of motor representations*. "Consciousness and Cognition" 2016, vol. 43, p. 177–196. Available from: 10.1016/j.concog.2016.05.013 [access: 20.03.2017].
- FISHER S., GRAHAM S., DERIZIOTIS P.: *Insights into the Genetic Foundations of Human Communication*. "Neuropsychology Review" 2015, vol. 25(1), p. 3. Available from: 10.1007/s11065-014-9277-2 [access: 21.08.2017].
- JONES S.S.: *'The Development of Imitation in Infancy'*, *Philosophical Transactions*. "Biological Sciences" 2009, no. 1528, p. 2325. Available from: 10.1098/rstb.2009.0045 [access: 12.12.2017].

- KRISHNAN S. et al.: *Articulating Novel Words: Children's Oromotor Skills Predict Nonword Repetition Abilities*. "Journal of Speech, Language & Hearing Research" 2013, vol. 56(6), pp. 1800–1812. Available from: [10.1044/1092-4388\(2013\)12-0206](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2013)12-0206) [access: 12.12.2017].
- MCPHILLIPS M. et al.: *Motor Deficits in Children with Autism Spectrum Disorder: A Cross-Syndrome Study*. "Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research" 2014, vol. 7 (6), p. 664. Available from: [10.1002/aur.1408](https://doi.org/10.1002/aur.1408) [access: 15.01.2016].
- MEDEIROS MELO A. DE et al.: *Feeding profile and oral motor development of low birth weight infants*. "CEFAC" 2016, vol. 18 (1), pp. 86–94. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462016000100086&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462016000100086&lng=en&nrm=iso). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620161814415> [access: 12.12.2017].
- MENDOZA G., MERCHANT H.: *Motor system evolution and the emergence of high cognitive functions*. "Progress in Neurobiology" 2014, vol. 122, p. 73–93. Available from: [10.1016/j.pneurobio.2014.09.001](https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2014.09.001) [access: 1.11.2017].
- MOSELEY R. L., PULVERMÜLLER F.: *Special issue: Review: What can autism teach us about the role of sensorimotor systems in higher cognition? New clues from studies on language, action semantics, and abstract emotional concept processing*. "Cortex" 2017. Available from: [10.1016/j.cortex.2017.11.019](https://doi.org/10.1016/j.cortex.2017.11.019) [access: 12.12.2017].
- O'HARE A.: *Symposium: neurodisability: Communication disorders in preschool children*. "Paediatrics and Child Health" 2017, vol. 27, pp. 447–453. Available from: [10.1016/j.paed.2017.06.001](https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.06.001) [access: 1.12.2017].
- POON K.K. et al.: *To what extent do joint attention, imitation, and object play behaviors in infancy predict later communication and intellectual functioning in ASD?* "Journal of Autism and Developmental Disorders" 2012, vol. 42 (6), pp. 1064–1074. Available from: <http://doi.org/10.1007/s10803-011-1349-z> [access: 12.12.2017].
- PTAK R. et al.: *Opinion: The Dorsal Frontoparietal Network: A Core System for Emulated Action*. "Trends in Cognitive Sciences" 2017, vol. 21 (1), pp. 589–599.
- REICHENBERG A. et al.: *Discontinuity in the genetic and environmental causes of the intellectual disability spectrum*. "Proceedings of the National Academy of Sciences" 2017, vol. 114(40), pp. 1098–1103.
- SAMPALLO-PEDROZA R.S., CARDONA-LOPEZ L.F., RAMIREZ-GOMEZ K.E.: *Description of oral-motor development from birth to six years of age*. "Revista de la Facultad de Medicina" 2014, vol. 62 (4), pp. 593–604. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-0112014000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-0112014000400012&lng=en&nrm=iso) [access: 12.12.2017].
- SERRA M., LLUENT R.: *Original article: Study of the Specific Language Impairment in a three-generation family, [Estudio del trastorno específico del lenguaje en tres generaciones de una familia (Spanish; Castilian)]*, Revista de Logopedia, "Foniatría y Audiología" 2015, vol. 35, pp. 159–170. Available from: [10.1016/j.rlfa.2015.06.002](https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2015.06.002) [access: 12.12.2017].
- SCHMIDT K.L., VAN SWEARINGEN J.M., LEVENSTEIN R.M.: *Speed, Amplitude, and Asymmetry of Lip Movement in Voluntary Puckering and Blowing Expressions: Implications for Facial Assessment*. "Motor Control" 2005, vol. 9, no. 3, pp. 270–280.
- SOUZA A.C.R.F. DE et al.: *Comparative study of the imitation ability in Specific Language Impairment and Autism Spectrum Impairment*. "CoDAS" 2015, vol. 27 (2), pp. 142–147. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20152014194> [access: 12.12.2017].
- STEVENSON J.L., LINDLEY C.E., MURLO N.: *Retrospectively Assessed Early Motor and Current Pragmatic Language Skills in Autistic and Neurotypical Children*. "Perceptual & Motor Skills" 2017, vol. 124 (4), pp. 777–794.
- VANVUCHELEN M. et al.: *Review article: Understanding the mechanisms behind deficits in imitation: Do individuals with autism know 'what' to imitate and do they know 'how' to imitate*. "Research in Developmental Disabilities" 2013, vol. 34, pp. 538–545. Available from: [10.1016/j.ridd.2012.09.016](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.09.016) [access: 12.12.2017].

- VITÁSKOVÁ K., KYTNAROVÁ L.: *Pragmatická jazyková rovina u osob s poruchami autistického spektra*. Olomouc, Univerzita Palackého 2017.
- VITÁSKOVÁ K., KYTNAROVÁ L.: *The Role of Speech and Language Therapist in Autism Spectrum Disorders Intervention – An Inclusive Approach*. “Advances in Speech-language Pathology” Rijeka, 2017, pp. 355–370. Available from: <https://www.intechopen.com/books/advances-in-speech-language-pathology/the-role-of-speech-and-language-therapist-in-autism-spectrum-disorders-intervention-an-inclusive-app> [access: 12.12.2017].
- VITÁSKOVÁ K., ŠEBKOVÁ L.: *The Variable Professional Perception in Assessment of Pragmatic Language Level in Autism Spectrum Disorders and Related Developmental Difficulties*. In: “Procedia – Social and Behavioral Sciences” 2016, vol. 237, pp. 1019–1025.
- VITÁSKOVÁ K., MÁLKOVÁ M., HLAVINKOVÁ M.: *Ověřování výzkumných možností diagnostiky orální stereognozie v oblasti symptomatických poruch řeči u dětí – význam pro interdisciplinární praxi*. In: “PhD existence. Česko-slovenská psychologická konference (nejen) pro doktorandy a o doktorandech. Sborník odborných příspěvků” 2016, Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, pp. 124–131.
- VITÁSKOVÁ K., TABACHOVÁ J.: *The importance of evaluation of orofacial movements in children with and without speech, language, and communication needs*. In: “EDULEARN2016 Proceedings” 2016, pp. 3402–3411.
- VUIJK P.J. et al.: *Motor performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning*. In: “Journal of Intellectual Disability Research: JIDR” 2010, vol. 54 (11), pp. 955–965. Available from: 10.1111/j.1365-2788.2010.01318.x [access: 6.03.2017].
- WIKLUND M.: *Interactional challenges in conversations with autistic preadolescents: The role of prosody and non-verbal communication in other-initiated repairs*. In: “Journal of Pragmatics” 2016, vol. 94, pp. 76–97.



JOLANTA PANASIUK

Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego,  
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

## Dysocjacja czy neurodegeneracja Problemy diagnozy, leczenia i terapii

Dissociation or Neurodegeneration. Problems of Diagnosis, Treatment and Therapy

**ABSTRACT:** Differentiation of the symptoms of dissociation and neurodegeneration in adolescent patients causes many problems. Diagnostic criteria unequivocally show that dissociative disorders should be diagnosed only after excluding general-medical and neurological causes and the results of the effect of psychoactive substances. The diagnosis of dissociation is indicated by the occurrence of conversion symptoms or recurrent somatic complaints temporally connected with a stressogenic factor in the dynamism of their clinical picture. The aim of the paper is to determine the psychopathological picture of neurodegeneration in an 18-year-old female student who was erroneously diagnosed as having dissociative disorders. The results of extended genetic tests conducted after eight years of ineffective treatment and therapy showed a hereditary form of neurodegeneration. The disease, although with different intensity, also manifested itself in the patient's grandmother, mother and in sister at different periods of their lives.

**KEY WORDS:** mild cognitive disorders, dementia, dysarthria, conversion, tetraplegia, extrapyramidal syndrome

Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka, ze względu na ich zróżnicowane przyczyny, mechanizmy, objawy, dynamikę i rokowania, stanowią istotny problem w diagnozowaniu, leczeniu i terapii schorzeń neuropsychiatrycznych. Stan wiedzy o biologicznych i psychicznych uwarunkowaniach objawów chorobowych znajduje wyraz w międzynarodowych systemach klasyfikacji chorób opracowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO – World Health Organization), czyli w *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych* (ICD-10)<sup>1</sup>, a także przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA – American Psychiatric Association), czyli w *Kryteriach diagnostycznych zabu-*

---

<sup>1</sup> Por. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10*. Kraków, Vesalius 1994. Klasyfikacja ta obowiązuje w Polsce od 1996 roku, zaawansowane są prace nad wersją ICD-11.

rzeń psychicznych<sup>2</sup>. Wraz z postępem badań klinicznych klasyfikacje jednostek chorobowych poddawane są kolejnym rewizjom i uzupełnieniom<sup>3</sup>.

W naukach medycznych opis jednostek nozologicznych jest konstrukcją, która stanowi abstrakcyjny model pewnego fragmentu rzeczywistości. W diagnozie klinicznej model pełni szczególną rolę, gdyż wprowadza zobiektywizowaną procedurę do opisu zaburzeń, określa wykładniki poszczególnych jednostek chorobowych, a nade wszystko wskazuje na mechanizm wyjaśniający funkcjonowanie człowieka w określonych uwarunkowaniach biologicznych i psychicznych. Modele teoretyczne, ważne w łańcuchu poznania naukowego, w postępowaniu klinicznym bywają zawodne, ponieważ interferencja czynników klinicznych i uwarunkowań środowiskowych, w jakich przebywa chory, doprowadza czasem do jednostkowego obrazu schorzeń neuropsychiatrycznych, nastrożających klinicystom wielu trudności diagnostycznych<sup>4</sup>.

Dysfunkcje i uszkodzenia mózgu mogą ujawniać się jako spektra zindywidualizowanych i dynamicznych objawów, stąd różnicowanie niektórych zaburzeń psychicznych (np. dysocjacji) i neurologicznych (np. neurodegeneracji), zwłaszcza w przypadku osób młodych, bywa trudne. Wynika to zarówno z niedoskonałych procedur i niepełnego instrumentarium diagnostycznego w codziennej praktyce klinicznej, jak i z niedostatku wiedzy o genetycznych i biochemicznych mechanizmach determinujących psychiczne i fizyczne funkcjonowanie człowieka.

W klasyfikacjach chorób ustalono kryteria diagnostyczne dotyczące zaburzeń psychicznych (w tym dysocjacji), które należy rozpoznawać jedynie po wykluczeniu przyczyn ogólnomedycznych, neurologicznych i skutków działania substancji psychoaktywnych. Istnieje jednak grupa schorzeń neurologicznych (w tym neurodegeneracyjnych), które nie mają jednoznacznych wykładników organicznych, są uwarunkowane genetycznie, wykazują zróżnicowany obraz kliniczny i zmienną dynamikę. Ich objawy mogą przypominać schorzenia psychiczne, mogą być też

---

<sup>2</sup> Por. *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych. Wydanie piąte. DSM-5*. Red. wyd. pol. P. GAŁECKI et al. [Wrocław], Edra Urban & Partner [2018]; też: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition: DSM-IV*. Washington, American Psychiatric Association 1994. Od maja 2013 roku obowiązuje klasyfikacja DSM-5; por. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition: DSM-5*. Washington, American Psychiatric Association 2013.

<sup>3</sup> Celem tworzenia kolejnych systemów klasyfikacji chorób jest dostarczanie praktycznych ram ułatwiających proces diagnostyczny, ułatwienie porozumiewania się diagnostów z różnych krajów, kultur i mających różne przygotowanie teoretyczne (stworzenie wspólnego języka), umożliwienie lub ułatwienie praktycznego funkcjonowania medycyny (leczenie i jego kontrola w czasie, rehabilitacja, profilaktyka), a także tworzenie sprzyjającej badaniom naukowym podbudowy teoretycznej. Por. J. PANASIUK: *Zaburzenia mowy u dzieci chorych neurologicznie. Diagnoza kliniczna a rozpoznanie logopedyczne*. W: *Diagnoza interdyscyplinarna. Wybrane problemy*. Red. J. SKIBSKA. Kraków, Impuls 2017, s. 285–307.

<sup>4</sup> J. PANASIUK: *Afazja a interakcja. TEKST – metaTEKST – konTEKST*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 703–705.

na tyle dyskretne, że przez lata pozostają niezdiagnozowane. Kryteria oceny stanu psychicznego i psychicznego zdrowia człowieka są rozmyte.

## Pojęcie zdrowia psychicznego

Zdrowie psychiczne i norma psychiczna to teoretyczne modele, które mają wyznaczać – na podstawie ogólnie przyjętych twierdzeń o biologicznej i psychologicznej naturze człowieka – granice pomiędzy zdrowiem i chorobą, zachowaniem normalnym i zaburzonym. Okazuje się jednak, że te granice nie zawsze są ostre, przez co diagnozowanie psychicznej kondycji człowieka staje się niejednoznaczne.

Od czasów Hipokratesa – pierwszego lekarza starożytności – aż do początków XIX wieku obowiązujące definicje zdrowia: „brak choroby”, „norma gatunkowa”, „funkcjonowanie organizmu”, „zdolność adaptacyjna”, „dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny” plasowały się w obrębie jednego z dwu paradygmatów pojęciowych<sup>5</sup>:

- 1) biopsychospołecznego: „zdrowie jest pełnią dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brakiem choroby i niedomagania (ułomności)”<sup>6</sup> – według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO);
- 2) psychospołecznego: zdrowie to taki poziom rozwoju psychofizycznego, który umożliwi jednostce realizację własnych potrzeb w harmonii z innymi ludźmi<sup>7</sup>.

<sup>5</sup> Por. C. BOORSE: *Health as a theoretical concept*. „Philosophy of Science” 1977, no. 44, s. 542–573; J. DOMARADZKI: *O definicjach zdrowia i choroby*. „Folia Medica Lodziensia” 2013, nr 40/1, s. 5–29; M. KOWALSKI, A. GAWĘŁ: *Zdrowie – wartość – edukacja*. Kraków, Impuls 2007; T.B. KULIK: *Koncepcje zdrowia w medycynie*. W: *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Red. T.B. KULIK, I. WROŃSKA. Stalowa Wola, Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej w Stalowej Woli 2000, s. 15–38; B. URBANEK: *Zdrowie i choroba w ujęciu polskich lekarzy II połowy XIX i początków XX wieku*. „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 2002, nr 47/3, s. 109–122; B. WOYNAROWSKA: *Edukacja zdrowotna – podstawy teoretyczne i metodyczne*. *Zdrowie*. W: *Edukacja zdrowotna*. Red. B. WOYNAROWSKA. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2007, s. 17–44.

<sup>6</sup> Tłumaczenie własne na podstawie: *Health Promotion Glossary*. Geneva, World Health Organization 1998, s. 1.

<sup>7</sup> Pozytywny wymiar zdrowia psychicznego akcentuje salutogenetyczna koncepcja Aarona Antonovsky’ego, w której pojęciem kluczowym jest poczucie koherencji, czyli spostrzeganie świata jako zrozumiałego, sensownego i kontrolowalnego. Taka orientacja sprzyja lepszemu radzeniu sobie z realizacją celów życiowych, zaspokajaniu potrzeb psychicznych i stosowaniu adekwatnych strategii pokonywania trudnościami. Por. A. ANTONOVSKY: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii 1987/1995; IDEM: *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*. W: *Psychologia zdrowia*. Red. I. HESZEN-NIEJODEK, H. SĘK. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 1997, s. 214; C.L. SHERIDAN, S.A. RAD-

Zdrowie jest ujmowane bądź jako stan równowagi pomiędzy człowiekiem a otoczeniem, której towarzyszy harmonia wewnętrzna, bądź też jako zespół pozytywnych cech pozwalających na wykorzystanie wszelkich możliwości twórczych oraz osiągnięcie siły i szczęścia<sup>8</sup>. Tak ogólne i względne kryteria w definiowaniu zdrowia okazują się mało użyteczne w praktyce klinicznej, stąd na potrzeby diagnozy klinicznej w ocenie sprawności człowieka uwzględnia się zwykle trzy aspekty dobrostanu pacjenta:

- 1) sprawność fizyczną, która dotyczy czynności biologicznych człowieka uwarunkowanych działaniem układów anatomiczno-fizjologicznych;
- 2) sprawność umysłową, która obejmuje możliwości intelektualne jednostki i decyduje o zdolności do twórczego przetwarzania danych, a przez to do nabywania wiedzy i sprawnego korzystania z niej w nowych sytuacjach;
- 3) sprawność psychiczną, która odnosi się do reakcji emocjonalnych człowieka oraz jego relacji z otaczającym światem i innymi ludźmi i która w dużym stopniu podlega świadomej kontroli, choć niektóre aspekty życia psychicznego mogą pozostawać nieuświadomione.

Najtrudniej ocenić stan sprawności psychicznej i rozstrzygać o psychicznym zdrowiu człowieka. Samo ustalenie definicji zdrowia psychicznego okazuje się trudne, musi ona bowiem uwzględniać nie tylko obiektywny stan wiedzy potwierdzony w faktach naukowych, ale również czynniki społeczno-kulturowe, w tym aksjologiczne i ideologiczne, a także uwarunkowania polityczno-ekonomiczne determinujące życie każdego człowieka. Funkcjonowanie jednostki zawsze jest uwarunkowane aktualnym czasem historyczno-kulturowym, w którym żyje, specyfiką grupy społecznej, w której się wychowuje, a także etapem rozwojowym, na jakim się znajduje. W ocenie, jakie zachowanie należy uznać za normalne, uwzględnia się zwykle następujące kryteria<sup>9</sup>:

- 1) statystyczne – za normalne uważa się zachowania najbardziej powszechne w danej populacji<sup>10</sup>;
- 2) społeczno-kulturowe – za prawidłowe uznaje się zachowania respektujące normy i wartości przyjęte w danym społeczeństwie i kulturze, umożliwiające pełnienie określonych funkcji w danej społeczności;
- 3) przystosowawcze – za odpowiednie przyjmuje się zachowania umożliwiające jednostce nawiązywanie relacji z innymi i samorealizację; takie zachowania

---

MACHER: *Psychologia zdrowia*. Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia – Polskie Towarzystwo Psychologiczne 1998.

<sup>8</sup> R. DUBOS: *Miraże zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne*. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1962.

<sup>9</sup> A.S. REBER, E.S REBER: *Słownik psychologii*. Red. I. KURCZ, K. SKARŻYŃSKA. Warszawa, Scholar 2002.

<sup>10</sup> Norma statystyczna wynika z pomiaru występowania danej cechy, za normalne uznaje się takie zachowania, których częstość występowania jest zgodna z rozkładem krzywej dzwonowej Gaussa. Ibidem.

wiążą się z elastycznością w myśleniu, krytyczną postawą wobec siebie i aktywnością w rozwiązywaniu swoich problemów<sup>11</sup>.

W świetle przytoczonych definicji zdrowia i kryteriów oceny sprawności psychicznej chorobą psychiczną jest zaburzenie czynności centralnego układu nerwowego powodujące wystąpienie objawów psychopatologicznych, które zaburzają dowolną świadomą kontrolę zachowania, utrudniają lub uniemożliwiają przystosowanie do istniejących warunków, upośledzają lub zmniejszają zdolność do przewidywania przyszłości oraz upośledzają lub uniemożliwiają korzystanie z doświadczeń.

W praktyce klinicznej różnicowanie zaburzeń neurologicznych i psychicznych, szczególnie gdy dotyczą wieku młodzieńczego, może nastroczać wielu trudności. Objawy neurologiczne w przebiegu procesu neurodegeneracyjnego, obejmujące sferę motoryczną, emocjonalną, poznawczą i językową, mogą przypominać różne zespoły zaburzeń psychicznych wynikające z mechanizmów dysocjacyjnych (konwersyjnych)<sup>12</sup>.

## Dysocjacja i konwersja

Systemy klasyfikacyjne ICD-10 i DSM-IV dysocjację i konwersję ujmują nieco inaczej<sup>13</sup>. W *Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych* (ICD-10) termin „dysocjacja” (łac. *dissociatio* – rozdzielenie) jest używany zamiennie z terminem „konwersja” (łac. *conversio* – odwrócenie), chociaż częściej występuje pierwszy z nich. W przypadku dysocjacji przyczyną dezintegracji życia psychicznego jest uraz psychiczny lub nierozwiązany konflikt wewnętrzny budzący lęk. W takiej sytuacji, przy braku mechanizmów przystosowania się, uaktywniają się mechanizmy obronne redukujące rozbieżności informacyjne i usuwające ze świadomości do nieświadomości (wyparcie) myśli, impulsy, wspomnienia lub czyny, których uświadomienie sobie wzbudza lęk, poczucie winy lub obniża samoocenę. Mechanizmy dysocjacyjne uruchamiane są nieświadomie

<sup>11</sup> Medyczne klasyfikacje zaburzeń (ICD-10, DSM-5), pomocne w różnicowaniu zachowań normalnych i patologicznych definiują obszar patologii i wskazują na kryteria umożliwiające rozpoznanie zaburzeń. Opisy zaburzeń zawarte w tych klasyfikacjach mają charakter pomocniczy i porządkujący, a ocena zdrowia człowieka wymaga uwzględnienia całego kontekstu jego funkcjonowania (m.in. przeszłości, warunków życia, aktualnej sytuacji, wewnętrznych uwarunkowań i przeżyć).

<sup>12</sup> A. PRUSIŃSKI: *Diagnostyka różnicowa zaburzeń czynnościowych i organicznych*. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1974; T. PAWEŁCZYK, A. PAWEŁCZYK, J. RABE-JABŁOŃSKA: *Zanim rozpoznasz u pacjenta zaburzenie konwersyjne, dokładnie zbadaj jego stan somatyczny i neurologiczny. Opis przypadku*. „Psychiatria Polska” 2012, t. 46, s. 483–492.

<sup>13</sup> *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja...; Diagnostic and Statistical...*



i uzasadniają niepodejmowanie działań przez jednostkę lub odwracają jej uwagę od niepożądanych myśli i uczuć. Objawy dysocjacji są wynikiem niemożności zintegrowania czynności psychicznych (wspomnień z przeszłości, bezpośrednich wrażeń) i kontroli ruchów dowolnych ze świadomością<sup>14</sup>. Dysocjacja odnosi się więc do neurotycznego mechanizmu obronnego, polegającego na czasowej, nagłej i drastycznej modyfikacji charakteru lub poczucia tożsamości w celu uniknięcia negatywnych emocji. Natomiast określenie „konwersja” wywodzi się z doktryny Zygmunta Freuda, w której oznacza nieświadomą transformację odczuwanego niepokoju i lęku w objawy fizyczne (np. drżenie, paraliż, szybkie bicie serca, a nawet ślepotę czy głuchotę), czasami o znaczeniu symbolicznym<sup>15</sup>. W przebiegu dysocjacji i konwersji mogą wystąpić zaburzenia funkcji określonego narządu sugerujące obecność choroby somatycznej<sup>16</sup>.

W klasyfikacji ICD-10, w obrębie dysocjacji, oznaczonej kodem F44, wyodrębniono wiele form zaburzeń: amnezję dysocjacyjną (F44.0), fugę dysocjacyjną (F44.1), osłupienie dysocjacyjne (stupor dysocjacyjny) (F44.2), trans i opętanie (F44.3), dysocjacyjne zaburzenia ruchu (F44.4), drgawki dysocjacyjne (F44.5), znieczulenie dysocjacyjne z utratą czucia zmysłowego (F44.6), mieszane zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne) (F44.7), inne zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne) (F44.8), zaburzenia dysocjacyjne (konwersyjne), nieokreślone (F44.9)<sup>17</sup>. Obraz kliniczny wszystkich tych jednostek może wskazywać na tło neurologiczne, jednak dokładny proces diagnostyczny, obejmujący badanie neurologiczne, odpowiednie badania laboratoryjne i obrazowe, nie daje podstaw do pełnego wyjaśnienia neurologicznego podłoża obserwowanych objawów.

Według DSM-IV dysocjacja rozumiana jest jako rozłączenie funkcji, które normalnie są zintegrowane, czyli świadomości, pamięci, tożsamości czy percepcji, a terminem „konwersja” określa się objawy czuciowe i ruchowe (psychogenne niepadaczkowe napady drgawkowe, podwójne widzenie lub ślepota, niedowład i porażenia doprowadzające do zaburzeń równowagi i chodu, trudności w połykaniu, utrata głosu). Zaburzenia dysocjacyjne objawiają się więc w sferze psychicznej, a zaburzenia konwersyjne dotyczą objawów somatycznych.

W dysocjacji objawy mają charakter selektywny, obejmują specyficzny zakres przetwarzania informacji. Pacjenci zwykle nie mają trudności z dostępem do wiedzy świadomej. Wystąpić mogą objawy zaburzeń językowych, przypominające objawy zaburzeń neurologicznych, jest to jednak tylko jeden z możliwych przejawów zaburzeń dysocjacyjnych, a ich przyczyna jest psychogenna. Sensoryczne

<sup>14</sup> A. CZERNIKIEWICZ: *Zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych*. W: *Psychiatria*. Red. M. JAREMA. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2016, s. 371–377; M. GELDER et al.: *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press 2011.

<sup>15</sup> *Ibidem*.

<sup>16</sup> *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth edition: Text revision: DSM-IV-TR*. Washington, American Psychiatric Association 2000.

<sup>17</sup> *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja...*, s. 38.

objawy zaburzeń dysocjacyjnych mogą dotyczyć wszystkich zmysłów, przyjmując postać: anestezji (zaniku wrażliwości), hipoestezji (osłabienia wrażliwości), hiperestezji (nadwrażliwości), analgezji (zaniku wrażliwości na ból) lub parestezji (pojawienia się niezwykłych odczuć, np. łaskotania, gorąca).

Konwersyjne zaburzenia ruchu mogą obejmować wiele symptomów występujących w przypadku schorzeń neurologicznych, np. utratę lub utrudnienie wykonywania ruchów dowolnych, niedowład lub porażenie (mono-, para-, hemiplegię). Chory może także wykonywać bezwiedne ruchy, czasem przypominające znane obrazy kliniczne ruchów mimowolnych, mogą u niego wystąpić skurcze mięśni mimicznych, co utrudnia kontakt z innymi osobami i uniemożliwia funkcjonowanie w niektórych rolach (np. w pracy), zaburzenia koordynacji ruchów i funkcji aparatu mowy (dysfonia, afonia). Objawy zaburzeń i stopień ich nasilenia mogą zmieniać się zależnie od emocjonalnego stanu pacjenta. Występują też różne formy zachowania mające na celu zwrócenie uwagi otoczenia<sup>18</sup>.

U osób dotkniętych zaburzeniem konwersyjnym czasem występuje objaw zwany *la belle indifférence*, czyli zobojętnienie wobec objawów chorobowych, co może wynikać z uświadamiania sobie w pewnym stopniu przez chorego tego, że jego dolegliwości nie stanowią dla niego realnego zagrożenia.

Zaburzenia dysocjacyjne pojawiają się zwykle przed 35. rokiem życia, zwykle u kobiet. Za ich rozpoznaniem przemawia występowanie w związku czasowym z czynnikiem stresogennym objawów konwersyjnych lub nawracających i zmieniających się skarg somatycznych, które nie mają wykładników w wynikach badania fizycznego stanu pacjenta, a także objawów pozytywnych (np. poruszenie niewładną kończyną, wokalizacja u osoby z afonią)<sup>19</sup>. W przypadkach wczesnej diagnozy rokowania są bardziej pomyślne, natomiast zaburzenia rozpoznawane późno mają tendencję do utrzymywania się przez wiele lat. W najcięższych i najbardziej przewlekłych zaburzeniach dysocjacyjnych, zwłaszcza jeśli czynnik stresogenny nie został wyeliminowany, objawy mogą być przewlekłe i trwałe<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> A. CZERNIKIEWICZ: *Zaburzenia osobowości i zachowania...*; D. SEMPLE et al.: *Oxford Handbook of Psychiatry*. Oxford University Press 2009.

<sup>19</sup> T. PAWEŁCZYK, A. PAWEŁCZYK, J. RABE-JABŁOŃSKA: *Zanim rozpoznasz u pacjenta...*; S.M. KRANICK, T. GORRINDO, M. HALLETT: *Psychogenic movement disorders and motor conversion: a roadmap for collaboration between neurology and psychiatry*. „Psychosomatics” 2011, 52 (2), s. 109–116.

<sup>20</sup> A. BILIKIEWICZ, J. LANDOWSKI, P. RADZIWIŁOWICZ: *Psychiatria. Repetytorium*. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 1999.

## Neurodegeneracja

Terminem „neurodegeneracja” (gr. *νέυρο* – nerwowy; łac. *dēgenerāre* – degenerować) określa się zespół zmian biochemicznych i strukturalnych w mózgu powstających bądź to samoistnie, bez działania znanego czynnika szkodliwego, bądź w wyniku rozmaitych schorzeń powodujących dezintegrację struktur mózgowych. Pierwotnie zaburzenia neurodegeneracyjne przypisywano przedwczesnemu wyczerpaniu się potencjału życiowego komórki nerwowej, lecz wraz z rozwojem metod badawczych, szczególnie badań genetycznych i neuroobrazowania funkcjonalnego, dowiedziono, że u podłoża wielu chorób zaliczanych do grupy schorzeń neurodegeneracyjnych leżą warunkowane genetycznie zaburzenia metabolizmu mózgowego<sup>21</sup>.

Ujawnienie się deficytów neurologicznych i postępujący charakter tych zmian zależą nie tylko od „zużycia się” tkanki mózgowej, ale też od gromadzenia się w komórkach nerwowych nieprawidłowych produktów metabolizmu mózgowego uszkadzających neurony i połączenia między nimi<sup>22</sup>. Występuje jednak zależność pomiędzy chorobą neurodegeneracyjną i biologicznym starzeniem się mózgu. Powstawaniu zaburzeń sprzyja mniejsza wydolność mechanizmów neurokompensacji i neuroplastyczności, zapewniających homeostazę układu nerwowego<sup>23</sup>.

## Dysocjacja a neurodegeneracja

Różnicowanie dysocjacji i neurodegeneracji wymaga uwzględnienia kilku kryteriów jednocześnie: biologicznego, które wskazuje na patomechanizm zaburzenia; funkcjonalnego, które określa zakres i dynamikę objawów; psychologicznego, które dotyczy stanu emocjonalnego i możliwości poznawczych; logopedycznego, obejmującego ocenę czynności językowych; społecznego, określającego wpływ środowiska na fizyczne i psychiczne funkcjonowanie chorego. Kryteria różnicowania dysocjacji i neurodegeneracji prezentuje tabela 1.

---

<sup>21</sup> A. BRAGDON, D. GAMON: *Kiedy mózg pracuje inaczej*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2003; J. LESZEK: *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*. Wrocław, Continuo 2003.

<sup>22</sup> M. ARIZA et al.: *Influence of APOE polymorphism on cognitive and behavioural outcome in moderate and severe traumatic brain injury*. „Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry” 2006, vol. 77, s. 1191–1193.

<sup>23</sup> J. PANASIUK: *Terapia zaburzeń mowy u chorych neurologicznie a mechanizmy neuroplastyczności. Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych*. Red. M. MICHALIK. W: „Nowa Logopedia”. T. 5. Kraków, Collegium Columbinum 2014, s. 41–65.

TABELA 1. Kryteria różnicowania dysocjacji i neurodegeneracji

Kryteria różnicowania	Dysocjacja	Neurodegeneracja
Biologiczne	Zmiany czynnościowe	Zmiany genetyczne, biochemiczne i strukturalne
Funkcjonalne	Duża zmienność i złożoność obrazu psychopatologicznego	Ogólnomózgowe objawy zaburzeń psychicznych w sferze motorycznej, emocjonalnej i poznawczej
Psychologiczne	Występowanie czynnika spustowego w sferze psychicznej	Narastające osłabienie funkcjonowania poznawczego
Logopedyczne	Zmienny charakter zaburzeń językowych, samoistne ustępowanie trudności	Narastające i trwałe zaburzenia językowe
Środowiskowe	Uwarunkowania społeczne i środowiskowe	Uwarunkowania genetyczne i czynniki egzogenne (toksyczne)

ZRÓDŁO: Opracowanie własne.

Diagnozowanie zarówno jednego, jak i drugiego zaburzenia wymaga wielu specjalistycznych badań. W przypadku neurodegeneracji badania neuroobrazowe wykazują funkcjonalne i organiczne zmiany w mózgu, natomiast w dysocjacji takie zmiany nie występują, co może dowodzić przyczyny psychogennej, jednak wskazuje się, że mikrouszkodzenia płatów czołowych mogą być istotnym czynnikiem podatności na dysocjację, a w przypadku schorzeń neurodegeneracyjnych zmiany strukturalne w badaniach neuroobrazowych nie muszą być widoczne<sup>24</sup>.

## Zaburzenia mowy w przebiegu neurodegeneracji

W schorzeniach neurodegeneracyjnych narastające zaburzenia czynnościowe i strukturalne w obrębie mózgu doprowadzają do nasilenia rozmaitych zaburzeń poznawczych i komunikacyjnych, diagnozowanych zwykle jako: łagodne zaburzenia poznawcze, zespół psychoorganiczny, otępienie, dyzartria i anartria<sup>25</sup>. W dynamicznym obrazie schorzeń neurodegeneracyjnych mogą występować

<sup>24</sup> A. FEINSTEIN: *Conversion disorder: advances in our understanding*. „CMAJ” 2011, vol. 183, issue 8, s. 915–920.

<sup>25</sup> W przypadkach niektórych schorzeń neurodegeneracyjnych mogą też wystąpić specyficzne zaburzenia językowe rozpoznawane jako afazja pierwotna postępująca (PPA – *primary progressive aphasia*) lub mutyzm organiczny wynikający z zaburzeń mechanizmów pobudzania i motorycznego programowania wypowiedzi (por. J. PANASIUK: *Postępowanie logopedyczne w przypadkach chorób neurodegeneracyjnych*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*. Red. S. GRA-

również sprzężone zaburzenia mowy, których objawy interferują, a ich głębokość narasta.

**Łagodne zaburzenia poznawcze** (MCI – *mild cognitive disorder*) ujawniają się pod postacią ograniczeń w zakresie fluencji słownej i nazywania. Wyniki badań neuropsychologicznych potwierdzają zakłócenia uwagi i funkcji wykonawczych. W przypadku amnestycznego MCI odczuwane przez pacjenta osłabienie pamięci potwierdzają bliskie osoby oraz wyniki wystandaryzowanych testów. Na ogół zachowane są ogólne funkcje myślenia i wnioskowania, a także normalna codzienna aktywność życiowa. Pogorszenie sprawności poznawczych u chorych z MCI rozwija się znacznie szybciej niż u zdrowych równo-latków. W diagnozowaniu MCI pomocne są też badania neuroobrazowe, ich wyniki wykazują zaniki hipokampa i kory wężomózgowia. Badanie SPECT (ang. *single-photon emission computed tomography*) wykazuje obniżoną perfuzję w okolicy ciemieniowo-skroniowej i asymetrię w przepływie krwi przez struktury ciemieniowo-skroniowe<sup>26</sup>.

**Zespół psychoorganiczny** objawia się zaburzeniami interakcji. W obrazie klinicznym dominują zaburzenia emocjonalne i behawioralne, choć mogą być obecne też objawy otępienne. W typie charakteropatycznym następuje zakłócenie kontroli nad popędami, stępienie życia uczuciowego i niedostatek uczuciowości wyższej. Obserwuje się wzmożenie nastroju (moria), labilność emocjonalną – łatwe przechodzenie od euforii (kiedy chory nie dostrzega swych ograniczeń poznawczych, jest żartobliwy i krotochwilny) do dysforii (kiedy chory jest rozdrażniony i wybuchowy), z reguły przeważają objawy dysforyczne. W typie otępiennym występuje przede wszystkim obniżenie ogólnej sprawności intelektualnej i zaburzenia funkcji pamięci.

**Otępienie** objawia się przewlekłymi i narastającymi ograniczeniami lub nie-  
możnością podejmowania aktywności w sposób lub w zakresie, które są uznane za prawidłowe dla człowieka, takich jak np. codzienne działania związane z prze-  
życiem, dbaniem o siebie (odżywianie się, mycie, ubieranie się itp.). Trudności w wykonywaniu czynności samoobsługowych są w tych przypadkach bezpośrednim następstwem zaburzeń procesów psychicznych. W obrazie zaburzeń demen-  
tywnych zawsze stwierdza się osłabienie funkcji pamięci i zakłócenie procesów myślowych. Trudności mnesticzne wiążą się z zaburzeniami w rejestrowaniu, przechowywaniu i przypominaniu nowych informacji, towarzyszy temu reduk-  
cja myślenia i trudności w przetwarzaniu informacji. Według kryteriów diagno-  
stycznych otępienie rozpoznaje się, gdy deficyty poznawcze dotyczą co najmniej

BIAS, J. PANASIUK, T. WOŹNIAK. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2015, s. 955–992.

<sup>26</sup> T. GABRYELEWICZ: *Patogeneza i przebieg zaburzeń poznawczych w podeszłym wieku; łagodne zaburzenia poznawcze i ryzyko konwersji do otępienia*. Warszawa, Zakład Badawczo Lecznicy Chorób Zwyrodnieniowych CUN, Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mosakowskiego Polskiej Akademii Nauk w Warszawie 2007.

dwóch z następujących funkcji poznawczych: mowa, celowa złożona aktywność ruchowa (praksja), zdolność do rozpoznawania i identyfikowania przedmiotów (gnozja) oraz umiejętność planowania, inicjowania, kontroli i korygowania przebiegu złożonych zachowań. Deficyty poznawcze są na tyle głębokie, że zaburzają aktywność zawodową, funkcjonowanie społeczne oraz wykonywanie codziennych czynności. Zwykle towarzyszą im objawy zaburzeń emocjonalnych: labilność emocjonalna, apatia, odhamowanie zachowań instynktownych i pobudzeniowych, nasilenie pewnych cech osobowościowych sprzed zachorowania (egocentryzm, nastawienia paranoidalne, drażliwość itp.)<sup>27</sup>.

**Zaburzenia dyzartryczne** objawiają się jako zespół zaburzeń: oddechowych (skrótowa faza wydechu, osłabiona kontrola siły wydychanego powietrza), fonacyjnych (nieprawidłowe brzmienie głosu, głos z trudem wydobywany, osłabiona kontrola wysokości i napięcia głosu), artykulacyjnych, rezonansowych (deformacje głosek, upraszczanie grup spółgłoskowych, mało wyrazista artykulacja wymowa, hipernosowość) i prozodycznych, spowodowanych dyskoordynacją oddechowo-fonacyjno-artykulacyjną, spowolnieniem tempa mówienia, skróceniem frazy i zaburzeniami w realizacji struktur intonacyjnych i akcentowych.

## Opis przypadków

Opis przypadków dotyczy czterech spokrewnionych kobiet, reprezentujących trzy pokolenia (dwie siostry, ich matka i babka), u których na różnych etapach życia wystąpiły zróżnicowane objawy procesu neurodegeneracyjnego uwarunkowanego genetycznie. Celem opisu jest przedstawienie psychopatologicznego obrazu i dynamiki choroby, a także problemów w diagnozowaniu, leczeniu i terapii zaburzeń.

W 2006 roku do szpitala na oddział neurologii została przyjęta 18-letnia dziewczyna (A.P.), uczennica II klasy liceum ogólnokształcącego, z powodu narastających od sześciu miesięcy zaburzeń chodu, równowagi, dyzartrycznej mowy, osłabienia procesów kontroli i krytycyzmu, nieadekwatnego nastroju (euforyczność). Dane z wywiadu wykluczyły występowanie wcześniejszych zaburzeń psychomotorycznych. W okresie rozwojowym dziewczyna prawidłowo funkcjonowała w systemie szkolno-rówieśniczym i rodzinnym, była dobrą uczennicą, miała sprecyzowane cele życiowe – planowała studia prawnicze.

Przeprowadzono badania laboratoryjne, ich wyniki nie wykazały nieprawidłowości (morfologia, lipidogram, elektrolity, aminokwasy, aminotransferazy, proteino-

---

<sup>27</sup> S. КОТАПКА-МИНЦ: *Czy istnieje potrzeba rozpoznawania zespołów otępiennych pochodzenia czołowego?* „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 1996, t. 5, supl. 1 (3), s. 33–40.

gram, hormony tarczycy – w normie; toksykologia – ujemna; borelioza, toksoplazmoza – testy ujemne; płyn mózgowo-rdzeniowy – bez zmian; wynik genetycznego badania DNA w kierunku choroby Huntingtona i Wilsona – negatywny).

Badania elektrofizjologiczne (ENG – elektroneurografia i EMG – elektromiografia) wykazały podejrzenie dysfunkcji drogi słuchowej prawej na poziomie wzgórków. Wielokrotnie przeprowadzona elektroencefalografia (EEG) wykazywała nieprawidłowy zapis czynności mózgu. W styczniu 2006 odnotowano: „[...] zapis o ubogiej czynności bioelektrycznej z licznymi artefaktami ruchowymi. Czynność podstawowa niskonapięciowa 10–12 Hz o amplitudzie do 20 mV, reakcja blokowania obecna, hiperwentylacja nie aktywuje zapisu”. W czerwcu 2006 roku stwierdzono: „[...] w okolicach skroniowych obustronnie zmiany zlokalizowane w postaci nieregularnych grup fal wolnych theta i pojedynczych fal theta-alfa; czynność podstawowa niskonapięciowa w granicach zmienności”.

Wyniki badań neuroobrazowych były niepokojące. Badanie tomografią komputerową (CT – ang. *computed tomography*) głowy przeprowadzone w styczniu 2006 roku wykazało w strukturach głębokich po stronie lewej obecność małego ogniska hypodensyjnego o charakterze czasowo odległej zmiany naczyniopochodnej niedokrwiennej; przyściennie, w zatoce klinowej i czołowej lewej, stwierdzono obecność polipowatych struktur tkankowych. Wyniki badania rezonansem magnetycznym (MRI – ang. *magnetic resonance imaging*) głowy ze stycznia 2006 roku wykazały obecność starych zmian niedokrwiennych w strukturach głębokich prawej półkuli mózgu, poza tym w tkance mózgowia dystrybucja intensywności sygnału była prawidłowa, bez uchwytnych zmian ogniskowych. Kolejne badanie MRI, przeprowadzone w marcu 2013 roku, wykazało zmianę w lewym płacie potylicznym i poszerzenie przestrzeni okołonaczyniowej na poziomie śródmózgowia.

W opinii neurologicznej z 2006 roku stwierdzono, że zaburzenia funkcji kończyn nie znajdują wykładników w wyraźnych cechach uszkodzenia ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego ani zajęcia układu pozapiramidowego, a przebieg i charakter postępujących zaburzeń budzą istotne wątpliwości dotyczące organicznego charakteru uszkodzenia układu nerwowego. Zalecono stacjonarną rehabilitację ruchową, ocenę logopedyczną w związku z zaburzeniami artykulacji oraz ocenę psychiatryczno-psychologiczną pod kątem zaburzeń dysocjacyjnych.

Wyniki konsultacji psychiatrycznej wykazały, że pacjentka funkcjonuje w prawidłowym systemie rodzinnym, ma adekwatną orientację allopsychiczną, ale przejawia zakłócenia w orientacji autopsychicznej (nieadekwatnie ocenia własną sytuację życiową), ma zaburzenia afektu (podwyższony nastrój). W badaniu nie stwierdzono objawów psychotycznych, zaburzeń adaptacyjnych i depresyjnych, odnotowano natomiast okresowe występowanie stanów katatonicznychpodobnych.

W trakcie badania neuropsychologicznego pacjentka nawiązywała kontakt, lecz ze względu na głębokie zaburzenia artykulacyjne ocenę wykonywanych przez nią prób eksperymentalno-klinicznych przeprowadzono na podstawie odpowiedzi

w formie pisemnej. Wyniki badania nie wykazały osłabienia w funkcjonowaniu poznawczym, poziom uzyskanych wyników oceniono jako zgodny z poziomem oczekiwanym, stwierdzając jedynie, że reakcje na poszczególne zadania są u chorej opóźnione w związku z zaburzeniami precyzji ruchów. W jej zachowaniu zaobserwowano nadmierną wesołość i obniżoną kontrolę procesów emocjonalnych.

W badaniu neurologopedycznym stwierdzono współwystępowanie kilku jednostek patologii mowy: dyzartrii mieszanej z dysfagią, zaburzeń interakcji typowych dla otępiennego zespołu psychoorganicznego w przebiegu schorzeń neurodegeneracyjnych (brak inicjatywy w nawiązywaniu kontaktu, zakłócenia pragmatycznej spójności wypowiedzi, zubożenie języka w sferze semantyczno-leksykalnej).

W wyniku przeprowadzonych badań i konsultacji specjalistycznych w połowie stycznia 2006 roku sformułowano pierwsze rozpoznanie kliniczne – porażenie czterokończynowe nieokreślone (G82.5). Od tego czasu w ciągu kolejnych ośmiu lat, w związku z brakiem postępów w leczeniu i rehabilitacji, pacjentka była wielokrotnie hospitalizowana na oddziałach neurologii, rehabilitacji neurologicznej i psychiatrii, wówczas na podstawie utrzymujących się objawów rozpoznawano bądź choroby ośrodkowego układu nerwowego (G96): w maju 2006 roku dyzartrię i dysfonię, w lutym 2007 roku zespół pozapiramidowy (toksyczny) i dyzartrię, bądź też zaburzenia psychiczne – w październiku 2006 roku zaburzenia dysocjacyjne (F44), a w marcu 2013 roku zaburzenia mowy oraz ruchowe najprawdopodobniej o etiologii psychogennej. Opisane zaburzenia, bez jednoznacznego wskazania przyczyny czy to neuro- czy psychogennej, utrzymywały się w niezminionej postaci, pomimo prowadzonej terapii logopedycznej i usprawniania ruchowego. Obecnie u pacjentki utrzymują się: czterokończynowy niedowład spastyczny (porusza się na wózku), głęboka dyzartria (mowa jest niezrozumiała ze względu na głębokie zaburzenia artykulacyjne), a także zaburzenia w sferze funkcji wykonawczych i kontroli emocjonalnej (nieadekwatny, podwyższony nastrój, niedostatek kontroli i krytycyzmu).

W marcu 2013 roku do szpitala na oddział neurologii z powodu zgłaszanego od kilku miesięcy osłabienia siły mięśniowej prawej kończyny górnej o niejasnej etiologii została przyjęta W.P. – młodsza, wówczas 20-letnia, siostra A.P., uczennica studium turystycznego. Od początku choroby jej siostry minęło siedem lat.

W trakcie hospitalizacji pacjentce zlecono kompleksowe badania laboratoryjne, ale te nie wykazały nieprawidłowości. W badaniu neuroobrazowym (MRI) nie stwierdzono też zmian strukturalnych w mózgu, a w ocenie neurologicznej wykluczono objawy schorzeń zwojów podstawy. Zaobserwowano okresowe, o zmiennym nasileniu, osłabienie siły mięśniowej w prawej dłoni, przy prawidłowym napięciu mięśniowym. Kobiętę skierowano na konsultację psychologiczną i badanie neurologopedyczne.

W trakcie badania psychologicznego chora nawiązywała logiczny kontakt słowny, okresowo zaobserwowano trudności w koncentracji uwagi, pacjentka



zgłaszała też trudności w nauce. Badanie wykazało osłabienie w funkcjonowaniu poznawczym z deficytami w zakresie uogólniania, klasyfikowania, abstrahowania, rozumienia sytuacji społecznych i ich oceny, rozwiązywania zadań arytmetycznych, analizy i syntezy spostrzeganych obiektów, osłabienie funkcji wzrokowo-przestrzennych, ukierunkowania uwagi dowolnej, a także trudności grafomotoryczne. Ponadto, stwierdzono osłabienie kontroli emocjonalnej, tendencję do infantylizacji zachowań w sytuacjach trudnych, zmniejszenie się wglądu i zdolności do krytycznej oceny sytuacji. Wyniki badania WAIS-R – *Wechsler Adult Intelligence Scale* (PL)<sup>28</sup> potwierdziły obniżenie sprawności intelektualnych. Różnica wyników uzyskanych w Skali Słownej i Skali Bezsłownej mogła wskazywać na organiczne podłoże i nabyty charakter dysfunkcji poznawczych.

Wyniki badania neurologopedycznego nie wykazały zaburzeń funkcji oddechowych i fonacyjnych ani sprawności artykulacyjnych i prozodycznych. Ocena sprawności motorycznej artykulatorów ujawniła ograniczenia diadochokinezy i pionizacji języka. Stwierdzono trudności grafometryczne spowodowane osłabieniem siły mięśniowej w prawej dłoni. Z powodu występowania u starszej siostry pacjentki głębokich zaburzeń mowy o typie dyzartrii i objawów zespołu psychoorganicznego wskazano na konieczność ponownej oceny logopedycznej obydwu siostr w ciągu najbliższych trzech miesięcy.

W dokumentacji klinicznej wpisano zalecenie obserwacji i badań w kierunku innych określonych chorób zwyrodnieniowych układu nerwowego (G31.8), wśród których w ICD-10 wyszczególniono podostrą martwiejącą encefalopatię (zespół Leigha), zwyrodnienie istoty szarej (choroba Alpersa) oraz otępienie z ciałkami Lewy'ego.

W związku z opisanymi przypadkami przeprowadzono wywiad, który wykazał, że matka pacjentek wykazuje dyskretne zaburzenia w zakresie funkcji wykonawczych i kontroli procesów emocjonalnych, a ich babka ze strony matki w wieku senioralnym zapadła na demencję. Charakterystykę zaburzeń motorycznych, emocjonalnych i poznawczych, które wystąpiły w trzech pokoleniach spokrewnionych kobiet, prezentuje tabela 2.

---

<sup>28</sup> Skala Inteligencji Wechslera dla Dorosłych – WAIS-R (PL) to zrewidowane i znormalizowane w 2004 roku narzędzie, które służy do pomiaru poziomu inteligencji ogólnej. WAIS-R (PL) składa się z sześciu testów słownych (Wiadomości, Powtarzanie Cyfr, Słownik, Arytmetyka, Rozumienie, Podobieństwa) oraz pięciu testów bezsłownych (Braki w Obrazkach, Porządkowanie Obrazków, Klocki, Układanki, Symbole Cyfr). Wyniki surowe w poszczególnych testach zamienia się na wyniki przeliczone (dla każdej grupy wieku jest oddzielna tabela przeliczeniowa), a następnie oblicza się ilorazy inteligencji w Skalach: Słownej, Bezsłownej i Pełnej oraz w czynnikach: Rozumienie Werbalne, Organizacja Percepcyjna, Pamięć i Odporność na Dystraktory. Skala ma zastosowanie przede wszystkim w praktyce psychologicznej do diagnozy intelektu (zob. J. BRZEZIŃSKI et al.: *Skala Inteligencji Wechslera dla Dorosłych WAIS-R (PL)*. Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego 2004.

TABELA 2. Generacyjny przebieg zaburzeń neurodegeneracyjnych – nasilenie i dynamika objawów

I POKOLENIE Babka	II POKOLENIE Matka	III POKOLENIE Córki	
		A.P.	W.P.
Z wywiadu: powoli narastające zaburzenia otępienne w wieku podeszłym i starczym, wezwana do badań nie zgłosiła się (brak specjalistycznej diagnostyki)	W ocenie klinicznej miękkie objawy neurologiczne (osłabienie odruchów), stacjonarne objawy łagodnych zaburzeń poznawczych – MCI, obniżona kontrola i krytycyzm, deficyty funkcji wykonawczych w wieku średnim (nie leczona i nie hospitalizowana)	W ocenie klinicznej głębokie zaburzenia motoryczne i emocjonalne, deficyty funkcji wykonawczych od 18. roku życia; pełnoobjawowy zespół zaburzeń ogólnomózgowych o typie otępienia korowo-podkorowego (wielokrotne hospitalizacje na oddziałach neurologii, rehabilitacji i psychiatrii)	W ocenie klinicznej: umiarkowane zaburzenia motoryczne, łagodne zaburzenia poznawcze – MCI od 20. roku życia (hospitalizacje na oddziałach neurologii i rehabilitacji)

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Uzyskane informacje stały się przesłanką do przeprowadzenia specjalistycznych badań w kierunku dziedzicznej choroby neurometabolicznej. Ze względu na nagły i względnie trwały charakter zaburzeń rokowania w przypadku wszystkich spokrewnionych kobiet są niepewne. Choroba siostr sprowokowała pytanie o poznawcze możliwości ich matki i babki. Babka, pomimo wezwania, nie zgłosiła się na badania, natomiast matka nie przestrzegła terminów konsultacji specjalistycznych, objawiała deficyty w planowaniu działań i ocenie sytuacji życiowej, a także zaburzenia w realizowaniu językowych reguł pragmatycznych.

## Neurodegeneracja uwarunkowana rodzinnie

Ze względu na patomechanizm rozróżnia się w literaturze neurologicznej dwie grupy przyczyn doprowadzających do występowania narastających zaburzeń poznawczych i komunikacyjnych<sup>29</sup>:

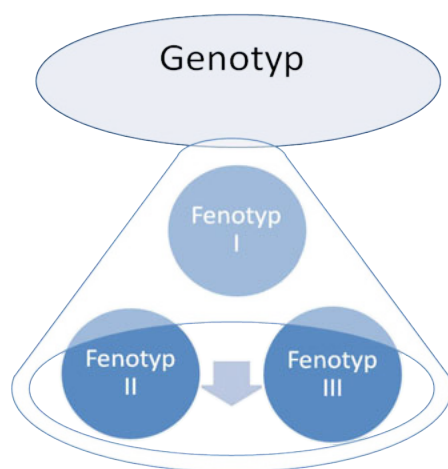
- 1) zwyrodnienie pierwotne;
- 2) syndrom nabytych zaburzeń intelektualnych.

<sup>29</sup> H. MARCZEWSKA, E. OSIEJUK: *Nie tylko afazja... O zaburzeniach językowych w demencji Alzheimerera, demencji wielozawalowej i przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu*. Warszawa, Energia 1994.

W pierwszym przypadku u podstaw deterioracji leżą rozsiane procesy degeneracyjne tkanki mózgowej, obejmujące struktury korowe i podkorowe, które nie są skutkiem żadnej choroby somatycznej, lecz powstają w wyniku patologicznych zmian w morfologii tkanki nerwowej. Mechanizm neurodegeneracji uruchamiany bywa przez błąd genetyczny prowadzący do zaburzeń przemiany białkowej w komórce.

Podział chorób neurometabolicznych pozostaje sprawą otwartą. Jako kryterium podziału przyjmuje się bądź to czynnik biochemiczny (nieprawidłowy szlak metaboliczny lub nieprawidłowa budowa chemiczna substancji gromadzącej się w wyniku blokady enzymatycznej), bądź rozmieszczenie enzymów biorących udział w zaburzonym procesie biochemicznym, bądź też lokalizację zmian w mózgu (uszkodzenie istoty szarej lub białej).

W przypadku dziedzicznych (genetycznych) schorzeń neurometabolicznych objawy chorobowe mogą wystąpić u osób spokrewnionych w różnym wieku, z różnym nasileniem, a przebieg zwykle bywa postępujący, o zróżnicowanej dynamice (piorunujący, przewlekły, intermitujący). Relację pomiędzy genotypem a jego fenotypowymi przejawami u każdego z członków rodziny prezentuje rysunek 1.



RYСУNEK 1. Neurodegeneracja uwarunkowana dziedzicznie – genotyp a fenotyp

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

## Rekomendacje diagnostyczne i terapeutyczne w przypadku neurodegeneracji

Młodzięcza postać choroby neurodegeneracyjnej występującej rodzinie jest zjawiskiem szczególnie trudnym diagnostycznie i wciąż traktowanym stereotypowo jako przejaw zaburzeń o podłożu psychogennym. Panuje powszechne przekonanie, że schorzenia neurodegeneracyjne dotyczą osób w wieku senioralnym. Różnicowanie zaburzeń psychicznych i neurologicznych wieku rozwojowego wymaga interdyscyplinarnej oceny jakościowej i rozszerzenia standardowych procedur diagnostycznych. Dopiero w procesie wielowymiarowej diagnozy, weryfikowanej w badaniach longitudinalnych, wyraźnie ujawnia się neurologiczne podłoże objawów chorobowych, które mogą zostać potwierdzone w czynnościowych badaniach neuroobrazowych.

Choroby neurozwyrodnieniowe mogą ujawniać się w wieku senioralnym, średnim i młodzieńczym. Rodzaj, głębokość i zakres objawów chorobowych może być zróżnicowany. Dyskretne objawy psychopatologiczne występujące na zaawansowanym etapie życia często nie są poddawane specjalistycznej ocenie i traktuje się je jako cechy osobowościowe lub zjawiska fizjologiczne wynikające z naturalnych procesów inwolucyjnych. W młodzieńczej postaci choroby neurozwyrodnieniowej objawy mogą pozostawać na niezmiennym poziomie, co można interpretować jako wynik równoczesnego działania dwu antagonistycznych procesów – neurodegeneracji i neurokompensacji.

Postępowanie logopedyczne, ukierunkowane na stabilizację stanu chorego, a w niektórych przypadkach poprawę sprawności językowych i komunikacyjnych, powinno mieć charakter zindywidualizowany, dostosowany pod względem rodzaju występujących zaburzeń i ich nasilenia na danym etapie choroby neurodegeneracyjnej.

## Bibliografia

- ANTONOVSKY A.: *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*. W: *Psychologia zdrowia*. Red. I. HESZEN-NIEJODEK, H. SĘK. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 1997, s. 214.
- ANTONOVSKY A.: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii 1987/1995.
- ARIZA M. et al.: *Influence of APOE polymorphism on cognitive and behavioural outcome in moderate and severe traumatic brain injury*. "Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry" 2006, vol. 77, s. 1191–1193.

- BILIKIEWICZ A., LANDOWSKI J., RADZIWIŁOWICZ P.: *Psychiatria. Repetytorium*. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 1999.
- BOORSE C.: *Health as a theoretical concept*. "Philosophy of Science" 1977, no. 44, s. 542–573.
- BRAGDON A., GAMON D.: *Kiedy mózg pracuje inaczej*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2003.
- BRZEZIŃSKI J. et al.: *Skala Inteligencji Wechslera dla Dorosłych WAIS-R (PL)*. Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego 2004.
- CZERNIKIEWICZ A.: *Zaburzenia osobowości i zachowania u dorosłych*. W: *Psychiatria*. Red. M. JAREMA. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2016, s. 371–377.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition: DSM-5*. Washington, American Psychiatric Association 2013.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition: DSM-IV*. Washington, American Psychiatric Association 1994.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth edition: Text revision: DSM-IV-TR*. Washington, American Psychiatric Association 2000.
- DOMARADZKI J.: *O definicjach zdrowia i choroby*. „Folia Medica Lodziensia” 2013, nr 40/1, s. 5–29.
- DUBOS R.: *Miraże zdrowia. Utopie, postęp i zmiany biologiczne*. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1962.
- FEINSTEIN A.: *Conversion disorder: advances in our understanding*. „CMAJ” 2011, vol. 183, issue 8, s. 915–920.
- GABRYELEWICZ T.: *Patogeneza i przebieg zaburzeń poznawczych w podeszłym wieku; łagodne zaburzenia poznawcze i ryzyko konwersji do otępienia*. Warszawa, Zakład Badawczo Leczniczy Chorób Zwyczajnych CUN, Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego Polskiej Akademii Nauk w Warszawie 2007.
- GELDER M. et al.: *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press 2011.
- KOTAPKA-MINC S.: *Czy istnieje potrzeba rozpoznawania zespołów otępiennych pochodzenia czółowego?* „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 1996, t. 5, supl. 1 (3), s. 33–40.
- KOWALSKI M., GAWĘŁ A.: *Zdrowie – wartość – edukacja*. Kraków, Impuls 2007.
- KRANICK S.M., GORRINDO T., HALLETT M.: *Psychogenic movement disorders and motor conversion: a roadmap for collaboration between neurology and psychiatry*. „Psychosomatics” 2011, 52 (2), s. 109–116.
- Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych. Wydanie piąte. DSM-5*. Red. wyd. pol. P. GAŁECKI et al. [Wrocław], Edra Urban & Partner [2018].
- KULIK T.B.: *Koncepcje zdrowia w medycynie*. W: *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Red. T.B. KULIK, I. WROŃSKA. Stalowa Wola, Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej w Stalowej Woli 2000, s. 15–38.
- LESZEK J.: *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*. Wrocław, Continuo 2003.
- MARCZEWSKA H., OSIEJUK E.: *Nie tylko afazja... O zaburzeniach językowych w demencji Alzheimera, demencji wielozawłowej i przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu*. Warszawa, Energeia 1994.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta ICD-10*. Kraków, Vesalius 1994.
- PANASIUK J.: *Afazja a interakcja. TEKST – metaTEKST – konTEKST*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 703–705.
- PANASIUK J.: *Postępowanie logopedyczne w przypadkach chorób neurodegeneracyjnych*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*. Red. S. GRABIAS, J. PANASIUK, T. WOŹNIAK. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2015, s. 955–992.
- PANASIUK J.: *Terapia zaburzeń mowy u chorych neurologicznie a mechanizmy neuroplastyczności. Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych*. Red. M. MICHALIK. W: „Nowa Logopedia”. T. 5. Kraków, Collegium Columbinum 2014, s. 41–65.

- PANASIUK J.: *Zaburzenia mowy u dzieci chorych neurologicznie. Diagnoza kliniczna a rozpoznanie logopedyczne*. W: *Diagnoza interdyscyplinarna. Wybrane problemy*. Red. J. SKIBSKA. Kraków, Impuls 2017, s. 285–307.
- PAWEŁCZYK T., PAWEŁCZYK A., RABE-JABŁOŃSKA J.: *Zanim rozpoznasz u pacjenta zaburzenie konwersyjne, dokładnie zbadaj jego stan somatyczny i neurologiczny. Opis przypadku*. „Psychiatria Polska” 2012, t. 46, s. 483–492.
- PRUSIŃSKI A.: *Diagnostyka różnicowa zaburzeń czynnościowych i organicznych*. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1974.
- REBER A.S., REBER E.S.: *Słownik psychologii*. Red. I. KURCZ, K. SKARŻYŃSKA. Warszawa, Scholar 2002.
- SEMPLE D. et al.: *Oxford Handbook of Psychiatry*. Oxford University Press 2009.
- SHERIDAN C.L., RADMACHER S.A.: *Psychologia zdrowia*. Warszawa, Instytut Psychologii Zdrowia – Polskie Towarzystwo Psychologiczne 1998.
- URBANEK B.: *Zdrowie i choroba w ujęciu polskich lekarzy II połowy XIX i początków XX wieku*. „Kwartalnik Historii Nauki i Techniki” 2002, nr 47/3, s. 109–122.
- WOYNAROWSKA B.: *Edukacja zdrowotna – podstawy teoretyczne i metodyczne. Zdrowie*. W: *Edukacja zdrowotna*. Red. B. WOYNAROWSKA. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2007, s. 17–44.



BARBARA KAMIŃSKA

Katedra Logopedii, Uniwersytet Gdański

KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY

Katedra Logopedii, Uniwersytet Gdański

## Przyczyny i konsekwencje zmian w narządzie żucia u osób starszych

### Causes and Consequences of Changes in Chewing Organ of the Elderly

**ABSTRACT:** The article discusses the phenomena connected with physiological changes occurring in the stomatognathic system of the elderly. It points to their relation with the activities of chewing and swallowing as well as the general state of health and social functioning of older people. The issues addressed in the text are of vital importance not only for dentists and geriatrists, but also for speech therapists and other specialists working with seniors.

**KEY WORDS:** gerontologopaedics, stomatognathic system, chewing organ

Proces starzenia się ludności<sup>1</sup> jest postrzegany jako jedno z najważniejszych zjawisk zachodzących w XXI wieku. Polska należy przy tym do trzech krajów europejskich najszybciej starzejących się demograficznie<sup>2</sup>. Zachodzące zmiany demograficzne powodują, że współczesne społeczeństwa określa się

---

<sup>1</sup> Starzenie się ludności rozumiane jest jako wzrost odsetka ludzi powyżej 60. (granica starości przyjęta w krajach europejskich) lub 65. roku życia (proponycja ONZ, akceptowana w USA i Wielkiej Brytanii) (P. SZUKAŁSKI: *Starzenie się ludności – wyzwanie XXI wieku*. W: *To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski*. Red. P. SZUKAŁSKI. Warszawa, Instytut Prac Publicznych 2008, s. 8).

<sup>2</sup> W 1950 roku osoby w wieku powyżej 65 lat stanowiły 8,3% polskiego społeczeństwa, a poniżej 20. roku życia – 39,0%. W 2010 roku proporcje te zmieniły się zasadniczo – osoby w wieku senioralnym stanowiły 13,6%, poniżej 20. roku życia zaś – 20,7%. W 2030 roku, według prognoz, nastąpi dalsza wyraźna zmiana: osoby starsze stanowiąc będą już ponad 23% społeczeństwa, natomiast udział procentowy młodych ludzi zmniejszy się do 16,8% (A. JOPKIEWICZ, E. SULIGA: *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania*. Radom–Kielce, Wydaw. Instytutu Technologii Eksploatacji 2005, s. 140). W tym samym roku średni wiek przeciętnego Polaka wyniesie 45 lat (obecnie 37 lat) i będzie wzrastał (T. KOSTKA: *Starzenie się ludności jako wyzwanie dla lekarza rodzinnego*. W: *Choroby wieku podeszłego*. Red. T. KOSTKA, M. KOZIARSKA-ROŚCISZEWSKA. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2009, s. 16).

mianem postemerytalnych, siwiejących, pisze się o srebrnym tsunami bądź stwierdza się lapidarnie: „To idzie starość”<sup>3</sup>. Znaczny wzrost liczebności osób w podeszłym wieku, zwłaszcza powyżej 80. roku życia, sprawił, że szczególnie istotnym problemem stało się zapewnienie tej grupie komfortu życia, opieki, leczenia i terapii. Oczywiście jest, że starzenie się jest procesem przebiegającym z dużym zróżnicowaniem, często powikłanym procesami patologicznymi. Jednakże wraz z upływem czasu typowe jest doświadczanie zmian inwolucyjnych (in. zaniku fizjologicznego)<sup>4</sup>. Dla językoznawców i logopedów szczególnie istotne są notowane w przypadku znacznej części seniorów zmiany dotyczące komunikowania się oraz przebiegu czynności pokarmowych. Jedną z przyczyn są bezsprzecznie zmiany zachodzące w obrębie układu stomatognatycznego. Wiedza na ich temat jest niezbędna dla logopedów, specjalizujących się w geronto- i neurologopedii.

### Badanie stanu i funkcjonowania narządu żucia u osób w podeszłym wieku

W polskim piśmiennictwie medycznym funkcjonują terminy: stomatologia geriatryczna<sup>5</sup>, gerostomatologia<sup>6</sup>, gerontostomatologia<sup>7</sup>. W *Słowniku terminów stomatologicznych* widnieje hasło: gerodontologia – stomatologia wieku starczego. Drugi z podanych terminów definiowany jest następująco:

[...] gerontostomatologia (gr. *geron* – stary, starzec) jest działem stomatologii zajmującym się ze szczególną uwagą pacjentem starszym, u którego wraz z wiekiem doszło do fizjologicznych i patologicznych zmian w zakresie: morfologii, funkcji,

<sup>3</sup> „To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski” to tytuł pracy naukowo-badawczej przedstawionej przez zespół ekspertów Fundacji Instytut Spraw Publicznych na zlecenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (2008).

<sup>4</sup> Adam A. Zych termin „inwolucja” odnosi do procesów regresywnych, związanych ze starzeniem się. Zanik fizjologiczny nie jest spowodowany czynnikami chorobotwórczymi, lecz jest wynikiem starzenia się. A.A. ZYCH: *Leksykon gerontologii*. Kraków, Impuls 2010, s. 77.

<sup>5</sup> Zob. Z. KNYCHAŁSKA-KARWAN: *Stomatologia geriatryczna*. Kraków, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum 1995; A. PRYMAS, A. WĘDRYCHOWICZ-WELMAN, A. MANIA-KOŃSKO: *Leczenie próchnicy korzenia – opis przypadku*. „Dental and Medical Problems” 2006, vol. 43, no. 1, s. 135.

<sup>6</sup> Termin ten widnieje też w nazwach klinik medycznych – m.in. Klinika Gerostomatologii Katedry Protetyki Stomatologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu; Zakład Gerostomatologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Zob. Z. KNYCHAŁSKA-KARWAN: *Gerostomatologia*. Kraków, Akademia Medyczna im. M. Kopernika 1992.

<sup>7</sup> B. FRĄCZAK, J. LUPA-BÜHMANN, E. SOBOLEWSKA: *Potrzeby leczniczo-protetyczne u seniorów w Niemczech*. „Annales Academiae Medicae Stetinensis Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2007, 53, 3, s. 134.



psychicznych sposobów zachowania się oraz pozostających oczekiwań trybu i sposobu życia<sup>8</sup>.

W literaturze rosyjskiej znaleźć można termin геронтостоматология, natomiast w języku niemieckim funkcjonuje termin (*die*) *Gerontostomatologie*. W literaturze anglojęzycznej stosowane są następujące określenia: *geriatric dentistry*, *gerontostomatology*, *geriodontics*, *gerodontology*.

Sprawność narządu żucia jako składnika sprawnie funkcjonującego układu stomatognatycznego<sup>9</sup> jest rzadko uwzględniana w badaniach osób starszych. Tymczasem jego stan i funkcjonowanie mają istotny wpływ na zdrowie ogólne i jakość życia osób w podeszłym wieku, m.in. na: spożywanie pokarmów, kondycję psychofizyczną, higienę jamy ustnej, oddech, wygląd twarzy, uśmiech, aktywność zawodową, kontakty społeczne, mowę, komunikację, relaks, sen, emocje<sup>10</sup>. Społeczna świadomość w zakresie związku jakości życia ze zdrowiem jamy ustnej (OHRQoL – *oral health related quality of life*) jest – jak się wydaje – niewielka: „Problemy z wymową i spożywaniem pokarmów okazują się ciągle czymś »naturalnym« dla seniorów, wynikającym z wieku, a nie z zaniedbań”<sup>11</sup>. Wiedza o znaczeniu roli jamy ustnej w całościowym kontekście zdrowia ogólnego pacjenta jest więc przydatna zarówno lekarzom różnych specjalności, jak i innym specjalistom zajmującym się osobami w podeszłym wieku, w tym logopedom.

## Stan uzębienia osób w podeszłym wieku

Wynikiem starzenia się polskiego społeczeństwa jest m.in. rosnąca liczba pacjentów po 60. roku życia przychodzących do lekarza stomatologa. O skali problemu, jakim jest niezadowolający stan uzębienia osób starszych oraz jego konsekwencje, mogą świadczyć dane z badań przeprowadzonych przez Elżbietę Jodkowską od 1998 do 2009 roku w grupach wiekowych: 35–44 lata i 65–74 lata,

<sup>8</sup> Ibidem, s. 138.

<sup>9</sup> K. BARCZAK, M. SZMIDT, J. BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA: *Funkcjonalność narządu żucia a poczucie depresji u pacjentów po 55. roku życia zamieszkałych w środowisku rodzinnym i w domach pomocy społecznej*. „Psychiatria Polska” 2016, t. 50, nr 5, s. 1033.

<sup>10</sup> Zob. m.in.: K. BARCZAK, M. SZMIDT, J. BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA: *Funkcjonalność narządu żucia...*; B. FRĄCZAK, J. LUPA-BÜHMANN, E. SOBOLEWSKA: *Potrzeby leczniczo-protetyczne...*; M. GAŁCZYŃSKA-RUSIN: *Jakość życia pacjentów w wieku podeszłym poddanych leczeniu protetycznemu* [praca doktorska]. Opieka nauk. prof. dr hab. R. KOCZOROWSKI. Poznań, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu 2013. <http://www.wbc.poznan.pl/dlibra/doccontent?id=304343&from=FBC> [data dostępu: 10.03.2017]; Z. KNYCHALSKA-KARWAN: *Gerostomatologia...*

<sup>11</sup> K. BARCZAK, M. SZMIDT, J. BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA: *Funkcjonalność narządu żucia...*, s. 1033.

w ramach ogólnopolskiego programu monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej Polaków<sup>12</sup>. Ze względu na tematykę niniejszego artykułu, za pracą Jodkowskiej podano dane dotyczące tylko starszej z badanych grup, liczącej 2124 osoby. Wyniki uzyskane w 2009 roku porównano z danymi z lat 1998 i 2002 (tabela 1).

TABELA 1. Dane epidemiologiczne dotyczące stanu uzębienia w latach 1998–2009 u osób w wieku 65–74 lata

Płeć	Średnia liczba zachowanych zębów			Odsetek osób bezzębnych			Odsetek osób z zachowaną funkcją żucia		
	rok badania								
	1998	2002	2009	1998	2002	2009	1998	2002	2009
Mężczyźni	b.d.	7,7	7,2	31,5	36,8	41,2	68,1	66,6	48,2
Kobiety	b.d.	5,6	6,2	37,0	44,4	45,7	71,5	71,1	50,5
Ogółem	b.d.	6,3	6,6	34,7	41,6	43,9	70,1	69,4	49,6

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: E. JODKOWSKA: *Stan uzębienia dorosłych mieszkańców Polski w latach 1998–2009*. „Przegląd Epidemiologiczny” 2010, t. 64, nr 4, s. 572–575.

Jak podaje autorka, u badanych w ciągu jedenastu lat średnia liczba zachowanych zębów była na zbliżonym, niskim poziomie, znacząco wzrósł odsetek osób bezzębnych i bardzo istotnie zmalał odsetek osób z zachowaną funkcją żucia. W badaniach przeprowadzonych przez Małgorzatę Gałczyńską-Rusin w 2011 roku, dotyczących grupy 150 osób w wieku od 60 do 95 lat, stwierdzony odsetek pacjentów bezzębnych wyniósł 50,7%<sup>13</sup>. W krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej odsetek takich pacjentów zmniejsza się, co jest związane z odmiennym podejściem pacjentów do leczenia stomatologicznego bądź też z efektem działań profilaktyczno-oświatowych, którymi obejmuje się już najmłodsze dzieci<sup>14</sup>. Katarzyna Barczak, Monika Szmidt i Jadwiga Buczkowska-Radlińska udowodniły zależność między funkcjonalnością narządu żucia u osób starszych a środowiskiem życia. Autorki wykazały, że stan zdrowia jamy ustnej osób przebywających w domach pomocy społecznej (DPS) jest gorszy niż osób mieszkających samodzielnie czy wśród najbliższych. W grupie 106 badanych z DPS bezzębie stwierdzono u 59,4% osób (średnia wieku w tej grupie wyniosła 73,8 roku), a u 120 pacjentów z domów rodzinnych (średnia wieku: 67,4 roku) znacząco niższe, tj. 29,2%<sup>15</sup>. Tak duże dysproporcje pomiędzy grupami wynikały

<sup>12</sup> Badania epidemiologiczne stanu uzębienia osób w wieku emerytalnym są prowadzone w Polsce dopiero od 1998 roku. Zob. E. JODKOWSKA: *Stan uzębienia dorosłych mieszkańców Polski w latach 1998–2009*. „Przegląd Epidemiologiczny” 2010, t. 64, nr 4, s. 572.

<sup>13</sup> M. GAŁCZYŃSKA-RUSIN: „Jakość życia pacjentów...”, s. 46–47.

<sup>14</sup> K. BARCZAK, M. SZMIDT, J. BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA: *Funkcjonalność narządu żucia...*, s. 1033.

<sup>15</sup> Ibidem, s. 1032.

prawdopodobnie z różnej świadomości pacjentów zamieszkujących DPS i domy rodzinne w zakresie metod i możliwości leczenia oraz z ograniczonej dostępności do opieki stomatologicznej wśród pensjonariuszy DPS<sup>16</sup>. Dla porównania można przytoczyć wyniki badań przeprowadzonych w Niemczech, również w dwu podobnych grupach pacjentów – w wieku od 61 do 95 lat (łącznie 100 osób), mieszkających w domach opieki (średnia wieku: 78,3 roku) i domach rodzinnych (średnia wieku: 70,9 roku). Okazało się, że stan narządu żucia i uzupełnień protetycznych w grupie seniorów z domów opieki był gorszy niż u mieszkających w domach rodzinnych<sup>17</sup>.

Zdaniem Bogumiły Frączak, Joanny Lupy-Bühmann i Ewy Sobolewskiej, należy zwrócić uwagę na geriatryczne aspekty wywiadu i planu leczenia. Na przykład to, jaki rodzaj uzupełnień protetycznych zostaje pacjentowi zaoferowany, zależy nie tylko od stanu jamy ustnej, możliwości finansowych, ale także od możliwości manualnych pacjenta. Ponadto w codziennej praktyce klinicznej lekarza dentystry warto stosować GDS (*Geriatric Depression Scale* – Geriatryczna Skala Depresji)<sup>18</sup>. „Lekarz stomatolog, uzyskując w wyniku badania u osoby po 55. roku życia wysoką punktację w skali GDS, może okazać się pierwszym, który skieruje pacjenta do dalszej, pogłębionej diagnostyki i ewentualnego leczenia”<sup>19</sup>.

Uwzględnienie w programie monitoringu stanu uzębienia polskich seniorów wpływu czynników społecznych, ekonomicznych i kulturowych powinno umożliwić planowanie i prowadzenie skuteczniejszych działań prozdrowotnych dotyczących społeczeństwa<sup>20</sup>. Przywołane wyniki badań skłaniają jednak do wniosku o niewystarczającym zakresie takich inicjatyw.

## **Wpływ stanu narządu żucia na funkcjonowanie osób w podeszłym wieku**

Biorąc pod uwagę przedstawione, przykładowe dane, warto szerzej omówić wskazane na początku artykułu zależności między stanem uzębienia a zdrowiem ogólnym seniorów.

---

<sup>16</sup> Ibidem.

<sup>17</sup> B. FRĄCZAK, J. LUPA-BÜHMANN, E. SOBOLEWSKA: *Potrzeby leczniczo-protetyczne...*, s. 139.

<sup>18</sup> Ibidem, s. 134. Szerzej na temat GDS – zob. następny podrozdział.

<sup>19</sup> K. BARCZAK, M. SZMIDT, J. BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA: *Funkcjonalność narządu żucia...*, s. 1036.

<sup>20</sup> E. JODKOWSKA: *Stan uzębienia dorosłych...*, s. 571.

Zachowanie uzębienia do późnej starości jest bez wątpienia stanem pożądanym. Jednakże nieuniknione są zmiany w obrębie układu stomatognatycznego i wynikające z nich konsekwencje dla mowy/wymowy oraz takich czynności fizjologicznych, jak żucie, połykanie.

Za kryterium kliniczne zachowania funkcjonalności narządu żucia Światowa Organizacja Zdrowia przyjmuje kontakt zwarciový co najmniej 20 zębów przeciwstawnych, naturalnych lub sztucznych<sup>21</sup>. W badaniach Barczak, Szmidt i Buczkowskiej-Radlińskiej kryterium to spełniało 24,5% seniorów z DPS i 65% z domów rodzinnych. Jeszcze niższe wartości w tych samych badaniach odnosiły się do deklarowanego przez pacjentów zadowolenia ze stanu zdrowia jamy ustnej: odpowiednio 22,7% i 43,3%<sup>22</sup>. Na stopień takiego zadowolenia wpływają różne czynniki, m.in.: przyczyna utraty zębów, rodzaj posiadanego uzębienia (własne, sztuczne, mieszane, bezzębność), zaspokojenie (lub brak) potrzeby uzupełnień protetycznych, ich koszt, sposób i możliwości finansowania, trudności z przyzwyczajaniem się do protez, ich dopasowaniem, a także stan psychiczny oraz ogólny stan pacjenta<sup>23</sup>. Częściowe lub całkowite niezaspokojenie potrzeb pacjenta gerontostomatologicznego prowadzi do dysfunkcji narządu żucia, której wynikiem mogą być problemy z jedzeniem, żuciem i połykaniem<sup>24</sup>.

Czynność żucia odbywa się na skutek koordynowanej przez centralny układ nerwowy pracy tkanek i narządów układu stomatognatycznego:

Proces pobierania pokarmów, składający się z odgryzania, żucia i połykania, przebiega według następujących po sobie faz. Do każdej z nich dochodzi dzięki ruchom żuchwy, wyzwalanym przez określoną grupę mięśni, w czym efektywnie uczestniczą odpowiednio ukształtowane zęby szczęki i żuchwy<sup>25</sup>.

U osób starszych utrata zębów, zmiany okluzji po rekonstrukcji uzupełnieniami protetycznymi i wypełnieniami zachowawczymi mogą modyfikować model

---

<sup>21</sup> K. BARCZAK, M. SZMIDT, J. BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA: *Funkcjonalność narządu żucia...*, s. 1030.

<sup>22</sup> Ibidem.

<sup>23</sup> Ibidem, s. 1031–1032; B. FRĄCZAK, J. LUPA-BÜHMANN, E. SOBOLEWSKA: *Potrzeby leczniczo-protetyczne...*, s. 135.

<sup>24</sup> Dysfagia jest jednym z problemów, którymi logopedzi zajmują się, pracując z osobami w podeszłym wieku. Jej istota jest znana logopedom, warto się jednak przyjrzeć mechanizmom i skutkom zjawiska z perspektywy udziału w tym procesie układu stomatognatycznego. Niedobory żywieniowe, wynikające z trudności z żuciem i połykaniem, mogą być przyczyną zwiększonej zapadalności osób starszych na różne schorzenia i infekcje. Zdolność żucia wpływa więc w rezultacie na stopień wydolności fizycznej i jakość codziennego życia. (K. BARCZAK, M. SZMIDT, J. BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA: *Funkcjonalność narządu żucia...*, s. 1034). Temat dysfagii i jej terapii w gerontologii jest jednakże bardzo obszerny i jako taki wymaga osobnego opracowania.

<sup>25</sup> S. MAJEWSKI: *Gnatofizjologia stomatologiczna. Normy okluzji i funkcje układu stomatognatycznego*. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2007, s. 71.

żucia, który jest osobniczo zmienny i do pewnego stopnia jest określany przez okluzję<sup>26</sup>. Gałczyńska-Rusin podaje, że spośród 150 pacjentów w wieku 60–95 lat problemy z żuciem miało 34,7%, z przełykaniem – 14,7%, z wymową – 8%; 13,3% pacjentów ograniczało spożywanie pokarmów ze względu na problemy z żuciem, a 18,7% odczuwało dyskomfort, jedząc w towarzystwie innych osób<sup>27</sup>. U osób bezzębnych wskaźniki procentowe ilustrujące wymienione trudności były większe i wynosiły odpowiednio: problemy z żuciem – 40,8%, przełykaniem – 22,4% i mową – 9,2%, ograniczenie spożywania pokarmów – 17,1%, dyskomfort podczas jedzenia w towarzystwie innych – 21,1%. Leczenie protetyczne pozwala na znaczące ograniczenie wskazanych problemów<sup>28</sup>. W badaniach Barczak, Szmidt i Buczkowskiej-Radlińskiej odsetek osób mających problemy z jedzeniem związane ze stanem zębów lub protez był wyższy: wśród pacjentów z DPS wyniósł 58,5%, a wśród mieszkańców domów rodzinnych – 49,2%<sup>29</sup>.

Związane z wiekiem zmiany w układzie stomatognatycznym są również skutkiem chorób przyzębia. Wraz z wiekiem dochodzi do recesji brzegu dziąsłowego i odsłonięcia cementu korzeniowego, a w efekcie do próchnicy korzenia. Jej powstawaniu sprzyjają:

[...] zła higiena jamy ustnej, często uwarunkowana ograniczoną zręcznością manualną ludzi w podeszłym wieku [...], dieta bogata w węglowodany przyczyniająca się do powstawania płytki nazębnej [...], zmniejszone wydzielanie śliny oraz zmniejszenie jej zdolności buforowych, najczęściej uwarunkowanych przewlekłymi chorobami ogólnoustrojowymi oraz uzupełnienia protetyczne, w szczególności protezy ruchome częściowe<sup>30</sup>.

Rodzaj uzupełnień protetycznych, ich skala wpływają na stan i funkcjonowanie stawu skroniowo-żuchwowego, dlatego w ocenie stanu narządu żucia powinno się go uwzględnić<sup>31</sup>. Jak podaje Zofia Knychalska-Karwan, w 65. roku życia czynność mięśni żujących zmniejsza się o 20%, a u 50% siedemdziesięciolatków dochodzi do dysfunkcji i zmian zwyrodnieniowych stawów skroniowo-żuchwowych<sup>32</sup>. Do zaburzeń w funkcjonowaniu stawu skroniowo-żuchwowego u osób starszych można zaliczyć: obniżenie ruchomości, zbaczanie żuchwy, nad-

<sup>26</sup> Ibidem.

<sup>27</sup> M. GAŁCZYŃSKA-RUSIN: „Jakość życia pacjentów...”, s. 50.

<sup>28</sup> Ibidem, s. 67.

<sup>29</sup> K. BARCZAK, M. SZMIDT, J. BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA: *Funkcjonalność narządu żucia...*, s. 1031.

<sup>30</sup> A. PRYMAS, A. WĘDRYCHOWICZ-WELMAN, A. MANIA-KOŃSKO: *Leczenie próchnicy korzenia...*, s. 135.

<sup>31</sup> B. FRĄCZAK, J. LUPA-BÜHMANN, E. SOBOLEWSKA: *Potrzeby leczniczo-protetyczne...*, s. 135.

<sup>32</sup> Z. KNYCHALSKA-KARWAN: *Stomatologia wieku podeszłego*. Lublin, Czelej 2009, s. 24.

wichnięcia, trzaski i ból<sup>33</sup>. Mogą one powodować trudności w utrzymaniu prawidłowej relacji szczęki do żuchwy<sup>34</sup>. Należy wspomnieć też o parafunkcjach, takich jak np.: zaciskanie zębów, nagryzanie na błonę śluzową jamy ustnej, żucie tylko po jednej stronie. Istotne jest wyjaśnienie pacjentowi szkodliwości nawyku zaciskania zębów czy mielenia. Leczenie protetyczne osób w podeszłym wieku, którego jednym z celów jest czynnościowa odbudowa zgryzu, może chronić staw przed nadmiernym obciążeniem<sup>35</sup>.

Przyczyn zmian błony śluzowej jamy ustnej u osób starszych jest wiele. Jedną z nich to cukrzyca, na którą – obok chorób układu krążenia – najczęściej zapadają seniorzy. Może ona być powodem zapaleń błony śluzowej, leukoplakii, grzybic, jak również przekrwienia śluzówki języka<sup>36</sup>. Inne choroby błony śluzowej występujące u osób w podeszłym wieku to m.in.: pieczenie błony śluzowej i języka, zmniejszone wydzielanie śliny prowadzące do suchości jamy ustnej (ksero stomia), choroby przednowotworowe i nowotworowe. Stymulowaniu wydzielania śliny sprzyja żucie niesłodzonej, przeciwbakteryjnej gumy do żucia lub zastosowanie sztucznej śliny<sup>37</sup>. Zmiany języka związane z wiekiem, zdaniem Knychalskiej-Karwan, polegają m.in. na: jego wygładzeniu (związanym ze słabszym nawilgotnieniem, niedoborami żywieniowymi i witaminowymi), obłożeniu (wynikającym z mniejszej ilości śliny, ze słabszej higieny jamy ustnej, z gromadzenia się drobnoustrojów i resztek pokarmowych), redukcji liczby kubków smakowych (prowadzącej do przewagi odczuwania smaku kwaśnego i gorzkiego, zwłaszcza u palaczy i osób noszących protezy), możliwych zmianach w odczuwaniu dotyku i bólu. Następuje także zwiększenie aktywności języka, ponieważ przejmuje on częściowe funkcje zębów w procesie żucia przy miażdżeniu pokarmów. Wzrost aktywności języka prowadzi do jego powiększenia się, co bywa niekiedy nazywane zespołem gerojęzykowym<sup>38</sup>.

Stan jamy ustnej jest jednym z elementów oceny ogólnej jakości życia osób w podeszłym wieku, ich sprawności fizycznej, stanu emocjonalnego, funkcjonowania społecznego. Gorszy stan jamy ustnej i słabsza funkcjonalność narządu żucia łączą się – jak dowodzą badania – z poczuciem depresji. Korelują one poza tym z wieloma czynnikami, m.in. z aktywnością fizyczną, intelektualną, społeczną, sytuacją rodzinną, materialną. Barczak, Szmidt i Buczkowska-Radlińska, badając pacjentów w wieku od 55 do 101 lat z domów pomocy społecznej i z domów rodzinnych, posłużyły się skróconą wersją Geriatrycznej Skali

<sup>33</sup> Ibidem; B. FRĄCZAK, J. LUPA-BÜHMANN, E. SOBOLEWSKA: *Potrzeby leczniczo-protetyczne...*, s. 135–137.

<sup>34</sup> B. FRĄCZAK, J. LUPA-BÜHMANN, E. SOBOLEWSKA: *Potrzeby leczniczo-protetyczne...*, s. 135–138.

<sup>35</sup> Ibidem, s. 139.

<sup>36</sup> Ibidem; Z. KNYCHALSKA-KARWAN: *Gerostomatologia...*, s. 64–66.

<sup>37</sup> Z. KNYCHALSKA-KARWAN: *Gerostomatologia...*, s. 225.

<sup>38</sup> Ibidem, s. 25–26.

Depresji (GDS), która zawiera piętnaście pytań wymagających zakreślenia odpowiedzi „Tak” lub „Nie”. Badaczki stwierdziły, że pacjenci z DPS charakteryzowali się gorszym stanem psychicznym i częściej byli niezadowoleni ze stanu zdrowia jamy ustnej niż badani z domów rodzinnych. Zwróciły także uwagę, że u pacjentów z DPS, u których występowało poczucie depresji, brak funkcjonalności narządu żucia był częstszy (79,3%) niż u pacjentów z poczuciem depresji, którzy mieszkali w domach rodzinnych (48%)<sup>39</sup>. Poczucie depresji wzrasta z wiekiem. O objawach depresyjnych pacjentów w podeszłym wieku pisała też Gałczyńska-Rusin, która stwierdziła występowanie zaburzeń depresyjnych prawie u 24,6% pacjentów zgłaszających się na leczenie protetyczne.

Depresja rozpoczynająca się po 65. roku życia w nomenklaturze medycznej nazywana jest depresją wieku późnego (*late-life depression* – LLD) i klasycznie prezentowana jest przez objawy dysforii (rozdrażnienie, uczucie zmęczenia, brak zainteresowania) oraz anhedonii (niezdolność przeżywania przyjemności) [...]. LLD jest często związana ze złą higieną jamy ustnej, zaawansowaną chorobą przyzębia, próchnicą kwitnącą i kserostomią. Pacjenci z symptomami depresji często mają niższe poczucie jakości życia związanej ze zdrowiem jamy ustnej oraz gorzej oceniają zdrowie jamy ustnej<sup>40</sup>.

Stomatolodzy postulują konieczność włączenia oceny stanu psychicznego do rutynowego badania pacjenta w starszym wieku.

Omówione badania pokazują, że czynnikami wpływającymi negatywnie na stan i funkcjonowanie narządu żucia i całego układu stomatognatycznego, a w związku z tym również na zdrowie ogólne starszych osób, są: niska świadomość znaczenia zdrowia jamy ustnej dla ogólnego stanu zdrowia, brak systemowych rozwiązań w zakresie opieki stomatologicznej nad osobami w podeszłym wieku, bariery kulturowe i socjalne, uwarunkowania społeczno-ekonomiczne związane np. z nierównym dostępem do bezpłatnego leczenia wielospecjalistycznego (w tym stomatologicznego i protetycznego), czasem brak zainteresowania pacjentów takim leczeniem, sprawowanie opieki nad pacjentem w podeszłym wieku jedynie przez instytucje (np. domy opieki, domy pomocy społecznej)<sup>41</sup>. „Seniorzy korzystają najczęściej z refundowanych form leczenia stomatologicznego. Podstawową metodą leczenia bólu nadal pozostaje ekstrakcja zęba. [...] W Polsce nie ma obecnie żadnych działań profilaktyczno-zdrowotnych, które byłyby skierowane do najstarszych pacjentów”<sup>42</sup>. Światowa tendencja spadkowa w zakresie liczby bezzębnych osób starszych nie dotyczy Polski.

<sup>39</sup> K. BARCZAK, M. SZMIDT, J. BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA: *Funkcjonalność narządu żucia...*,

<sup>40</sup> M. GAŁCZYŃSKA-RUSIN: „Jakość życia pacjentów...”, s. 88.

<sup>41</sup> E. JODKOWSKA: *Stan uzębienia dorosłych...*; Z. KNYCHALSKA-KARWAN: *Gerostomatologia...*; EADEM: *Stomatologia wieku podeszłego...*

<sup>42</sup> K. BARCZAK, M. SZMIDT, J. BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA: *Funkcjonalność narządu żucia...*, s. 1033.

Zgromadzenie Ogólne Światowego Towarzystwa Stomatologicznego na konferencji w Singapurze w 2009 roku wydało następujące oświadczenie:

1) Bezzębność i zły stan zdrowia często współistnieją. Nie wykazano związku przyczynowo-skutkowego. 2) Utrata wszystkich zębów powoduje zmiany w postrzeganiu jamy ustnej, co może być tylko częściowo rekompensowane przez noszenie protezy zębowej. 3) Całkowita utrata zębów może być trudna do zaakceptowania, dlatego przed ekstrakcją zęba zaleca się staranne przygotowanie psychologiczne przez stomatologa. 4) Użycie protezy może pozytywnie wpłynąć na ogólne samopoczucie i codzienne funkcje jamy ustnej wśród bezzębnych pacjentów. 5) Osoby noszące protezy często modyfikują lub ograniczają wybór żywności i, w związku z tym, ich sposób odżywiania może być niewłaściwy w porównaniu do osób z uzębieniem<sup>43</sup>.

Fakty wskazane w oświadczeniu powinny być uwzględniane w pracy logopedycznej z osobami w wieku senioralnym.

## Podsumowanie

Jakość życia związana ze zdrowiem jamy ustnej (OHRQoL) określa nie tylko stan i sprawność układu stomatognatycznego, żucie, mowę, występowanie lub nie dyskomfortu lub bólu, ale również funkcjonowanie społeczne (komunikacja, interakcje społeczne, intymność) i psychologiczne (emocje, poczucie własnej wartości, wygląd)<sup>44</sup>. Po pojęcie to sięgają autorzy opracowań z zakresu gerontostomatologii, ale – naszym zdaniem – warto by było uwzględniane także w publikacjach z gerontologopedii.

Warto również zwrócić uwagę logopedów na częste występowanie depresji u osób w podeszłym wieku. Zastosowanie w praktyce logopedycznej podstawowej skali GDS mogłoby stanowić element wczesnej diagnostyki objawów depresyjnych, co pozwoliłoby skierować pacjenta na diagnozę medyczną.

---

<sup>43</sup> Ibidem, s. 1029.

<sup>44</sup> M. GAŁCZYŃSKA-RUSIN: „Jakość życia pacjentów...”, s. 12.



## Bibliografia

- BARCZAK K., SZMIDT M., BUCZKOWSKA-RADLIŃSKA J.: *Funkcjonalność narządu żucia a poczucie depresji u pacjentów po 55. roku życia zamieszkałych w środowisku rodzinnym i w domach pomocy społecznej*. „Psychiatria Polska” 2016, t. 50, nr 5, s. 1027–1038.
- FRĄCZAK B., LUPA-BÜHMANN J., SOBOLEWSKA E.: *Potrzeby leczniczo-protetyczne u seniorów w Niemczech*. „Annales Academiae Medicae Stetinensis Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2007, 53, 3, s. 134–139.
- GAŁCZYŃSKA-RUSIN M.: „Jakość życia pacjentów w wieku podeszłym poddanych leczeniu protetycznemu” [praca doktorska]. Opieka nauk. prof. dr hab. R. KOCZOROWSKI. Poznań, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu 2013. <http://www.wbc.poznan.pl/dlibra/doccontent?id=304343&from=FBC> [data dostępu: 10.03.2017].
- JODKOWSKA E.: *Stan uzębienia dorosłych mieszkańców Polski w latach 1998–2009*. „Przegląd Epidemiologiczny” 2010, t. 64, nr 4, s. 571–576.
- JOPKIEWICZ A., SULIGA E.: *Biomedyczne podstawy rozwoju i wychowania*. Radom–Kielce, Wydaw. Instytutu Technologii Eksploatacji 2005.
- KNYCHALSKA-KARWAN Z.: *Gerostomatologia*. Kraków, Akademia Medyczna im. M. Kopernika 1992.
- KNYCHALSKA-KARWAN Z.: *Stomatologia geriatryczna*. Kraków, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum 1995.
- KNYCHALSKA-KARWAN Z.: *Stomatologia wieku podeszłego*. Lublin, Czelej 2009.
- KOSTKA T.: *Starzenie się ludności jako wyzwanie dla lekarza rodzinnego*. W: *Choroby wieku podeszłego*. Red. T. KOSTKA, M. KOZIARSKA-ROŚCISZEWSKA. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2009, s. 11–16.
- MAJEWSKI S.: *Gnatofizjologia stomatologiczna. Normy okluzji i funkcje układu stomatognatycznego*. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2007.
- PRYMAS A., WĘDRYCHOWICZ-WELMAN A., MANIA-KOŃSKO A.: *Leczenie próchnicy korzenia – opis przypadku*. „Dental and Medical Problems” 2006, vol. 43, no. 1, s. 135–138.
- SZUKALSKI P.: *Starzenie się ludności – wyzwanie XXI wieku*. W: *To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski*. Red. P. SZUKALSKI. Warszawa, Instytut Prac Publicznych 2008, s. 7–29.
- ZYCH A.A.: *Leksykon gerontologii*. Kraków, Impuls 2010.



WOJCIECH ŁIPSKI

Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego,  
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

## Wieloznaczność rozumienia terminu „konotacja” i jego aplikatywność w badaniach nad zaburzeniami mowy

### The Ambiguity of the Term “Connotation” and Its Applicability in Speech Disorder Studies

**ABSTRACT:** In the article, the author reviews the understanding of the term *connotation*, taking into account the latest leading tendencies in science. The author points out a very important direction of development in the description of language disorders in schizophrenia, aphasia and dementia.

**KEY WORDS:** connotation, schizophrenia, aphasia, dementia

Konotacja jest pojęciem wieloznacznym i różnie tłumaczonym w różnych, czasem bardzo od siebie odległych, dyscyplinach naukowych, takich jak: filozofia, językoznawstwo, literaturoznawstwo, psycholingwistyka i inne. Poszczególni użytkownicy języka mogą odmiennie posługiwać się i rozumieć ten termin. W nauce dąży się do jasności i precyzji w stosowaniu pojęć, jednak „konotacja” funkcjonuje jako termin niejasny i niewyraźny.

W *Słowniku języka polskiego* pod redakcją Witolda Doroszewskiego podano, że konotacja to inaczej współoznaczanie, w którym oznaczone zostają zespoły cech wtórnie kojarzących się z podstawowym znaczeniem danego wyrazu. Na przykład brat to nie tylko syn tych samych rodziców, ale też ktoś najbliższy, ktoś, z kim łączą nas węzły długiego współżycia, ktoś, w stosunku do kogo obowiązuje nas pełna solidarność. Taka właśnie konotacja związana jest ze słowem brat w stosunkach społecznych<sup>1</sup>. Zgodnie ze *Słownikiem terminologii językoznawczej* Zbigniewa Gołąba, Adama Heinza i Kazimierza Polańskiego konotacja polega na tym, że pewne klasy wyrazów nie tylko oznaczają bezpośrednio dane zjawisko, ale równocześnie pośrednio współoznaczają inne jakoś z pierwszym związane.

---

<sup>1</sup> *Słownik języka polskiego* [wersja elektroniczna]. Red. W. DOROSZEWSKI. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 1997.

Skutkuje to występowaniem w tekście niejako „pustych miejsc” dla innych klas wyrazów oznaczających to zjawisko w sposób bezpośredni. Na przykład przymiotnik oznacza daną cechę, a równocześnie współoznacza (konotuje) najogólniej przedmiot, któremu cecha ta może przysługiwać i stąd, pojawiwszy się w tekście, otwiera niejako puste miejsce dla rzeczownika. Podobnie przysłówek otwiera miejsce dla czasownika lub przymiotnika itd.<sup>2</sup>

Ten typ konotacji, sprecyzowany przez Karla Bühlera (patrz dalej), został w *Słowniku...* nazwany konotacją kategoriałno-semantyczną, gdyż polega na konotowaniu przez jedne kategorie znaczeniowe jednostek innych kategorii znaczeniowych<sup>3</sup>.

Obok konotacji kategoriałno-semantycznej wspomniani autorzy wydzielają konotację formalną, związaną ze schematami syntaktycznymi danego języka. Polega ona na tym, że jedne formy gramatyczne (np. przypadek zależny, osobowa forma czasownika) konotują inne formy, a więc również określone klasy wyrazów. Na przykład rzeczownik w bierniku w języku polskim konotuje przede wszystkim rządzący czasownik przechodni<sup>4</sup>. Konotacja ta jest spełniana nie przez całe wyrazy, ale przez ich morfemy, które wyrażają daną kategorię gramatyczną, np. przez końcówkę accusativu (biernika) [córka]-ę → [kochać, rodzić itp.]. Konotacja formalna jest odwrotnością rekcji, w szerokim znaczeniu tego słowa<sup>5</sup>. W *Encyklopedii języka polskiego* pod redakcją Stanisława Urbańczyka podano, że konotacja to dosłownie współoznaczanie. Autor hasła, Kazimierz Polański, *expressis verbis* podkreśla wieloznaczność tego terminu. W teorii znaczenia przez konotację rozumie się zespół cech składających się na treść nazwy, inaczej zespół cech współoznaczanych przez nazwę (tj. zespół cech, które dana nazwa oznacza łącznie). Na przykład konotacją nazwy „kwadrat” będzie zespół cech: równoległoboczność, równoboczność i prostokątność. Konotacja bywa inaczej nazywana treścią językową. Przeciwnością konotacji w tym znaczeniu jest denotacja, czyli zakres nazwy. Autor wyróżnia także definicję składniową, w której pojęcie konotacji bywa używane (zwłaszcza w językoznawstwie europejskim) w znaczeniu, jakie mu nadał Bühler<sup>6</sup>.

Definicję, którą można uznać za najpełniejszą z prezentowanych w artykule, odnajdujemy w *Encyklopedii językoznawstwa ogólnego* pod redakcją Polańskiego. Autorem hasła jest Stanisław Karolak, który porządkuje informacje na temat konotacji, wprowadza nowe treści, a po części uzupełnia przedstawione tu wcześniej eksplikacje. Zgodnie z tą definicją, pomijając to, co do tej pory zostało

<sup>2</sup> Z. GOŁĄB, A. HEINZ, K. POLAŃSKI: *Słownik terminologii językoznawczej*. Warszawa, PWN 1968, s. 296.

<sup>3</sup> Ibidem.

<sup>4</sup> Ibidem.

<sup>5</sup> Ibidem.

<sup>6</sup> *Encyklopedia języka polskiego*. S. URBAŃCZYK. Wrocław–Kraków, Ossolineum 1994, s. 165–166.

powiedziane, konotacja w teorii semantycznej to wyróżniona cecha (treść), która jest charakterystyczna, zwana też treścią językową. Jest to taki zespół cech, który przysługuje wszystkim desygnatom danej nazwy i tylko im<sup>7</sup>.

Z utożsamieniem konotacji i znaczenia spotykamy się w pracach takich filozofów jak Tadeusz Kotarbiński<sup>8</sup> czy Kazimierz Ajdukiewicz. Ten drugi rozróżnia konotację i znaczenie, pojęte jako sposób używania wyrażeń, definiując ją (przy danym znaczeniu nazwy) jako treść charakterystyczną *T*, taką, że jakiś przedmiot ma wszystkie cechy w owej treści *T* zawarte. Posługujący się daną nazwą musi niezależnie od tego, co by wiedział ponadto, umieć trafnie rozstrzygnąć, czy nazwą tą może ten przedmiot zaopatrzyć<sup>9</sup>.

Dla Tadeusza Czeżowskiego konotacja to znaczenie terminu interpretowane jako nazwa relatywna poprzednika w definicji nominalnej typu: *A* jest znaczeniem *B*, inaczej mówiąc stosunek określania między terminami. W definicji: „czworobok prostokątny i równoboczny jest znaczeniem terminu kwadrat” konotacją terminu kwadrat jest poprzednik „czworobok prostokątny i równoboczny”. Między terminem definiowanym (definiens) a jego konotacją (definiendum) zachodzi stosunek równoznaczności<sup>10</sup>.

Konotacja w rozumieniu drugim podanym przez autora jest powtórzeniem informacji na temat konotacji w składni, jakie przedstawia hasło z *Encyklopedii języka polskiego*.

Znaczenie trzecie prezentuje inny punkt widzenia: W glossematyce konotacja to łączne znaczenie (franc. *signifié*) formy i treści (*du signifiant et signifié*) elementów języka. Zachodzi ona wówczas, gdy formalne i semantyczne właściwości wyrażenia są łącznie interpretowane jako plan wyrażenia przyporządkowany czemuś spoza niego. Język konotacyjny, zgodnie z tym co pisał Louis Hjelmslev, to taki język, którego plan wyrażenia jest konstytuowany przez plan wyrażenia i treści języka denotacyjnego, czyli język czystej reprezentacji. Konotacją jest np. znaczące użycie jakiegoś wyrażenia obcojęzycznego w tekście: chodzi w tedy nie o samo znaczenie tego wyrażenia, ale o dodatkową treść wynikającą z faktu jego użycia<sup>11</sup>.

Stanisław Karolak twierdzi, że pojęcie konotacji rozumianej jako znaczeniowe łączenie formy i treści elementów języka nie jest dostatecznie ściśle określone. Nie pozwala ono bowiem jednoznacznie przewidywać konotacji poszczególnych

<sup>7</sup> *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*. Red. K. POLAŃSKI. Wrocław, Ossolineum 2003, s. 310.

<sup>8</sup> T. KOTARBIŃSKI: *Elementy teorii poznania, logiki formalnej i metodologii nauk*. Wrocław, PWN 1990, s. 11–98.

<sup>9</sup> K. AJDUKIEWICZ: *O znaczeniu wyrażeń*. W: IDEM: *Język i poznanie*. T. 1: *Wybór pism z lat 1920–1939*. Warszawa, PWN 1985, s. 120–125.

<sup>10</sup> T. CZEŻOWSKI: *Nazwy okazjonalne oraz imiona własne*. W: IDEM: *Odczyty filozoficzne*. „Prace Wydziału Filologiczno-Filozoficznego”. T. 7. Toruń, Towarzystwo Naukowe 1958.

<sup>11</sup> *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego...*, s. 311.

elementów języka, które to konotacje mogą być całkiem indywidualne. Autor uważa, że badanie tak rozumianej konotacji wykracza poza ramy językoznawstwa i wchodzi w zakres problematyki semiotyki ogólnej<sup>12</sup>. *Słownik terminów literackich* pod redakcją Janusza Sławińskiego rzuca nowe światło w naszych rozważaniach i wskazuje na kolejne, nie wskazane tu wcześniej aspekty znaczenia terminu „konotacja”. Podaje cztery typy rozumienia tego terminu w czterech dziedzinach wiedzy: w semantyce logicznej, w teorii składni, w stylistyce i we współczesnej semiotyce. Definicję przytaczam tutaj w całości. Konotacja to:

1) w semantyce logicznej treść charakterystyczna nazwy, czyli zbiór cech wyróżniających, wspólnych wszystkim przedmiotom oznaczanym przez daną nazwę. Znajomość konotacji nazwy pozwala opatrzyć nią określony przedmiot. Inna nazwa: intensja; 2) w teorii składni: funkcja syntagmatyczna pewnych klas wyrazów (lub poszczególnych wyrazów) polegająca na otwieraniu przez nie miejsca w zdaniu dla innych klas wyrazów (lub wyrazów), mających określoną formę gramatyczną lub cechę semantyczną. Np. przymiotnik konotuje rzeczownik, przysłówki – czasownik, słowo „gniady” – słowo „koń” itd.; 3) w stylistyce: zespół drugorzędnych i okazjonalnych cech znaczeniowych wyrazu, stanowiących zazwyczaj jego emocjonalną otoczkę, a kojarzony z nim wskutek właściwości kontekstów, w jakich ów wyraz często się pojawia. Np. słowik konotuje miłość, noc majową, zapach czeremchy itp.; 4) we współczesnej semiotyce (zwłaszcza francuskiej): znaczenie drugiego stopnia, ukształtowane na fundamencie znaczenia językowego pod wpływem społecznych konwencji kulturowo-komunikacyjnych; właściwe np. alegorii, mitowi, symbolowi, obecne w tekstach literatury, reklamy, ideologii, religii itp. Nadbudowany nad semantyką języka system znaczeniowy określany bywa jako system konotacyjny lub wtórny system semiotyczny<sup>13</sup>.

Rozumienie konotatywności odpowiadające ujęciu psychologicznemu czy psycholingwistycznemu możemy odnaleźć w *Podręcznym słowniku językoznawstwa stosowanego* pod redakcją Aleksandra Szulca. Konotatywność to „uczuciowy stosunek do treści wyrazu, towarzyszący znaczeniu denotatywnemu; np. wyraz demokracja może u różnych odbiorców informacji językowej wywoływać różne asocjacje emocjonalne”<sup>14</sup>.

W literaturze psychologicznej termin „konotacja” rozumie się jako przypisywanie danemu pojęciu wyłącznie cech ewaluatywnych<sup>15</sup>. W psychologii znaczeniem konotacyjnym najobszerniej zajmował się Charles E. Osgood<sup>16</sup>. Badacz traktuje konotację jako „odniesienia do wszystkich procesów emocjonalnych i poznaw-

<sup>12</sup> Ibidem, s. 310–311.

<sup>13</sup> *Słownik terminów literackich*. J. SŁAWIŃSKI. Wrocław, Ossolineum 2005, s. 258–259.

<sup>14</sup> A. SZULC: *Podręczny słownik językoznawstwa stosowanego. Dydaktyka języków obcych*. Warszawa, PWN 1984.

<sup>15</sup> I. KURCZ: *Język a reprezentacja świata w umyśle*. Warszawa, PWN 1987, s. 149.

<sup>16</sup> I. KURCZ: *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa, Scholar 2005, s. 124.

czych, które dany znak wywołuje poza samym odpowiadającym mu pojęciem<sup>17</sup>. Znaczenie konotacyjne jest wskaźnikiem ustosunkowania się badanego do danego pojęcia i wskazuje na jego postawy i wartości. W związku z tym, w badaniach nad tak rozumianym znaczeniem konotacyjnym, Ida Kurcz proponuje zastąpić termin „znaczenie konotacyjne” terminem „znaczenie emotywnie”<sup>18</sup>.

Długą tradycję w badaniach nad konotacją mają rozważania logików. Powszechnie uznaje się Johna Stuarta Milla za twórcę logicznego pojęcia konotacji. Mill do swojej refleksji na temat konotacji przeszedł od analiz dyskryminacji nazw. Podzielił on nazwy na konotatywne (współznaczające) i niekonotatywne (niewspółznaczające)<sup>19</sup>. Termin „niekonotatywny” oznacza tylko albo przedmiot (rzecz), albo cechę. Zdaniem Milla przedmiot oznaczają m.in. imiona, np. „Jan”; nazwy miast – „Londyn”; nazwy państw – „Anglia”, cechę oznaczają takie pojęcia jak: „białość”, „długość”, „cnotliwość”, „wysokość” itd. Termin „konotatywny” wskazuje na rzecz, a *implicite* na cechę. Przykładowo, słowo „biały” oznacza wszelkie rzeczy białe, takie jak śnieg, papier, mgła na morzu i inne; *implicite* zaś oznacza, czyli w języku scholastyków współznacza czy konotuje, cechę „białość”. Nazwa „biały” jest stosowana do wszystkich istot, o których się uważa, że posiadają tę cechę, i nie stosuje się jej do żadnej istoty, co do której się uważa, że jej nie posiada<sup>20</sup>.

Badacz w teorii znaczenia oddzielił treść znaczenia od wskazania na przedmiot, tj. rozgraniczył konotację i denotację. Podział oznacza, że czym innym jest wskazywanie przedmiotów, do których odnosi się dane pojęcie, tj. denotacja, a czym innym treść tego pojęcia, tj. konotacja. Ta druga oznacza zespół cech właściwy denotowanym przedmiotom<sup>21</sup>.

Twierdzenia Milla stały się podwaliną pojęcia konotacji we współczesnej filozofii. Na ich podstawie buduje swój wywód Kotarbiński. Badacz twierdzi, że treść pojęcia *M* to tyle, co zbiór cech współznaczanych łącznie przez nazwę *M*. A więc np. treść pojęcia „człowiek” to tyle, co zbiór cech współznaczanych łącznie przez nazwę „człowiek” itp. Na tej podstawie można powiedzieć, że treść pojęcia *M* to tyle, co znaczenie nazwy *M* (inaczej: sens nazwy *M*)<sup>22</sup>.

Z kolei Ajdukiewicz upatruje znaczenie w sferze psychologicznej<sup>23</sup> i przekłada teorię Milla na język logiki, w której zgodnie z teorią znaczenia, cechy  $C_1, C_2, \dots, C_n$  są współznaczane przez *N*, co znaczy: nazwę *N* stosujemy do indywi-

<sup>17</sup> I. KURCZ: *Psycholingwistyka. Przegląd problemów badawczych*. Warszawa, PWN 1976, s. 176.

<sup>18</sup> *Ibidem*, s. 179.

<sup>19</sup> J.S. MILL: *System logiki dedukcyjnej i indukcyjnej*. T. 1. Przeł. C. ZNAMIEROWSKI. Warszawa, PWN 1962, s. 49.

<sup>20</sup> *Ibidem*, s. 49–50.

<sup>21</sup> *Ibidem*, s. 50–51.

<sup>22</sup> T. KOTARBIŃSKI: *Elementy teorii poznania...*, s. 97–98.

<sup>23</sup> K. AJDUKIEWICZ: *O znaczeniu wyrażień...*, s. 120–124.

dualnych przedmiotów dlatego, że przedmioty te posiadają cechy  $C_1, C_2, \dots, C_n$ , i w tym celu, aby zaznaczyć, że one te cechy posiadają<sup>24</sup>.

Barbara Stanosz przedstawia Millowskie pojęcie konotacji jako relację, która zachodzi między nazwą a pewnym zbiorem cech przysługujących łącznie wszystkim przedmiotom denotowanym przez tę nazwę. Konotacja danej nazwy to zespół tych i tylko tych cech odpowiednich przedmiotów, ze względu na posiadanie których orzekamy ową nazwę o tych przedmiotach. Mówiąc inaczej, to, że dany przedmiot posiada cechy, determinuje to, że stosujemy do tego przedmiotu ową nazwę<sup>25</sup>.

W wyniku prac nad teorią nazywania ustalono aparat pojęciowy, który stanowi dziś dobro wspólne semantyki filozoficznej i językoznawczej. Millowskiemu rozróżnieniu konotacji i denotacji odpowiadają pary terminów: intensja – ekstensja; treść – zakres; znaczenie – oznaczanie; sens, sygnifikacja z jednej strony (odpowiedniki konotacji) i referent, desygnat, nominat z drugiej strony (odpowiedniki denotacji). W polskiej tradycji logicznej (np. u Kotarbińskiego) używane są terminy: znaczenie – oznaczanie, treść – zakres oraz sens – nominat<sup>26</sup>.

Stanisław Grabias wiąże konotację z ekspresywnością i określa ją jako jedno z najmniej zdefiniowanych pojęć semantycznych<sup>27</sup>. Za Ladislavem Zgustą<sup>28</sup> zalicza do konotacji te elementy znaczeniowe, które wnoszą konstruktywną wartość do funkcji desygnatywnej, a więc emocjonalność, zabarwienie wynikające z przynależności wyrazu do określonego stylu, nowość leksykalną itp.<sup>29</sup>. Proponowana przez Zgustę definicja jest w zasadzie definicją przez negację: „[...] wszystkie inne komponenty znaczenia leksykalnego (z wyjątkiem zakresu zastosowania), które nie należą do desygnacji [...]”. Według Nikołaja Georgiewicza Komlewa na wartość konotacyjną wyrazu składają się: 1) idee, 2) przynależność do stylów, 3) wartości kulturowe, 4) emocjonalność, 5) elementy wiedzy o rzeczywistości<sup>30</sup>. Konotacja bywa również odnoszona tylko do wyobrażeń (tj. skojarzeń, obrazów byłych doznań) wspólnych pewnej grupie osób w obrębie określonej kultury (Leonard B. Meyer<sup>31</sup>,

<sup>24</sup> Ibidem.

<sup>25</sup> B. STANOSZ: *Teoria znaczenia i oznaczania w logice tradycyjnej*. W: *Studia z historii semiotyki*. T. 2. Red. J. SUŁOWSKI. Wrocław, Ossolineum 1973, s. 64.

<sup>26</sup> R. GRZEGORCZYKOWA: *Wprowadzenie do semantyki językoznawczej*. Warszawa, PWN 1995, s. 16.

<sup>27</sup> S. GRABIAS: *O ekspresywności języka. Ekspresja a słowotwórstwo*. Lublin, Wydaw. Lubelskie 1981, s. 195.

<sup>28</sup> L. ZGUSTA: *Manual of Lexicography*. Praha, Academia 1971; za: S. GRABIAS: *O ekspresywności języka...*, s. 34–35.

<sup>29</sup> S. GRABIAS: *O ekspresywności języka...*, s. 34–35.

<sup>30</sup> Ibidem, s. 195.

<sup>31</sup> L.B. MEYER: *Emocja i znaczenie w muzyce*. [Przeł. A. BUCHNER, K. BERGER]. Warszawa, Polskie Wydaw. Muzyczne 1974; za: S. GRABIAS: *O ekspresywności języka...*, s. 195.

Krystyna Pisarkowa<sup>32</sup>, Czesław Kosyl<sup>33</sup>) lub do skojarzeń natury zarówno społecznej, jak i indywidualnej (Geoffrey Leech<sup>34</sup>). W tych ostatnich wypadkach emocjonalność pozostaje odrębnym, innym niż konotacja, komponentem znaczenia. Leech widzi ją w obrębie grupy znaczeń asocjatywnych, do których zalicza: 1) znaczenie konotatywne, 2) stylistyczne, 3) afektywne, 4) reflektywne (wynika z ujmowania wyrazu w jego wieloznacznej strukturze), 5) kolokatywne (wynika z ograniczeń zakresu zastosowania)<sup>35</sup>. Jurij Apresjan określa konotacje jako znaczenia asocjacyjne, tj. odzwierciedlające kulturowe tradycje związane z wykorzystywaniem zjawisk<sup>36</sup>. Podobnie o konotacji, w sensie skojarzeń i asocjacji (podając obszernie przykłady), pisze Anna Wierzbicka<sup>37</sup>, traktując ją jako ładunek emocjonalny, skojarzenie związane z wartościowaniem<sup>38</sup>. O konotacji wyrazu mogą świadczyć kolokacje, w jakich występuje<sup>39</sup>.

Zdaniem Renaty Grzegorzycowej, elementy konotacyjne (asocjacyjne) to informacje o pewnych cechach nieistotnych, kojarzonych przez mówiących ze zjawiskami nazywanymi. Znaczenia wyrażen to odniesienie nie tylko do obiektywnych zjawisk rzeczywistych, ale także do zjawisk myślowych, przeżyć, emocji, wyobrażeń wiązanych ze zjawiskami<sup>40</sup>. Subiektywność konceptualizacji świata przyrody przejawia się też w tym, że pojęcia obrastają w konotacje (asocjacje), wyobrażenia, które następnie są podstawą przesunięć semantycznych, np. pojęcie światła staje się symbolem własności moralnych i duchowych („Bóg jest światłością”, „Wy jesteście światłem świata”)<sup>41</sup>.

Konotację semantyczną Grzegorzycowa przeciwstawia konotacji składniowej, w przypadku której również wyróżnia się jej co najmniej dwa rozumienia. Zgodnie z pierwszym, wprowadzonym przez Bühlera, konotacja to otwieranie w tekście miejsca przez jedne formy wyrazowe dla innych form: obecność przysłówka (np. „szybko”) zapowiada obecność jakiegoś czasownika, forma fleksyjna rzeczow-

<sup>32</sup> K. PISARKOWA: *Konotacja semantyczna nazw narodowości*. „Zeszyty Prasoznawcze” 1976, nr 1, s. 5–26; za: S. GRABIAS: *O ekspresywności języka...*, s. 195.

<sup>33</sup> C. KOSYL: *Metaforyczne użycie nazw własnych*. W: *Z zagadnień współczesnego języka polskiego*. Red. M. SZYMCZAK. Wrocław, Wydaw. Polskiej Akademii Nauk 1978, s. 133–143; za: S. GRABIAS: *O ekspresywności języka...*, s. 195.

<sup>34</sup> G. LEECH: *Semantics. The Study of Meaning*. Harmondsworth, Penguin Books 1974; za: S. GRABIAS: *O ekspresywności języka...*, s. 195.

<sup>35</sup> S. GRABIAS: *O ekspresywności języka...*, s. 195.

<sup>36</sup> *Ibidem*, s. 36–37.

<sup>37</sup> A. WIERZBICKA: *Język – umysł – kultura*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 1999, s. 158–176, 213–281, 493–541.

<sup>38</sup> *Ibidem*, s. 76.

<sup>39</sup> *Ibidem*, s. 493.

<sup>40</sup> R. GRZEGORZYKOWA: *Wprowadzenie do semantyki językoznawczej*. Warszawa, PWN 1995, s. 59.

<sup>41</sup> R. GRZEGORZYKOWA: *Wstęp do językoznawstwa*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2007, s. 135.



nika (np. „kobiet”) jest sygnałem wystąpienia w innym miejscu tekstu jakiegoś wyrazu nadrzędnego (np. „pięć”, „nie ma”, „dom”). W tym ostatnim wypadku konotacja jest konsekwencją akomodacji, tzn. narzucania przez nadrzędnik określonych form swoim podrzędnikom. Dla tak rozumianej konotacji należałoby zastosować oddzielny termin, np. „otwieranie miejsca w tekście”, „konotacja tekstowa” lub podobne<sup>42</sup>.

Ważnym głosem w badaniach nad konotacją semantyczną jest głos Lidii Jordanskajej i Igora Mielczuka. Zgodnie z ich definicją, „konotacja leksykalna jednostki leksykalnej *L* jest to pewna charakterystyka, którą *L* przypisuje swemu referentowi i która nie wchodzi w jej definicję, tj. nie znajduje odbicia w jej definicji”<sup>43</sup>.

Konotacja syntaktyczna, nazywana walencją, stała się podstawą podziału wyrazów na części mowy, zaproponowanego przez Tadeusza Milewskiego. Konotacja, według badacza, wynika ze znaczenia wyrazów, przeto podział ich na różne grupy ze względu na funkcję pełnioną w systemie konotacji wiąże się w pewnym stopniu z ich podziałem z punktu widzenia cech treściowych. Wyrazy, które pełnią tę funkcję w systemie konotacji i wykazują odpowiadające jej cechy znaczeniowe, zaliczamy do tej samej klasy wyrazów, którą nazywamy częścią mowy<sup>44</sup>.

Zbigniew Gołąb odwołał się do zjawiska konotacji, klasyfikując czasowniki. Dokonał ich podziału na 1) konotujące partycypantów, tj. uczestników procesu werbalnego, oraz 2) nie konotujące żadnego partycypanta, czyli czasowniki z konotacją zerową. Pierwsze określił jako „czasowniki niezerowe” i wydzielił wśród nich trzy grupy: a) czasowniki jednomiejscowe, czyli konotujące jednego partycypanta, np. „biec”, „stać”, „żyć”; b) czasowniki dwumiejscowe, czyli konotujące dwóch partycypantów, np. „pomagać komuś”, „bać się kogoś”, „gardzić kims”, „mieszkać w czymś”; c) czasowniki trójmiejscowe, czyli konotujące trzech partycypantów, np. „zazdrościć komuś czegoś”, „pozbawić kogoś czegoś”, „przesłać komuś coś”, „błagać kogoś o coś”. Drugą grupę stanowią czasowniki zerowe, np. „chmurzyć się”, „błyskać”, „grzmieć”; nie wyrażają one żadnej relacji, ale oznaczają sam proces, tworzą jądro bezpodmiotowego schematu składniowego<sup>45</sup>.

Za twórcę współczesnej teorii konotacji syntaktycznej uznawany jest już tu wspomniany Karl Bühler. Badacz, pisząc o konotacji, czerpał inspiracje ze średniowiecznej filozofii scholastycznej, jak również z prac językoznawczych ze swojej epoki. Do refleksji na temat konotacji skłoniła badacza frapująca go ówczynie

<sup>42</sup> R. GRZEGORCZYKOWA: *Wykłady z polskiej składni*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2004, s. 52.

<sup>43</sup> L. JORDANSKAJA, I. MIELCZUK: *Konotacja w semantyce lingwistycznej i leksykografii*. W: *Konotacja*. Red. J. BARTMIŃSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1988, s. 9–28.

<sup>44</sup> T. MILEWSKI: *Językoznawstwo*. Warszawa, PWN 1975, s. 97.

<sup>45</sup> Z. GOŁĄB: *Próba klasyfikacji syntaktycznej czasowników polskich (na zasadzie konotacji)*. „Biuletyn PTJ” 1967, z. 25, s. 3–43.

problematyka elipsy<sup>46</sup>. Celowo pisząc o konotacji w ujęciu Bühlera, używam określenia syntaktyczna<sup>47</sup>, chociaż sam badacz tego określenia nie stosował. Należy zauważyć, że konotacja syntaktyczna czy syntagmatyczna jest terminem szerokim, w który można wpisać konotację kategoriałno-semantyczną, formalno-gramatyczną oraz tekstową. Ułatwia to jednak porządek analizy, szczególnie że w pracy Bühlera występują także odniesienia do konotacji znaczeniowej, opisywanej w logice, którą obszernie scharakteryzował Mill. Konotacja syntaktyczna i konotacja w logice stanowią dwa odrębne zjawiska. Bühler stwierdził, że w każdym języku między klasami wyrazów zachodzą powinowactwa z wyboru, np. przysłówki szuka czasownika, do którego się odnosi, podobnie jest też z każdą inną klasą wyrazów. Wyrazy otwierają wokół siebie szereg pustych miejsc, które muszą być wypełnione przez wyrazy określonych innych klas wyrazów. Zjawisko to znane było już scholastykom pod nazwą *connotatio*<sup>48</sup>. Podział wyrazów na klasy stanowi drugi obok wskazówek treściowych ważny środek ukontekstowania wyrazów<sup>49</sup>.

Angielski schemat *n-v-n* (*nomen – verbum – nomen*, por. „Gentlemen prefer blonds” – WL) stoi zawsze wewnątrz zdania. Inaczej mówiąc, zawsze istnieje wyróżniona pozycja poprzedzająca czasownik, która stoi w opozycji do jednego lub kilku miejsc po czasowniku. Miejsce przed i po czasowniku to najprostszy i najoszczędniejszy środek wyróżnienia podstawowych konotacji czasownika. Zawsze tam, gdzie złożeniem rządzi czasownik, otwierają się puste miejsca, czasownik prowokuje pytania „kto?” i „kogo?”, istotą człowieka jest bowiem postrzeganie i przedstawianie stanów rzeczy w aspekcie zachowania ludzi (i zwierząt)<sup>50</sup>.

Tomasz Woźniak i Andrzej Czernikiewicz wykorzystali pojęcie konotacji w skali KSOS<sup>51</sup> w kontekście badań nad zaburzeniami językowymi w schizofrenii. Konotacja rozumiana jest jako przewidziana systemem języka możliwość łączenia się wyrazów. Każdy wyraz ma własność polegającą na otwieraniu w tekście miejsca dla kolejnych wyrazów, np. użycie przysłówka wymaga uzupełnienia przez czasownik („ładnie” → „śpiewa”), a użycie przymiotnika uzupełnienia przez rzeczownik („blond” → „włosy”). Opisywana właściwość może również być rozumiana jako wymóg wystąpienia następnego, określonego składnika na linii tekstu, który

<sup>46</sup> W Polsce konotacją w perspektywie elipsy zajmowała się Maria Zarębina; zob. M. ZARĘBINA: *Elipsa a konotacja*. „Biuletyn PTJ” 1967, z. 25, s. 103–121.

<sup>47</sup> O konotacji syntaktycznej zob. m.in. Z. ZARON: *Niektóre problemy z konotacją syntaktyczną*. W: *Konotacja*. Red. J. BARTMIŃSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1988, s. 113–119.

<sup>48</sup> K. BÜHLER: *Teoria języka. O językowej funkcji przedstawiania*. Przeł. J. KOŹBIAŁ. Kraków, TAIWPN Universitas 1999, s. 180.

<sup>49</sup> Ibidem.

<sup>50</sup> Ibidem, s. 252, 260.

<sup>51</sup> T. WOŹNIAK, A. CZERNIKIEWICZ: *Krótką skalą oceny schizofazji (KSOS)*. „Badania nad Schizofrenią” 2002, t. 4, nr 4, s. 569–575.

uzupełnia treść pierwszego, np. „fedrować [co?] węgiel”; „całować [czym?] ustami”; „czytać [co?] gazetę/książkę [jaką?] codzienną/ciekawą”. Jest to podstawowy mechanizm zdaniotwórczy, sygnalizujący szkielet składniowy zdania.

Jako zaburzenia konotacji linearnej traktujemy nietypowe połączenia wyrazów, nie występujące w wypowiedziach innych użytkowników języka, np. „cierpiał konwulsje krwi”, „to są chłopci ludzkich lasów i wyrębów”, „lata świetlne to jak trzysta trylionów cytryn do jednej”<sup>52</sup>. Woźniak w swojej książce na temat narracji w schizofrenii powołuje się na oparte na materiale języka angielskiego badania Elaine Chaiki. Autorka prezentuje oryginalne poglądy na temat schizofatycznej dezintegracji powiązań leksykalnych na linii wypowiedzi. Istotną rolę w regulowaniu wypowiedzi normalnej odgrywają mechanizmy filtrowania i odrzucania przypadkowych skojarzeń. Chaika objaśnia zaburzenia mowy typu schizofatycznego brakiem możliwości kontrolowania języka na jednym lub wszystkich jego poziomach. Rezultatem tego są powstające wypowiedzi patologiczne, o zróżnicowanym stopniu nasilenia patologii – od pojedynczych „wtrętów” po niezrozumiałą całość wypowiedzi, nazywaną często „sałatką słowną”<sup>53</sup>. Należy przy tym zaznaczyć, że zaburzenia języka w schizofrenii nie zawierają nieprawidłowości związków składniowych w obrębie zdania, zaburzenie dotyczy bardziej relacji między zdaniami<sup>54</sup>, chociaż zjawisko „sałatki słownej”, określanej między innymi jako zniesienie porządku gramatycznego wypowiedzi, jest traktowane przez wielu badaczy jako najbardziej specyficzna cecha schizofazji<sup>55</sup>. Aby skonstruować proces tworzenia tekstu przez osoby chore na schizofrenię z wypowiedzią poprawną, autorka przedstawia dwa schematy, dwie „ścieżki” tworzenia dyskursu – normalnego i patologicznego:

W normalnej „ścieżce” tworzenia wypowiedzi każdy wyraz, który sam w sobie stanowi konstrukcję cech fonologicznych, morfologicznych i semantycznych (w schemacie użyto tych trzech, w rzeczywistości jest ich więcej), staje się elementem struktury zdania gramatycznie poprawnego realizowanym w wypowiedzi, przy stałym odwołaniu się do tematu i celu wypowiedzi, poprzednio użytych słów oraz kontekstu społecznego i kulturowego.

[...] W schizofrenicznej „ścieżce” zostaje przerwane połączenie między leksykonem a uwarunkowaniami kontekstowymi, co powoduje wypełnienie schematu zdania wyrazami zestawionymi ze sobą na podstawie przypadkowych elementów brzmienia, budowy morfologicznej lub znaczenia. W efekcie prowadzi to do zjawiska niespójności i niezrozumiałości tekstu. Nadawca wybiera niewłaściwe słowa, zbacza z tematu,

<sup>52</sup> A. CZERNIKIEWICZ: *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii 2004, s. 99–100.

<sup>53</sup> T. WOŹNIAK: *Narracja w schizofrenii*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2005, s. 34.

<sup>54</sup> D.R. RUTTER: *The reconstruction of schizophrenic speech*. “The British Journal of Psychiatry” April 1979, vol. 134, no. 4, 356–359.

<sup>55</sup> T. WOŹNIAK: *Narracja...*, s. 34.

aby w końcu nie osiągnąć naturalnego finału. Autorka twierdzi, że w wypowiedziach spotykamy stosunkowo mało agramatyzmów, ponieważ wykonujemy mniej wyborów na poziomie składni niż na poziomie leksykalnym. Biorąc pod uwagę olbrzymią liczbę skojarzeń znaczeniowych czy formalnych, jakie wiążą się z użyciem poszczególnych form wyrazowych, łatwiej zrozumieć mechanizm zaburzeń mowy w schizofrenii. E. Chaika przyjmuje tezę wykluczającą kreatywność skojarzeń schizofrenicznych i ewentualne analogie między językiem schizofreników i poezją<sup>56</sup>.

Podobne stanowisko w kwestii procesu twórczego w schizofrenii przyjmuje Woźniak<sup>57</sup>.

W świetle przedstawionych rozważań staje się oczywiste, że każdy wyraz jest dynamiczną konstrukcją wielu zmiennych, która staje się zasadniczym elementem rozwijającym każdą wypowiedź. Wynika z tego, że porządek składniowy jest w dużej mierze zależny od powiązań leksykalnych<sup>58</sup>.

Przeniesienie rozważań nad patologią mowy w schizofrenii na poziom składniowy pozwala dostrzec nowe uwarunkowania funkcjonowania języka. Obserwowane uproszczenie syntaktyczne wypowiedzi schizofatycznych można tłumaczyć zaburzeniami pamięci krótkoterminowej występującej w psychozie<sup>59</sup>. Jednak za typowe dla schizofazji należy uznać, zidentyfikowane w badaniach, konstrukcje swoiście anakolutyczne. Anakoluty w schizofrenii wiążą się z: 1) formułowaniem przez chorych niedokończonych, urwanych wypowiedzi, 2) wprowadzaniem do tekstu niezrozumiałych form wyrazowych lub wyrazów nie wiążących się wzajemnie, oraz 3) budowaniem niespójnych wypowiedzi opartych na nieznanym kontekście, nie związanych z sytuacją<sup>60</sup>.

Powołując się na wieloletnie badania nad językiem osób chorujących na schizofrenię, Woźniak zwraca uwagę, że w schizofrenii destabilizują się szeroko pojęte procesy konotacyjne. Naruszeniu ulegają systemowe zasady łączliwości kategoryalnej czy pojęciowej, z zachowaniem porządku schematu zdaniowego<sup>61</sup>.

Na potrzebę badań relacji konotacyjnych w afazji zwracają uwagę prezentowane w literaturze przedmiotu przykłady wypowiedzi chorych z tym zaburzeniem.

<sup>56</sup> Ibidem, s. 34–35.

<sup>57</sup> T. WOŹNIAK: *Kreatywność a destrukcja zachowań u osób chorych na schizofrenię*. „Logopedia” 2002, t. 30, s. 143–154.

<sup>58</sup> T. WOŹNIAK: *Językoznawstwo w świetle logopedii*. W: *Język. Człowiek. Społeczeństwo*. Red. J. PANASIUK, T. WOŹNIAK. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2013, s. 854.

<sup>59</sup> Na zaburzenia pamięci w schizofrenii wskazywało wielu badaczy; zob. np.: A. BORKOWSKA: *Dysfunkcje poznawcze w schizofrenii w ocenie neuropsychologicznej i neurobiologicznej*. Bydgoszcz, Wydaw. Uczelniane AM 2001; EADEM: *Neuropsychologiczne i neurobiologiczne aspekty pamięci operacyjnej*. „Neuropsychiatria i Neuropsychologia” 2006, t. 1, nr 1, 31–42; A. GRZYWA: *Myślenie chorych na schizofrenię jako wyraz zaburzeń w procesie przetwarzania informacji*. „Psychiatria Polska” 1986, nr 3, s. 215–224.

<sup>60</sup> T. WOŹNIAK: *Językoznawstwo w świetle logopedii...*, s. 854.

<sup>61</sup> Ibidem.

Szczególnie w przypadku afazji akustyczno-gnostycznej lub czuciowej ujawniają się tzw. żargon afatyczny (żargonafazja) i „sałatka słowna”, charakteryzująca się, zgodnie z tym co pisze Mariusz Maruszewski, brakiem związku między wypowiedzianymi wyrazami<sup>62</sup>. Szczególnie ciekawym zjawiskiem jest tzw. żargonafazja, polegająca na użyciu słów nie mających odpowiedników w danym języku<sup>63</sup>. Chociaż żargonafazja i „sałatka słowna” występują z zaburzeniami o charakterze afazji czuciowej, w przypadkach gdy zaburzone jest rozumienie mowy, to towarzyszą nie tylko im. Opisano przypadki żargonafazji i „sałatki słownej” chorych, u których rozumienie mowy było zachowane<sup>64</sup>.

Interpretatorzy tego faktu odnoszą żargonafazję do zaburzeń w krytycznej ocenie własnej mowy, tj. do braku percepcji występujących w niej zakłóceń, określanego mianem anosognozji. Maruszewski wiąże żargonafazję u chorych z zachowaną czynnością odbioru mowy z zaburzeniami słuchowej pamięci słownej występującymi przy uszkodzeniach płata skroniowego półkuli dominującej<sup>65</sup>. Ze względu na te zjawiska między wypowiedziami chorych z afazją a wypowiedziami schizofatycznymi istnieje pewien stopień podobieństwa. Afazję, jak również zaburzenia konotacji, można zaobserwować u osób z chorobami neurodegeneracyjnymi takimi jak choroba Alzheimera. Oprócz afazji i schizofazji do rozpadu kompetencji językowej i komunikacyjnej dochodzi także w demencji<sup>66</sup>. W demencji może wystąpić rozpad połączeń konotacyjnych wraz z rozpadem systemu językowego. Podobnie jak w przypadku schizofrenii zjawisko to nie jest zamierzone przez mówcę i stanowi wyraźny objaw nieprawidłowego funkcjonowania mózgu. Stwierdzono również, że zaburzenia konotacji nie wynikają ze stosowanych przez chorych metod kompensacji trudności w aktualizowaniu nazw, o charakterze metonimii czy metafory. Pojedynczy egzemplarz połączenia wyrazowego ze zniesioną wartością konotacyjną nie ma charakteru permanentnego i nie staje się zjawiskiem systemowym. Występowanie takich połączeń można traktować jako osobliwość właściwą indywidualnej odmianie języka, ale o charakterze doraźnym i efemerycznym. Nietypowe powiązania międzywyrazowe, podobnie jak neologizmy określane jako idiolektalne<sup>67</sup> czy niesyste-

<sup>62</sup> M. MARUSZEWSKI: *Mowa a mózg*. Warszawa, PWN 1970, s. 177–178.

<sup>63</sup> Te pseudosłowa w literaturze przedmiotu określa się mianem neologizmów niesystemowych bądź idiolektalnych; zob. J. PANASIUK, *Afazja a interakcja. TEKST – metaTEKST – konTEKST*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012; T. WOŹNIAK: *Zaburzenia języka w schizofrenii*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2000.

<sup>64</sup> M. KINGSBOURNE, E.K. WARRINGTON: *Jargon aphasia*. „Neuropsychologia” 1963, vol. 1, issue 1; za: M. MARUSZEWSKI: *Mowa a mózg*. Warszawa, PWN 1970, s. 178.

<sup>65</sup> M. MARUSZEWSKI: *Mowa a mózg*..., s. 178.

<sup>66</sup> S. GRABIAS: *Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy*. „Audiofonologia” 1994, t. 6, s. 7–22.

<sup>67</sup> T. WOŹNIAK: *Zaburzenia języka w schizofrenii*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2000, s. 132–133.

mowe<sup>68</sup>, można porównać z przejęzyczeniem w takim sensie, że są one niezamierzone, powstają w wyniku zaburzeń funkcji komunikatywnej i jako twory indywidualne i okazjonalne nie wchodzą na stałe do systemu<sup>69</sup>.

Elżbieta Łuczywek podkreśla, że patomechanizm zaburzeń językowych u osób z demencją pozostaje nadal przedmiotem badań. Badaczka wskazuje też, że mechanizm zaburzeń językowych w chorobie Alzheimera jest odmienny od tego w zaburzeniach afatycznych. Objawami wiodącymi w kolejnych stadiach procesu otępiennego są:

- długie pauzy na początku zdań i na granicy między zdaniem, niekończenie fraz, zjawisko „na końcu języka”, autopoprawki;
- w późniejszym okresie uproszczenie syntaktyki, parafazyje semantyczne, zaburzenia nazywania (jeżeli są, wynikają nie z zaburzeń percepcji, ale są pochodzenia semantycznego);
- w zakresie fluencji (test gotowości słowa, przez niektórych traktowany jako przesiewowy) łatwiej jest chorym wymieniać słowa w kategoriach semantycznych niż formalnych; pacjenci częściej używają nazw nadrzędnych niż podrzędnych;
- następuje utrata kontroli nad wyobraźnią, zanika logika wyvodu, pojawiają się dygresje i zmyślenia<sup>70</sup>.

Badacze języka w otępieniu alzheimerowskim uważają, że problemy z mową dotyczą przede wszystkim procesów leksykalno-semantycznych, a procesy fonologiczne i syntaktyczne przez dłuższy czas pozostają niezaburzone, wypowiedzi pod względem składniowym są bowiem budowane poprawnie<sup>71</sup>. Na podstawie przeprowadzonych badań Aneta Domagała stwierdziła, że w wypadku wypowiedzi potocznych pierwszoplanowe stają się problemy leksykalne, natomiast fleksja i składnia pozostają prawidłowe. Taki stan odpowiada opisywanym przez Romana Jakobsona zaburzeniom selekcji jednostek językowych, przy jednocześnie zachowanej możliwości konstruowania zdań<sup>72</sup>.

Osoby z demencją Alzheimera budują wypowiedzi niespójne, a podążanie za tokiem wypowiedzi pacjenta nie umożliwia zrozumienia jego intencji jako nadawcy. Opisywane zjawisko niespójności wynika z tego, że mówiący powinien

<sup>68</sup> J. PANASIUK: *Afazja a interakcja...*, s. 495–498.

<sup>69</sup> O przejęzyczeniach zob.: S. GRABIAS: *O ekspresywności języka*. Lublin, Wydaw. Lubelskie 1981; Z. KLEMENSIEWICZ: *O tzw. przejęzyczeniach*. W: IDEM: *Ze studiów nad językiem i stylem*. Warszawa, PWN 1969, s. 29–36.

<sup>70</sup> E. ŁUCZYWEK: *Zaburzenia aktywności poznawczej osób w późnym wieku. Problemy demencji*. W: *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej*. Red. A. HERZYK, D. KĄDZIELAWA. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1996, s. 138.

<sup>71</sup> A. DOMAGAŁA: *Zachowania językowe w demencji. Struktura wypowiedzi w chorobie Alzheimera*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2007, s. 43.

<sup>72</sup> Ibidem, s. 249.

„przyjąć perspektywę słuchacza i wyjść naprzeciw jego oczekiwaniom, a chorzy z otępieniem tracą tę zdolność”<sup>73</sup>.

Badanie nietypowych połączeń wyrazowych w ciągu mownym osób z chorobą Alzheimera mogłoby skierować kierunek badań na zaburzenia konotacji. Być może chodzi tu o podobny patomechanizm jak w schizofazji czy pewnych typach afazji. Zasada konotacji pełni bowiem kluczową funkcję w procesie generowania wypowiedzi. Jesteśmy w stanie dostrzec ją najlepiej w sytuacjach rozpadu konotacji, kiedy zawodzą procesy selekcji, typowe powiązania międzywyrazowe zaczynają ustępować dowolnym asocjacom, dając w efekcie zespół błędnych połączeń. Zasadniczą rolę odgrywają tu procesy pamięci, szczególnie w zakresie pamięci krótkotrwałej i operacyjnej<sup>74</sup>, oraz powiązane z nimi planowanie wypowiedzi „do przodu” wyprzedzające o kilka sekwencji motorycznych wypowiedziane słowa.

Przedstawione rozważania ukazują dużą aplikatywność teorii konotacji w analizie zaburzeń językowych i to nie tylko o charakterze schizofazji. Zaburzenia konotacji są rejestrowane także w wypowiedziach osób z afazją, jak również z demencją.

Rozważania na temat konotacji pozwalają wyprowadzić następujące tezy:

1. Mowa ma biologiczne uwarunkowania.
2. Jeżeli w zaburzeniach strukturalnych i funkcjonalnych mózgu (afazja, schizofazja, demencja) dochodzi do zaburzeń konotacji, to procesy konotacyjne też mają biologiczne uwarunkowania.
3. Analiza i opis konotacji może stać się ważnym elementem badania patologii mowy w przypadku różnych zaburzeń mowy. Przedstawione w artykule teorie konotacji stanowią odzwierciedlenie drogi, jaką przeszedł ten termin przez okres rozwoju nauki o znaczeniu poprzez badania syntaktyczne do współczesnych badań językoznawczych na rzecz psychiatrii czy neurologopedii. Wykorzystanie pojęcia konotacji w neurologopedii i psychiatrii stanowi odświeżenie tej prawie stuletniej tradycji konotacji syntaktycznej. Współczesne badania nad konotacją podkreślają biologiczne uwarunkowanie języka, w tym również samego procesu konotacji. Ten niezmiernie ciekawy kierunek wymaga jeszcze obszernych badań.

---

<sup>73</sup> Ibidem, s. 186.

<sup>74</sup> Na temat zaburzeń pamięci w schizofrenii zob.: A. BORKOWSKA: *Dysfunkcje poznawcze w schizofrenii w ocenie neuropsychologicznej i neurofizjologicznej*. Bydgoszcz, Wydaw. Uczelniane AM 2001; *Zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii. Aspekty neuropsychiatryczne i neuropsychologiczne*. Red. A. BORKOWSKA. Kraków, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne 2012.

## Bibliografia

- AJDUKIEWICZ K.: *O znaczeniu wyrażań*. W: IDEM: *Język i poznanie*. T. 1: *Wybór pism z lat 1920–1939*. Warszawa, PWN 1985, s. 102–136.
- BORKOWSKA A.: *Dysfunkcje poznawcze w schizofrenii w ocenie neuropsychologicznej i neurofizjologicznej*. Bydgoszcz, Wydaw. Uczelniane AM 2001.
- BORKOWSKA A.: *Neuropsychologiczne i neurobiologiczne aspekty pamięci operacyjnej*. „*Neuropsychiatria i Neuropsychologia*” 2006, t. 1, nr 1, 31–42.
- BÜHLER K.: *Teoria języka. O językowej funkcji przedstawiania*. Przeł. J. KOŹBIAŁ. Kraków, TAIWPN Universitas 1999.
- CZERNIKIEWICZ A.: *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii 2004.
- CZEŻOWSKI T.: *Nazwy okazjonalne oraz imiona własne*. W: IDEM: *Odczyty filozoficzne*. „Prace Wydziału Filologiczno-Filozoficznego”. T. 7. Toruń, Towarzystwo Naukowe 1958.
- DOMAGAŁA A.: *Zachowania językowe w demencji. Struktura wypowiedzi w chorobie Alzheimerera*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2007.
- Encyklopedia języka polskiego*. Red. S. URBAŃCZYK. Wrocław–Kraków, Ossolineum 1994.
- Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*. Red. K. POŁAŃSKI. Wrocław, Ossolineum 2003.
- GOŁĄB Z., HEINZ A., POŁAŃSKI K.: *Słownik terminologii językoznawczej*. Warszawa, PWN 1968.
- GOŁĄB Z.: *Próba klasyfikacji syntaktycznej czasowników polskich (na zasadzie konotacji)*. „*Biuletyn PTJ*” 1967, nr 25, s. 3–43.
- GRABIAS S.: *Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy*. „*Audiofonologia*” 1994, t. 6, s. 7–22.
- GRABIAS S.: *O ekspresywności języka. Ekspresja a słowotwórstwo*. Lublin, Wydaw. Lubelskie 1981.
- GRZEGORCZYKOWA R.: *Wprowadzenie do semantyki językoznawczej*. Warszawa, PWN 1995.
- GRZEGORCZYKOWA R.: *Wstęp do językoznawstwa*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2007.
- GRZEGORCZYKOWA R.: *Wykłady z polskiej składni*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2004.
- GRZYWA A.: *Myślenie chorych na schizofrenię jako wyraz zaburzeń w procesie przetwarzania informacji*. „*Psychiatria Polska*” 1986, nr 3, s. 215–224.
- JORDANSKAJA L., MIELCZUK I.: *Konotacja w semantyce lingwistycznej i leksykografii*. W: *Konotacja*. Red. J. BARTMIŃSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1988, s. 9–28.
- KINGSBOURNE M., WARRINGTON E.K.: *Jargon aphasia*. „*Neuropsychologia*”, 1963, vol. 1, issue 1, s. 27–37.
- KLEMENSIEWICZ Z.: *O tzw. przejęzyczeniach*. W: IDEM: *Ze studiów nad językiem i stylem*. Warszawa, PWN 1969, s. 29–35.
- KOSYL C.: *Metaforyczne użycie nazw własnych*. W: *Z zagadnień współczesnego języka polskiego*. Red. M. SZYMCAK. Wrocław, Wydaw. Polskiej Akademii Nauk 1978, s. 133–143.
- KOTARBIŃSKI T.: *Elementy teorii poznania, logiki formalnej i metodologii nauk*. Wrocław, PWN 1990.
- KURCZ I.: *Język a reprezentacja świata w umyśle*. Warszawa, PWN 1987.
- KURCZ I.: *Psycholingwistyka. Przegląd problemów badawczych*. Warszawa, PWN 1976.
- KURCZ I.: *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa, Scholar 2005.
- LEECH G.: *Semantics. The Study of Meaning*. Harmondsworth, Penguin Books 1974.
- ŁUCZYWEK E.: *Zaburzenia aktywności poznawczej osób w późnym wieku. Problemy demencji*. W: *Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej*. Red. A. HERZYK, D. KĄDZIELAŁA. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1996, s. 111–150.
- MARUSZEWSKI M.: *Mowa a mózg*. Warszawa, PWN 1970.



- MEYER L.B.: *Emocja i znaczenie w muzyce*. [Przeł. A. BUCHNER, K. BERGER]. Warszawa, Polskie Wydaw. Muzyczne 1974.
- MILEWSKI T.: *Językoznawstwo*. Warszawa, PWN 1975.
- MILL J.S.: *System logiki dedukcyjnej i indukcyjnej*. T. 1. Przeł. C. ZNAMIEROWSKI. Warszawa, PWN 1962.
- PANASIUK J.: *Afazja a interakcja. TEKST – metaTEKST – konTEKST*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012.
- PISARKOWA K.: *Konotacja semantyczna nazw narodowości*. „Zeszyty Prasoznawcze” 1976, nr 1, s. 5–26.
- RUTTER D.R.: *The reconstruction of schizophrenic speech*. “The British Journal of Psychiatry” April 1979, vol. 134, no. 4, 356–359.
- Słownik terminów literackich*. Red. J. SŁAWIŃSKI. Wrocław, Ossolineum 2005.
- Słownik języka polskiego* [wersja elektroniczna]. Red. W. DOROSZEWSKI. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 1997.
- STANOSZ B.: *Teoria znaczenia i oznaczania w logice tradycyjnej*. W: *Studia z historii semiotyki*. T. 2. Red. J. SUŁOWSKI. Wrocław, Ossolineum 1973.
- SZULC A.: *Podręczny słownik językoznawstwa stosowanego. Dydaktyka języków obcych*. Warszawa, PWN 1984.
- WIERZBICKA A.: *Język – umysł – kultura*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 1999.
- WOŹNIAK T.: *Językoznawstwo w świetle logopedii*. W: *Język. Człowiek. Społeczeństwo*. Red. J. PANASIUK, T. WOŹNIAK. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2013.
- WOŹNIAK T.: *Kreatywność a destrukcja zachowań u osób chorych na schizofrenię*. „Logopedia” 2002, t. 30, s. 143–154.
- WOŹNIAK T.: *Narracja w schizofrenii*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2005.
- WOŹNIAK T.: *Zaburzenia języka w schizofrenii*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2000.
- WOŹNIAK T., CZERNIKIEWICZ A.: *Krótką skalą oceny schizofazji (KSOS)*. „Badania nad Schizofrenią” 2002, t. 4, nr 4, s. 569–575.
- Zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii. Aspekty neuropsychiatryczne i neuropsychologiczne*. Red. A. BORKOWSKA. Kraków, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne 2012.
- ZARĘBINA M.: *Elipsa a konotacja*. „Biuletyn PTJ” 1967, nr 25, s. 103–121.
- ZARON Z.: *Niektóre problemy z konotacją syntaktyczną*. W: *Konotacja*. Red. J. BARTMIŃSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1988, s. 113–119.
- ZGUSTA L.: *Manual of Lexicography*. Praha, Academia 1971.



EWA HRYCYNA

Instytut Polonistyki i Logopedii,  
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

## Rozwijanie słownictwa u dzieci w wieku przedszkolnym z zaburzeniami ekspresji werbalnej Problemy teoretyczne

Developing Vocabulary in Pre-school Children with Impaired Verbal Expression.  
Theoretical Problems

**ABSTRACT:** The article deals with theoretical problems related to vocabulary development in pre-school children with impaired verbal expression. The authoress underlines the significance of the issue, resulting from the role of vocabulary in social, educational and cultural development. She attempts to characterize language competences at the semantic and lexical levels. To this end, she refers to existing speech development studies on child's vocabulary, then proceeds to discussing the two basic dimensions of child's vocabulary – quantitative and qualitative – and highlights the importance of both. She places emphasis on examining the qualitative aspect. Therefore, in the light of selected linguistic theories, she examines the notions of: language sign, basic and metaphorical meanings, cognitive definition. She also refers to the concept of semantic categories and parts of speech, addresses the issues of semantic communication, pragmatics and metalinguistic reflection. The aforementioned linguistic phenomena are confronted with examples of possible disorders.

**KEY WORDS:** vocabulary, child speech development, quantitative aspect, qualitative aspect, linguistic sign, meaning, cognitive definition, semantic categories, speech parts, semantic connectivity, pragmatics, metalanguage

Biegłe posługiwanie się słownictwem ma doniosłe znaczenie dla codziennej komunikacji, warunkując jej jakość i skuteczność. Przyczyniając się do rozwoju kompetencji w zakresie czytania, pisania i wypowiadania się<sup>1</sup> zyskuje niezwykle istotne znaczenie w edukacji dziecka, tym bardziej że w szkolnictwie dominują metody werbalne<sup>2</sup>. Sprzyja rozwijaniu kompetencji kulturowej, związanej

---

<sup>1</sup> H. NASH, M. SLOWLING: *Teaching new words to children with poor existing vocabulary knowledge: a controlled evaluation of the definition and context methods*. "International Journal of Language and Communication Disorders" 2006, vol. 41, no. 3, s. 335–354.

<sup>2</sup> J. SAZON-BRYKAJŁO: *Trudności dzieci w posługiwaniu się kodem językowym. Metody terapii*. Kraków, Impuls 2009, s. 19.

w dużym stopniu z przetwarzaniem informacji werbalnych. Umożliwia pełniejszy udział w życiu społecznym, a także zabawach i rozrywkach zawierających element werbalny. Wiek przedszkolny jest czasem, w którym słownictwo rozwija się znacząco, w ścisłym związku z etapami rozwoju myślenia. U dzieci mogą jednak występować trudności zarówno z nabywaniem, jak i poszerzaniem słownictwa. W ocenie rozwoju słownikowego powinno się uwzględnić zarówno rozumienie (percepcję), używanie, mówienie (ekspresję) oraz zdolność uczenia się nowych słów<sup>3</sup> i tempo ich aktualizowania. W niniejszym artykule koncentruję się na lingwistycznych podstawach rozwijania słownictwa u dzieci w wieku przedszkolnym. Sfera leksykalna jest zaburzona w znacznej większości zaburzeń mowy w przypadku: autyzmu, zespołu Aspergera, zaburzeń semantyczno-pragmatycznych, zaburzeń psychicznych, opóźnionego rozwoju mowy, zarówno samoistnego, jak i pojawiającego się na tle zaburzeń neurologicznych, niedosłuchu, niepełnosprawności umysłowej czy też wrodzonych trudności w nabywaniu języka. Etiologia zaburzeń i mechanizmy ich powstawania są odmienne, stąd i zaburzenia w sferze leksykalnej przedstawiają się swoiście dla każdego zaburzenia i odpowiadać im muszą odmienne strategie terapeutyczne. Jednak jeśli przyjmujemy perspektywę lingwistyczną, to niezależnie od szczegółowego problemu baza teoretyczna jest taka sama.

Temat słownika dzieci w kontekście terapii logopedycznej, choć w pewnej mierze podejmowany, wymaga dalszych badań. Zarówno w aspekcie teoretycznym, w tym dotyczącym ontogenezy mowy, jak i w aspekcie praktycznym. Badania teoretyczne nad słownikiem dziecka następująco wielu trudności, ponieważ wymagają bardzo szeroko zakrojonych obserwacji i zapisów, a także uzgadniania ich z wieloma zmiennymi, jak baza doświadczeniowa, relacje międzyludzkie, warunki środowiskowe itp. Z kolei w praktyce logopedycznej akcentowany jest szczególnie pierwszy moment rozwijania słownictwa – wówczas gdy dziecko ma znaczące braki werbalne i w opinii otoczenia „nie mówi” – oraz element kolejny, tj. poszerzenie zasobu słów w zakresie kolejnych części mowy. Nie ulega wątpliwości, że na pewnym etapie rozwoju dzieci przyswajają słowa spontanicznie, stąd też logopedzi nie programują dokładnie każdego słowa, które ma wejść do słownika dziecka. Jednakże wiedza o słowniku dziecka i sposobach jego rozwijania nie wydaje się przez to mniej potrzebna. Można tego doświadczyć szczególnie w pracy z dziećmi o dość rozwiniętym już zasobie słownictwa, u których nadal jednak występują braki, w aspekcie ilościowym i jakościowym; oraz z dziećmi, które są rozwinięte werbalnie w aspekcie ilościowym, ale popełniają błędy semantyczne, a ich mowa sprawia wrażenie dziwacznej, osobliwej. Do podjęcia tematu rozwijania słownictwa u dzieci przedszkolnych z zaburzeniami eks-

---

<sup>3</sup> K.L. PENCE, K.E. BOJCZYK, R.S. WILLIAMS: *Assesing vocabulary development*. W: *Assessment in Emergent Literacy*. Ed. K.L. PENCE. San Diego – Oxford – Brisbane, Plural Publishing Inc. 2007, s. 433–480.

presji werbalnej konieczne jest scharakteryzowanie kompetencji językowej<sup>4</sup> na poziomie semantyczno-leksykalnym. Próba takiej charakterystyki prezentowana w niniejszym artykule opiera się na trzech podstawach: dotychczasowej wiedzy o rozwoju mowy dziecka (w omawianym aspekcie semantyczno-leksykalnym), wybranych aspektach teorii lingwistycznych oraz wiedzy na temat zaburzeń mowy u dzieci, dotyczących ekspresji werbalnej, na poziomie słownictwa.

## Rozwój mowy dziecka – aspekt leksykalny

Jeśli chodzi o doniesienia na temat semantyczno-leksykalnych aspektów rozwoju mowy dziecka, w badaniach lingwistycznych i psychologicznych dotychczas opisano: proces narastania zasobu słownictwa, z uwzględnieniem części mowy, tempa zmian i aspektu ilościowego<sup>5</sup>, rozwój zakresu treściowego słów<sup>6</sup>, rozwój znaczenia<sup>7</sup>, rozwój słownictwa nazywającego kategorie nadrzędne<sup>8</sup>, kształtowanie się kategorii pojęciowych takich jak relacje czasowe, relacje przestrzenne<sup>9</sup>, rozumienie słów wieloznacznych<sup>10</sup>, świadomość leksykalną<sup>11</sup> i ogólniej – meta-

<sup>4</sup> S. GRABIAS: *Teorie zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*. W: *Logopedia*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. *Teoria zaburzeń mowy*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 52.

<sup>5</sup> A. JURKOWSKI: *Ontogeneza mowy i myślenia*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1986; M. PRZETACZNIKOWA: *Rozwój psychiczny dzieci i młodzieży*. W: „Biblioteka Nauczyciela. A: Ogólne Podstawy Wychowania”. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych 1967, s. 105–130; S. SZUMAN: *Rozwój treści słownika dzieci. Zagadnienie i niektóre wyniki badań*. W: *O rozwoju języka i myślenia dziecka*. Red. S. SZUMAN. Warszawa, PWN 1968; M. ZARĘBINA: *Rozwój semantyczny języka dziecka i opanowywanie przez nie wyrazów z funkcją gramatyczną*. W: *EADEM: Język polski w rozwoju jednostki. Analiza tekstów dzieci. Rozwój semantyczny. Dyskusja nad teorią Chomskiego*. Gdańsk, Glottispol 1994.

<sup>6</sup> A. JURKOWSKI: *Ontogeneza mowy i myślenia...*; M. KIELAR-TURSKA: *Mowa dziecka. Słowo i tekst*. W: „Uniwersytet Jagielloński – Rozprawy Habilitacyjne”. T. 161. Kraków, Uniwersytet Jagielloński 1989; EADEM: *Rozwój sprawności językowych i komunikacyjnych*. W: *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*. Red. E. CZAPLEWSKA, S. MILEWSKI. Sopot, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2012; SZUMAN S.: *Rozwój treści słownika dzieci...*

<sup>7</sup> A. JURKOWSKI: *Ontogeneza mowy i myślenia...*; M. KIELAR-TURSKA: *Mowa dziecka...*; G. KRASOWICZ-KUPIS: *Rozwój świadomości językowej dziecka. Teoria i praktyka*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2004.

<sup>8</sup> M. KIELAR-TURSKA: *Mowa dziecka...*

<sup>9</sup> Ibidem.

<sup>10</sup> Ibidem.

<sup>11</sup> G. KRASOWICZ-KUPIS: *Rozwój świadomości językowej dziecka...*; J. PORAYSKI-POMSTA: *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*. Warszawa, Elipsa 2015.

językową<sup>12</sup>, procesy słowotwórcze<sup>13</sup>. Temat rozwoju mowy w sferze semantyczno-leksykalnej wiąże się nieodłącznie z tematem kształtowania się pojęć w umyśle i mowie dziecka<sup>14</sup>.

## Zasób słownictwa – aspekt ilościowy i jakościowy

Szczególnie ważnym pojęciem w kontekście rozwoju mowy dziecka jest zasób słownictwa. W wielu opracowaniach teoretycznych, jak również w codziennej pracy logopedów szczególne miejsce zajął aspekt ilościowy, na który składa się przybliżona liczba słów, którymi dziecko powinno dysponować, w mowie czynnej i biernej, oraz dokładniejsze obliczenia dotyczące mowy konkretnego badanego dziecka. Wartości liczbowe podawane w literaturze są różne<sup>15</sup>, również pod względem zakresu normy. Przykładowo dla dziecka trzyletniego Irena Styczek, za badaniami francuskimi Pierre'a Debraya, z pewną modyfikacją, podaje liczbę 1000–1800 wyrazów w zakresie rozumienia i 100–200 w zakresie ekspresji<sup>16</sup>, natomiast Andrzej Jurkowski – około 1000 słów w zakresie zarówno rozumienia, jak i ekspresji<sup>17</sup>. Podawaniu wartości liczbowych od początku towarzyszy refleksja dystansująca, np. Styczek zastrzegła, że „mówiąc o słownictwie dziecka, należy ostrożnie operować liczbami ze względu na duże rozbieżności między stopniem rozwoju mowy poszczególnych dzieci będących w tym samym wieku”<sup>18</sup>. Jednakże mimo tych refleksji aspekt ilościowy zdominował rozważania o dziecięcym leksykonie zarówno w Polsce, jak i zagranicą<sup>19</sup>, co ma swoje uzasadnienie. Z odpowiednim ilościowo zasobem słownictwa wiąże się w znacznym stopniu jedna z umiejętności umysłowych człowieka, określana przez Louisa L. Thurstone'a jako płynność słowna<sup>20</sup>. Określona liczba słów jest niezbędna, zwłaszcza w pro-

<sup>12</sup> B. KWARCIAK: *Początki i podstawowe mechanizmy świadomości metajęzykowej*. W: „Uniwersytet Jagielloński – Rozprawy Habilitacyjne”. T. 289. Kraków, Uniwersytet Jagielloński 1995.

<sup>13</sup> M. CHMURA-KLEKOTOWA: *Neologizmy słowotwórcze w mowie dzieci*. „Prace Filologiczne” 1971, t. 20, s. 99–235.

<sup>14</sup> Obszerny przegląd badań na ten temat zob. H. BOROWIEC: *Dziecięce rozumienie świata*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2014.

<sup>15</sup> G. JASTRZĘBOWSKA: *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*. Opole, Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego 1998, s. 152.

<sup>16</sup> I. STYCZEK: *Logopedia*. Warszawa, PWN 1983, s. 213.

<sup>17</sup> A. JURKOWSKI: *Ontogeneza mowy i myślenia...*

<sup>18</sup> I. STYCZEK: *Logopedia*, s. 215; podobnie: ibidem, s. 74.

<sup>19</sup> D. CRYSTAL: *Teaching Vocabulary: The Case for Semantic Curriculum*. W: *Child Language Disability*. T. 2: *Semantic and Pragmatic Difficulties*. Eds. K. MOGFORD-BEVAN, J. SADLER CLEVEDON. Philadelphia–Adelaide, Multilingual Matters LTD 1990, s. 45.

<sup>20</sup> A. JURKOWSKI: *Ontogeneza mowy i myślenia...*, s. 75.

cesie edukacyjnym, a poszerzanie zasobu słownictwa stanowi jeden z istotnych aspektów rozwoju umysłowego człowieka, także w życiu dorosłym. W zasadzie nie istnieje moment, w którym można by orzec, że zasób słownictwa stał się pełny.

W kontekście zaburzeń mowy oszacowanie zasobu słownictwa, na miarę możliwości w konkretnej sytuacji terapeutycznej, jest uzasadnione i bezsprzecznie jest jednym z najważniejszych elementów diagnozy logopedycznej, zwłaszcza w przypadku opóźnień w rozwoju mowy. Takiej ocenie musi jednak towarzyszyć refleksja o wiążących się z tym ograniczeniach. Pełne policzenie wszystkich słów, którymi posługuje się dziecko, w praktyce jest bardzo trudne. Gromadzenie potrzebnych danych nie może ograniczać się do sesji terapeutycznych, a rozwiązaniem idealnym jest stałe nagrywanie dziecka we wszystkich warunkach i liczenie słów, co w praktyce staje się rzeczą nie niemożliwą, ale trudną<sup>21</sup>, a dla oddziaływań terapeutycznych nie niezbędną. Liczenie jest jeszcze trudniejsze w przypadku dzieci z uszkodzeniami neurologicznymi czy niedosłuchem, u których dane słowo występuje w wypowiedziach nieregularnie, tzn. raz jest aktualizowane, drugim razem nie.

Ilościowy zasób słów ma niewątpliwie znaczenie, nie jest jednak jedynym czynnikiem determinującym ocenę rozwoju semantycznego dziecka<sup>22</sup>, a co za tym idzie – programowanie terapii. Drugim, równie istotnym aspektem oceny dziecięcego leksykonu jest aspekt jakościowy, którego szczegółowa analiza w dużej mierze implikuje określone działania praktyczne<sup>23</sup>. David Crystal, postulując badania nad jakościowym aspektem słownictwa dziecka, zwrócił uwagę na znaczenie, które powinno stanowić punkt wyjścia w ocenie specjalistycznej. Dziecko nie nabywa bowiem słowa w akcie jednorazowym, jak sugeruje to model frekwencyjny, ale słowo w mowie dziecka rodzi się w relacji do innych słów, równolegle włączanych do leksykonu i dzięki nim jest lepiej rozumiane. Takie same zasoby ilościowe mogą oznaczać słowniki inne jakościowo, w zależności np. od tego, czy dziecko odnosi dane słowo do jednego obiektu czy do wielu różnych obiektów, co – w zależności od słowa – podlegać może różnorodnej ocenie<sup>24</sup>; może również używać pewnych słów, nie rozumiejąc ich znaczenia, w sposób sytuacyjny, wyuczony. Kontynuując rozważania nad oceną jakościową, Crystal proponuje skoncentrować się na polach semantycznych, takie ujęcie pozwala bowiem na określenie tego, w jakim znaczeniu dane słowo funkcjonuje i w jakiej pozostaje relacji do innych słów, umożliwia takie zaprogramowanie terapii, by dziecko przyswajało słowa w kontekście lingwistycznym, który jest częścią definicji słowa. Autor zaleca w tym celu sięgać do definicji słownikowych, opisujących relacje w polach leksykalno-semantycznych. Propozycja jest warta uwagi, a jednocześnie współczesne badania lingwistyczne,

<sup>21</sup> D. CRYSTAL: *Teaching Vocabulary...*, s. 45.

<sup>22</sup> Ibidem.

<sup>23</sup> Ibidem; K.L. PENCE, K.E., BOJCZYK R.S. WILLIAMS: *Assesing vocabulary development...*

<sup>24</sup> D. CRYSTAL: *Teaching Vocabulary...*; por. doniesienia o charakterystyce znaczeń „dziecięcych”: nadmierne rozszerzanie, zawężanie i rozmijanie się znaczeń: M. KIELAR-TURSKA: *Mowa dziecka...*

skoncentrowane na znaczeniu i wychodzące poza pojęcia pola leksykalno-semantycznego, stawiają problem w nowym świetle. Mam na myśli koncepcję definicji kognitywnej<sup>25</sup>. Dla usystematyzowania wywodu najpierw jednak przedstawię pokrótce najważniejsze fakty dotyczące współczesnej semantyki.

## Wybrane aspekty teorii lingwistycznych – znaczenie, definicja kognitywna

W związku z rewolucją kognitywną<sup>26</sup> w językoznawstwie, semantyka została przesunięta z pozycji marginalnej do centrum zagadnień językoznawczych<sup>27</sup>. Jednakowoż refleksja nad znaczeniem sięga starożytności i jest w myśli lingwistycznej stale obecna. Podstawową jednostką w semantyce jest znak językowy o „dwojakiej” naturze, którą w paradygmacie strukturalistycznym Ferdinand de Saussure zdefiniował jako element znaczony (*signifié*) i znaczący (*signifiant*)<sup>28</sup>. W paradygmacie kognitywnym, postrzeganym jako opozycyjny względem strukturalistycznego, ale wykazującym w istocie liczne punkty wspólne z nim, jednostka językowa jest definiowana jako złożona z bieguna fonologicznego i semantycznego związanych poprzez relację symbolizacji<sup>29</sup>. Zagadnienie, czym jest znaczenie, zajmujące od wieków filozofów, psychologów, logików, lingwistów doczekało się licznych teorii. Jedną z najbardziej znanych jest model relacji symbolicznej zwany trójkątem Odgena i Richardsa, którego kolejne wierzchołki stanowią: symbol, pojęcie, odniesienie (desygnat)<sup>30</sup>, do dziś dyskutowany, wykazujący analogię z wcześniejszą trójelementową koncepcją znaku Charlesa S. Peirce’a<sup>31</sup>. Pojęcie jest

---

<sup>25</sup> J. BARTMIŃSKI: *Definicja kognitywna jako narzędzie opisu konotacji słowa*. W: *Konotacja*. Red. J. BARTMIŃSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1988, s. 169–183; J. BARTMIŃSKI, R. TOKARSKI: *Definicja semantyczna: czego i dla kogo?* W: *O definicjach i definiowaniu*. Red. J. BARTMIŃSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1993, s. 47–61.

<sup>26</sup> A. WIERZBICKA.: *Semantyka*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2006, s. 21.

<sup>27</sup> R. GRZEGORCZYKOWA: *Wprowadzenie do semantyki językoznawczej*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2002, s. 80.

<sup>28</sup> F. DE SAUSSURE: *Kurs językoznawstwa ogólnego*. [Przeł. K. KASPRZYK]. Warszawa, PWN 1961.

<sup>29</sup> R. LANGACKER: *Wykłady z gramatyki kognitywnej. Kazimierz nad Wisłą, grudzień 1993*. Red. H. KARDELA. Przeł. J. BEREJ et al. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1995.

<sup>30</sup> C.K. OGDEN, I.A. RICHARDS: *The Meaning of Meaning*. London, Routledge & Kegan Paul 1923.

<sup>31</sup> R. JAKOBSON: *Kilka uwag o Peirce’ie, poszukiwaczu dróg w nauce o języku*. Przeł. S. AMSTERDAMSKI. W: IDEM: *W poszukiwaniu istoty języka*. T. 1. Wybór, red. nauk. i wstęp M.R. MAYENOWA. Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy 1989, s. 55.

przedmiotem szczególnego zainteresowania na gruncie językoznawstwa kognitywnego. W ujęciu kognitywistów znaczenie jest „reprezentacją świata” w umyśle ludzi mówiących<sup>32</sup>, Jerzy Bartmiński pisze o „obiektynie (społecznie) utrwalonej, wewnętrznie spójnej strukturze pojęcia”, którą tworzą aspekty przedmiotu ważne dla użytkowników danego języka<sup>33</sup>. Dla badań nad znaczeniem niezwykle istotny jest sposób definiowania pojęć.

We współczesnych badaniach językoznawczych szczególne miejsce zajmuje definicja kognitywna<sup>34</sup>. Definicję kognitywną, w ogromnym skrócie, przedstawia się jako przeciwstawną definicji klasycznej, bazującej na cechach koniecznych i wystarczających, oraz definicji encyklopedycznej, opartej na wiedzy naukowej. W założeniu definicja kognitywna ma bowiem zdawać sprawę ze sposobu pojmowania przedmiotu przez mówiących danym językiem, tj. ze sposobu utrwalonej społecznie i dającej się poznać poprzez język i użycie języka wiedzy o świecie, kategoryzacji jego zjawisk, ich charakterystyki i wartościowania<sup>35</sup>. Uwzględnia się w niej wszystkie cechy przedmiotu ustabilizowane w jego językowym obrazie<sup>36</sup>, nie tylko konieczne i wystarczające. Podstawowym składnikiem takiej definicji jest zrekonstruowany z materiału językowego i danych przyjęzykowych sąd o przedmiocie, mający kształt zdania lub jego tekstowego ekwiwalentu. Zrekonstruowane sądy przedstawia się w kolejności odzwierciedlającej naturalną, potoczną konceptualizację<sup>37</sup>, jak podaje A. Wierzbicka: „znaczenie [...] determinuje nie tylko szereg właściwości, do których badany wyraz może być odnoszony, lecz także sposób myślenia o tych właściwościach”<sup>38</sup>, „nie jest arbitralnym zbiorem wzajemnie niezależnych cech, lecz ustrukturowaną całością”<sup>39</sup>. Szczególną rolę w definicji kognitywnej gra pojęcie kategoryzacji i kategorii, definicja odzwierciedla zarówno to, w jaki sposób przedmiot jest kategoryzowany względem innych, np. „mięta to zioło”, ale także według jakich kategorii (aspektów) jest konceptualizowany, np. dla ziół są to: kolekcje, kompleksy, opozycje, wygląd, właściwości, zastosowanie lecznicze, magiczne, obrzędowe, miejsce rośnięcia, ekwiwalencje, symbolika. Aspekty takie, jak nadrzędna kategoryzacja (ukazująca funkcjonowanie słowa w kategoryzacji hierarchicznej), opozycje i ekwiwalencje, są punktem

<sup>32</sup> R. GRZEGORCZYKOWA: *Wprowadzenie do semantyki...*, s. 25.

<sup>33</sup> J. BARTMIŃSKI: *Punkt widzenia, perspektywa, językowy obraz świata*. W: *Językowy obraz świata*. Red. J. BARTMIŃSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1999, s. 113.

<sup>34</sup> J. BARTMIŃSKI: *Definicja kognitywna...*; J. BARTMIŃSKI: *Językowe podstawy obrazu świata*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2006; J. BARTMIŃSKI, R. TOKARSKI: *Definicja semantyczna...*

<sup>35</sup> J. BARTMIŃSKI: *Językowe podstawy obrazu świata...*, s. 43; zob. też J. BARTMIŃSKI: *Definicja kognitywna...*, s. 169–170.

<sup>36</sup> BARTMIŃSKI: *Definicja kognitywna...*, s. 177.

<sup>37</sup> J. BARTMIŃSKI: *Językowe podstawy obrazu świata...*, s. 43–51.

<sup>38</sup> A. WIERZBICKA: *Lexicography and Conceptual Analysis*. [Przeł. pracownicy Zakładu Gramatyki i Tekstologii Współczesnego Języka Polskiego]. Ann Arbor, Karoma Publishers 1985, s. 11.

<sup>39</sup> *Ibidem*, s. 23.



zbieżnym ujęcia kognitywnego i teorii pól leksykalno-semantycznych, jednak porównanie obu podejść stanowczo przekracza ramy tego artykułu.

Sądzę, że zaprezentowana koncepcja pojęcia oraz propozycja jego definiowania jest przydatna zarówno w ocenie kompetencji językowej na poziomie leksykalnym, jak również w programowaniu terapii. Daje wgląd w wewnętrzną strukturę pojęcia, uwzględniając jego relacje z innymi pojęciami, i tym samym pozwala rozwijać słownik dziecka w sposób pełny, zorganizowany i metodyczny. Samo pojęcie definicji kognitywnej pojawiło się już w pracach traktujących o rozwoju mowy<sup>40</sup> i jej zaburzeniach<sup>41</sup>. W odniesieniu do dzieci w wieku przedszkolnym konieczne jest uwzględnienie tego, że sfera pojęciowa – podobnie jak pozostałe – podlega stopniowemu kształtowaniu się, a proces ów rządzi się swoimi prawami<sup>42</sup>. To jednak, że sfera pojęciowa u dzieci charakteryzuje się stopniowym rozwojem, a znaczenia, którymi operują dzieci, nie są znaczeniami opanowanymi przez dorosłych<sup>43</sup>, nie podaje w wątpliwość zasadności odpowiedniego, metodycznego korzystania z wiedzy o dojrzałych formach pojęć w diagnozie i terapii ukierunkowanych na dzieci w wieku przedszkolnym. Definicja kognitywna zapisana w postaci zrekonstruowanych sądów o przedmiocie (np. „Pies je kości”) ma w terapii logopedycznej jeszcze jedno znaczenie. Pozwala na uporządkowane i zorganizowane wyjście poza poziom słowa, na poziom zdania i tekstu. Budowanie sądów jest wyjątkową możliwością, jaką daje język naturalny. Dzięki temu atutowi język rozwija swoją najwyższą moc i doniosłość dla myśli ludzkiej i komunikacji poznawczej<sup>44</sup>, stąd też właśnie perspektywa sądu wydaje się ważna także w terapii logopedycznej.

Kwestia znaczenia słowa wiąże się nierozdzielnie z kolejnym problemem, istotnym w terapii logopedycznej – znaczeń dosłownych oraz niedosłownych, w tym metaforycznych. O ile pełna dojrzałość językowa w zakresie rozumienia znaczeń nie wyrażanych wprost jest osiągnięta w wieku szkolnym i później<sup>45</sup>, o tyle w wieku przedszkolnym dzieci spotykają się już z wypowiedziami takiego typu i trafnie na nie reagują. Na przykład interpretacja metaforycznych znaczeń słów bazuje na tworzących się pojęciach konkretnych i umiejętności przenoszenia cech z jednego przedmiotu (pojęcia) na inny, np. w okresie wiosennym dzieci w przedszkolach są zapoznawane z nazwą „kotki” („bazie”), przypisaną wybranym gatunkom rośliny rodzaju *Salicaceae*. Mają wówczas okazję do fizycznego doznawania podobieństwa między pałąką rośliny a futerkiem kota. Na nazwach metaforycznych w dużej mierze opierają się zagadki, z którymi dzieci w wieku przedszkolnym

<sup>40</sup> H. BOROWIEC: *Dziecięce rozumienie świata...*

<sup>41</sup> S. GRABIAS: *Teorie zaburzeń mowy...*

<sup>42</sup> H. BOROWIEC: *Dziecięce rozumienie świata...*; M. KIELAR-TURSKA: *Mowa dziecka...*

<sup>43</sup> H. BOROWIEC: *Dziecięce rozumienie świata...*, s. 78.

<sup>44</sup> R. JAKOBSON: *Język a inne systemy komunikacji*. Przeł. A. TANALSKA. W: IDEM: *W poszukiwaniu istoty języka*. T. 1..., s. 73–74.

<sup>45</sup> M. BIAŁECKA-PIKUL: *Narodziny i rozwój refleksji nad myśleniem*. Kraków, Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego 2012, s. 74.

także mają częstą styczność. Wreszcie, nazwy metaforyczne występują w bajkach, w nazwach własnych bohaterów, takich jak Tomcio Paluch czy Dzwoneczek.

W rozważaniach o znaczeniu odwołam się również do wspomnianej koncepcji znaku Peirce'a, popularyzowanej przez Romana Jakobsona, a w szczególności typów relacji łączącej znak z desygnatem, tj. relacji indeksowej, ikonicznej i symbolicznej. Relacja indeksalna między signans a signatum polega na ich rzeczywistej egzystencjalnej przyległości (typowym indeksem jest palec pokazujący przedmiot), relacja ikoniczna jest „zwykłą wspólnotą pewnej cechy”, względnym podobieństwem odczuwanym jako takie przez interpretatora (np. obraz, który widz rozpoznaje jako pejzaż), w relacji symbolicznej signans i signatum są wzajemnie powiązane „bez względu na jakikolwiek rzeczywisty związek”, a przyległość między nimi można nazwać „właściwością przypisaną”<sup>46</sup>, jednocześnie wartość symbolu polega na tym, że „nadaje on racjonalność myślom i zachowaniom, pozwala przewidywać przyszłość”<sup>47</sup>. Peirce'owska koncepcja nie jest prostą klasyfikacją znaków na trzy grupy, zakłada istnienie pewnych dominant w obrębie znaków, z których każdy może być przykładem jednego rodzaju relacji symbolicznej lub ich kombinacji.

Podsumowując tę część rozważań, należy wskazać, że pojęcie znaczenia odgrywa istotną rolę w ocenie leksykalnych kompetencji dziecka i programowaniu ich rozwijania. U dzieci w wieku przedszkolnym możemy mieć do czynienia z różnymi typami błędów semantycznych, jak choćby np. nadmiernym rozszerzaniem czy zawężaniem znaczeń, pomijaniem pewnych aspektów znaczenia, trudnościami w rozumieniu plastycznych relacji między pojęciami czy problemami w przyswajaniu znaczeń o większym stopniu trudności, np. słów abstrakcyjnych, metafor. W tym kontekście istotne jest również uwzględnienie typów relacji między znakiem a desygnatem, wyróżnionych przez Peirce'a, bowiem dookreślenie „znakowej natury” poszczególnych słów, a także innego rodzaju znaków używanych w komunikacji, jak gesty czy obrazy, może przynieść głębszą interpretację zaistniałych u danego dziecka problemów językowych.

## Kategorie semantyczne i części mowy

W analizie i rozwijaniu jakościowego słownictwa istotne jest również związane ze znaczeniem pojęcie kategorii semantycznych i części mowy. Początkowo oba pojęcia traktowano jako tożsame, współcześnie są one rozpodabniane<sup>48</sup>.

<sup>46</sup> R. JAKOBSON: *Język a inne systemy komunikacji...*, s. 63.

<sup>47</sup> R. JAKOBSON: *Kilka uwag o Peirce'ie...*, s. 58.

<sup>48</sup> *Encyklopedia języka polskiego*. Red. S. URBAŃCZYK, M. KUĆAŁA. Wrocław–Warszawa–Kraków, Ossolineum 1991, s. 178.

Obecnie kategoria semantyczna oznacza ogólne pojęcie, które ma swoje wykładniki na poziomie leksykalno-semantycznym, słowotwórczym, gramatycznym, składniowym. Na przykład w obrębie kategorii czasu wykładnikiem leksykalno-semantycznym są rzeczownikowe nazwy dni tygodnia, miesiący i pór roku, przysłówki: „dziś”, „jutro”, „wczoraj”, „dawno” i in., zaimki: „kiedyś”, wykładnikiem słowotwórczym – np. formant „-ek” w rzeczownikach typu „odpoczynek”, „wypoczynek” (tj. czas, w którym się odpoczywa, wypoczywa), wykładnikiem gramatycznym – fleksyjna kategoria czasu itp. Renata Grzegoryczkova i Bogdan Szymanek odwołują się do kategorii pojęciowych, wyróżnionych wstępnie przez badaczy z kręgu językoznawstwa kognitywnego, które znajdują odzwierciedlenie w strukturze języka, takich jak: przedmiot, substancja, osoba, liczba, istnienie, posiadanie, negacja, właściwość, kolor, kształt, wielkość, podobieństwo, płęć, przestrzeń, czas, pozycja (miejsce), ruch, trasa, proces, zdarzenie, akcja, kauzacja oraz dwie kategorie modalne – możliwość i prawdopodobieństwo. Jednocześnie zaznaczają, że klasyfikacja ta wymaga jeszcze uzupełnienia i uporządkowania, bowiem poszczególne kategorie są wzajemnie hierarchicznie powiązane i implikowane, np. ruch i trasa, przedmiot i substancja. Postulują, aby aparat poznawczy ujawniający się w języku w postaci kategorii miał postać całościowego modelu, a nie rejestru<sup>49</sup>. Kategoria, jako wytwór konceptualnej kategoryzacji, a więc interpretowania świata, została już wspomniana przy omawianiu definicji kognitywnej. Powodem odwołania się do kategorii semantycznej w kontekście rozwijania słownictwa u dzieci jest jej przydatność w przeprowadzeniu uporządkowanej diagnozy rozwoju słownictwa, która ma – oczywiście – znaczenie w praktycznych oddziaływaniach. Operowanie kategoriami, rozumianymi jako aspekty organizujące słownictwo niejako „w poprzek”, służy do sprawdzania i rozwijania tych kategorii, które u danego dziecka nie są w pełni ukształtowane. Jest zatem pomocne w ocenie nierównomiernego rozrostu słownictwa.

Pojęcie części mowy często występuje w pracach o rozwoju leksykalnym dziecka, jak również w pracach analitycznych poświęconych poszczególnym zaburzeniom mowy. Wiadome jest, że dziecko na kolejnych etapach rozwoju osiąga umiejętność dysponowania określonymi częściami mowy. Klasyfikacje części mowy tworzone były przez lingwistów na podstawie kilku kryteriów: semantycznego, fleksyjnego, składniowego<sup>50</sup>. Iwan I. Mieszczaninow podkreślał rolę semantyki, argumentując, że to właśnie znaczenie wyrazu predysponuje go do pełnienia funkcji tego lub innego członu zdania, w związku zaś z daną funkcją składniową wytwarzają się w wyrazie odpowiednie wykładniki formalne<sup>51</sup>. Jednocześnie, jak

<sup>49</sup> R. GRZEGORCZYKOWA, B. SZYMANEK: *Kategorie słowotwórcze w perspektywie kognitywnej*. W: *Współczesny język polski*. Red. J. BARTMIŃSKI. Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2001, s. 473–474.

<sup>50</sup> S. JODŁOWSKI: *Studia nad częściami mowy*. Warszawa, PWN 1971, s. 113.

<sup>51</sup> I.I. MIESZCZANINOW: *Człeny przedłożenija i czasti rieczci*. Moskwa–Leningrad 1945, s. 5; za: S. JODŁOWSKI: *Studia nad częściami mowy...*, s. 13.

podaje Roman Laskowski, klasyfikacja semantyczna ma swoje oczywiste mankamenty: a) nie obejmuje wszystkich leksemów (dotyczy tylko wyrazów autosemantycznych), b) opiera się na heterogenicznych kryteriach i nie stanowi klasyfikacji rozłącznej, c) opiera się na subiektywnych, nieprecyzyjnych kryteriach, wykluczających możliwość skonstruowania formalnej procedury wyznaczania części mowy<sup>52</sup>. W kontekście omawianego w tym artykule aspektu semantycznego i – co za tym idzie – rozwijania słownictwa konieczne jest szczególne pochylenie się nad klasyfikacją znaczeniową i to na możliwie najbardziej szczegółowym poziomie. Dla teorii i praktyki logopedycznej niewątpliwie ważny jest funkcjonalny podział części mowy na wyrazy autosemantyczne – samodzielnie znaczące, pełnoznanne, a wśród nich leksemy o funkcji ekspresywnej i symbolicznej, oraz wyrazy synsemantyczne – współznaczące, niepełnoznanne, a wśród nich leksemy nazywające, wskazujące i szeregujące<sup>53</sup>. W kolejności – na poszczególne części mowy: rzeczownik, czasownik, przymiotnik, przysłówek, liczebnik, przyimek, zaimek, partykuła, a w ich obrębie na podklasy znaczeniowe, np. czasowniki ruchu w obrębie klasy czasowników, nazwy pospolite i nazwy własne w obrębie rzeczowników. Znaczący w procesie terapeutycznym jest również podział na wyrazy abstrakcyjne i konkretne, określone i nieokreślone, obejmujący „przekrojowo” kilka klas części mowy.

W praktyce logopedycznej obserwujemy zaburzenia w przyswajaniu kolejnych części mowy objawiające się przewagą jednych części mowy i jednocześnie niedoborem pozostałych, jak w alalii i niedokształceniu mowy o typie afazji<sup>54</sup>, jak również zastępowaniem jednych części mowy drugimi, jak w niedosłuchu<sup>55</sup>. Lingwistyczna wiedza o częściach mowy pomaga w interpretacji przyczyn zjawiska i określeniu sposobów na przełamywanie trudności. Ważna w tym aspekcie jest również wiedza na temat słowotwórstwa i morfologii, które jednak nie staną się przedmiotem szczegółowych rozważań w niniejszym artykule.

---

<sup>52</sup> R. LASKOWSKI: *Zagadnienia ogólne morfologii*. W: R. GRZEGORCZYKOWA, R. LASKOWSKI, H. WRÓBEL: *Gramatyka współczesnego języka polskiego*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 1999, s. 54.

<sup>53</sup> *Ibidem*, s. 53.

<sup>54</sup> J. PANASIUK: *Postępowanie logopedyczne w przypadkach alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*. Red. S. GRABIAS, J. PANASIUK, T. WOŹNIAK. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2015, s. 309–346, s. 322.

<sup>55</sup> E. MUZYKA-FURTAK: *Zaburzenia mowy dzieci niesłyszących – propozycja typologii*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 293.

## Semantyka wyrażen

Rozwijanie słownictwa, w świetle współczesnych badań językoznawczych, wymaga również uwzględnienia walencji wyrażen, zarówno semantycznej, która zdaje sprawę z sytuacji opisywanej predykatem, jak i syntaktycznej, która zdaje sprawę ze składniowego ukształtowania predykatu (wymaganych pozycji składniowych, sposobu ich formalnego wyrażania za pomocą przypadków, tzw. reakcji predykatu)<sup>56</sup>. Pojęcie walencji, w kontekście zaburzeń mowy, przypomina, że sprawne, normatywne posługiwanie się jednostkami leksykalnymi jest powiązane z umiejętnością łączenia ich, w ramach wspomnianych wymogów semantycznych i syntaktycznych. Wspomniane tu dwa aspekty znaków językowych zostały określone przez Peirce'a, a rozwinięte przez Jakobsona jako wybór dokonywany na podstawie ekwiwalencji, podobieństwa lub różnicy oraz kombinacja, czyli łączenie jednostek językowych w jednostki wyższego stopnia<sup>57</sup>: „Mówiący nie ma zupełnej swobody w wyborze wyrazów: musi wybierać (z wyjątkiem rzadkich wypadków rzeczywistej neologii) z zasobu leksykalnego wspólnego jemu i jego rozmówcy. Także łączliwość jednostek ma swoje ograniczenia”<sup>58</sup>. Stosowanie się do wymogów łączliwości semantycznej w mowie dziecka nie zostało dotąd szczegółowo zbadane i opisane. Dopóki nie istnieją szczegółowe badania na ten temat, zasadne jest przyjęcie perspektywy obserwatora, który zauważa błędne użycia, interpretuje je lingwistycznie i konfrontuje z informacjami dotyczącymi pozostałych sfer rozwoju.

Z pojęciem walencji wiąże się pojęcie ról semantycznych, determinowanych przez sytuacje opisywane przez predykaty, to jest ról: agensa i obiektu (patiens) przy czynnościach, procesora przy procesach, miejsca przy lokalizacji, czasu przy zdarzeniach rozciągłych w czasie, źródła przy predykatkach typu „dostać”<sup>59</sup>. Badacze rozwoju mowy u dzieci anglojęzycznych stwierdzają, że zanim rozwiną one pełną sprawność gramatyczną, inną niż umiejętność stosowania szyku wyrazów, relacje semantyczne są efektywną drogą wyrażania znaczeń<sup>60</sup>.

Kwestia łączliwości semantycznej jest szczególnie ważna w przypadku zaburzeń semantyczno-pragmatycznych, zespołu Aspergera, autyzmu. Właśnie łączenie słów wbrew wymogom semantycznym staje się między innymi przyczyną tego,

<sup>56</sup> R. GRZEGORCZYKOWA: *Wprowadzenie do semantyki językoznawczej...*, s. 93.

<sup>57</sup> R. JAKOBSON: *Język a inne systemy komunikacji...*, s. 68.

<sup>58</sup> R. JAKOBSON *Dwa aspekty języka i dwa typy zakłóceń afatycznych*. Przeł. L. ZAWADOWSKI. W: IDEM: *W poszukiwaniu istoty języka*. T. 1. Wybór, red. nauk. i wstęp M.R. MAYENOWA. Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy 1989, s. 152.

<sup>59</sup> R. GRZEGORCZYKOWA: *Wprowadzenie do semantyki językoznawczej...*, s. 93.

<sup>60</sup> K. MOGFORD-BEVAN, J. SADLER: *Semantic and Pragmatic Difficulties or Semantic-Pragmatic Syndrome? Some explanations*. W: *Child Language Disability*. T. 2: *Semantic and Pragmatic Difficulties*. Eds. K. MOGFORD-BEVAN, J. SADLER. Clevedon-Philadelphia-Adelaide, Multilingual Matters LTD 1990, s. 4.

że mowa dzieci dotkniętych tymi zaburzeniami jest odbierana jako dziwaczna i oryginalna.

Złączeniem wyrazów wiąże się jednocześnie kwestia pojmowania słowa jako jednostki dyskretnej, która wybierana z mentalnego leksykonu w połączeniu z innymi służy do realizowania określonej intencji komunikacyjnej. W tym zakresie również obserwuje się zaburzenia we wspomnianych dysfunkcjach dotyczących w szczególności stopniu sfery semantycznej i pragmatycznej.

## Pragmatyka

Perspektywa pragmatyczna w rozwijaniu słownictwa jest szczególnie istotna, bowiem to właśnie użycie języka w odpowiedni sposób warunkuje powodzenie komunikacyjne, więcej – staje się podstawą tworzonych więzi i relacji. Obie te sfery – semantyczna i pragmatyczna – łączą się z sobą w pewnej mierze w podejściach teoretycznych<sup>61</sup>, a na pewno w codziennej komunikacji. Mając na względzie perspektywę pragmatyczną, należy ukierunkować rozwój słownictwa na taki tor, aby umożliwić realizowanie różnych funkcji językowych<sup>62</sup>. Obok funkcji istotną rolę odgrywa etykieta językowa, która ma swoje wykładniki między innymi na poziomie leksykalnym i której rozwój zaczyna się już w wieku przedszkolnym. Kolejną płaszczyzną pragmatyki są znaczenia wyrażane niejawnie, co może dotyczyć zarówno zdań, jak i wyrazów. Umiejętności interpretowania znaczeń niejawnych nie nabywa się w pełni w wieku przedszkolnym, jednak w tymże wieku umiejętności te są już w pewnym stopniu rozwijane, a w interpretowaniu wypowiedzi pomagają dzieciom wskazówki kontekstowe, elementy prozodyczne, mimika mówiącego. Jeśli chodzi o zróżnicowanie stylowe, niewątpliwie również ono stanowi element dojrzałej kompetencji językowej, niemniej już w przypadku dzieci przedszkolnych z łatwością zauważa się sytuacje mówienia stylem nazbyt dojrzałym, dorosłym, naukowym, co jest jedną z przesłanek w kierunku pogłębionych badań i obserwacji. Co więcej, właśnie wiek przedszkolny pozwala takie osobliwości łatwiej dostrzec.

Istotnym składnikiem kompetencji semantycznej jest również świadomość metajęzykowa, pojawiająca się po okresach kształtowania: odruchów, spostrze-

<sup>61</sup> R. GRZEGORCZYKOWA: *Wprowadzenie do semantyki językoznawczej...*

<sup>62</sup> R. GRZEGORCZYKOWA: *Problem funkcji języka i tekstu w świetle teorii aktów mowy*. W: *Funkcje języka i wypowiedzi*. W: „Język a kultura”. T. 4. Red. J. BARTMIŃSKI, R. GRZEGORCZYKOWA. Wrocław, Wiedza o Kulturze 1991, s. 11–28; J. PORAYSKI-POMSTA: *O funkcji terapeutycznej mowy*. W: *Diagnoza i terapia w logopedii. Z prac Towarzystwa Kultury Języka*. T. 7. Red. J. PORAYSKI-POMSTA. Warszawa, Elipsa 2008, s. 13–24.

zeń, pojęć<sup>63</sup>. Szczegółową analizę w kontekście ontogenezy przedstawił Bogusław Kwarciak, uwzględniając semantykę i morfologię<sup>64</sup>.

## Podsumowanie

W skład kompetencji językowej na poziomie semantyczno-leksykalnym wchodzi znajomość fizycznej formy znaku, jego odniesienia do rzeczywistości oraz dysponowanie odpowiednio ustrukturyzowanym pojęciem, czyli właściwym danej społeczności językowo-kulturowej sposobem konceptualizacji jakiegoś fragmentu rzeczywistości. W tym zaś zawiera się wiedza o relacjach między pojęciami, umiejętność ich różnorodnego kategoryzowania, dostrzegania podobieństw (ekwiwalencja), różnic (antonimia) oraz wszystkich relewantnych dla danego pojęcia aspektów (kategorii), którymi mogą być np. wygląd, właściwości, zachowania, miejsce przebywania; rozumienie znaczeń podstawowych i przenośnych. Rozwój pojęć jest procesem, toteż od dzieci w wieku przedszkolnym nie oczekujemy dojrzałej formy pojęć, ale takiej, która pozwala na sprawne funkcjonowanie w rzeczywistości i która daje się łatwo rozbudowywać do formy w pełni dojrzałej. Składową kompetencji semantyczno-leksykalnej są również: odpowiedni zasób jednostek leksykalnych i ich względnie równomierny rozrost, rozumienie i tworzenie konstrukcji słowotwórczych, łączenie jednostek w większe całości i respektowanie zasad łączliwości semantycznej i syntaktycznej, rozumienie i używanie słów we właściwych im rolach semantycznych, umiejętność funkcjonalnego operowania słowami w akcie komunikacji i generowania metajęzykowej refleksji na ich temat. Przedstawione wnioski mają swoje implikacje praktyczne, które zostaną przedstawione w odrębnym artykule.

## Bibliografia

- BARTMIŃSKI J.: *Definicja kognitywna jako narzędzie opisu konotacji słowa*. W: *Konotacja*. Red. J. BARTMIŃSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1988, s. 169–183.
- BARTMIŃSKI J.: *Językowe podstawy obrazu świata*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2006.

---

<sup>63</sup> J. PANASIUK: *Zaburzenia mowy u dzieci chorych neurologicznie – diagnoza i terapia logopedyczna*. W: *Różne aspekty opóźnionego rozwoju mowy*. Red. B. CYL. Katowice, Regionalny Ośrodek Metodyczno-Edukacyjny Metis w Katowicach 2010, s. 60.

<sup>64</sup> B. KWARCIAK: *Początki i podstawowe mechanizmy świadomości metajęzykowej...*

- BARTMIŃSKI J.: *Punkt widzenia, perspektywa, językowy obraz świata*. W: *Językowy obraz świata*. Red. J. BARTMIŃSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1999/2004, s. 103–120.
- BARTMIŃSKI J., TOKARSKI R.: *Definicja semantyczna: czego i dla kogo?* W: *O definicjach i definiowaniu*. Red. J. BARTMIŃSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1993, s. 47–61.
- BIAŁECKA-PIKUL M.: *Narodziny i rozwój refleksji nad myśleniem*. Kraków, Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego 2012.
- BOROWIEC H.: *Dziecięce rozumienie świata*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2014.
- CHMURA-KLEKOTOWA M.: *Neologizmy słowotwórcze w mowie dzieci*. „Prace Filologiczne” 1971, t. 20, s. 99–235.
- CRYSTAL D.: *Teaching Vocabulary: The Case for Semantic Curriculum*. W: *Child Language Disability. T. 2: Semantic and Pragmatic Difficulties*. Eds. K. MOGFORD-BEVAN, J. SADLER CLEVEDON. Philadelphia–Adelaide, Multilingual Matters LTD 1990, s. 43–58.
- Encyklopedia języka polskiego*. Red. S. URBAŃCZYK, M. KUČAŁA. Wrocław–Warszawa–Kraków, Ossolineum 1991.
- GRABIAS S.: *Teorie zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*. W: *Logopedia*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. *Teoria zaburzeń mowy*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 15–72.
- GRZEGORCZYKOWA R.: *Problem funkcji języka i tekstu w świetle teorii aktów mowy*. W: *Funkcje języka i wypowiedzi*. W: „Język a kultura”. T. 4. Red. J. BARTMIŃSKI, R. GRZEGORCZYKOWA. Wrocław, Wiedza o Kulturze 1991, s. 11–28.
- GRZEGORCZYKOWA R.: *Wprowadzenie do semantyki językoznawczej*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2002.
- GRZEGORCZYKOWA R., SZYMANEK B.: *Kategorie słowotwórcze w perspektywie kognitywnej*. W: *Współczesny język polski*. Red. J. BARTMIŃSKI. Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2001, s. 469–484.
- JAKOBSON R.: *Dwa aspekty języka i dwa typy zakłóceń afatycznych*. Przeł. L. ZAWADOWSKI. W: IDEM: *W poszukiwaniu istoty języka*. T. 1. Wybór, red. nauk. i wstęp M.R. MAYENOWA. Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy 1989, s. 150–175.
- JAKOBSON R.: *Język a inne systemy komunikacji*. Przeł. A. TANALSKA. W: IDEM: *W poszukiwaniu istoty języka*. T. 1. Wybór, red. nauk. i wstęp M.R. MAYENOWA. Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy 1989, s. 59–75.
- JAKOBSON R.: *Kilka uwag o Peirce’ie, poszukiwaczu dróg w nauce o języku*. Przeł. S. AMSTERDAMSKI. W: IDEM: *W poszukiwaniu istoty języka*. T. 1. Wybór, red. nauk. i wstęp M.R. MAYENOWA. Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy 1989, s. 51–58.
- JASTRZĘBOWSKA G.: *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*. Opole, Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego 1998.
- JODŁOWSKI S.: *Studia nad częściami mowy*. Warszawa, PWN 1971.
- JURKOWSKI A.: *Ontogeneza mowy i myślenia*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1986.
- KIELAR-TURSKA M.: *Mowa dziecka. Słowo i tekst*. W: „Uniwersytet Jagielloński – Rozprawy Habilitacyjne”. T. 161. Kraków, Uniwersytet Jagielloński 1989.
- KIELAR-TURSKA M.: *Rozwój sprawności językowych i komunikacyjnych*. W: *Diagnoza logopedyczna. Podręcznik akademicki*. Red. E. CZAPLEWSKA, S. MILEWSKI. Sopot, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2012, s. 15–64.
- KRASOWICZ-KUPIS G.: *Rozwój świadomości językowej dziecka. Teoria i praktyka*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2004.
- KWARCIAK B.: *Początki i podstawowe mechanizmy świadomości metajęzykowej*. W: „Uniwersytet Jagielloński – Rozprawy Habilitacyjne”. T. 289. Kraków, Uniwersytet Jagielloński 1995.



- LANGACKER R.: *Wykłady z gramatyki kognitywnej. Kazimierz nad Wisłą, grudzień 1993*. Red. H. KARDELA. Przeł. J. BEREJ et al. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1995.
- LASKOWSKI R.: *Zagadnienia ogólne morfologii*. W: R. GRZEGORCZYKOWA, R. LASKOWSKI, H. WRÓBEL: *Gramatyka współczesnego języka polskiego*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 1999, s. 52–65.
- MIESZCZANINOW I.I.: *Człeny przedłożenia i części rieczki*. Moskwa–Leningrad 1945.
- MOGFORD-BEVAN K., SADLER J.: *Semantic and Pragmatic Difficulties or Semantic-Pragmatic Syndrome? Some explanations*. W: *Child Language Disability. T. 2: Semantic and Pragmatic Difficulties*. Eds. K. MOGFORD-BEVAN, J. SADLER. Clevedon–Philadelphia–Adelaide, Multilingual Matters LTD 1990, s. 1–17.
- MUZYKA-FURTAK E.: *Zaburzenia mowy dzieci niesłyszących – propozycja typologii*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 285–314.
- NASH H., SLOWLING M.: *Teaching new words to children with poor existing vocabulary knowledge: a controlled evaluation of the definition and context methods*. „International Journal of Language and Communication Disorders” 2006, vol. 41, no. 3, s. 335–354.
- OGDEN C.K., RICHARDS I.A.: *The Meaning of Meaning*. London, Routledge & Kegan Paul 1923.
- PANASIUK J.: *Postępowanie logopedyczne w przypadkach alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*. Red. S. GRABIAS, J. PANASIUK, T. WOŹNIAK. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2015, s. 309–346.
- PANASIUK J.: *Zaburzenia mowy u dzieci chorych neurologicznie – diagnoza i terapia logopedyczna*. W: *Różne aspekty opóźnionego rozwoju mowy*. Red. B. CYL. Katowice, Regionalny Ośrodek Metodyczno-Edukacyjny Metis w Katowicach 2010, s. 30–69.
- PENCE K.L., BOJCZYK K.E., WILLIAMS R.S.: *Assesing vocabulary development*. W: *Assessment in Emergent Literacy*. Ed. K.L. PENCE. San Diego – Oxford – Brisbane, Plural Publishing Inc. 2007, s. 433–480.
- PORAYSKI-POMSTA J.: *O funkcji terapeutycznej mowy*. W: *Diagnoza i terapia w logopedii. Z prac Towarzystwa Kultury Języka. T. 7*. Red. J. PORAYSKI-POMSTA. Warszawa, Elipsa 2008, s. 13–24.
- PORAYSKI-POMSTA J.: *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*. Warszawa, Elipsa 2015.
- PRZETACZNIKOWA M.: *Rozwój psychiczny dzieci i młodzieży*. W: „Biblioteka Nauczyciela. A: Ogólne Podstawy Wychowania”. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych 1967, s. 105–130.
- SAUSSURE F. DE: *Kurs językoznawstwa ogólnego*. [Przeł. K. KASPRZYK]. Warszawa, PWN 1961.
- SAZON-BRYKAJŁO J.: *Trudności dzieci w posługiwaniu się kodem językowym. Metody terapii*. Kraków, Impuls 2009.
- STYCZEK I.: *Logopedia*. Warszawa, PWN 1983.
- SZUMAN S.: *Rozwój treści słownika dzieci. Zagadnienie i niektóre wyniki badań*. W: *O rozwoju języka i myślenia dziecka*. Red. S. SZUMAN. Warszawa, PWN 1968.
- WIERZBICKA A.: *Lexicography and Conceptual Analysis*. [Przeł. pracownicy Zakładu Gramatyki i Tekstologii Współczesnego Języka Polskiego]. Ann Arbor, Karoma Publishers 1985.
- WIERZBICKA A.: *Semantyka*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2006.
- ZARĘBINA M.: *Język polski w rozwoju jednostki. Analiza tekstów dzieci. Rozwój semantyczny. Dyskusja nad teorią Chomskiego*. Gdańsk, Glottispol 1994.



MARTA WYSOCKA

Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego,  
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

LUIZA MACKIEWICZ

Centrum Kompleksowej Terapii Psychologiczno-Pedagogicznej  
dla Dzieci „Spektrum”, Grodzisk Mazowiecki

## Odbiór emocji wyrażonych w prozodii u dzieci z uszkodzonym narządem słuchu

### Reception of Emotions Expressed in the Prosody by Children with Damaged Hearing System

**ABSTRACT:** Hearing damage causes difficulties in perception not only of segmented speech components but also of suprasegmental structures. As a result, many functions performed by the prosody of speech, which are important for the understanding and interpretation of language communication, become unavailable to people with impaired hearing. The article presents the results of own research on perception of emotions encoded in the prosody of speech (happiness, sadness and anger) by children with prelingual hearing damage. The obtained results indicate that children's ability to perceive emotions expressed prosodically is significantly reduced when compared with normal-hearing children's. Difficulties in this respect increase proportionally to the hearing loss severity.

**KEY WORDS:** prosody, hearing damage, perception of prosodic phenomena

Zjawiska prozodyczne – intonacja, akcent leksykalny i frazowy, tempo i rytm mowy, pauzy pełnią liczne funkcje związane z procesami ekspresji i percepcji mowy. Sprzyjają organizacji w czasie czynności ruchowych zaangażowanych w tworzenie ciągu fonicznego i czynności percepcyjnych, warunkujących jego odbiór, a także uczestniczą w przekazywaniu znaczeń zawartych w strukturach językowych oraz tych, które dotyczą samego nadawcy czy sytuacji komunikacyjnej. Funkcje pełnione przez zjawiska prozodyczne mogą mieć ścisły związek z danym systemem językowym (charakterystyczne dla danego języka wzorce intonacyjne, akcent tworzony dzięki swoistej kombinacji cech, charakter akcentu leksykalnego: ruchomy lub stały). Niektóre z funkcji są również uwarunkowane pozasystemowo. Do tych ostatnich należy przekazywanie stanów emocjonalnych mówcy za pomocą określonych cech struktur prozodycznych.

Zjawiska prozodyczne podlegają kontroli mówiącego w różnym stopniu. Biorąc pod uwagę czynnik kontroli, wyróżnia się prozodię wewnętrzną i zewnętrzną. Oba te rodzaje prozodii warunkowane są, z jednej strony, kodem lingwistycznym, z drugiej zaś – użyciem języka ze względu na określony efekt pragmatyczny. Prozodia wewnętrzna kontrolowana jest przez mówcę w małym stopniu. Zależy ona od systemu fonologicznego języka i organizuje najmniejsze jego elementy. Proces ten zachodzi w obrębie sylab i sekwencji sylab, wpływając na tempo i płynność mowy. Prozodia zewnętrzna natomiast polega na dowolnej manipulacji cechami sygnału mowy w celu osiągnięcia zamierzonego efektu pragmatycznego i dotyczy odcinków mowy znacznie dłuższych, zazwyczaj fraz<sup>1</sup>.

Cechy emocjonalnego nacechowania prozodycznego w dużym stopniu znajdują się poza zasięgiem świadomej kontroli mówcy. Wykazują dużą zależność od czynników fizjologicznych, związanych z procesem emisji głosu i artykulacji. Należy do nich podwyższone lub obniżone w określonym stanie emocjonalnym napięcie mięśniowe, warunkujące stopień napięcia fałdów głosowych, który ma zasadniczy wpływ na wysokość głosu. Napięcie mięśniowe w obrębie aparatu mowy warunkuje również czynność określonego piętra rezonatorów, czynność oddechową, od której zależy długość frazy, oraz ruchy artykulacyjne. Mniejsza kontrola prozodii emocjonalnej często jest również wynikiem osłabionej, szczególnie w stanach związanych z doświadczaniem emocji negatywnych, autokontroli słuchowej.

Kwestia kodowania w strukturach prozodycznych emocji doczekała się licznych opracowań. Wyniki badań nie pozwoliły jednak na jednoznaczne wykazanie cech akustycznych kodujących poszczególne emocje. Określone emocje nie mają właściwych sobie konturów intonacyjnych<sup>2</sup>, zauważa się jedynie istnienie pewnych ogólnych tendencji związanych z charakterystyką intonacji w wypowiedziach nacechowanych emocjonalnie:

- zaangażowanie emocjonalne mówiącego ma odzwierciedlenie w wysokości głosu (rośnie ona wraz z jego poziomem);
- zmiana wysokości głosu w drugiej części wypowiedzenia w konturach wyrażających złość i radość jest znacznie większa niż przy wyrażaniu innych emocji, na przykład smutku;
- kontury o znacznym wzroście wysokości i ogólnej tendencji wznoszącej charakteryzują desperację i radość, podczas gdy kontury niskie – smutek i szczęście<sup>3</sup>;
- kontury o dużej rozpiętości odbierane są jako te, które mają pozytywne implikacje i zaangażowanie emocjonalne, zaś te o małej rozpiętości – powodują

<sup>1</sup> F. BOUSTEN: *Prosody: the music of language and speech*. "American Speech-Language-Hearing Association Leader" 2003, vol. 5, s. 7–9.

<sup>2</sup> Por. M. PAKOSZ: *Emotive intonation. Evidence from English*. Lublin, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Wydział Humanistyczny 1983.

<sup>3</sup> T. BÄNZIGER, K.R. SCHERER: *The role of intonation in emotional expressions*. "Speech Communication" 2005, vol. 46, s. 252–267.

wzrost negatywnych implikacji i wrażenie braku rzeczywistego zaangażowania emocjonalnego<sup>4</sup>.

Emocje kodowane są w prozodii mowy nie dzięki określonej cesze prozodycznej, lecz poprzez specyficzną kombinację takich cech. Próbę ustalenia kombinacji tego typu, charakterystycznych dla amerykańskiej odmiany języka angielskiego, podjęli Christina Sobin i Murray Alpert. Przedstawiono je w tabeli 1.

TABELA 1. Charakterystyka audytywna wypowiedzeń nacechowanych strachem, gniewem, smutkiem i radością

Emocja	Strach	Gniew	Smutek	Radość
Poziom głośności	wysoki	wysoki	niski	wysoki
Zmiany poziomu głośności	małe	duże	duże	umiarkowane
Poziom wysokości	wysoki	niski	niski	niski
Zmiany poziomu wysokości	duże	duże	małe	duże
Tempo	szybkie	szybkie	wolne	umiarkowane
Długość wypowiedzenia	krótkie	krótkie	długie	długie
Długość pauz	krótkie	krótkie	długie	długie
Liczba pauz	mała	mała	duża	umiarkowana

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: C. SOBIN, M. ALPERT: *Emotion in speech: the acoustic attributes of fear, anger, sadness and joy*. "Journal of Psycholinguistic Research" 1999, vol. 28, s. 358.

Poza wymienionymi w tabeli cechami i zjawiskami prozodycznymi, w kodowaniu emocji w prozodii ważną rolę odgrywa również struktura widmowa sygnału mowy, będąca najważniejszym czynnikiem wpływającym na wrażenie percepcyjne barwy dźwięku<sup>5</sup>.

W niniejszym artykule zaprezentowano wyniki badań własnych nad percepcją emocji zawartych w prozodii, przeprowadzonych w grupie dziesięciorga polskojęzycznych dzieci w wieku 6–11 lat z prelingwalnym uszkodzeniem narządu słuchu.

We wczesnej ontogenezie mowy, w pierwszym roku życia dziecka, prozodia odgrywa bardzo ważną rolę jako nośnik informacji o emocjach mówcy, warunkujący w dużej mierze kształtowanie się interakcji między dzieckiem a matką<sup>6</sup>. Interesujące jest zatem określenie wpływu uszkodzenia prelingwalnego,

<sup>4</sup> W. JASSEM: *Podstawy fonetyki akustycznej*. Warszawa, PWN 1973; B. WIERZCHOWSKA: *Fonetyka i fonologia języka polskiego*. Wrocław, Ossolineum 1980.

<sup>5</sup> B.C.J. MOORE: *Wprowadzenie do psychologii słyszenia*. Przeł. A. SĘK, E. SKRODZKA. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 1999.

<sup>6</sup> D. BOUVET: *Mowa dziecka. Wychowanie dwujęzyczne dziecka niesłyszącego*. Przeł. R. GAŁKOWSKI. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1996; M. GRATIER, E. DEVOUCHE: *Imitation and Repetition of prosodic contour in vocal interaction at 3 months*. "Developmental Psycho-

powodującego znaczne utrudnienia w odbiorze sygnału mowy we wspomnianym okresie, na dalszy rozwój sprawności odbioru emocji przekazywanych w prozodii i odpowiedź na pytanie, w jakim stopniu umożliwienie dziecku w okresie prelingwalnym recepcji sygnału mowy dzięki zastosowaniu protezy słuchowej wpływa na kształtowanie się sprawności odbioru prozodii emocjonalnej.

## Percepcja prozodii mowy w przypadku uszkodzeń narządu słuchu

Zjawiska prozodyczne oraz kodowanie w prozodii nastawienia emocjonalnego czy intencji powstają dzięki zauważalnym w percepcji sygnału mowy zmianom wysokości, natężenia, czasu trwania i barwy elementów segmentalnych, w szczególności samogłosek sylabicznych. Uszkodzenie narządu słuchu niesie z sobą ograniczenie możliwości odbioru wymienionych cech sygnału mowy, co skutkuje ograniczeniem możliwości percepcji zjawisk prozodycznych. Na mniejsze możliwości odbioru prozodii wpływa również fakt zniekształceń cech sygnału mowy przez protezy słuchowe.

Wyniki badań dotyczących problemu percepcji zjawisk prozodycznych przez osoby z uszkodzonym narządem słuchu (zarówno dzieci, jak i dorosłych) ukazują, że proces ten w odniesieniu do poszczególnych zjawisk prozodycznych jest zaburzony. Osoby te mają szczególny problem z tymi zjawiskami, które oparte są na zmianach wysokości głosu. Dotyczy to percepcji intonacji<sup>7</sup>, dostrzegania różnic między intonacją opadającą i wznoszącą<sup>8</sup> oraz akcentu frazowego<sup>9</sup>. Zjawiska oparte na rozkładzie elementów w czasie są dla nich znacznie łatwiejsze w percepcji, a ich odbiór często wspomaga percepcję zjawisk, których głównym komponentem jest przebieg wysokości w czasie. Dowodem na intensywne wykorzystywanie w odbiorze struktur prozodycznych przez osoby z zaburzonym słuchem

---

logy” 2011, vol. 47, no. 1, s. 67–76; B. KWARCIAK: *Początki i podstawowe mechanizmy świadomości metajęzykowej*. Kraków, Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego 1995; A. SEIDL, A. CRISTIA: *Developmental changes in the weighting of prosodic cues*. “Developmental Science” 2008, vol. 11, no. 4, s. 596–606.

<sup>7</sup> X. LUO, Q.-J. FU, J.J. GALVIN III: *Vocal Emotion Recognition by Normal-Hearing Listeners and Cochlear Implant Users*. “Trends in Amplification” 2007, vol. 11, no. 4, s. 301–315; H. MEISTER et al.: *The perception of prosody and speaker gender in normal-hearing listeners and cochlear implant recipients*. “International Journal of Audiology” 2009, vol. 48, s. 38–48; M. WYSOCKA, L. MACKIEWICZ: *Percepcja intonacji u dzieci z uszkodzonym narządem słuchu*. „Logopedia” 2016, t. 45, s. 73–89.

<sup>8</sup> M. CHATTERJEE, S.C. PENG: *Processing F0 with cochlear implants: modulation frequency discrimination and speech intonation recognition*. “Hearing Research” 2008, vol. 235, s. 143–156; M. VAN ZYL, J.J. HANEKOM: *Perception of vowels and prosody by cochlear implant recipients in noise*. “Journal of Communication Disorders” 2013, vol. 46, s. 449–464.

<sup>9</sup> H. MEISTER et al.: *The perception of prosody...*

informacji czasowych jest choćby to, że percepcja częstotliwości podstawowej przebiegów intonacyjnych pogarsza się, kiedy odbiorca pozbawiony jest równoczesnej możliwości dekodowania struktur czasowych, rytmiczno-akcentowych, powiązanych z przebiegami intonacyjnymi<sup>10</sup>.

Osoby z uszkodzonym narządem słuchu z mniejszą poprawnością w stosunku do osób słyszących rozpoznają również emocje zakodowane w prozodii<sup>11</sup>. Badaniem odbioru przez osoby implantowane wyrażonych prozodycznie czterech emocji – złości, niepokoju, radości i smutku zajęli się Xin Luo, Qian-Jie Fu i John J. Galvin. Wykazali oni, że osoby implantowane osiągają w tym zakresie istotnie niższe wyniki niż osoby bez zaburzeń słuchu. Ponadto osoby słyszące identyfikowały emocje ze znacznie większą poprawnością nawet wówczas, gdy podano im sygnał akustyczny właściwy dla słyszenia z wykorzystaniem implantów ślimakowych<sup>12</sup>.

Do podobnych wniosków doszli również Steven Gilbers i jego współpracownicy. W przeprowadzonych przez nich badaniach osoby z zaburzonym słuchem, pomimo że osiągnęły niższe od słyszących rezultaty w rozpoznawaniu poszczególnych emocji, dość dobrze radziły sobie w zadaniach wskazywania stopnia zaangażowania emocjonalnego mówcy (w zaprezentowanym im materiale duże zaangażowanie wyrażone było przez wyższą średnią wartość częstotliwości podstawowej sygnału mowy i większy zakres jej zmian). Wspomnianym badaczom udało się również ustalić, że w zakresie odbioru różnic wysokościowych związanych z kodowaniem w ciągu mownym emocji osoby z uszkodzonym narządem słuchu stosowały inną w stosunku do odbiorców słyszących strategię percepcyjną. Najważniejszą cechą pozwalającą na identyfikację emocji była dla nich rozpiętość konturu intonacyjnego, podczas gdy słyszący brali pod uwagę głównie przebieg średniej częstotliwości podstawowej<sup>13</sup>.

Wyniki badań nad odbiorem prozodii emocjonalnej pokazują, że osoby z uszkodzonym narządem słuchu w rozpoznawaniu emocji wykorzystują przede wszystkim łatwiejsze dla nich w odbiorze różnice intensywności i czasu trwania, a nie wysokości<sup>14</sup>. Identyfikując mówcę i jego nastawienie, osoby takie polegają na zmianach w zakresie struktur czasowych, a nie na zmianach spektralnych,

<sup>10</sup> T. GREEN, A. FAULKNER, S. ROSEN: *Enhancing temporal cues to voice pitch in continuous interleaved sampling cochlear implants*. "Journal of the Acoustical Society of America" 2004, vol. 116, s. 2298–2310; G.S. STICKNEY et al: *Cochlear implant speech recognition with speech maskers*. "Journal of the Acoustical Society of America" 2004, vol. 116, no. 2, s. 1081–1091.

<sup>11</sup> T.M. HOPYAN-MISAKYAN et al: *Recognition of affective speech prosody and facial affect in deaf children with unilateral right cochlear implants*. "Child Neuropsychology" 2009, vol. 15, s. 136–146; X. LUO, Q.-J. FU, J.J. GALVIN III: *Vocal Emotion Recognition...*

<sup>12</sup> X. LUO, Q.-J. FU, J.J. GALVIN III: *Vocal Emotion Recognition...*

<sup>13</sup> S. GILBERS et al: *Normal-hearing listeners' and cochlear implant users' perception of pitch puses in emotional speech*. "i-Perception" 2015, vol. 6, issue 5, s. 1–19.

<sup>14</sup> E. GAUDRAIN, D. BAŞKENT: *Factors limiting vocal-tract length discrimination in cochlear implant simulations*. "Journal of the Acoustic Society of America" 2015, vol. 137, no. 3, s. 1298–1308.

w przeciwieństwie do osób słyszących, które w podobnym stopniu uwzględniają obie wspomniane cechy<sup>15</sup>.

Na podstawie badań porównawczych nad percepcją emocji wyrażanych prozodycznie u dzieci z uszkodzonym narządem słuchu oraz dzieci słyszących stwierdzono, że dzieci z zaburzonym słuchem znacznie gorzej rozpoznają emocje niż ich słyszący rówieśnicy<sup>16</sup>. Niektórzy badacze podkreślają jednak, że zaburzenia te nie muszą dotyczyć wszystkich emocji w równym stopniu. W przypadku japońskojęzycznych dzieci wykazano, że znacznie lepiej rozpoznają one gniew w stosunku do innych emocji – radości i smutku<sup>17</sup>. Kwestia ta wymaga jednak kontynuacji w badaniach dzieci posługujących się innymi językami natywnymi.

## Materiał empiryczny i metoda badań

Celem przeprowadzonych badań własnych była ocena odbioru wyrażonych prozodycznie emocji: radości, smutku i złości przez dziesięcioosobową grupę dzieci z prelingwalnym uszkodzeniem narządu słuchu.

W badaniach wykorzystano próby eksperymentalno-kliniczne do oceny percepcji emocji będące częścią autorskiego narzędzia służącego do oceny percepcji prozodii mowy i muzyki<sup>18</sup>. W próbach użyto czterech wypowiedzeń: „już jestem”; „idę do babci”; „oglądam bajkę”; „jadę na wycieczkę”. Każde z nich zrealizowano w czterech wariantach – bez nacechowania emocjonalnego, z nacechowaniem radością, smutkiem i złością.

Poszczególne warianty realizacyjne danego wypowiedzenia różniły się pod względem przebiegu częstotliwości podstawowej: jej średniej wartości i rozpiętości konturu, intensywności sygnału mowy oraz czasu trwania wariantu, warunkowanego przede wszystkim iloczasem samogłosek sylabicznych. W wykorzystanych wariantach zarysowały się następujące tendencje:

---

<sup>15</sup> C. FULLER et al.: *Gender categorization is abnormal in cochlear-implant users*. "Journal of the Association for Research in Otolaryngology" 2014, vol. 15, s. 1037–1048; E.P. WILKINSON et al.: *Voice conversion in cochlear implantation*. "Laryngoscope" 2013, vol. 123, Supplement 3, s. 29–43.

<sup>16</sup> M. CHATTERJEE, S.C. PENG: *Processing F0 with cochlear implants...*; T. MOST, C. AVINER: *Auditory, visual, and auditory-visual perception of emotions by individuals with cochlear implants, hearing AIDS, and normal hearing*. "Journal of Deaf Studies and Deaf Education" 2009, vol. 14, no. 4, s. 449–464; A. VOLKOVA et al.: *Children with bilateral cochlear implants identify emotion in speech and music*. "Cochlear Implants International" 2013, vol. 14, no. 2, s. 80–91.

<sup>17</sup> T. NAKATA, S.E. TREHUB, Y. KANDA: *Effect of cochlear implants on children's perception and production of speech prosody*. "Journal of the Acoustical Society of America" 2012, vol. 131, s. 1307–1314.

<sup>18</sup> M. WYSOCKA: *Prozodia mowy w percepcji dzieci*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012.

1. Największa średnia wartość częstotliwości podstawowej charakteryzuje warianty wypowiedzeń nacechowanych radością (średnio 289,3 Hz), najmniejsza – wypowiedzenia nacechowane złością (205,0 Hz). W wypowiedziach nacechowanych smutkiem średnia wartość F0 to 243,2 Hz, a w wariantach bez nacechowania emocjonalnego – 241,2 Hz.
2. Największa rozpiętość przebiegów intonacyjnych cechuje warianty nacechowane radością (średnio 223,0 Hz) i maleje kolejno w wypowiedziach bez nacechowania emocjonalnego (163,0 Hz) i nacechowanych smutkiem (122,0 Hz), a najmniejszą wartość osiąga w wariantach nacechowanych złością (117,7 Hz).
3. Największe średnie wartości intensywności zanotowano w wariantach wypowiedzeń nacechowanych złością (średnio 67,1 dB), trochę mniejsze zaś – w wariantach nacechowanych radością (średnio 64,1 dB) i bez nacechowania emocjonalnego (62,3 dB), najmniejsze zaś – w wariantach nacechowanych smutkiem (61,8 dB).
4. Jeśli chodzi o czas trwania poszczególnych wariantów wypowiedzeń, najkrótsze są wypowiedzenia nacechowane gniewem (średnio 0,98 s), najdłuższe zaś – nacechowane smutkiem (1,23 s). Wypowiedzenia nacechowane radością trwają średnio 1,00 s, natomiast bez nacechowania emocjonalnego – 1,07 s.

Zestaw prób zawierał zadania różnicowania wariantów realizacyjnych prezentowanych w parach oraz zadania określania wyrażonych prozodycznie emocji. Zadania pierwszego typu wymagały od badanych podjęcia decyzji, czy według nich prezentowane dwa warianty tego samego wypowiedzenia są takie same czy też różne. W zadaniach drugiego typu badani identyfikowali i określali emocje wyrażone w prozodii, mając do dyspozycji zestaw możliwych odpowiedzi (radość, smutek, złość, brak emocji). Mogli również korzystać z emotikonów, wyrażających poszczególne nacechowania emocjonalne, wprowadzonych w celu ułatwienia badanym podjęcia decyzji dotyczącej przyporządkowania usłyszanym wariantom realizacyjnym określonej emocji.

Przed przystąpieniem do badań właściwych wykonano instruktaż i próby testowe, podczas których sprawdzono rozumienie procedury wykonania zadań.

Badania przeprowadzono z każdym z dzieci indywidualnie, w pomieszczeniu zapewniającym komfort badania. Materiał był odtwarzany w wolnym polu słuchowym, przy użyciu dobrej klasy głośników o dużym zakresie częstotliwości. Badani siedzieli w odległości 1,5 metra od głośników w pozycji pozwalającej na jednoczesne dotarcie sygnału do obojga uszu. Zadbano o dostateczny poziom natężenia odtwarzanego materiału oraz wyeliminowano przypadkowe dźwięki z otoczenia, które mogłyby zaburzać przebieg badania.

Materiał testowy do poszczególnych zadań prezentowano jednokrotnie, jednak w razie potrzeby powtarzano ekspozycję – na prośbę badanego dziecka lub gdy zauważono brak skupienia uwagi badanego podczas prezentacji.

W badanej grupie znalazło się dziesięcioro dzieci w wieku od 6,7 do 11,4 lat z obustronnym uszkodzeniem narządu słuchu w okresie prelingwalnym. Charakterystykę badanych przedstawiono w tabeli 2.



TABELA 2. Charakterystyka dzieci z badanej grupy

Kod i płeć dziecka	Wiek	Czas uszkodzenia	Typ uszkodzenia	Stopień ubytku słuchu	Rodzaj protezy słuchowej	Czas zaprotezowania	Sposób porozumiewania się	Początek mowy	Terapia logopedyczna
D1M	6,7	uszkodzenie prelingwalne (wrodzone)	niedosłuch odbiorczy	niedosłuch umiarkowany	aparaty słuchowe	3. r.ż.	język foniczny i sporadycznie język migowy	pierwsze słowa: 2. r.ż.; zdania: 6. r.ż.	tak
D2M	7,7	uszkodzenie prelingwalne (wrodzone)	niedosłuch odbiorczy	niedosłuch umiarkowany	aparaty słuchowe	3. r.ż.	język foniczny	pierwsze słowa: 3. r.ż.; zdania: 4. r.ż.	tak
D3K	8,9	uszkodzenie prelingwalne (1. r.ż.)	niedosłuch mieszany	niedosłuch umiarkowany	aparaty słuchowe	2. r.ż.	język foniczny	pierwsze słowa: 2. r.ż.; zdania: 5. r.ż.	tak
D4M	11,6	uszkodzenie prelingwalne (wrodzone)	niedosłuch odbiorczy	niedosłuch umiarkowany	aparaty słuchowe	7. r.ż.	język foniczny	pierwsze słowa: 4. r.ż.; zdania: 10. r.ż.	tak
D5K	7,2	uszkodzenie prelingwalne (wrodzone)	niedosłuch odbiorczy	niedosłuch znaczny	aparaty słuchowe	3. r.ż.	język foniczny i sporadycznie język migowy	pierwsze słowa: 1. r.ż.; zdania: 3. r.ż.	tak
D6M	11,0	uszkodzenie prelingwalne (wrodzone)	niedosłuch mieszany	niedosłuch znaczny	aparaty słuchowe i system FM	1. r.ż.	język foniczny i migowy	pierwsze słowa: 2. r.ż.; zdania: 3. r.ż.	tak
D7M	11,3	uszkodzenie prelingwalne (wrodzone)	niedosłuch odbiorczy	niedosłuch znaczny	aparat i implant	6 m.ż.; aparaty	język foniczny i migowy	pierwsze słowa: 1. r.ż.; zdania: 7. r.ż.	tak

cd. tab. 2

D8M	9,7	uszkodzenie prelingwalne (wrodzone)	niedosłuch mieszany	niedosłuch głęboki	aparaty słuchowe	3. r.ż.	język migowy i podejmuje próby mówienia	pierwsze słowa: 4. r.ż.; zdania: 7. r.ż.	tak
D9K	9,2	uszkodzenie prelingwalne (1. r.ż.)	niedosłuch mieszany	niedosłuch głęboki	początkowo aparaty słuchowe, aktualnie implanty	3. r.ż.: aparaty, 4. r.ż.: implant	język foniczny i migowy	pierwsze słowa: 4. r.ż.; zdania: 7. r.ż.	tak
D10M	11,4	uszkodzenie prelingwalne (1. r.ż.)	niedosłuch odbiorczy	niedosłuch głęboki	implant ślimakowy: lewe ucho	5. r.ż.	język migowy	pojedyncze słowa: od niedawna	nie

Źródło: Opracowanie własne.

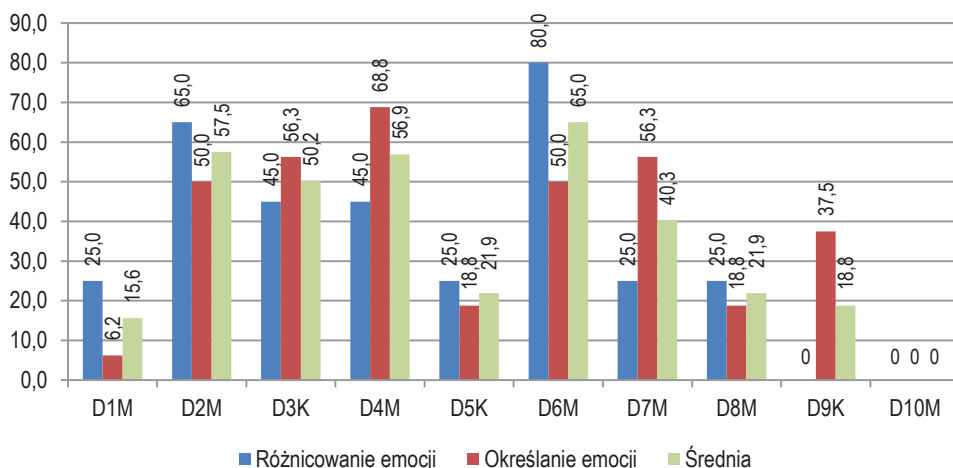
W skład grupy weszły dzieci z niedosłuchem odbiorczym i mieszanym, protezowane stosunkowo późno, korzystające przeważnie z aparatów słuchowych. W celu określenia stopnia rozwoju percepcji wyrażonych prozodycznie emocji u badanych dzieci wyniki przez nie uzyskane porównano z rezultatami również dziesięcioosobowych grup pięcio-, sześcio- i siedmioletnich dzieci słyszących, przebadanych z wykorzystaniem tego samego narzędzia i według tej samej procedury<sup>19</sup>.

## Wyniki

Prezentacja rezultatów badań obejmuje wyniki procentowe uzyskane przez poszczególne dzieci stanowiące badaną grupę oraz zestawienie ich wyników zbiorczych w poszczególnych typach zadań z rezultatami pięcio-, sześcio- i siedmioletnich dzieci słyszących.

Analiza uzyskanych danych skłania do wniosku, że wyniki poszczególnych badanych dzieci są znacznie zróżnicowane (wykres 1).

Najlepszy rezultat (średnio 65,0% poprawnych odpowiedzi) osiągnął chłopiec z niedosłuchem mieszanym w stopniu znacznym (D6M), zaopatrowany w 1. roku życia. Na uwagę zasługuje to, że zarówno w jego przypadku, jak



WYKRES 1. Wyniki procentowe uzyskane przez badane dzieci z prelingwalnym uszkodzeniem narządu słuchu w zadaniach różnicowania i określania emocji [%]

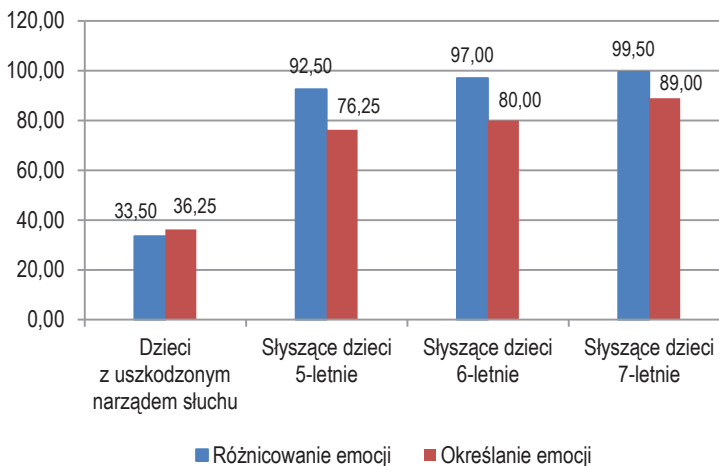
ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

<sup>19</sup> Wyniki osób słyszących za: ibidem.

i w przypadku chłopca, który osiągnął drugi z kolei rezultat (D2M), poprawność odpowiedzi w zadaniach różnicowania wariantów realizacyjnych wypowiedzeń znacznie przewyższyła poprawność w zadaniach określania emocji. Jest to cecha wyjątkowa na tle badanej grupy, ale dość powszechna w populacji dzieci słyszących<sup>20</sup>.

Jeśli chodzi o wpływ głębokości ubytku słuchu na poprawność odpowiedzi, to zaznacza się tendencja do obniżania się rezultatów wraz z pogłębiającym się niedosłuchem. Dzieci z niedosłuchem umiarkowanym uzyskały średnio 45,2% poprawnych odpowiedzi, z niedosłuchem znacznym – 42,5%, a z niedosłuchem w stopniu głębokim – 13,6%. Zróżnicowanie wyników dzieci w obrębie każdej z tych trzech grup może jednak sugerować, że stopień ubytku słuchu jest ważnym, ale nie jedynym czynnikiem wpływającym na umiejętność odbioru wyrażonych prozodycznie emocji. Zarysowuje się również wpływ wieku badanych na oceniane sprawności (w grupie dzieci z niedosłuchem umiarkowanym i znacznym najniższe rezultaty osiągnęły dzieci najmłodsze). Tendencja ta nie zarysowała się wśród dzieci z niedosłuchem głębokim. W tej grupie najniższy wynik osiągnął chłopiec najstarszy, ale posługujący się językiem migowym i nie korzystający z terapii logopedycznej (D10M). Nie wykazał się on żadną z badanych umiejętności.

Rezultaty osiągnięte przez dzieci z uszkodzonym narządkiem słuchu w zadaniach percepcji emocji wyrażonych prozodycznie są znacznie niższe niż wyniki pięcio-, sześć- i siedmioletnich dzieci słyszących (wykres 2).



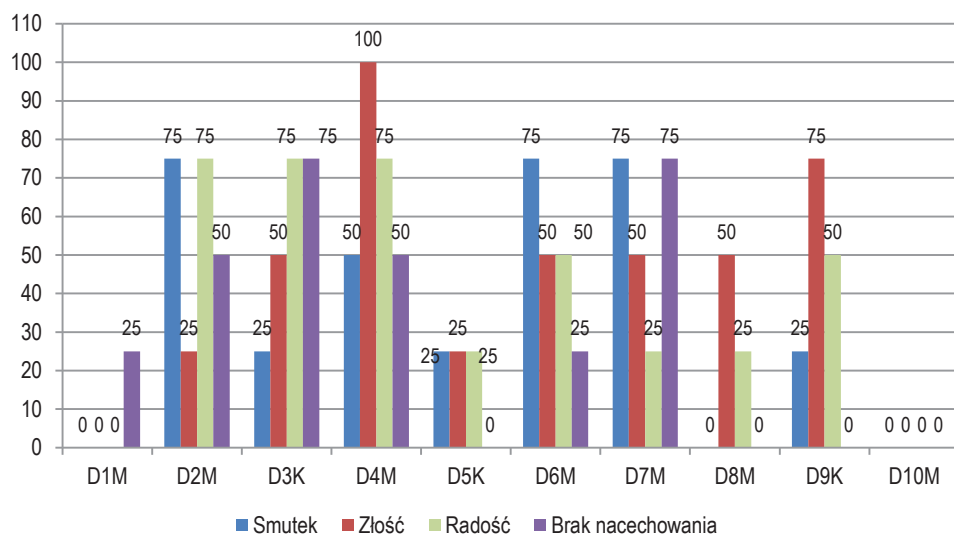
WYKRES. 2. Zestawienie wyników uzyskanych przez badane dzieci z uszkodzonym narządkiem słuchu z wynikami słyszących dzieci pięcioletnich, sześciolletnich i siedmioletnich [%]

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne; dane dotyczące dzieci w normie słuchowej za: M. WYSOCKA: *Prozodia mowy w percepcji dzieci*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012.

<sup>20</sup> Por. ibidem.

Analiza średnich wyników procentowych w poszczególnych grupach ukazuje odwróconą tendencję poprawności wykonania zadań obydwu typów w grupie dzieci z uszkodzonym narządem słuchu w stosunku do dzieci słyszących. Dzieci słyszące z większą trafnością różnicowały prezentowane w parach warianty realizacyjne, podczas gdy u dzieci z zaburzonym słuchem tendencja ta nie wystąpiła. Zadania te wymagały większego zaangażowania krótkotrwałej pamięci słuchowej, ponieważ wykorzystano w nich nie jedno, jak w zadaniach określania emocji, lecz dwa wypowiedzenia, które należało porównać. W takiej sytuacji konieczne było utrzymanie w pamięci wariantu pierwszego podczas słuchania realizacji drugiego i stwierdzenie ich tożsamości lub jej braku. Zjawisko zmniejszania się poprawności odpowiedzi wraz ze wzrostem długości struktury jest dla dzieci z uszkodzonym narządem słuchu charakterystyczne, co wykazały również badania nad percepcją przez nie struktur intonacyjnych<sup>21</sup>.

Wykres 3 obrazuje poprawność odpowiedzi udzielonych w zadaniach określania emocji. Zaprezentowane dane skłaniają do wniosku, że poszczególne emocje identyfikowane były ze zróżnicowaną trafnością.



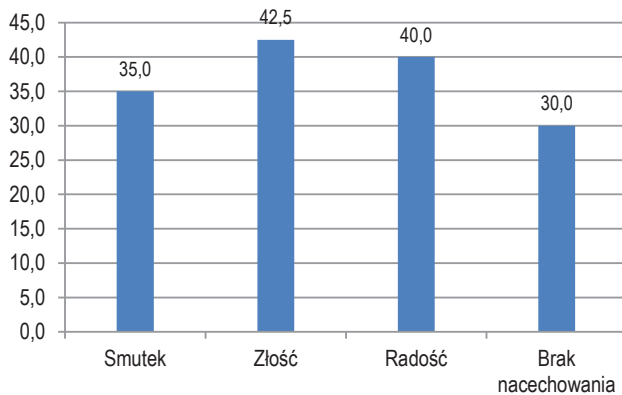
WYKRES 3. Wyniki procentowe uzyskane przez badane dzieci z prelingwalnym uszkodzeniem narządu słuchu w zadaniach określania poszczególnych emocji [%]

ZRÓDŁO: Opracowanie własne.

Zbiorcze zestawienie średnich wyników (wykres 4) ukazuje, że najlepiej rozpoznawaną emocją była złość, co koresponduje ze wspomnianymi już w artykule wynikami badań dotyczących dzieci japońskojęzycznych<sup>22</sup>. Prezentowane tu wyniki

<sup>21</sup> Por. M. WYSOCKA, L. MACKIEWICZ: *Percepcja intonacji u dzieci...*

<sup>22</sup> T. NAKATA, S.E. TREHUB, Y. KANDA: *Effect of cochlear implants...*



WYKRES 4. Średnia poprawność odpowiedzi dzieci z prelingwalnym uszkodzeniem narządu słuchu w zadaniach określania poszczególnych emocji [%]

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

należałoby jednak zweryfikować w badaniach przeprowadzonych w grupie o większej liczbie.

Wypowiedzenia nacechowane złością wyróżniały się spośród pozostałych licznymi cechami: najmniejszą średnią wartością częstotliwości podstawowej, najmniejszą rozpiętością konturów intonacyjnych, największą średnią intensywnością sygnału mowy oraz najkrótszym czasem trwania, stąd też pod względem charakterystyki percepcyjnej były najbardziej wyraziste.

## Dyskusja

Dane uzyskane podczas badania polskojęzycznych dzieci z prelingwalnym uszkodzeniem narządu słuchu korespondują z wynikami przedstawionymi we wspomnianych w artykule publikacjach dotyczących dzieci niepolskojęzycznych. Dokładne ich porównanie jest niemożliwe ze względu na różnice w zakresie wykorzystanych narzędzi badawczych, jednak ogólne wnioski pozostają podobne.

Wczesne uszkodzenie narządu słuchu – jak wynika z zaprezentowanych tu badań – pomimo późniejszego umożliwienia dziecku odbioru sygnału mowy dzięki zastosowaniu protezy słuchowej, powoduje znacznie gorszą percepcję prozodii w porównaniu ze stwierdzaną u dzieci słyszących. Jako jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy można wskazać specyfikę działania aparatów słuchowych, które nie przekazują pełnego bogactwa akustycznego mowy i wielowymiarowości dźwię-

ku, tak istotnej dla zjawisk prozodycznych<sup>23</sup>. Występujące u osób z uszkodzonym narządem słuchu trudności w recepcji i przetwarzaniu częstotliwości, której zmiany odgrywają wiodącą rolę w tworzeniu zjawisk prozodycznych – warunkowane samym uszkodzeniem narządu słuchu oraz konstrukcją protezy słuchowej – prowadzą więc do obniżonej sprawności odbioru prozodii.

Kolejną przyczyną zaburzeń w odbiorze prozodii emocjonalnej w badanej grupie stało się to, że na ważnym etapie rozwoju prozodii, w okresie niemowlęcym, kiedy jest ona ważnym kanałem komunikacyjnym między dzieckiem a matką, sygnał mowy nie był badanym dzieciom dostępny. Na skutek tego były one pozbawione naturalnej, słuchowej i komunikacyjnej stymulacji prozodycznej, stanowiącej u dziecka słyszącego podstawę dalszego kształtowania odbioru prozodii i rozumienia jej funkcji.

Obserwowane w badanej grupie zaburzenia odbioru i rozumienia przekazu emocjonalnego za pośrednictwem prozodii stanowią spory problem komunikacyjny. Prowadzą do znacznych utrudnień w posługiwaniu się językiem fonicznym w jego wymiarze suprasegmentalnym oraz w realizacji za jego pośrednictwem funkcji sygnalizacyjnych i pragmatycznych.

## Bibliografia

- BÄNZIGER T., SCHERER K.R.: *The role of intonation in emotional expressions*. "Speech Communication" 2005, vol. 46, s. 252–267.
- BOUSTEN F.: *Prosody: the music of language and speech*. "American Speech-Language-Hearing Association Leader" 2003, vol. 5, s. 7–9.
- BOUVET D.: *Mowa dziecka. Wychowanie dwujęzyczne dziecka niesłyszącego*. Przeł. R. GAŁKOWSKI. Warszawa, WSiP 1996.
- CHATTERJEE M., PENG S.C.: *Processing F0 with cochlear implants: modulation frequency discrimination and speech intonation recognition*. „Hearing Research” 2008, vol. 235, s. 143–156.
- FULLER C. et al.: *Gender categorization is abnormal in cochlear-implant users*. "Journal of the Association for Research in Otolaryngology" 2014, vol. 15, s. 1037–1048.
- GAUDRAIN E., BAŞKENT D.: *Factors limiting vocal-tract length discrimination in cochlear implant simulations*. "Journal of the Acoustic Society of America" 2015, vol. 137, no. 3, s. 1298–1308.
- GEERS A.E. et al.: *Interdependence of linguistic and indexical speech perception skills in school-age children with early cochlear implantation*. "Ear and Hearing" 2013, vol. 34, issue 5, s. 562–574.
- GILBERS S. et al.: *Normal-hearing listeners' and cochlear implant users' perception of pitch cues in emotional speech*. "i-Perception" 2015, vol. 6, issue 5, s. 1–19.
- GRATIER M., DEVOUCHE E.: *Imitation and Repetition of prosodic contour in vocal interaction at 3 months*. "Developmental Psychology" 2011, vol. 47, no. 1, s. 67–76.

---

<sup>23</sup> Por. m.in.: S. GILBERS et al: *Normal-hearing listeners' and cochlear implant users'...*; X. LUO, Q.-J. FU, J.J. GALVIN III: *Vocal Emotion Recognition...*

- GREEN T. et al: *Enhancement of temporal periodicity cues in cochlear implants: effects on prosodic perception and vowel identification*. "Journal of the Acoustical Society of America" 2005, vol. 118, no. 1, s. 375–385.
- GREEN T., FAULKNER A., ROSEN S.: *Enhancing temporal cues to voice pitch in continuous interleaved sampling cochlear implants*. "Journal of the Acoustical Society of America" 2004, vol. 116, s. 2298–2310.
- HOPYAN-MISAKYAN T.M. et al: *Recognition of affective speech prosody and facial affect in deaf children with unilateral right cochlear implants*. "Child Neuropsychology" 2009, vol. 15, s. 136–146.
- JASSEM W.: *Podstawy fonetyki akustycznej*. Warszawa, PWN 1973.
- KWARCIAK B.: *Początki i podstawowe mechanizmy świadomości metajęzykowej*. Kraków, Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego 1995.
- LUO X., FU Q.-J., GALVIN J.J. III: *Vocal Emotion Recognition by Normal-Hearing Listeners and Cochlear Implant Users*. "Trends in Amplification" 2007, vol. 11, no. 4, s. 301–315.
- MEISTER H. et al.: *The perception of prosody and speaker gender in normal-hearing listeners and cochlear implant recipients*. "International Journal of Audiology" 2009, vol. 48, s. 38–48.
- MOORE B.C.J.: *Wprowadzenie do psychologii słyszenia*. Przeł. A. SĘK, E. SKRODZKA. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 1999.
- MOST T., AVINER C.: *Auditory, visual, and auditory-visual perception of emotions by individuals with cochlear implants, hearing AIDS, and normal hearing*. "Journal of Deaf Studies and Deaf Education" 2009, vol. 14, no. 4, s. 449–464.
- Nakata T., Trehub S.E., Kanda Y.: *Effect of cochlear implants on children's perception and production of speech prosody*. "Journal of the Acoustical Society of America" 2012, vol. 131, s. 1307–1314.
- PAKOSZ M.: *Emotive intonation. Evidence from English*. Lublin, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Wydział Humanistyczny 1983.
- SEIDL A., CRISTÌÀ A.: *Developmental changes in the weighting of prosodic cues*. "Developmental Science" 2008, vol. 11, no. 4, s. 596–606.
- SOBIN C., ALPERT M.: *Emotion in speech: the acoustic attributes of fear, anger, sadness and joy*. "Journal of Psycholinguistic Research" 1999, vol. 28, s. 347–365.
- STICKNEY G.S. et al: *Cochlear implant speech recognition with speech maskers*. "Journal of the Acoustical Society of America" 2004, vol. 116, no. 2, s. 1081–1091.
- VAN ZYL M., HANEKOM J.J.: *Perception of vowels and prosody by cochlear implant recipients in noise*. "Journal of Communication Disorders" 2013, vol. 46, s. 449–464.
- VOLKOVA A. et al: *Children with bilateral cochlear implants identify emotion in speech and music*. "Cochlear Implants International" 2013, vol. 14, no. 2, s. 80–91.
- WIERZCHOWSKA B.: *Fonetyka i fonologia języka polskiego*. Wrocław, Ossolineum 1980.
- WILKINSON E.P. et al: *Voice conversion in cochlear implantation*. "Laryngoscope" 2013, vol. 123, Supplement 3, s. 29–43.
- WYSOCKA M.: *Prozodia mowy w percepcji dzieci*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012.
- WYSOCKA M., MACKIEWICZ L.: *Percepcja intonacji u dzieci z uszkodzonym narządem słuchu*. „Logopedia” 2016, t. 45, s. 73–89.





ANNA CZYŻ

Katedra Zastosowań Techniki w Diagnostyce i Rehabilitacji Osób z Niepełnosprawnością,  
Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

## Wsparcie osób niesłyszących w rozumieniu treści przekazu za pomocą SignWritingu

### Support for Deaf People in Understanding Messages by Means of SignWriting

**ABSTRACT:** article discusses how to facilitate communication opportunities for people with damaged auditory system. Focusing on people who use sign language as their first language, the authoress postulates they should master the Polish language at least in writing to be able to function independently in society. The research discussed here is aimed at verifying the effectiveness of support provided by means of SignWriting in understanding texts written in the Polish language system. A quasi-experimental method was applied in two groups of deaf people (the experimental and control groups), while descriptive statistics and non-parametric statistical tests were used to verify the effects. As a serious deficit of the ability to use the Polish language phonetic system in deaf people has been observed, every effort should be made to make it easier for them to acquire and use the national language. SignWriting may turn out to be a good alternative to traditional methods or an auxiliary means of teaching the Polish language to deaf people.

**KEY WORDS:** Polish Sign Language, SignWriting, development support, deaf people, rehabilitation education

Pomimo ogromnego postępu technicznego, który zapewnił wielu niesłyszącym możliwość funkcjonowania w świecie dźwięków, istnieją osoby, które w wyniku własnej decyzji, wyborów dokonanych przez rodziców, nieskuteczności oddziaływań rewalidacyjnych, w tym spowodowanej taką niewydolnością układu słuchowego, która uniemożliwia interwencję protetyczną, czy ze względu na poziom inteligencji językowej<sup>1</sup>, który nie zapewnia możliwości nabywania fonicznego języka polskiego – pozostają w świecie ciszy. Ich językiem komunikacji jest język gestów, który nie zawsze odzwierciedla pełnię języka migowego, ale jest tym sposobem komunikowania ze światem, który dla osób nie-

---

<sup>1</sup> Por. H. GARDNER: *Inteligencje wielorakie. Teoria w praktyce*. [Przeł. A. JANKOWSKI]. Poznań, Media Rodzina 2002.

słyszącym jest dostępny i zrozumiały<sup>2</sup>. Wśród osób niesłyszących wyróżnia się osoby, które identyfikują się z kulturą Głuchych (zapis z wielkiej litery podkreśla odmienność kulturową), oraz osoby niesłyszące, które nie czują przynależności do tego środowiska. Pierwszą grupę najczęściej stanowią ci, których przodkowie również byli niesłyszący. Posługują się narodowymi językami migowymi (w Polsce Polskim Językiem Migowym – PJM, naturalnym językiem stanowiącym odrębny system komunikacji), mają własną historię, kulturę<sup>3</sup>. Druga grupa to osoby niesłyszące, których korzenie tkwią w świecie dźwięków. Nie mają wzorów komunikacyjnych w języku migowym, funkcjonują na pograniczu światów. Często nie posługują się żadnym w pełni wykształconym systemem komunikacji. Język foniczny jest dla nich niedostępny, choć całe życie spędzają w środowisku osób słyszących, tu z kolei z powodu braku znajomości lub niewystarczającej znajomości nie dostarcza się im w pełni wartościowego języka gestów, który mógłby stanowić alternatywę w komunikacji z otoczeniem. Język migowy, jak wszystkie języki świata nabywany w wyniku interakcji z otoczeniem, dla osób słyszących jest bardzo trudny do opanowania, ze względu na swoistą strukturę gramatyczną oraz przewagę kanału wzrokowego w odbiorze komunikatu<sup>4</sup>.

Osoby niesłyszące nie posługujące się swobodnie polskim językiem fonicznym, niezależnie od tego, czy przynależą do kultury Głuchych czy nie, potrzebują celowego wsparcia, by w pełni partycypować w życiu społecznym, osiągając samodzielność i niezależność. Oddziaływania rehabilitacyjne powinny tu zostać ukierunkowane w stronę kompetencji komunikacyjnych, tak by priorytetem stało się zapewnienie możliwości posługiwania się zarówno Polskim Językiem Migowym, jak i polskim językiem fonicznym realizowanym przynajmniej w piśmie, ponieważ bez względu na przynależność kulturową i tożsamość takie osoby są częścią społeczeństwa i mają ciągły kontakt z osobami posługującymi się mową werbalną. Komunikowanie się w języku migowym zaspokaja wiele potrzeb, w tym najważniejsze, tj. potrzeby przynależności, bezpieczeństwa, ale nie daje możliwości stosowania takiej komunikacji w każdej sytuacji społecznej. Tym samym ogranicza pełnosprawne intelektualnie osoby w zakresie wyboru ścieżki edukacyjnej czy zawodowej, podejmowania aktywności osobistej, pełnej samorealizacji w wielu innych sferach życia, zależnych od interakcji ze światem

---

<sup>2</sup> Por. B. SZCZEPANKOWSKI: *Niesłyszący – Głusi – Głuchoniemi. Wyrównywanie szans*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1999.

<sup>3</sup> Por. A. IRASIAK: *Edukacja dwujęzyczna dla rozwoju językowego dzieci Głuchych w kontekście założeń edukacji międzykulturowej*. „Forum Oświatowe” 2015, nr 27 (1), 29–42. Por. E. MREŃCA: *Podsumowanie konferencji naukowej „Głusi jako mniejszość językowa i kulturowa”*. „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania” 2015, 4 (17), s. 118–126.

<sup>4</sup> Por. B. WILIMBOREK: *Nauczanie języka migowego osób słyszących*. „Języki w Europie” 2015, 4, 115–118.

osób słyszących<sup>5</sup>. Stąd nauczanie tylko PJM może spowodować dalszą alienację społeczną osób niesłyszących, rodzić coraz to większe bariery wynikające z braku możliwości wzajemnego rozumienia i porozumienia stron – osób słyszących i niesłyszących. Dla zapobiegania mechanizmom patologizacji i marginalizacji społecznej, na rzecz tworzenia środowiska inkluzyjnego, szeroko postuluje się bilingwizm lub multilingwizm<sup>6</sup> osób niesłyszących, a na gruncie narodowym – nauczanie polskiego języka fonicznego jako języka drugiego, ze zwróceniem szczególnej uwagi na jego formę pisaną<sup>7</sup>.

## Charakterystyka Polskiego Języka Migowego oraz jego notacji

Doświadczenia polskie dotyczące wykorzystywania języka migowego w nauczaniu i wychowaniu osób g/Głuchych są stosunkowo młode. Korzeni dla tego systemu komunikacji należy jednak szukać w dość odległej przeszłości – starożytnym Egipcie, Grecji, w kulturze Majów<sup>8</sup>. Wsparcie nauki mowy dźwiękowej osób niesłyszących za pomocą migów było znane już w okresie oświecenia, kiedy wprowadzono indywidualny system nauczania g/Głuchych. Pierwsze użycie języka migowego w edukacji przedmiotowej na szeroką skalę datuje się na rok 1770, kiedy to francuski ksiądz Charles-Michel de l'Épée zorganizował pierwszą „migającą” szkołę dla niesłyszących. Za życia księdza porozumiewano się w szkole za pomocą naturalnego języka migowego, jednak po śmierci założyciela jego następcy modyfikowali metody, zaczęto używać systemowego języka migowego<sup>9</sup>, w którym migi były osadzone w strukturach gramatycznych fonicznego języka francuskiego. Na polskim gruncie doświadczenia związane z używaniem w edukacji g/Głuchych języka migowego sięgają 1817 roku, choć można tu mówić zaledwie o wspomaganiu komunikacji za pomocą migów. Polska edu-

<sup>5</sup> Por. R. PUNCH: *Employment and Adults Who Are Deaf or Hard of Hearing: Current Status and Experiences of Barriers, Accommodations, and Stress in the Workplace*. “American Annals of the Deaf” 2016 Summer, vol. 161, no. 3, s. 384–397.

<sup>6</sup> Por. Q. WANG et al.: *Case Studies of Multilingual/Multicultural Asian Deaf Adults: Strategies for Success*. “American Annals of the Deaf” 2016 Spring, vol. 161, no. 1, s. 67–88. Por. S. BAKER, J. SCOTT: *Sociocultural and Academic Considerations for School-Age d/Deaf and Hard of Hearing Multilingual Learners: A Case Study of a Deaf Latina*. “American Annals of the Deaf” 2016 Spring, vol. 161, no. 1, s. 43–55.

<sup>7</sup> Por. E. MREŃCA: *Podsumowanie konferencji naukowej...*

<sup>8</sup> Por. P. ERIKSSON: *The History of Deaf People: A Source Book*. Örebro, Dauer 1998.

<sup>9</sup> System języka migowego (inaczej: język migany, system językowo-migowy) to sztuczny twór oparty na strukturach gramatycznych narodowego języka fonicznego oraz gestach zapożyczonych z naturalnego języka migowego.

kacja do dziś nie doczekała się szkoły „prawdziwie” dwujęzycznej czy szkoły, gdzie przedmioty byłyby prowadzone w PJM oraz fonicznym języku polskim. Przyczyny takiego stanu rzeczy są wielorakie, jednak najistotniejsze i najczęściej wymieniane to zakaz używania języków migowych w edukacji wydany po międzynarodowym kongresie w Mediolanie w 1880 roku oraz ograniczona wymiana i słabe upowszechnianie języka będące wynikiem rozproszenia g/Głuchych, przyczyniające się do braku unifikacji języka migowego<sup>10</sup>, jak również problemy systemowe i organizacyjne, w tym kadrowe.

Prace nad PJM rozpoczęły się w drugiej połowie XX wieku. Powołana przez Polski Związek Głuchych komisja unifikacyjna opisała i ujednoliciła około 5 tysięcy znaków. Rozpoczęto rozpowszechnianie używania języka migowego poza środowiskami domowymi g/Głuchych, wpływając na podniesienie rangi tegoż języka<sup>11</sup>. Lata dziewięćdziesiąte XX wieku przyniosły pierwsze wyniki badań nad PJM. Zawdzięcza się je intensywnym pracom prof. Marka Świdzińskiego, a następnie pierwszej polskiej pracowni nad językiem migowym – Pracowni Lingwistyki Migowej, wyodrębnionej ze struktur Wydziału Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego<sup>12</sup>. Obecnie uważa się język migowy za pełnoprawny system komunikacji osób niesłyszących<sup>13</sup>, mający własną strukturę lingwistyczną<sup>14</sup>. Jest to język wizualno-przestrzenny, z wyższym współczynnikiem ikoniczności niż języki foniczne, przejawiającym się w strukturach gramatycznych oraz fonologii języka migowego. Imitacyjność języka migowego dostrzegalna jest również na poziomie fleksji, poziomie słowotwórczym oraz składniowym<sup>15</sup>. Niewątpliwie wykorzystywanie przestrzeni w komunikacji to jedna z najbardziej dystyngtywnych cech języków migowych. Znaki migowe w PJM wykonywane są w około siedemdziesięciu procentach na wysokości głowy i ramion, klatki piersiowej. Przestrzeń migowa jest ograniczona (można powiedzieć) zasięgiem ramion nadawcy i wzroku odbiorcy. Komunikat migowy pochodzi z ciała nadawcy, a znaki mają charakter: manualny, manualno-niematuralny i niematuralny. Przestrzeń migowa kształtuje gramatykę języka migowego, ale też może mieć charakter topograficzny. W przestrzeni i za jej pomocą wyraża się relacje przestrzenne, czasowe, tworzy realną mapę – obraz rzeczowy.

<sup>10</sup> Por. B. SZCZEPANKOWSKI: *Niesłyszący – Głusi – Głuchoniemi...* Por. K. KIREJCZYK: *Ewolucja systemów kształcenia dzieci głuchych*. Warszawa, Nasza Księgarnia 1967.

<sup>11</sup> Por. B. SZCZEPANKOWSKI: *Niesłyszący – Głusi – Głuchoniemi...*, s. 114.

<sup>12</sup> Por. P. RUTKOWSKI: *Cele i zakres działań Pracowni Lingwistyki Migowej UW*. W: *Lingwistyka przestrzeni i ruchu. Komunikacja migowa a metody korpusowe*. Red. P. RUTKOWSKI, S. ŁOZIŃSKA. Warszawa, Wydział Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego 2014, s. 7–13.

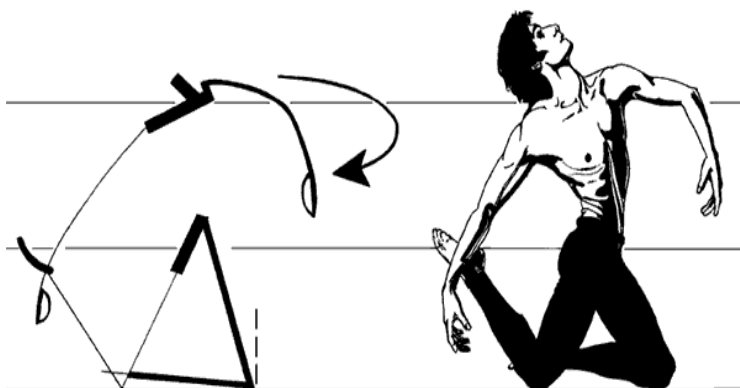
<sup>13</sup> Por. B. SZCZEPANKOWSKI: *Niesłyszący – Głusi – Głuchoniemi...*, s. 114.

<sup>14</sup> Por. P. TOMASZEWSKI: *Podstawowe dane lingwistyczne i socjolingwistyczne na temat naturalnego języka migowego*. „Studia nad Językiem Migowym” 2007, nr 1, s. 5–38.

<sup>15</sup> Por. S. FABISIAK: *Przejawy imitacyjności w systemie gramatycznym Polskiego Języka Migowego*. „LivingVaria” 2010, t. 5, nr 1 (9), s. 183–192.

Języki migowe mają charakter linearny, choć biorąc pod uwagę możliwość angażowania w przekaz wielu artykulatorów, należy zwrócić uwagę na symultaniczność w specyficie komunikowania gestowego<sup>16</sup>. Języki migowe to struktury mające własną fonologię. Lokacja, układ i zmiana układu dłoni, orientacja dłoni oraz sygnały niemanualne, a także charakterystyczne tylko dla systemów manualnych występowanie jednocześnie identycznych układów artykulatorów lub asymetrii artykulatorów tworzą specyfikę tegoż podsystemu<sup>17</sup>. W przekazie migowym wykorzystywana jest często daktylografia, która w swoich początkach tworzyła system komunikacyjny niezależny od języka migowego. Do dziś rozumiana jest znacznie szerzej niż alfabet palcowy. Wykorzystywana wtedy, gdy nie ma możliwości zastosowania znaku migowego, np. w posługiwaniu się nazwami własnymi, artykulacji imion i nazwisk, przekazie skrótów, akronimów, na styku dwóch znaków tak samo miganych, pełniących inne funkcje gramatyczne, w akcentowaniu ważności znaczenia i wielu innych przypadkach. Odgrywa zatem bardzo dużą rolę nie tylko w komunikacji międzyludzkiej, ale również w rozwoju języka migowego<sup>18</sup>.

Język migowy oraz daktylografia posiadają możliwość zapisu. Twórczynią zapisu ruchu jest tancerka baletowa Valerie Sutton. Od lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku wykorzystuje się jej pomysł w przypadku ćwiczeń gimnastycznych, tańca, łyżwiarstwa, sportów walki i innych, który zyskał nazwę Sutton Movement Writing. W 1974 roku na prośbę badaczy z Uniwersytetu w Kopenhadze tancerka opracowała zapis języka migowego, a w wyniku dalszej współpracy z gronem naukowców i tłumaczy doprecyzowano system notacji, który nazwano SignWritingiem.



RYSUNEK 1. Zapis ruchu zgodnie z zasadami Valerie Sutton

ŹRÓDŁO: Sutton's Movement Writing Site. <http://www.movementwriting.org/> [data dostępu: 15.04.2017].

<sup>16</sup> Por. S. ŁOZIŃSKA: *Języki migowe jako przedmiot badań*. W: *Lingwistyka przestrzeni i ruchu...*, s. 37–48.

<sup>17</sup> Por. P. TOMASZEWSKI: *Podstawowe dane lingwistyczne...*

<sup>18</sup> Por. B. SZCZEPANKOWSKI: *Niesłyszący – Głusi – Głuchoniemi...*, s. 150.



RYSUNEK 2. Zapis w SignWritingu znaku migowego „Thank you”

ZRÓDŁO: SignPuddle Online: <http://www.signbank.org/SignPuddle1.6/searchword.php?ui=1&sgn=5&sid=31&sTrm=you&type=any&sTxt=&sSrc=&> [data dostępu: 15.04.2017].

Do dziś język migowy doczekał się trzech możliwości zapisu, różniących się stopniem uszczegółowienia: od notacji Stokoe, najmniej szczegółowej, przez notację Hamburg Sign Language Notation System (HamNoSys), która nie jest jeszcze pismem, ale próbą precyzyjnego ujęcia znaku, po SignWriting (SW), o wysokim stopniu uszczegółowienia, dającą możliwość wiernego odtworzenia wykonywanego (miganego) znaku, zgodną z naukowymi definicjami pisma.

Podstawową zasadą w SW jest zasada zachowania perspektywy. Obowiązuje tu perspektywa migającego (zapis wykonywany z pozycji obserwatora własnych ruchów i ułożenia artykulatorów). Wyróżnia się też pięć podstawowych układów dłoni, dwie płaszczyzny ułożenia dłoni, akcentowanie położenia części dłoniowej i grzbietowej oraz palców. Wyróżnia się też kategorie ruchu: ruchy pionowe, poziome, w tym równoległe do płaszczyzny czołowej ciała, poprzecznej oraz strzałkowej. Ważnym elementem systemu są symbole dynamiki ruchu, ciągłości ruchu oraz symbole kontaktu. Nieodłącznym elementem zapisu jest mimika, wyrażana poprzez ułożenie brwi, wyraz oczu i grymas ust, system zawiera również elementy niemanualne oraz wszystkie znaki przestankowe<sup>19</sup>.

<sup>19</sup> Por. M. CHRONOWSKA et al.: *Pismo Migowe. Podręcznik do nauki SignWritingu*. Kraków, Fundacja Rozwoju Regionalnego Viribus Unitis 2012.

## Wspomaganie rozumienia treści przekazu za pomocą SignWritingu

Badania nad zastosowaniem SignWritingu w edukacji osób niesłyszących zostały przeprowadzone w 2016 roku<sup>20</sup>. Zaprojektowano quasi-eksperyment z udziałem uczniów g/Głuchych, oparty na wykorzystaniu techniki grup równoległych (porównawczej), z zastosowaniem manipulacji zmienną niezależną (nauczanie i zastosowanie notacji PJM) na zmienną zależną (poziom rozumienia tekstu zapisanego w fonicznym języku polskim), z powtórzonym pomiarem po wprowadzeniu manipulacji. Celem badań było zweryfikowanie skuteczności wspomaganie rozumienia treści pisanych w polskim języku fonicznym za pomocą SignWritingu. Do analizy materiału badawczego zastosowano nieparametryczny test Wilcoxon dla prób zależnych. Postawiono następujące hipotezy:

$H_0$  :  $F_1 = F_2$  (nie ma istotnej różnicy w rozkładach zmiennych);

$H_1$  :  $F_1 \neq F_2$  (rozkłady zmiennych różnią się istotnie).

W odniesieniu do badań własnych:

$H_0$  – zastosowanie wsparcia za pomocą SignWritingu nie poróżnia grup badawczych (nie różnicuje poziomu rozumienia tekstu);

$H_1$  – poziom rozumienia tekstu poróżniony jest zastosowaniem SignWritingu.

Do przeprowadzenia badania posłużono się tekstem wiersza zapisanym w polskim języku fonicznym oraz tekstem z notacją SignWriting. Do weryfikacji skuteczności skonstruowano kwestionariusz zawierający 12 pytań sprawdzających poziom rozumienia czytanego tekstu<sup>21</sup>. Pytania diagnozowały umiejętność pracy z tekstem – odnajdywania w nim istotnych elementów, rozumienia relacji czasowo-przestrzennych oraz związków przyczynowo-skutkowych i wnioskowania. Zastosowano dobór grup równoważnych, badaniem objęto uczniów liceum i technikum dla osób niesłyszących i słabosłyszących. Grupę badawczą stanowiło 5 osób w wieku 17 lat (1 mężczyzna i 4 kobiety) i 5 w wieku 19 lat (3 mężczyzn, 2 kobiety). Grupa kontrolna liczyła również 10 osób. Badanie obejmowało diagnozę wyjściową, wprowadzenie do grupy badawczej nauczania notacji PJM oraz diagnozę posteksperymentalną. Grupa badawcza przez okres 7 tygodni uczęszczała na prowadzone przez Katarzynę Podgórną sześciogodzinne szkolenie z zakresu notacji PJM. Po upływie okresu szkolenia powtórzono badanie

<sup>20</sup> Badania zostały przeprowadzone pod moim kierunkiem przez K. Kucharską. Zob. K. KUCHARSKA: „Wpływ pisma migowego na rozumienie tekstu przez osoby g/Głuche” [praca licencjacka]. Opiek. nauk. A. Czyż. Kraków, Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej 2016.

<sup>21</sup> W badaniu użyto tekst wiersza *Chory kotek* Stanisława Jachowicza z notacją SignWriting wykonaną przez mgr Katarzynę Podgórną, tłumacza języka migowego, szkoleniowca SignWritingu. Tekst został wybrany adekwatnie do oceny poziomu funkcjonowania językowego badanych.

dotyczące rozumienia tekstu z zastosowaniem notacji PJM w grupie badawczej. W grupie kontrolnej zastosowano ten sam wiersz bez notacji PJM. Za błąd uznawano brak odpowiedzi, odpowiedź nietrafną. Za poprawną odpowiedź badany otrzymywał 1 punkt (maksymalnie 4 punkty dla pytania, łącznie za wszystkie poprawne wskazania). Punktowano także odpowiedzi niekompletne, jeśli zawierały poprawne wskazania.

Analizując wyniki badań (tabela 1) stwierdza się, że w grupie badawczej po zastosowaniu manipulacji obserwowalne jest polepszenie rozumienia treści przekazu – łącznie badani uzyskują rezultat lepszy od początkowego o 28 punktów, przy 2-punktowym rezultacie uzyskanym w grupie kontrolnej. Potwierdzenie trendu lepszego rozumienia tekstu po wprowadzeniu manipulacji obrazuje porównanie różnicy postępu (pretest – posttest) przy zestawieniu wyników obu grup.

TABELA 1. Zestawienie wyników uzyskanych w grupie badawczej i kontrolnej po przeprowadzeniu próby pierwszej – przed wprowadzeniem manipulacji oraz drugiej – po jej wprowadzeniu

Numer pytania	Grupa badawcza					Grupa kontrolna					Zestawienie różnic postępu (pretest – posttest) grupy badawczej i kontrolnej
	Liczba punktów uzyskanych w badaniu wstępnym		Liczba punktów uzyskana w badaniu końcowym		Różnice w liczbie punktów uzyskane między próbami (próba 1. i 2.)	Liczba punktów uzyskanych w badaniu wstępnym		Liczba punktów uzyskana w badaniu końcowym		Różnice w liczbie punktów uzyskane między próbami (próba 1. i 2.)	
	uzyskanych	możliwych	uzyskanych	możliwych		uzyskanych	możliwych	uzyskanych	możliwych		
1	10	10	10	10	0	10	10	10	10	0	0
2	6	10	8	10	2	6	10	7	10	1	1
3	20	40	22	40	2	20	40	20	40	0	2
4	9	20	14	20	5	9	20	9	20	0	5
5	1	10	3	10	2	1	10	1	10	0	2
6	3	20	7	20	4	9	20	9	20	0	4
7	11	20	13	20	2	12	20	12	20	0	2
8	4	10	7	10	3	4	10	3	10	-1	4
9	5	10	8	10	3	8	10	10	10	2	1
10	4	10	5	10	1	4	10	4	10	0	1
11	7	10	9	10	2	7	10	7	10	0	2
12	1	10	3	10	2	2	10	2	10	0	2
<i>Suma</i>	81	180	109	180	28	92	180	93	180	2	26

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.



Analizując wyniki grupy badawczej za pomocą testów statystycznych, przed wprowadzeniem manipulacji i po wprowadzeniu manipulacji uzyskuje się p-value na poziomie 0,003346, przy jednoczesnym braku różnicy pomiędzy pomiarem początkowym a końcowym w krupie kontrolnej (p-value = 0,422679), co jednoznacznie pozwala na przyjęcie hipotezy alternatywnej  $H1 : F1 \neq F2$  (rozkłady zmiennych różnią się istotnie),  $H1$  – poziom rozumienia tekstu poróżniony jest zastosowaniem SignWritingu.

Biorąc pod uwagę wyniki w grupie badanej, jak również porównując je z wynikami w grupie kontrolnej, stwierdza się istotność związku pomiędzy wprowadzeniem manipulacji a poziomem rozumienia tekstu. Można zatem domniemywać, że wprowadzenie do nauczania SW może przynieść pozytywne efekty w kontekście nabywania i rozwijania umiejętności komunikacyjnych.

Dodatkowo, analizując wyniki badań w grupie badawczej i kontrolnej, stwierdza się niski poziom rozumienia tekstu. W pierwszym pomiarze na 6 z 12 pytań, ani w grupie badawczej, ani w kontrolnej nie uzyskano nawet 50% prawidłowych odpowiedzi, natomiast po wprowadzeniu manipulacji próg ten został przekroczony w 9 z 12 pytań. W takim przypadku każde działanie, które pozwala poprawić choć w niewielkim zakresie rozumienie treści, zasługuje na szczególną uwagę środowiska surdopedagogów i logopedów, tym bardziej że pozytywne rezultaty są obserwowane już po sześciogodzinnym treningu z zakresu SignWritingu. Badania powinny zostać kontynuowane na szerszą skalę, ponieważ dają one szansę na lepszą i skuteczniejszą edukację i rehabilitację g/Głuchych, a przede wszystkim na zmianę dotychczasowego sposobu nabywania przez osoby niesłyszące i słabosłyszące sprawności językowej zarówno w PJM, jak i w polskim języku fonicznym.

## Podsumowanie

Od wielu lat w różnych krajach świata wykorzystuje się SignWriting w edukacji i rehabilitacji g/Głuchych. Język migowy i jego notacja stanowi pierwszy sposób komunikowania się ze światem ludzi niesłyszących i słabosłyszących w krajach Europy, m.in. w Belgii, Danii, Finlandii, Francji, Azji (Arabia Saudyjska, Malezja, Japonia), Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej czy Republice Południowej Afryki<sup>22</sup>. Dobroczynny wpływ na rozwój biopsychospołeczny zauważa się zarówno u osób, dla których język migowy jest pierwszym w komunikacji, jak i u niesłyszących użytkowników języków fonicznych. Na całym świecie opracowuje się

---

<sup>22</sup> Por. L. DŁUGOŁĘCKA: *SignWriting – pismo migowe, które zachwyca Głuchych na całym świecie*. „Świat Ciszy” 2004, nr 9, s. 8–11.

podręczniki z użyciem i do nauki SignWritingu, tłumaczy się książki, opisuje rzeczywistość dla umożliwienia pełniejszego poznania i doświadczania świata przez g/Głuchych. Używanie SW w edukacji wymusza poniekąd jej dwujęzyczny model, odsuwając na późniejszy czas naukę języka fonicznego, jednocześnie zabezpieczając i optymalizując rozwój intelektualny i emocjonalny. Nie oznacza to, że język foniczny jest eliminowany z zasobów rewalidacyjnych. Wręcz przeciwnie, uważa się, że jego nabycie, przynajmniej w formie pisanej, warunkuje możliwość i pełnię udziału w życiu społecznym.

## Bibliografia

- BAKER S., SCOTT J.: *Sociocultural and Academic Considerations for School-Age d/Deaf and Hard of Hearing Multilingual Learners: A Case Study of a Deaf Latina*. "American Annals of the Deaf" 2016 Spring, vol. 161, no. 1, s. 43–55.
- CHRONOWSKA M. et al.: *Pismo Migowe. Podręcznik do nauki SignWritingu*. Kraków, Fundacja Rozwoju Regionalnego Viribus Unitis 2012.
- DŁUGOŁĘCKA L.: *SignWriting – pismo migowe, które zachwyca Głuchych na całym świecie*. „Świat Cisy” 2004, nr 9, s. 8–11.
- ERIKSSON P.: *The History of Deaf People: A Source Book*. Örebro, Dauer 1998.
- FABISIAK S.: *Przejawy imitacyjności w systemie gramatycznym Polskiego Języka Migowego*. „Living-Varia” 2010, t. 5, nr 1 (9), s. 183–192.
- GARDNER H.: *Inteligencje wielorakie. Teoria w praktyce*. [Przeł. A. JANKOWSKI]. Poznań, Media Rodzina 2002.
- IRASIAK A.: *Edukacja dwujęzyczna dla rozwoju językowego dzieci Głuchych w kontekście założeń edukacji międzykulturowej*. „Forum Oświatowe” 2015, nr 27 (1), 29–42.
- KIREJCZYK K.: *Ewolucja systemów kształcenia dzieci głuchych*. Warszawa, Nasza Księgarnia 1967.
- KUCHARSKA K.: *„Wpływ pisma migowego na rozumienie tekstu przez osoby g/Głuche”* [praca licencjacka]. Opieka nauk. A. Czyż. Kraków, Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie 2016.
- ŁOZIŃSKA S.: *Języki migowe jako przedmiot badań*. W: *Lingwistyka przestrzeni i ruchu. Komunikacja migowa a metody korpusowe*. Red. P. RUTKOWSKI, S. ŁOZIŃSKA. Warszawa, Wydział Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego 2014, s. 37–48.
- MREŃCA E.: *Podsumowanie konferencji naukowej „Głusi jako mniejszość językowa i kulturowa”*. „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania” 2015, 4 (17), s. 118–126.
- PUNCH R.: *Employment and Adults Who Are Deaf or Hard of Hearing: Current Status and Experiences of Barriers, Accommodations, and Stress in the Workplace*. "American Annals of the Deaf" 2016 Summer, vol. 161, no. 3, s. 384–397.
- RUTKOWSKI P.: *Cele i zakres działań Pracowni Lingwistyki Migowej UW*. W: *Lingwistyka przestrzeni i ruchu. Komunikacja migowa a metody korpusowe*. Red. P. RUTKOWSKI, S. ŁOZIŃSKA. Warszawa, Wydział Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego 2014, s. 7–13.
- SingPuddle Online: <http://www.signbank.org/SignPuddle1.6/searchword.php?ui=1&sgn=5&sid=31&sTrm=you&type=any&sTxt=&sSrc=&> [data dostępu: 15.04.2017].
- Sutton's Movement Writing Site: <http://www.movementwriting.org/> [data dostępu: 15.04.2017].

- SZCZEPANKOWSKI B.: *Niesłyszący – Głusi – Głuchoniemi. Wyrównywanie szans*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1999.
- TOMASZEWSKI P.: *Podstawowe dane lingwistyczne i socjolingwistyczne na temat naturalnego języka migowego*. „Studia nad Językiem Migowym” 2007, nr 1, s. 5–38.
- WANG Q. et al.: *Case Studies of Multilingual/Multicultural Asian Deaf Adults: Strategies for Success*. “American Annals of the Deaf” 2016 Spring, vol. 161, no. 1, s. 67–88.
- WILIMBOREK B.: *Nauczanie języka migowego osób słyszących*. „Języki w Europie” 2015, 4, 115–118.



KAMILA DĘBIŃSKA-GUSTAW

Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego,  
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

## Badanie alalii prolongaty – propozycja metodologiczna

### Examination of Alalia Prolongata – a Methodological Proposal

**ABSTRACT:** The issue of delayed speech development requires extensive and in-depth research. It is estimated that about 10% of children are affected by delayed speech development. It is therefore a common but still insufficiently examined and described disorder. Within the field of study connected with delayed speech development, one can distinguish a disorder known as *alalia prolongata* which includes cases of language development delays without concrete reasons for their incidence. The present article puts forward a methodological proposal for examining language skills of 6-year-old children with alalia prolongata against children that meet the biological standard. It presents the state of research on delayed speech development and theoretical assumptions adopted for the purpose of the research. The presented method consists in the use of our own tool for assessing the language skills of children with delayed speech development, as well as children who fall into the biological norm category. This research shall make it possible to demonstrate the depth of disproportion in the language development of children at the same age and shall allow for a full diagnosis of children with alalia prolongata.

**KEY WORDS:** delayed speech development, alalia prolongata, language skills testing, communicative and linguistic competence, logopaedic methodology

## Opóźniony rozwój mowy a norma – stan badań i problemy badawcze

Pojęcie normy w rozwoju mowy jest zróżnicowane i budzi wiele wątpliwości. Przyjmuje się, że opanowywanie przez dziecko języka i mowy odbywa się stadialnie<sup>1</sup>. Oznacza to, że proces rozwoju mowy jest podobny u wszystkich dzieci.

---

<sup>1</sup> R. JAKOBSON: *Langage enfantin et aphasie*. Trad. J.-P. BOONS, R. ZYGOURIS. Paris, Éditions de Minuit 1969.

W rozwoju mowy dziecka zasadniczo wyróżnia się dwa okresy, prelingwalny (przedjęzykowy) oraz lingwalny (językowy). Okres prelingwalny, nazywany w polskiej literaturze przedmiotu okresem melodii, dzieli się na trzy krótsze okresy: krzyku i płaczu, głużenia oraz gaworzenia. Okres lingwalny obejmuje okresy: wypowiedzi jednowyrazowej (wyrazu), wypowiedzi dwuwyrazowej (zdania) oraz swoistej mowy dziecka<sup>2</sup>. Przyjmuje się, że istnieją pewne ogólne wyznaczniki wiekowe dla poszczególnych okresów i umiejętności językowych, jednak badacze przedstawiają różne podejścia i hipotezy dotyczące nabywania kolejnych elementów systemowych języka. W literaturze językoznawczej zwraca się uwagę na fakt, że dziecko w wieku około 4–6 lat „jest językowo dorosłym człowiekiem”<sup>3</sup>. Nie znaczy to jednak, że język dziecka już dalej się nie rozwija. W ciągu kolejnych lat mowa podlega ciągłemu rozwojowi, który można rozpatrywać w różnych płaszczyznach: fonologicznej, syntaktycznej, morfologicznej, semantycznej. Podkreśla się natomiast, że językową sprawność systemową prawidłowo rozwijające się dziecko powinno osiągnąć w wieku 6 lat. Sprawność ta może być jednak ograniczona lub w ogóle się nie wykształcić w przypadku wystąpienia nieprawidłowości w rozwoju umysłowym dziecka lub zaburzeń jakichkolwiek czynności psychofizycznych związanych z mową<sup>4</sup>.

Normy dotyczące rozwoju mowy dziecka oraz rozwoju poszczególnych sprawności językowych można znaleźć w wielu pracach językoznawców, logopedów i psychologów. Wiele z tych prac to tzw. dzienniki mowy, pochodzące z lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych ubiegłego wieku, na podstawie których określone są normy rozwojowe np. w zakresie artykulacji. Praktyka logopedyczna pokazuje, że wyniki tych badań nie przystają do obecnych warunków społeczno-kulturowych i do rozwoju mowy współczesnych dzieci. Stąd wynika potrzeba ustalenia nowych wskaźników normy rozwoju języka.

W związku z tym, że nie określono konkretnych granic czasowych nabywania poszczególnych sprawności językowych przez dziecko, mało sprecyzowane jest też pojęcie „opóźniony”. Przyjmuje się, że opóźniony rozwój mowy (ORM) występuje wówczas, gdy proces kształtowania się mowy we wszystkich lub tylko niektórych jej aspektach przebiega niezgodnie z normą przewidzianą dla danej grupy wiekowej<sup>5</sup>. Na przykład Ewa Dilling-Ostrowska uważa, że o opóźnionym rozwoju mowy powinno się mówić wtedy, gdy dziecko nie wypowiada słów

<sup>2</sup> L. KACZMAREK: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin, Wydaw. Lubelskie 1966, s. 39–76.

<sup>3</sup> Ch.F. HOCKETT: *Kurs językoznawstwa współczesnego*. [Przeł. Z. TOPOLIŃSKA, M. JURKOWSKI]. Warszawa, PWN 1968, s. 413.

<sup>4</sup> S. GRABIAS: *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*. W: *Zaburzenia mowy. Mowa. Teoria – Praktyka*. T. 1. Red. S. GRABIAS. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2001, s. 11–43.

<sup>5</sup> G. JASTRZĘBOWSKA: *Istota i klasyfikacja opóźnień rozwoju mowy*. „Audiofonologia” 1997, t. 10, s. 74.

w 18. miesiącu życia, a zdań w 30. miesiącu<sup>6</sup>. Antoni Pruszewicz ustala tę granicę na okres od 15. miesiąca życia dziecka do 3 lat<sup>7</sup>. Tomasz Zaleski za patologiczne uznaje opóźnienie większe niż 6. miesięcy w stosunku do ustalonych norm<sup>8</sup>. Na różne stopnie opóźnienia wskazała Halina Spionek. Według wskaźników przez nią opracowanych należy przyjąć, że poważny stopień ORM występuje, gdy dziecko sześciolatek jest na poziomie mowy dziecka trzyletniego (konstruuje zdania złożone, używa około 1000–1500 słów)<sup>9</sup>.

O opóźnionym rozwoju mowy można mówić wtedy, gdy obserwowane zaburzenia są związane z indywidualnym tempem rozwoju dziecka i ich etiologia jest trudna do ustalenia, a także wtedy, gdy są konsekwencją zaburzeń rozwoju psychomotorycznego i powstają na skutek działania biologicznych lub społecznych czynników patogennych. W związku z tym w piśmiennictwie ORM traktuje się jako zaburzenie izolowane i uznaje się za odrębną jednostkę diagnostyczną<sup>10</sup> bądź jedynie jako objaw lub zaburzenie współwystępujące z innymi patologiami<sup>11</sup>. Badacze problematyki ORM w większości zwracają uwagę właśnie na te dwa podstawowe typy opóźnień. Pierwszy określanym jest jako proste opóźnienie rozwoju mowy, które jest zaburzeniem o pierwotnym i wybiórczym charakterze, dotyczy tylko języka, a rozwój psychoruchowy dziecka oraz funkcjonowanie intelektualne pozostają w normie. Drugi to opóźnienie rozwoju mowy będące zjawiskiem wtórnym, symptomem nieprawidłowości rozwojowych o różnej etiologii. ORM jest wtedy traktowane jako swoisty zespół objawów<sup>12</sup>. Za przyczyny ORM uznaje się np. brak sposobności do mówienia, upośledzenie słuchu, uszkodzenia wzroku, obniżony poziom inteligencji, opóźnione dojrzewanie układu nerwowego, uszko-

<sup>6</sup> E. DILLING-OSTROWSKA: *Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego*. W: *Zaburzenia mowy u dzieci*. Red. J. SZUMSKA. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1982, s. 18–30.

<sup>7</sup> A. PRUSZEWICZ: *Opóźniony rozwój mowy*. W: *Foniatryka kliniczna*. Red. A. PRUSZEWICZ. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1992, s. 233–241.

<sup>8</sup> T. ZALESKI: *Opóźniony rozwój mowy*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Red. T. GAŁKOWSKI, Z. TARKOWSKI, T. ZALESKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1993, s. 185–192.

<sup>9</sup> H. SPIONEK: *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*. Warszawa, PWN 1981.

<sup>10</sup> Por.: E. DILLING-OSTROWSKA: *Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci...*; A. PRUSZEWICZ: *Opóźniony rozwój mowy...*; H. MIERZEJEWSKA, D. EMILUTA-ROZYA: *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*. „Audiofonologia” 1997, t. 10, s. 37–48; L.B. LEONARD: *SLI – Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*. Przeł. M. HERNIK. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2006; T. ZALESKI: *Opóźnienia w rozwoju mowy*. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2002; M. ZALEWSKA: *Dziecko z zespołem prostego opóźnienia rozwoju mowy*. W: *Wybrane problemy psychologicznej diagnozy zaburzeń rozwoju dzieci*. Red. J. ROLA. Warszawa, Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej 1988, s. 64–83.

<sup>11</sup> Por.: A. OBRĘBOWSKI: *Diagnostyka opóźnionego rozwoju mowy*. W: *Otorynolaryngologia dziecięca*. Red. D. GRZYCZYŃSKA. Bielsko-Biała, Alfa-Medica Press 2007, s. 540–546; J. SZUMSKA: *Neurofizjologiczne podstawy zaburzeń mowy u dzieci*. W: *Zaburzenia mowy u dzieci...*, s. 7–17.

<sup>12</sup> G. JASTRZĘBOWSKA: *Istota i klasyfikacja opóźnień rozwoju mowy...*, s. 69–76.

dzenia mózgu, zaburzenia psychiczne, dysfunkcje ruchowe, zaburzenia przemiany materii oraz uszkodzenia obwodowego narządu mowy. Jako czynniki niekorzystne wskazywane są również zaburzenia emocjonalne i nieodpowiednie warunki środowiskowe.

Odnosząc się do typologii zaburzeń rozwoju mowy, w logopedii wyodrębnia się grupę zaburzeń spowodowanych uszkodzeniami centralnego układu nerwowego, w której znajdują się takie jednostki patologii mowy, jak alalia, niedokształcenie mowy o typie afazji oraz afazja dziecięca<sup>13</sup>. Osobną grupę stanowią zaburzenia będące konsekwencją zakłóceń w dojrzewaniu i funkcjonowaniu mózgu, ale nie wynikające z organicznych uszkodzeń: prosty opóźniony rozwój mowy (alalia prolongata) bądź specyficzne zaburzenia rozwoju językowego (SLI). Problemy terminologiczne w obrębie zagadnienia opóźnionego rozwoju mowy dotyczą również przypadków, gdy brak jest uchwytnych przyczyn opóźnienia. Alalia prolongata, czyli, najogólniej mówiąc, zaburzenia o charakterze pierwotnym, są niekiedy utożsamiane z zaburzeniami rozwoju językowego spowodowanymi dysfunkcjami neurologicznymi<sup>14</sup>, a czasem traktowane jako odrębna jednostka. W świetle obowiązujących standardów postępowania logopedycznego należy różnicować zaburzenia rozwoju mowy o charakterze organicznym i zaburzenia nieorganiczne<sup>15</sup>.

Wśród objawów ORM w literaturze wymienia się najczęściej: późny start mowy<sup>16</sup>, uboższy niż u rówieśników bez zaburzeń językowych słownik bierny i czynny, w aspekcie ilościowym oraz jakościowym<sup>17</sup>, ubogą strukturę gramatyczną wypowiedzi oraz dłużej niż w normie utrzymujące się w wypowiedziach dziecięcych nieprawidłowe struktury gramatyczne, zaburzenia artykulacji – wymowa charakterystyczna dla wcześniejszego wieku rozwojowego<sup>18</sup> oraz nieprawidłowości semantyczne.

Zasady i metody terapii dzieci z opóźnionym rozwojem mowy, podobnie jak definicje oraz kryteria diagnostyczne tego zaburzenia nie zostały dotychczas ujednolicone i jasno opisane. Brak jest zgody wśród autorów co do sposobów klasyfikowania ORM w typologiach zaburzeń mowy. Mnogość przyczyn wywołujących

<sup>13</sup> J. PANASIUK: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*. „Logopedia” 2008, t. 37, s. 69–88.

<sup>14</sup> Zob. E. DREWNIĄK-WOŁOZ, A. PALUCH: *Niedokształcenie mowy o typie afazji – rozważania nad kryteriami diagnozy*. „Logopeda” 2009, t. 1 (7), s. 90–99.

<sup>15</sup> J. PANASIUK: *Standard postępowania logopedycznego...*, s. 71; J. STASIAK: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii prolongaty*. „Logopedia” 2008, t. 37, s. 39–57.

<sup>16</sup> Z. KORDYL: *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*. Warszawa, PWN 1968; H. SPIONEK: *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne...*; M. ZALEWSKA: *Dziecko z zespołem prostego opóźnienia rozwoju mowy...*

<sup>17</sup> T. GAŁKOWSKI: *Dzieci specjalnej troski*. Warszawa, Wiedza Powszechna 1972; H. SPIONEK: *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne...*; M. ZALEWSKA: *Dziecko z zespołem prostego opóźnienia rozwoju mowy...*

<sup>18</sup> H. SPIONEK: *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne...*

ORM prowadzi do zróżnicowania w terminologii i w konsekwencji do pewnej dowolności w jej stosowaniu. Opóźniony rozwój mowy jest więc zaburzeniem, które wymaga dokładnego przeanalizowania i uporządkowania definicyjnego.

Na potrzeby niniejszej pracy traktuję ORM jako oddzielną jednostkę diagnostyczną i pojęcia tego używam zamiennie z terminem „alalia prolongata” bądź „prosty opóźniony rozwój mowy”.

W związku z zaprezentowanym stanem badań rysuje się wiele problemów badawczych dotyczących alalii prolongaty oraz normy rozwoju mowy. Przede wszystkim pojawia się pytanie, jaki jest stan rozwoju sprawności językowych dzieci rozwijających się prawidłowo i dzieci z opóźnionym rozwojem mowy. Kolejnym problemem badawczym jest określenie kryteriów diagnozy logopedycznej rozwoju mowy dziecka, w tym kryteriów językowych branych pod uwagę w ocenie gotowości szkolnej dziecka sześciolatniego. Ponadto należy wskazać konieczność stworzenia jasnego opisu opóźnionego rozwoju mowy (alalii prolongaty) jako odrębnej jednostki patologii mowy ze względu na stan sprawności językowych oraz ze względu na przyczyny występowania tego zaburzenia, a także potrzebę określenia wpływu obecnych warunków społeczno-kulturowych na rozwój mowy dziecka w kontekście dotychczasowego stanu badań. Najważniejsze natomiast jest wypracowanie skutecznych metod terapii dziecka z opóźnionym rozwojem mowy oraz metod stymulacji rozwoju języka dziecka przedszkolnego.

## **Metodologia badania alalii prolongaty – propozycja własna**

W podrozdziale zostały przedstawione najważniejsze założenia badawcze przyjęte w proponowanej metodologii opisu sprawności językowych dzieci z opóźnionym rozwojem mowy oraz dzieci w normie biologicznej. Wyniki badań zostaną opublikowane w późniejszym terminie, obecnie zbierany jest materiał badawczy. Całościowy opis badań, wyniki oraz implikacje diagnostyczno-terapeutyczne zostaną zamieszczone w pracy doktorskiej.

### **Teoretyczne podstawy badań**

Na potrzeby badań dotyczących oceny stanu sprawności językowych dzieci z opóźnionym rozwojem mowy oraz dzieci w normie biologicznej przyjęte zostały określone definicje następujących pojęć: język, sprawności językowe, norma i opóźnienie rozwoju mowy.

Zgodnie z założeniami językoznawstwa strukturalistycznego należy rozróżniać pojęcia: język, mowa i mówienie. Ferdinand de Saussure zdefiniował język



jako system znaków i reguł ich tworzenia, który nie może być wytworem pojedynczego człowieka, jest pewną abstrakcją, która urzeczywistnia się w indywidualnych aktach werbalnych (mówieniu). Na pojęcie mowy (*langage*) składają się więc dwa jej aspekty – język (*langue*) i mówienie (*parole*). Saussure odróżniał język jako zjawisko społeczne i abstrakcyjne oraz mówienie jako zjawisko jednostkowe i konkretne. Język istnieje zarówno w systemie, jak i w tekście, mówienie zaś dotyczy tylko tekstu. Poza tym mówienie jest procesem, język zaś jest i procesem, i tworem. Obydwa elementy tej relacji wzajemnie się warunkują, w ten sposób, że mówienie jest realizacją (indywidualną i konkretną) języka, który z kolei jest ideą (abstrakcyjną i społeczną) mówienia. Język w terminologii strukturalistycznej oznacza w zasadzie system gramatyczny, na który składają się podsystemy: fonologiczny, morfologiczny i składniowy, oraz system leksykalno-semantyczny. W rozumieniu de Saussure'a język funkcjonuje na podstawie reguł osi syntagmatycznej (styczność w czasie i przestrzeni) i paradygmatycznej (podobieństwo znaków)<sup>19</sup>.

Definicja sprawności językowych została przyjęta za Stanisławem Grabiasem. Badacz określił kompetencje jako wiedzę, która nie może pojawić się w umyśle bez określonych sprawności. Sprawności zaś to umiejętności, które nie będą mogły się ujawnić bez wcześniejszego nabycia kompetencji. Kompetencja językowa to nieświadomiana wiedza, tkwiąca w umyśle człowieka, dotycząca budowania sensownych i gramatycznie poprawnych zdań. O prawidłowym jej opanowaniu decydują odpowiednie uwarunkowania biologiczne: słuch fizyczny, słuch fonematyczny, słuch prozodyczny, mobilność mózgu i wydolność pamięci, funkcjonowanie obwodowego układu nerwowego, działanie mięśniowych i kostnych układów narządów mowy. Kompetencje wynikają więc z centralnych i obwodowych możliwości biologicznych człowieka, ale też ujawniają się bezpośrednio w sferze społecznej<sup>20</sup>. Zgodnie z przyjętą definicją języka, sprawności językowe oznaczają w zasadzie językową sprawność systemową. Jest to umiejętność budowania zdań gramatycznie poprawnych<sup>21</sup>. W obrębie sprawności systemowej mieści się kilka sprawności cząstkowych, semantycznych i pragmatycznych, odnoszących się do poziomu morfemu, wyrazu i zdania. W związku z tym w badaniach sprawności językowych zostaną uwzględnione następujące sprawności cząstkowe: fonologiczno-fonetyczna, morfologiczna oraz składniowa.

Norma rozwoju, po pierwsze, to ogólnie te osiągnięcia w zakresie poszczególnych funkcji, które można zaobserwować u większości dzieci w danym wieku<sup>22</sup>.

<sup>19</sup> F. DE SAUSSURE: *Kurs językoznawstwa ogólnego*. Przeł. K. KASPRZYK. Warszawa, PWN 1961.

<sup>20</sup> S. GRABIAS: *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2003.

<sup>21</sup> Ibidem.

<sup>22</sup> H. NARTOWSKA: *Różnice indywidualne czy zaburzenia rozwoju dziecka przedszkolnego*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1980.

Po drugie, dzieci w normie biologicznej zakwalifikowane do grupy badawczej to dzieci bez zaburzeń w rozwoju ogólnym, które w ocenie ich rodziców i nauczycieli rozwijały i rozwijają się prawidłowo, w tym pod względem językowym, co znaczy, że posiadają wspomniane odpowiednio ukształtowane sprawności biologiczne decydujące o prawidłowym opanowaniu języka. Sprawności językowe dzieci w normie biologicznej zostaną zweryfikowane w toku badań.

Alalia prolongata traktowana jest jako odrębna jednostka patologii mowy. Problem stanowi tu zaburzenie procesu uczenia się języka od samego początku jego nabywania. Należy ją rozumieć jako:

[...] deficyt językowy i komunikacyjny, niebędący konsekwencją innych ograniczeń zdolności psychofizycznych dziecka, tj. uszkodzeń w obrębie centralnego układu nerwowego, defektów narządów zmysłu (słuch fizyczny w normie), nieprawidłowości w budowie i funkcjonowaniu aparatu artykulacyjnego, całościowych zaburzeń rozwojowych (np. autyzm) oraz znacznego ogólnego upośledzenia zdolności intelektualnych (choć u dzieci tych możliwy jest dolny próg normy intelektualnej). Jako takie, należy różnicować je z opóźnieniem rozwoju mowy i języka rozumianym jako symptom rozmaitych wad i zaburzeń rozwojowych, np. upośledzenia umysłowego czy niedosłuchu<sup>23</sup>.

Alalię prolongatę należy różnicować z takimi jednostkami patologii mowy, jak: niedokształcenie mowy o typie afazji motorycznej, niedokształcenie mowy o typie afazji sensorycznej, dyslalia, dysglosja, mutyzm, zaburzenia mowy w autyzmie, zaburzenia rozwoju mowy i języka spowodowane upośledzeniem umysłowym bądź niedosłuchem/głuchotą.

U małych dzieci trudno jest odróżnić opóźnienie rozwoju mowy pochodzenia organicznego od alalii prolongaty. Objawy są bardzo podobne, jednak wyróżnia się kryteria różnicujące: w alalii prolongacie dzieci przekraczają każdy etap rozwoju mowy tak, jak dzieci zdrowe, tylko z kilkuletnim opóźnieniem, natomiast w alalii i niedokształceniu mowy o typie afazji nie następuje płynne przechodzenie z jednej fazy rozwoju mowy w drugą. Dodatkowym czynnikiem różnicującym jest dynamika ustępowania zaburzeń. U dzieci bez neurologicznych uszkodzeń można zaobserwować znaczną poprawę sprawności językowych pod wpływem prowadzonej terapii, natomiast usprawnianie mowy u dzieci z organicznymi zmianami w mózgu jest długotrwałym i mniej efektywnym procesem<sup>24</sup>. Jeżeli u dziecka po ukończeniu 5. roku życia nadal utrzymują się objawy ORM należy podejrzewać istnienie konkretnej ich przyczyny.

Zaburzenia organiczne i nieorganiczne powodujące ORM nie były dotychczas oddzielane przez wszystkich badaczy. W badaniu sprawności językowych dzieci zaburzenia rozwoju mowy o charakterze organicznym i zaburzenia nieorganiczne

<sup>23</sup> J. STASIAK: *Standard postępowania logopedycznego...*, s. 51.

<sup>24</sup> J. PANASIUK: *Standard postępowania logopedycznego...*, s. 72.

będą różnicowane. Do badań zostaną zakwalifikowane dzieci bez organicznych uszkodzeń mózgu i innych zaburzeń całościowych.

Podstawowym objawem alalii prolongaty jest późny start mowy (pojawienie się pierwszych wyrazów w słowniku dziecka można zaobserwować dopiero pod koniec 2. lub w 3. roku życia). Opóźnienie rozwoju mowy może dotyczyć zarówno ekspresji, jak i rozumienia mowy. Zaburzenie przejawia się w postaci całkowitego braku mowy lub opóźnienia w nabywaniu poszczególnych sprawności językowych, a także nieprawidłowości w zakresie różnych podsystemów języka (fonetyczno-fonologicznego, leksykalno-semantycznego, syntaktycznego, tekstowego). W konsekwencji mogą wystąpić trudności w czytaniu oraz opanowaniu poprawnej pisowni, zaburzenia w relacjach międzyludzkich, w zachowaniu oraz zaburzenia emocjonalne<sup>25</sup>.

Podkreśla się brak uchwytnych przyczyn prostego opóźnionego rozwoju mowy. Ustalając etiologię zjawiska, najczęściej wskazuje się na występowanie czynnika dziedzicznego, zakłóceń w dojrzewaniu układu neurologicznego dziecka w obrębie obszarów korowych lewej półkuli mózgu (powolną mielinizację włókien nerwowych), chorób dziecka w okresie przed-, około- i poporodowym do 1., 2. roku życia oraz brak stymulacji językowej<sup>26</sup>.

### Przedmiot i cel badań

Przedmiotem badań jest ocena stanu sprawności językowych u dzieci w normie biologicznej i z opóźnionym rozwojem mowy. Ocenie zostaną poddane sprawności fonologiczno-fonetyczne, morfologiczne (leksykalne, słowotwórcze, fleksyjne) oraz składniowe badanych dzieci.

Celem badań jest dokonanie analizy stanu rozwoju sprawności językowych u dzieci w normie biologicznej oraz u dzieci z opóźnionym rozwojem mowy. Porównanie wyników badań dzieci rozwijających się prawidłowo pod względem językowym oraz dzieci z ORM wykaże, w jakim stopniu rozwój językowy u tych dzieci różni się oraz jakie mogą występować dysproporcje w rozwoju językowym u dzieci w tym samym wieku. Wyniki badań pozwolą na ocenę aktualności obowiązujących norm rozwoju mowy dziecka.

Badania w istotny sposób przyczynią się do określenia kryteriów diagnozy logopedycznej rozwoju mowy dziecka. Pozwolą na wnioskowanie na temat możliwych przyczyn ORM u dzieci, u których etiologia opóźnienia jest trudna do ustalenia. Analiza badań przyniesie odpowiedź na pytanie, czy opóźnienie rozwoju mowy u dzieci może się wyrównać samoistnie bądź pod wpływem terapii i czy jest tak w każdym przypadku. Badania przyczynią się do ustalenia prawidłowości

<sup>25</sup> J. STASIAK: *Standard postępowania logopedycznego...*, s. 51.

<sup>26</sup> *Ibidem*.

wego postępowania terapeutycznego u dzieci z ORM – dadzą odpowiedź na pytanie, czy wystarczy stymulować rozwój językowy takich dzieci czy też konieczne jest prowadzenie intensywnej terapii logopedycznej.

Problem oceny sprawności językowych u dzieci w normie biologicznej i z opóźnionym rozwojem mowy nie był do tej pory w literaturze szeroko opisywany. Zbadanie problemu i analiza wyników są szczególnie ważne, biorąc pod uwagę m.in. reformę szkolnictwa, w rezultacie której decyzją rodziców edukację szkolną rozpoczynają już niektóre dzieci sześćioletnie. Nowe ustalenia badawcze mogą wpłynąć na ocenianie gotowości szkolnej dziecka.

Wyniki badań pozwolą opracować jasny opis opóźnionego rozwoju mowy bez uchwytnego czynnika etiopatogenetycznego, przyczynią się do określenia możliwych przyczyn tego opóźnienia oraz dadzą możliwość głębokiej refleksji na temat skutecznych metod terapii w tej jednostce patologii mowy.

### Hipotezy badawcze

W związku ze stanem badań nad opóźnionym rozwojem mowy i normą rozwoju mowy dziecka oraz przyjętymi założeniami teoretycznymi przyjęto następujące hipotezy badawcze:

- Występują różnice w stanie sprawności językowych u dzieci w normie biologicznej i u dzieci z opóźnionym rozwojem mowy.
- Dzieci z opóźnionym rozwojem mowy, mimo ukończenia 6. roku życia, nie opanowują w pełni językowej sprawności systemowej.
- Istnieje określona przyczyna opóźnionego rozwoju mowy, którego objawy utrzymują się w 6. roku życia.
- Nieukończone kształtowanie się językowej sprawności systemowej powoduje w konsekwencji trudności w nauce szkolnej.

### Charakterystyka grupy badawczej

Badaniami objęta zostanie grupa 15 dzieci, dziewczynek i chłopców w wieku 6 lat uczęszczających do przedszkola, u których stwierdzono opóźniony rozwój mowy, oraz analogiczna grupa dzieci rozwijających się prawidłowo pod względem językowym.

Do pierwszej grupy dzieci będą kwalifikowane według następujących kryteriów:

- zdiagnozowane opóźnienie rozwoju mowy, niskie sprawności językowe w różnych obszarach języka (wolniejszy rozwój leksykalny, zdolności fonologiczne, morfologiczne, semantyczne, narracyjne poniżej normy) na podstawie wydanej opinii nauczyciela przedszkola;

- prawidłowy słuch (repcja słuchowa);
- iloraz inteligencji w normie;
- brak oznak zaburzeń napadowych, porażenia mózgowego, uszkodzeń mózgu w obrazie klinicznym – prawidłowe EEG;
- brak symptomów zaburzeń ze spektrum autyzmu;
- prawidłowa socjalizacja.

Druga grupa będzie składała się również z 15 dzieci, dziewczynek i chłopców w wieku 6 lat uczęszczających do przedszkola, które rozwijają się prawidłowo pod względem językowym. Do tej grupy będą kwalifikowane dzieci, w przypadku których, według nauczycieli i rodziców, nie można stwierdzić przesłanek wskazujących na konieczność odroczenia obowiązku szkolnego. Dzieci te zostały zakwalifikowane jako gotowe do rozpoczęcia nauki w szkole. Dzieci będą dokładnie dobrane ze względu na wiek kalendarzowy (rok i miesiąc życia) oraz charakterystykę społeczną, aby możliwe było ich porównanie do dzieci z opóźnionym rozwojem mowy.

### Procedura badania i narzędzia badawcze

Badanie sprawności językowych dzieci w normie biologicznej i dzieci z opóźnionym rozwojem mowy zostanie przeprowadzone na terenie przedszkoli. Każde badanie będzie obejmowało wywiad z opiekunem dziecka, opis obserwacji zachowania badanego dziecka oraz jego sposoby porozumiewania się z otoczeniem, wstępne ogólne badanie logopedyczne, a także ocenę poszczególnych sprawności językowych. Na podstawie wywiadu zostaną ustalone: szczegółowe dane o psychofizycznym rozwoju dziecka, dane na temat uwarunkowań genetycznych i środowiskowych, dynamika dotychczasowego rozwoju mowy, charakter zaburzeń językowych oraz czynników towarzyszących opóźnieniom rozwoju mowy. Czynności, które zostaną poddane obserwacji, to: zachowanie się dziecka, sposoby inicjowania kontaktu i metody komunikowania z otoczeniem, zdolność koncentracji uwagi, przejawy reakcji emocjonalnych oraz komunikacja niewerbalna. Ogólne badanie logopedyczne będzie miało na celu m.in. ocenę budowy i funkcjonowania aparatu artykulacyjnego, oddechu, fonacji, percepcji słuchowej oraz recepcji słuchowej (wykonanie orientacyjnego badania słuchu w przypadku braku wyników badań audiologicznych). Dodatkowo analizie zostaną poddane wyniki badań specjalistycznych oraz opinii psychologiczno-pedagogicznych.

Procedura badawcza w przypadku dzieci z ORM oraz dzieci w normie biologicznej będzie identyczna. Badania będą odbywały się w osobnym pomieszczeniu (gabinecie logopedycznym), a w dokumentowaniu zostanie zastosowana technika cyfrowa.

Każdorazowe spotkanie z dzieckiem będzie miało charakter rozmowy swobodnej oraz rozmowy kierowanej prowadzonej na podstawie przygotowanego

przez badającego materiału ilustracyjnego (obrazków sytuacyjnych) dotyczącego pięciu kręgów tematycznych. Tematy zostały dobrane tak, aby jak najpełniej odpowiadały doświadczeniom dziecka sześciolatniego:

1. Dom i rodzina.
2. Przedszkole.
3. Inne instytucje społeczne (szkoła, sklep, przychodnia, kino).
4. Otoczenie – pory roku i zjawiska przyrody.
5. Rzeczywistość wyobrażona, bajkowa.

Narzędzie badawcze zawiera łącznie 16 ilustracji oraz scenariusze rozmowy kierowanej w każdej kategorii tematycznej. W scenariuszach znajdują się pytania z podkategorii ogólnych (związanych z wiedzą dziecka o świecie) i szczegółowych (dotyczących danego pola semantycznego) oraz pytania związane z osobistymi doświadczeniami badanego dziecka (np. opis własnego domu czy przedszkola). Pytania zostały ułożone zgodnie ze strukturą pojęciową słowa z danej kategorii według *Słownika języka polskiego* PWN oraz *Słownika języka polskiego* pod redakcją Witolda Doroszewskiego<sup>27</sup>. Pytania ze scenariusza zostaną zadane podczas rozmowy kierowanej z dzieckiem, o ile wcześniej dziecko spontanicznie nie udzieli danej odpowiedzi. Scenariusze stworzono po to, aby zobiektywizować wyniki badania, w szczególności dotyczące słownictwa dzieci.

Badanie doprowadzi do zebrania swobodnych wypowiedzi dziecięcych, które następnie zostaną poddane analizie. Taki sposób badania, polegający na zarejestrowaniu spontanicznych i kierowanych wypowiedzi dzieci na dany temat, zobiektywizuje ocenę sprawności językowych dziecka i da możliwość pełnego ich opisu na poziomie wszystkich podsystemów języka. Taka formuła badania jest najbardziej korzystna również ze względu na różny poziom funkcjonowania językowego dzieci obu grup.

Ze względu na rozmaite czynniki związane z różnicami osobniczymi dzieci (np. czas nawiązania kontaktu z badającym) oraz nieokreślony limit czasowy przeznaczony na wykonanie przewidzianych zadań badanie zostanie rozłożone w czasie, ale nie będzie przekraczało okresu trzech miesięcy.

Procedura badania umożliwi zgromadzenie materiału, który da podstawy do oceny możliwości językowych dzieci oraz do przeprowadzenia pełnej diagnozy, zarówno pozytywnej (jakimi sprawnościami dzieci dysponują), jak i negatywnej (stopień i rodzaj zaburzeń).

---

<sup>27</sup> *Słownik języka polskiego*. PWN. <http://sjp.pwn.pl/> [data dostępu: 12.09.2016]; *Słownik języka polskiego*. Red. nac. W. DOROSZEWSKI. T. 1–4. Warszawa, Wiedza Powszechna 1958–1962. T. 5–11. Warszawa, PWN 1963–1969. Wersja elektroniczna: <http://www.sjpd.pwn.pl/>.

### Metoda analizy materiału empirycznego

Korpus tekstów pozyskanych w trakcie badań zostanie zarejestrowany, a następnie poddany transkrypcji i analizie. Zgodnie ze standardem logopedycznego postępowania diagnostycznego dziecka z zaburzeniami rozwoju mowy i języka analiza obejmie poddanie ocenie takich czynności w obrębie językowej sprawności systemowej, jak:

- realizacja podsystemu fonologiczno-fonetycznego: ocena poziomu suprasegmentalnego – prozodii oraz poziomu segmentalnego – inwentarza fonemów (poziom paradygmaticzny), poprawności ciągu wypowiedzeniowego (poziom syntagmaticzny);
- realizacja podsystemu morfologicznego: ocena funkcjonowania kategorii słowotwórczych w języku dziecka, występowania form fleksyjnych różnych części mowy, udziału poszczególnych kategorii fleksyjnych i określenie, w jaki sposób są one w języku reprezentowane;
- realizacja jednostek leksykalno-semantycznych: określenie zasobu słownictwa czynnego w obrębie ustalonych kręgów tematycznych, ustalenie frekwencji poszczególnych części mowy w obrębie słownika czynnego, uporządkowanie słownictwa według pól leksykalno-semantycznych;
- realizacja podsystemu składniowego: ocena zebranego materiału językowego pod względem rodzaju wypowiedzeń, z zachowaniem rozróżnienia na typy wypowiedzi.

Wypowiedzi zarejestrowane w czasie spotkań z badanymi dziećmi będą podstawą wnioskowania o stanie ich sprawności językowych w realizacji jednostek systemu językowego na poszczególnych poziomach jego organizacji.

### Egzemplifikacja

Zgodnie z przedstawioną metodologią dokonano analizy przypadku sześciolatniego Oskara z opóźnionym rozwojem mowy. Chłopiec uczęszcza do przedszkola, pochodzi z pełnej rodziny, ma młodszego brata. Pomimo ograniczeń w zakresie sprawności językowych jest chłopcem wesołym i towarzyskim, lubianym przez kolegów i koleżanki. Z powodu utrzymujących się zaburzeń mowy i prognozowanych możliwości wystąpienia trudności szkolnych uczęszcza na terapię logopedyczną.

Badany jest dzieckiem z pierwszej ciąży. Wywiad dotyczący ciąży i porodu nie wykazał nieprawidłowości. Dziecko urodziło się przez cesarskie cięcie. U chłopca nie stwierdzono żadnych wad wrodzonych, rozwijał się prawidłowo pod względem motorycznym, a rozwój mowy od samego początku przebiegał nieprawidłowo. Z wywiadu z matką wynika, że chłopiec został objęty terapią logopedyczną w wieku 3 lat (od czasu, gdy zaczął uczęszczać do przedszkola)

ze względu na opóźniony rozwój mowy. Chłopiec uczestniczył jednak w terapii niesystematycznie.

Oskar został poddany obserwacji, a następnie wstępnemu badaniu logopedycznemu, zgodnie z opisaną w artykule procedurą. Dodatkowo przeanalizowano bądź przeprowadzono kilka dodatkowych badań specjalistycznych. U chłopca nie zaobserwowano objawów autyzmu ani upośledzenia umysłowego, wynik badania słuchu (audiometrii tonalnej) był prawidłowy. Budowa aparatu artykulacyjnego również nie budziła zastrzeżeń. Badanie aktywności funkcjonalnych mózgu (EEG) nie wykazało zmian napadowych, zgodnie z opinią neurologa dziecko nie wymagało dalszej poszerzonej diagnostyki neurologicznej. Z opinii nauczyciela przedszkola wynikało, że dziecko ma opóźniony rozwój mowy. Wstępne badanie logopedyczne wykazało opóźnienia rozwoju mowy w różnych obszarach języka. Ze względu na brak obciążeń w wywiadzie oraz prawidłowe wyniki badań specjalistycznych u dziecka został zdiagnozowany prosty opóźniony rozwój mowy (alalia prolongata).

Właściwe badanie zostało przeprowadzone w przedszkolu w gabinecie logopedycznym w czasie trzech kilkudziesięciminutowych spotkań. Spotkania obejmowały rozmowę kierowaną oraz rozmowę opartą na materiale ilustracyjnym z pięciu kręgów tematycznych.

W egzemplifikacji przedstawiono analizę wypowiedzi dziecka na temat jednego z kręgów tematycznych: dom i rodzina. Zebrany materiał językowy został utrwalony na dysku dyktafonu cyfrowego, a następnie transkrybowany. Całość transkrypcji (łącznie z wypowiedziami badającego) liczy cztery strony maszynopisu.

### Realizacja podsystemu fonologiczno-fonetycznego

W obrębie podsystemu fonologiczno-fonetycznego poddano ocenie poziom segmentalny. Oceny dokonano na podstawie całości materiału językowego zebranego podczas badania. Analiza wykazała brak niektórych fonemów w inwentarzu badanego dziecka, nieutraloną realizację fonemów oraz zaburzenia poprawności ciągu wypowiedziowego.

Badanie ujawniło u chłopca następujące zaburzenia artykulacji:

- parasygmatyzm – nieutralona realizacja szeregu szumiącego, tj. zastępowanie niektórych głosek szumiących głoskami syczącymi, np. *descem* (deszczem), *moze* (może), *sceguami* (szczegółami), *ksyvo* (krzywo), *safka* (szafka);
- pararotacyzm – głoska [r] zastępowana głoską [l], np. *klajax* (krajach), *dlevna* (drewna), *plosto* (prosto), *komputel* (komputer), *palufka* (parówka);
- zamiana niektórych głosek dźwięcznych na ich bezdźwięczne odpowiedniki, np. *tom* (dom), *plat* (brat).

Sporadycznie występują nieregularne substytucje innych głosek. Brak opanowania poprawnej wymowy wszystkich głosek przez dziecko w wieku 6 lat świadczy o opóźnionym rozwoju artykulacji.



Analiza wypowiedzi chłopca wykazuje również zaburzenia syntagmatyczne, zarówno ilościowe – redukcje grup spółgłoskowych (np. sprzątam – *psontam*, pszczoły – *pcouy*), jak i jakościowe – upodobnienia (np. wyglądać – *vydlondać*, kanapa – *kamapa*, kanapki – *kamapk'i*). Niektóre przekształcenia postaci fonologiczno-fonetycznej wyrazów mają uwarunkowania kontekstowe (wpływ sąsiedztwa fonetycznego), w przypadku innych trudno o takie uzasadnienie. Realizacja wyrazów przez chłopca w różnym stopniu odbiega od ich postaci syntagmatycznej. W wyrazach, które w swojej budowie zawierają grupy spółgłoskowe, obserwuje się różnego rodzaju uproszczenia i przekształcenia. Dźwięki w określonych pozycjach ulegają substytucji lub są pomijane w następstwie trudności oddawania struktury wyrazu.

Jak wynika z literatury przedmiotu, zaburzenia struktury wyrazu, które są objawem ORM, mają w zasadzie taki sam charakter co zjawiska rozwojowe obserwowane u dzieci młodszych. Jeśli dziecko w starszym wieku przedszkolnym nadal nie jest w stanie wypowiadać grup dwuspółgłoskowych, mamy do czynienia z opóźnieniem w realizacji struktury wyrazu. Redukcja grup spółgłoskowych jest oznaką opóźnienia w rozwoju mowy<sup>28</sup>.

### Realizacja podsystemu morfologicznego

W obrębie podsystemu morfologicznego dokonano oceny występowania w wypowiedziach badanego chłopca form fleksyjnych różnych części mowy. Analiza materiału empirycznego objęła wykładniki obu kategorii fleksyjnych języka polskiego – werbalnych (czas, aspekt, tryb, strona, osoba) oraz imiennych (przypadek, liczba, rodzaj gramatyczny). W opisie uwzględniono także imiesłowy oraz kategorię stopnia przymiotników i przysłówków<sup>29</sup>.

Analizę realizacji kategorii gramatycznych przez chłopca w ramach podsystemu morfologicznego przedstawiono w tabeli 1. Obok wyszczególnionych kategorii gramatycznych zamieszczono w niej przykłady ich poprawnego oraz błędnego użycia w tekście uzyskanym podczas badania (wypowiedzi chłopca oznaczono kursywą). Dla czytelności opisu posłużono się pismem półfonetycznym.

W wypowiedziach chłopca nie odnotowano błędnego użycia kategorii czasu, natomiast zwraca uwagę fakt braku zarejestrowania form czasu przyszłego oraz przeszłego. Przyszłość ujmowana jest gramatycznie jedynie w czasownikowej formie czasu teraźniejszego, określonej przysłówkami (np. *później jem*). Forma aspektowa czasownika również realizowana jest poprawnie, natomiast zdecydowanie częściej występuje aspekt niedokonany czasowników. Oskar realizuje najczęściej

<sup>28</sup> A. SOŁTYS-CHMIELOWICZ: *Zaburzenia artykulacji*. Kraków, Impuls 2008.

<sup>29</sup> Konstruuując podział kategorii gramatycznych w obrębie podsystemu morfologicznego, korzystałam z pozycji R. GRZEGORCZYKOWA, R. LASKOWSKI, H. WRÓBEL: *Gramatyka współczesnego języka polskiego. Morfologia*. Warszawa, PWN 1984.

TABELA 1. Analiza realizacji podsystemu morfologicznego przez badane dziecko

Kategoria gramatyczna		Wypowiedzi dziecka	
		przykład poprawnego użycia	przykład błędnego użycia
Czas	przeszły	–	–
	teraźniejszy	<i>Tam jest łóska i zabawki</i>	
	przyszły	–	
Aspekt	dokonany	<i>popsątać</i>	–
	niedokonany	<i>zapalać</i>	
Tryb	rozkazujący	–	–
	przypuszczający	<i>Dzieci mogą iść się bawić</i>	
	oznajmujący	<i>Psątam i później jem i idziemy</i>	
Strona	bierna	–	<i>Myję [myje się] – zamiana strony zwrotnej na czynną</i>
	czynna	<i>Ja lubię najbaldziej jeść spaghetti</i>	
	zwrotna	<i>Możemy się bawić</i>	
Osoba	bezokolicznik	<i>Lodzina to można się kochać</i>	<i>Blok wygląda może ksywo albo plosto [wyglądać może] – zamiana bezokolicznika na osobową formę czasownika</i>
	osobowa forma czasownika	1. os.: <i>Psątam i później jem [...]</i> 2. os.: – 3. os.: <i>Mama nie pozwala</i>	
Przypadek	mianownik	<i>Dom jest saly</i>	<i>Wiecolem kolacją możemy jeść tylko inne rzeczy – zamiana biernika na narzędnik. Jem lano palówka – użycie mianownika zamiast biernika. Jeszcze można z dziećmi zostać – nieprawidłowa forma narzędnika</i>
	dopełniacz	<i>Nie można nutelli jeść</i>	
	celownik	<i>Nie pseskadzać tacie albo mamie</i>	
	biernik	<i>Mozna jeszcze zapalać światło</i>	
	narzędnik	<i>Tak, z balonikami</i>	
	miejszczownik	–	
	wołacz	–	
Liczba	pojedyncza	<i>kuchnia, telewizol, jem</i>	<i>Może się znajdować jeszcze inne rzeczy; Może być płatki [mogą] – zamiana liczby mnogiej na pojedynczą. Blat i blat [dwóch braci]</i>
	mnoga	<i>pokoje, zabawki, bajki, rzeczy, mogą, idziemy</i>	

Rodzaj	męskoosobowy	<i>chłopcyk, wujek</i>	–
	męskożywotny	<i>piesek, kotek</i>	
	męskonieżywotny	<i>dom, dach</i>	
	żeński	<i>mama, kuchnia</i>	
	nijaki	<i>dziecko, łóska</i>	
Forma imiesłowu	–	–	–
Formacje gradacyjne	stopień równy	<i>zielony, inny, ksywo, plosto</i>	–
	stopień wyższy	<i>później</i>	
	stopień najwyższy	–	

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

formy trybu oznajmującego (w reakcji na zadawane przez badającego pytania). Tryb przypuszczający pojawia się jedynie sporadycznie, nie odnotowano użycia trybu rozkazującego. W wypowiedziach chłopca występuje tendencja do użycia form strony czynnej. W formach strony zwrotnej występuje często redukcja morfemu zwrotnego, przez co formy te strukturalnie przyjmują postać strony czynnej (*myję* zamiast „*myję się*”). Realizując kategorię gramatyczną osoby, chłopiec stosuje zarówno osobowe, jak i nieosobowe formy czasownika, bezokolicznik bywa zastępowany przez formę osobową czasownika. W uzyskanym w badaniu materiale językowym pojawiły się liczne agramatyzmy związane z realizacją gramatycznej kategorii przypadku oraz liczby. Formy rodzajowe, a także formy stopnia stosowane są prawidłowo (aczkolwiek wystąpiły prawie wyłącznie przymiotniki i przysłowki w stopniu równym). Nie odnotowano wystąpienia imiesłowowych form czasownika.

Analiza uzyskanego w badaniu tekstu wykazała, że spontaniczne wypowiedzi chłopca nie są poprawne pod względem gramatycznym. Problemy sprawiają mu złożone konstrukcje fleksyjne, a także przyimkowe (np. *na Polsce* zamiast „*w Polsce*”). Posługując się formami fleksyjnymi, Oskar stosuje minimalne środki morfologiczne. Dominują wyrazy w uniwersalnych formach (są to zwykle formy mianownikowe rzeczowników i formy 3. osoby liczby pojedynczej czasu teraźniejszego czasowników). W procesie różnicowania i dopasowywania form wyrazowych chłopiec stosuje często metodę prób i błędów.

### Realizacja podsystemu składniowego

Analizując podsystem składniowy, wyróżniono rodzaje wypowiedzi używanych przez badanego chłopca. Skorzystano z istniejącego w polskiej tradycji składniowej podziału wypowiedzi na werbalne (czasownikowe) – zdania oraz

niewerbalne (nieczasownikowe) – wypowiedzenia niezdaniowe<sup>30</sup>. W obrębie zdań wyróżniono zdania pojedyncze oraz złożone podrzędnie i współrzędnie. Do analizy wykorzystano całość zebranego podczas badania materiału językowego. Udział w nim poszczególnych wypowiedzeń prezentuje tabela 2 oraz wykres 1. W tabeli każdy rodzaj wypowiedzenia opatrzono przykładem.

TABELA 2. Analiza realizacji podsystemu składniowego przez badane dziecko

Rodzaj wypowiedzenia	Wypowiedź dziecka (przykład)	Liczba wypowiedzeń	Udział procentowy
Wypowiedzenie niezdaniowe	<i>Tort i picie</i>	28	46%
Zdanie pojedyncze	<i>Świętują urodziny</i>	24	39%
Zdanie złożone współrzędnie	<i>Psątam i później jem i idziemy</i>	8	13%
Zdanie złożone podrzędnie	<i>W psepokoju można się bawić i można jeszcze zapalać światło w nocy, jak jest ciemno</i>	1	2%
<i>Razem</i>		61	100%

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.



WYKRES 1. Udział poszczególnych rodzajów wypowiedzeń w materiale językowym uzyskanym od badanego dziecka

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

W wypowiedziach Oskara wynotowano najwięcej wypowiedzeń niezdaniowych oraz zdań pojedynczych. Niewiele jest zdań złożonych. Wśród nich występują w zdecydowanej większości zdania złożone współrzędnie.

W wypowiedziach chłopca odnotować można niespójności składniowe, czyli tzw. anakoluty, luki lub nagłe zmiany w planie treści, przerwy oraz pauzy wypełnione przypadkową substancją językową, powtarzaniem lub wyrażeniami o dodat-

<sup>30</sup> S. JODŁOWSKI: *Podstawy polskiej składni*. Warszawa, PWN 1977, s. 35.

kowej funkcji metakomunikatywnej. Uderza przy tym przewaga łączy współrzędnych nad podrzędnymi, brak precyzji w oddawaniu relacji semantycznych, operowanie licznymi wyznacznikami nawiązania do sytuacji lub kontekstu. Takie cechy wypowiedzi świadczą o niskich zdolnościach narracyjnych i językowych.

O zaburzeniach składni w przypadku opóźnionego rozwoju mowy pisała Zofia Kordyl. Jak wskazała badaczka, przejawiają się one tym, że budowane przez dzieci zdania są krótkie i są najczęściej nagromadzeniem kilku słów połączonych związkami wewnętrznymi i sytuacyjnymi. Dużą część wypowiedzi stanowią nie zdania, lecz równoważniki zdań, a jeśli zdania występują, to są one zdaniami prostymi, zawierającymi jedynie podmiot, orzeczenie, przyimek lub przydawkę. Dzieci z ORM mają duże trudności z budowaniem dłuższych wypowiedzi, w zasadzie posługują się zdaniami pojedynczymi, bardzo rzadko lub wcale – zdaniami podrzędnie złożonymi<sup>31</sup>. Analizując przypadek Oskara, można przedstawić podobne spostrzeżenia.

### Realizacja jednostek leksykalno-semantycznych

Oceniając realizację jednostek leksykalno-semantycznych, dokonano specyfikacji ilościowej i jakościowej zebranego materiału. Materiał językowy stanowiła, jak w przypadku oceny realizacji poprzednich podsystemów, transkrypcja nagrania rozmowy kierowanej z dzieckiem oraz rozmowy opartej na materiale ilustracyjnym z kręgu tematycznego: dom i rodzina. W obrębie tego kręgu tematycznego określono zasób słownictwa czynnego dziecka, ustalono frekwencję poszczególnych części mowy w obrębie słownika czynnego oraz tekstu, uporządkowano słownictwo według pól leksykalno-semantycznych.

Słownictwo użyte przez dziecko podczas badania zostało podzielone według kryterium części mowy, wskazano także na liczbę użyć danego słowa w tekście (frekwencję) – w tabeli 3 podana w nawiasach.

W tabeli 4 przedstawiono hierarchię poszczególnych części mowy w słowniku dziecka.

Hierarchia w słowniku Oskara przedstawia następujące proporcje: 48,8% ogółu słownictwa stanowią rzeczowniki, 19,4% – czasowniki, 12,5% – przymiotniki i przysłówki. Razem nazywające części mowy to 80,7% słownika. Na dalszym miejscu sytuują się zaimki (6,2%) oraz morfemy luźne, tj. partykuły, spójniki, przyimki (razem 13,2%). Nie odnotowano żadnych liczebników.

Udział części mowy w strukturze słownika jest analogiczny do kolejności włączania ich do słownika. Najpierw zostają włączone rzeczowniki i czasowniki nazywające konkretne przedmioty i czynności, tych części mowy jest u Oskara najwięcej. Mniej jest natomiast wyrazów nazywających cechy tych przedmiotów i czynności, czyli przymiotników i przysłówek. Następnie w hierarchii znajdują się

<sup>31</sup> Z. KORDYL: *Psychologiczne problemy...*

TABELA 3. Słownictwo badanego dziecka w obrębie kategorii: dom i rodzina

Część mowy	Słowa
Rzeczownik	mama (11), tata (10), dom (5), brat (4), pokój (3), rybka (3), dziecko/dzieci (3), piesek (3), kuchnia (2), zabawki (2), przedpokój (2), rzecz (2), picie (2), łóżko (2), dziewczynka (2), chłopiec/chłopczyk (2), dziadek (2), urodziny (2), kulki (2), praca (2), bajki (2), spaghetti (2), kotek (2), deszcz (1), kraj (1), Polska (1), szczegół (1), dach (1), drewno (1), coś (1), blok (1), telewizor (1), jedzenie (1), łazienka (1), zęby (1), spanie (1), światło (1), noc (1), sypialnia (1), komputer (1), salon (1), kanapa (1), szafka (1), ciuchy (1), kropki (1), rodzina (1), wujek (1), babcia (1), siostrzyczka (1), tort (1), sok (1), miś (1), baloniki (1), przedszkole (1), plac (1), płatki (1), parówka (1), bułka (1), zupa (1), naleśniki (1), kolacja (1), kanapka (1), nutella (1)
Czasownik	można/móc (23), jeść (6), znajdować się (6), iść/chodzić (6), być (5), bawić się (4), myć (2), wyglądać (2), świętować (2), oglądać (2), robić (2), pozwalać (2), sprzątać (2), chować się (1), pić (1), nazywać się (1), mieć (1), zapalać (1), kochać się (1), siedzieć (1), przeszkadzać (1), posprzątać (1), zostać (1), pójść (1), lubić (1)
Zaimek	to (3), tam (3), mój (2), gdzieś (2), tutaj (1), ja (1), kogoś (1), indziej (1)
Przymiotnik	inny (5), niebieski (3), zielony (2), biały (2), szary (2), czarny (1), kremowy (1), pomarańczowy (1), żółty (1), czerwony (1)
Przysłówek	krzywo (1), prosto (1), ciemno (1), rano (1), wieczorem (1), później (1)
Partykuła	jeszcze (8), może (5), nie (4), tak (4), tylko (3), nawet (2), też (1)
Spójnik	albo (33), i (22), jak (1), bo (1)
Przyimek	w (15), na (4), z (4), do (3), u (1), przed (1)

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

TABELA 4. Hierarchia poszczególnych części mowy w słowniku badanego dziecka

Nazwa części mowy	Liczba jednostek	Udział procentowy
Rzeczowniki	63	48,8%
Czasowniki	25	19,4%
Przymiotniki	10	7,8%
Zaimki	8	6,2%
Partykuły	7	5,4%
Przymyki	6	4,7%
Przysłówki	6	4,7%
Spójniki	4	3,1%
Razem	129	100,0%

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

zaimki, potem morfemy luźne. Ustalone zależności w hierarchii części mowy właściwe dla słownika Oskara są więc analogiczne do tych, jakie wynikają z badań nad słownictwem dziecka.

Wszystkie użyte przez chłopca rzeczowniki zostały podzielone według pól leksykalnych. Wyróżniono kilkanaście grup treściowych<sup>32</sup>. W tabeli 5 uporządkowano użyte przez chłopca rzeczowniki według znaczenia.

TABELA 5. Podział użytych przez badane dziecko rzeczowników według pól leksykalnych

Rzeczowniki – grupy treściowe	Użyte rzeczowniki	Liczba słów	Udział procentowy
Nazwy przedmiotów użytkowych	telewizor, komputer, łóżko, kanapa, zabawki, szafka, miś, baloniki, kulki, bajki, kropki	11	17,5%
Określenia potraw i napojów	tort, sok, płatki, parówka, bułka, zupa, spaghetti, naleśniki, kolacja, kanapka, nutella	11	17,5%
Nazwy osób	dziecko/dzieci, dziewczynka, chłopiec/chłopczyk, mama, tata, brat, wujek, babcia, siostrzyczka, dziadek	10	15,9%
Nazwy części domu i otoczenia domowego	kuchnia, pokój, łazienka, przedpokój, dach, sypialnia, salon, plac	8	12,7%
Pojęcia ogólnoklasyfikacyjne i rodzajowe	rodzina, coś, rzecz, szczegół, światło	5	7,9%
Nazwy budynków	dom, blok, przedszkole	3	4,8%
Nazwy zwierząt	rybka, piesek, kotek	3	4,8%
Nazwy czynności	picie, jedzenie, spanie	3	4,8%
Nazwy geograficzne	kraj, Polska	2	3,2%
Nazwy zjawisk społecznych i kulturalnych	praca, urodziny	2	3,2%
Nazwy przetworów i materiałów	drewno	1	1,6%
Nazwy części ciała	zęby	1	1,6%
Określenia czasu	noc	1	1,6%
Nazwy ubrań	ciuchy	1	1,6%
Nazwy zjawisk atmosferycznych	deszcz	1	1,6%
<i>Razem</i>		63	100,0%

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

<sup>32</sup> Podział rzeczowników na kategorie treściowe przyjął za: S. SZUMAN: *Rozwój treści słownika dzieci*. W: *O rozwoju języka i myślenia dziecka*. Red. S. SZUMAN. Warszawa, PWN 1968, s. 19–95.

W słowniku chłopca dominują rzeczowniki o charakterze konkretnym, skupione w różnych grupach treściowych. Zdecydowanie przeważają nazwy osób, nazwy przedmiotów użytkowych oraz określenia potraw i napojów. Niewątpliwie jest to wynik tematyki przyjętej w analizowanej rozmowie z dzieckiem (dom i rodzina). Natomiast słowa z kategorii o najwyższej frekwencji są pomocne w codziennym kontaktowaniu się z najbliższym otoczeniem, wśród nazw osób znajdują się bowiem nazwy np. stopni pokrewieństwa. Inne kręgi tematyczne mają zdecydowanie mniejszą reprezentację w słowniku. Są to np. nazwy zwierząt, budynków. Niewielka liczba rzeczowników abstrakcyjnych w stosunku do konkretnych świadczy o ubogim słownictwie.

Również czasowniki w słowniku chłopca zostały podzielone ze względu na znaczenie<sup>33</sup>, co przedstawiono w tabeli 6.

TABELA 6. Podział użytych przez badane dziecko czasowników ze względu na znaczenie

Czasowniki – grupy treściowe	Użyte czasowniki	Liczba słów	Udział procentowy
Czynne (nazywające czynności, jakie wykonują istoty żywe lub maszyny)	jeść, iść/chodzić, bawić się, myć, świętować, oglądać, robić, sprzątać, chować się, pić, zapalać, przeszkadzać, posprzątać, pójść	14	56%
Stanowe (nazywające stany, w jakich się te istoty lub maszyny znajdują)	znajdować się, być, zostać, mieć, wyglądać, nazywać się, siedzieć	7	28%
Czasowniki nazywające czynności i stany duchowe, psychiczne (których nie zauważamy zmysłami)	można/móc, pozwalać, kochać się, lubić	4	16%
<i>Razem</i>		25	100%

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Dominującą cechą słownictwa u chłopca jest przewaga czasowników o charakterze konkretnym (np. czasowników nazywających ruch). Większość czasowników to nazwy czynności, które dotyczą przede wszystkim ludzi. Mniejszą reprezentację w słowniku mają czasowniki nazywające stany. Najmniej w słowniku chłopca jest czasowników o charakterze abstrakcyjnym.

Oskar określa za pomocą przymiotników przede wszystkim cechy sensoryczne, czyli odbierane drogą zmysłową (np. barwę). Określenia te stanowią całość

<sup>33</sup> Podział czasowników ze względu na znaczenie przyjęłam za: P. БАК: *Gramatyka języka polskiego. Zarys popularny*. Warszawa, Wiedza Powszechna 2007, s. 177–179.



wynotowanych przymiotników. Zabrakło przymiotników wartościujących, służących do oceny stanów psychicznych i cech charakteru oraz wartości przedmiotów, świadczących o bogatej leksyce – zawierających ocenę funkcjonalną i psychologiczną.

Podsumowując rozdział dotyczący analizy przypadku dziecka z opóźnionym rozwojem mowy, należy zwrócić uwagę na to, że mowa jest ściśle związana z myśleniem. Przyjmując, że zarówno język, jak i poznanie człowieka odnoszą się do świata obiektywnego, język ma niewątpliwie charakter interpretujący, który pojęciowo kształtuje poznawany świat<sup>34</sup>. W związku z tym doskonalenie sprawności językowej oraz wzbogacanie zasobu jednostek na poszczególnych poziomach organizacji języka dziecka jest jednocześnie doskonaleniem jego funkcji poznawczych i sprawności umysłowej.

## Podsumowanie

Alalia prolongata jest zaburzeniem, które wymaga ujednolicenia terminologii. Niesprecyzowane definicje w literaturze przedmiotu dotyczące tego zagadnienia prowadzą często do problemów diagnostycznych, a w dalszej kolejności utrudniają ułożenie prawidłowego programu terapii. Zaproponowana w artykule metodologia stanowi stosunkowo nowe podejście do badania zaburzeń mowy. Wyniki badania sprawności językowych dzieci z alalią prolongatą w stosunku do dzieci w normie biologicznej pozwolą uzyskać nowe wiadomości dotyczące specyfiki tego zaburzenia oraz normy rozwoju mowy. Formuła badania opisana w artykule będzie implikowała podobne postępowanie terapeutyczne: system językowy powinien być kodowany w umyśle dziecka według ontogenetycznego porządku, w sytuacjach ukierunkowanych przez logopedę i wyzwalających wypowiedzi dziecka. Materiał do ćwiczeń powinien być zaś związany z doświadczeniami dziecka i z jego bezpośrednim działaniem.

---

<sup>34</sup> R. GRZEGORCZYKOWA: *Filozoficzne aspekty kategoryzacji*. W: *Językowa kategoryzacja świata*. Red. R. GRZEGORCZYKOWA, A. PAJDZIŃSKA. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1996, s. 11–26.

## Bibliografia

- BĄK P.: *Gramatyka języka polskiego. Zarys popularny*. Warszawa, Wiedza Powszechna 2007.
- DILLING-OSTROWSKA E.: *Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego*. W: *Zaburzenia mowy u dzieci*. Red. J. SZUMSKA. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1982, s. 18–30.
- DREWNIAK-WOŁOSZ E., PALUCH A.: *Niedokształcenie mowy o typie afazji – rozważania nad kryteriami diagnozy*. „Logopeda” 2009, t. 1 (7), s. 90–99.
- GAŁKOWSKI T.: *Dzieci specjalnej troski*. Warszawa, Wiedza Powszechna 1972.
- GRABIAS S.: *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2003.
- GRABIAS S.: *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*. W: *Zaburzenia mowy. Mowa. Teoria – Praktyka*. T. 1. Red. S. GRABIAS. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Cuire-Skłodowskiej 2001, s. 11–43.
- GRZEGORCZYKOWA R.: *Filozoficzne aspekty kategoryzacji*. W: *Językowa kategoryzacja świata*. Red. R. GRZEGORCZYKOWA, A. PAJDIŃSKA. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1996, s. 11–26.
- GRZEGORCZYKOWA R., LASKOWSKI R., WRÓBEL H.: *Gramatyka współczesnego języka polskiego. Morfologia*. Warszawa, PWN 1984.
- HOCKETT Ch.F.: *Kurs językoznawstwa współczesnego*. [Przeł. Z. TOPOLIŃSKA, M. JURKOWSKI]. Warszawa, PWN 1968.
- JAKOBSON R.: *Langage enfantin et aphasie*. Trad. J.-P. BOONS, R. ZYGOURIS. Paris, Éditions de Minuit 1969.
- JASTRZĘBOWSKA G.: *Istota i klasyfikacja opóźnień rozwoju mowy*. „Audiofonologia” 1997, t. 10, s. 69–81.
- JODŁOWSKI S.: *Podstawy polskiej składni*. Warszawa, PWN 1977.
- KACZMAREK L.: *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin, Wydaw. Lubelskie 1966.
- KORDYL Z.: *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*. Warszawa, PWN 1968.
- LEONARD L.B.: *SLI – Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*. Przeł. M. HERNIK. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2006.
- MIERZEJEWSKA H., EMILUTA-ROZYA D.: *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*. „Audiofonologia” 1997, t. 10, s. 37–48.
- NARTOWSKA H.: *Różnice indywidualne czy zaburzenia rozwoju dziecka przedszkolnego*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1980.
- OBREBOWSKI A.: *Diagnostyka opóźnionego rozwoju mowy*. W: *Otorynolaryngologia dziecięca*. Red. D. GRZYCZYŃSKA. Bielsko-Biała, Alfa-Medica Press 2007, s. 540–546.
- PANASIUK J.: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*. „Logopedia” 2008, t. 37, s. 69–88.
- PRUSZEWICZ A.: *Opóźniony rozwój mowy*. W: *Foniatryka kliniczna*. Red. A. PRUSZEWICZ. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1992, s. 233–241.
- SAUSSURE F. DE: *Kurs językoznawstwa ogólnego*. Przeł. K. KASPRZYK. Warszawa, PWN 1961. *Słownik języka polskiego*. PWN. <http://sjp.pwn.pl/> [data dostępu: 12.09.2016].
- Słownik języka polskiego*. Red. nac. W. DOROSZEWSKI. T. 1–4. Warszawa, Wiedza Powszechna 1958–1962. T. 5–11. Warszawa, PWN 1963–1969. Wersja elektroniczna: <http://www.sjpd.pwn.pl/>.
- SOŁTYS-CHMIELOWICZ A.: *Zaburzenia artykulacji*. Kraków, Impuls 2008.
- SPIONEK H.: *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*. Warszawa, PWN 1981.
- STASIAK J.: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii prolongaty*. „Logopedia” 2008, t. 37, s. 39–57.

- SZUMAN S.: *Rozwój treści słownika dzieci*. W: *O rozwoju języka i myślenia dziecka*. Red. S. SZUMAN. Warszawa, PWN 1968, s. 19–95.
- SZUMSKA J.: *Neurofizjologiczne podstawy zaburzeń mowy u dzieci*. W: *Zaburzenia mowy u dzieci*. Red. J. SZUMSKA. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1982, s. 7–17.
- ZALESKI T.: *Opóźnienia w rozwoju mowy*. Warszawa, Wydaw. Lekarskie PZWL 2002.
- ZALESKI T.: *Opóźniony rozwój mowy*. W: *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*. Red. T. GAŁKOWSKI, Z. TARKOWSKI, T. ZALESKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1993, s. 185–192.
- ZALEWSKA M.: *Dziecko z zespołem prostego opóźnienia rozwoju mowy*. W: *Wybrane problemy psychologicznej diagnozy zaburzeń rozwoju dzieci*. Red. J. ROLA. Warszawa, Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej 1988, s. 64–83.

MAGDALENA BURY-KAMIŃSKA

Instytut Psychologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie  
Centrum Terapii i Diagnostyki „Inicjatywa” w Puławach

ANNA GAJDA

Centrum Terapii i Diagnostyki „Inicjatywa” w Puławach

## Dwutorowe programowanie terapii logopedycznej z wykorzystaniem metod komunikacji wspomagającej i alternatywnej (AAC)

### Two-pronged Programming of Speech Therapy with the Application of AAC Methods

**ABSTRACT:** Two-pronged (simultaneous) programming of language and communication skills consists of both improving production and comprehension of speech as well as learning of the augmentative communication methods. It is an important element of speech therapy. The introduction of alternative means of communication is part of a process aimed at developing speech. It can become a unique basis for building a language in one's mind. The article seeks to highlight the legitimacy of two-pronged programming of speech therapy. Providing children with a means of communication early enough does develop their communication and language skills.

**KEY WORDS:** two-pronged programming of therapy, speech and language therapy, AAC methods, simultaneous communication

Porozumiewanie się z drugim człowiekiem warunkuje prawidłowy rozwój psychospołeczny. Według *Podręcznego słownika terminów AAC* (ang. *augmentative and alternative communication*) komunikowanie oznacza „przekazywanie i odbieranie, czyli wymianę informacji pomiędzy osobami, bez względu na zastosowane środki (werbalne, niewerbalne)”<sup>1</sup>.

Deprywacja naturalnej potrzeby porozumiewania się z drugim człowiekiem, która występuje u osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności, może skutkować zahamowanym lub utrudnionym rozwojem poznawczym, emocjonalnym czy społecznym. Dlatego bardzo istotną kwestią jest umożliwienie osobom z niepełnosprawnością sprzężoną możliwości przekazywania własnej intencji komunikacyjnej.

---

<sup>1</sup> M. GRYCMAN, B.B. KACZMAREK: *Podręczny słownik terminów AAC (komunikacji wspomagającej i alternatywnej)*. Kraków, Impuls 2014, s. 120.

## Rozwój umiejętności komunikacyjnych

W literaturze poświęconej tematowi uwarunkowań rozwoju dziecka podkreśla się paralelność przyswajania języka i komunikacji oraz procesów poznawczych. Mowa i myślenie są współzależnymi elementami rozwoju, które z sobą współwystępują. Język oraz uwarunkowania społeczne i kulturowe kreują sposób myślenia dziecka. Im szersze doświadczenia społeczno-kulturowe oraz bogactwo językowe, tym lepszy rozwój myślenia<sup>2</sup>. Człowiek uczy się przez aktywne doświadczanie świata. Dziecko jest aktywnym podmiotem swojego rozwoju<sup>3</sup>. Umiejętności komunikacyjne są rozwijane poprzez otaczającą je bogatą stymulację poznawczą (spacery, wycieczki, książki, zabawy). Ponadto dorosły, reagując na wypowiedź dziecka, sprawia, że ta stymulacja nabiera charakteru komunikatywnego. Realizowanie przez dziecko aktów mowy może stanowić wyznacznik rozwoju komunikacji dziecka, które nie może posługiwać się mową w sposób pełny ze względu na różnego rodzaju ograniczenia, realizacyjne czy percepcyjne. Akt mowy perlokucyjny interpretowany jest w kontekście zachowań spontanicznych i intencjonalnych dziecka, które bawiąc się, próbuje wywołać u dorosłego partnera komunikacji konkretne zachowania, wymagające odczytania i interpretacji. W akcie illokucyjnym mały partner komunikacji przejawia zachowania intencjonalne, mające charakter sprawczy, coraz bardziej sobie przez dziecko uświadamiany. Z kolei w akcie lokucyjnym głównym celem wypowiedzi dziecka będzie przekazanie komunikatu, zbudowanego zgodnie z regułami na podstawie zrozumiałego kodu. Proces rozwoju komunikacji osób z ograniczonymi możliwościami realizacyjnymi przebiega od zachowań spontanicznych do porozumiewania się za pomocą języka symbolicznego<sup>4</sup>.

Dziecko posługujące się aktem mowy illokucyjnym i lokucyjnym charakteryzuje intencjonalność zachowań językowych. Według Johna R. Searle'a intencjonalność jest zawarta w samym zachowaniu i wyróżnia się trzema cechami: zawiera treść, określa kryteria spełnienia i ma moc przyczynową. Oznacza to, że każde zachowanie werbalne i niewerbalne jest wywołane przez określone przesłanki i niesie z sobą pewną wartość semantyczną. Ponadto intencja komunikatu zostanie zrozumiana, gdy dojdzie do swoistego sprzężenia zwrotnego między nadawcą i odbiorcą, którzy muszą spełniać określone warunki neurobiologiczne. Gdy realizację intencji ograniczają współwystępujące zaburzenia mowy, to jest ona

<sup>2</sup> L. WYGOTSKI: *Myślenie i mowa*. Warszawa, PWN 1989, s. 70.

<sup>3</sup> A. MATCZAK: *Zarys psychologii rozwoju*. Warszawa, Wydaw. Akademickie „Żak” 2003, s. 32.

<sup>4</sup> A. SMYCZEK: *Zastosowanie wspomagających i alternatywnych metod komunikacji (AAC approche) w terapii małych dzieci zagrożonych poważnymi zaburzeniami w porozumiewaniu się*. W: *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*. Red. J.J. BŁESZYŃSKI. Kraków, Impuls 2006, s. 81–82.

tworzona na poziomie adekwatnym do możliwości komunikacyjnych nadawcy. Jednostka wykorzystuje zintegrowane fakty językowe tak, by jak najefektywniej zrealizować określoną intencję. W wyniku trudności komunikacyjnych tworzy własne strategie radzenia sobie z realizacją założonego celu. Strategie kompensujące językowe trudności osób mających problemy z porozumiewaniem się są wyrazem ich aktywnej postawy wobec języka w interakcjach społecznych<sup>5</sup>. Osoby, które mają trudność z realizowaniem intencji komunikacyjnej, mogą przejawiać różne formy zachowań trudnych, takich jak agresja, negatywizm bierny i czynny, płacz, krzyk.

Warunkiem ukształtowania się zachowania intencjonalnego u dziecka jest zdolność do decentracji (pojawia się około 9. miesiąca życia), czyli do przyjmowania perspektywy drugiej osoby, do uwspólniania pola uwagi, a w konsekwencji do rozumienia zarówno własnych, jak i występujących w wypowiedziach innych ludzi intencji komunikacyjnych, czyli zdolność do mentalizowania<sup>6</sup>.

Rozwój aspektu pragmatycznego wiedzy językowej bywa utożsamiany z rozwojem kompetencji komunikacyjnej. Jacqueline Sachs wymienia następujące zachowania dziecka ośmio-, dziesięciomiesięcznego świadczące o rozwoju sprawności porozumiewania się:

- nawiązywanie kontaktu wzrokowego z drugą osobą, gestykulacja, wokalizacja, przenoszenie wzroku z osoby na obiekt zainteresowań dziecka;
- rytualizacja zachowań mających na celu przyciągnięcie uwagi dorosłego partnera komunikacji; powtarzanie określonych gestów lub dźwięków w nowych sytuacjach;
- oczekiwanie przez dziecko reakcji drugiej osoby na jego zrytualizowane zachowania;
- w przypadku nieodwzajemnienia przez drugą osobę intencji komunikacyjnych powtarzanie własnych zachowań lub ich modyfikowanie<sup>7</sup>.

Pierwsze komunikacyjne zachowania dziecka odpowiadają trzem kategoriom pragmatycznym: odrzuceniu lub odmowie, prośbie o dany przedmiot oraz wskazywaniu. Dalszy rozwój sprawności pragmatycznych jest uwarunkowany nabywaniem kompetencji kulturowej<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> J. PANASIUK: *Afazja a interakcja. TEKST – metaTEKST – konTEKST*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 181–183.

<sup>6</sup> I. KURCZ: *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa, Scholar 2005, s. 30.

<sup>7</sup> Ibidem, s. 93.

<sup>8</sup> Ibidem, s. 93–94.

## Dwutorowe programowanie terapii logopedycznej

Stworzenie pojęcia kompetencji językowej i komunikacyjnej oraz wyodrębnienie komponentów je współtworzących pozwala szerzej spojrzeć na umiejętności komunikacyjne użytkownika języka w kontekście budowania dwutorowego programowania terapii logopedycznej.

W myśl współczesnych interpretacji lingwistycznych kompetencja językowa jest definiowana jako inwentarz fonemów, leksemów oraz reguł budowania gramatycznie poprawnych i sensownych zdań. Natomiast za kompetencję komunikacyjną uznaje się wiedzę na temat statusu kodów językowych i na temat reguł budowania wypowiedzi odpowiednich do sytuacji. Składa się na nią kompetencja stylistyczna (warunkująca stylistycznie poprawną formę wypowiedzi), społeczna (warunkująca wypowiedź zgodną z rangą społeczną jednostki), sytuacyjna (warunkująca wypowiedź zgodną z kontekstem sytuacyjnym), pragmatyczna (warunkująca osiągnięcie założonej intencji wypowiedzi)<sup>9</sup>.

W aspekcie oceny umiejętności użytkownika języka należy przedstawić pojęcie sprawności komunikacyjnej. Potrzeba istnienia takiego pojęcia w lingwistyce wynika ze specyfiki zachowania językowego oraz warunków, które musi spełnić użytkownik języka w akcie komunikacji. Forma zachowania językowego zależy od relacji pomiędzy nadawcą i odbiorcą, czynników związanych z sytuacją oraz realizowanej intencji wypowiedzi. Stąd też użytkownik języka musi opanować trzy typy sprawności komunikacyjnej:

- sprawność społeczną – dostosowanie stylu wypowiedzi do potrzeb odbiorcy, za pomocą wykładników językowych;
- sprawność sytuacyjną – dostosowanie zachowania do warunków stworzonych przez sytuację;
- sprawność pragmatyczną – realizacja założonego celu wypowiedzi w sposób afektywny lub wolicjonalny, przez informowanie o stanach rzeczy, wyrażanie stosunku do rzeczywistości, przekonywanie do założonego celu działania<sup>10</sup>.

W wyniku coraz bardziej rzetelnych i obiektywnych badań diagnostycznych zaznacza się potrzeba stworzenia nowego standardu budowania diagnozy i terapii logopedycznej. Ze względu na zróżnicowaną etiologię, przebieg i możliwości kompensacyjne zaburzeń mowy wzór ten jest elastycznie modyfikowany i dostosowywany do danej jednostki patologii mowy. Stanisław Grabias przedstawił niniejszy schemat standardu:

---

<sup>9</sup> S. GRABIAS: *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2003.

<sup>10</sup> Ibidem.

## I. Diagnozowanie:

### 1. Deskrypcja – badanie (rejestracja i opis) sprawności interakcyjnych:

- wymowa,
- język,
- struktury pojęciowe,
- realizacja dialogu,
- realizacja wypowiedzi narracyjnych.

### 2. Interpretacja:

- analiza wyników badań specjalistycznych,
- wywiad rodzinny,
- diagnoza różnicowa,
- rozpoznanie przypadku.

## II. Programowanie terapii. Ramy programu:

### 1. Cele postępowania logopedycznego.

### 2. Strategie i metody postępowania.

### 3. Organizacja postępowania.

## III. Postępowanie terapeutyczne:

### 1. Organizacja etapów terapii i ich ocena. Dobór środków i pomocy.

### 2. Prowadzenie dokumentacji.

### 3. Weryfikacja hipotez diagnostycznych i modyfikacja programu<sup>11</sup>.

Ta propozycja oddziaływań logopedycznych może mieć zastosowanie w przypadku zaburzeń mowy wynikających z niepełnosprawności sprzężonych, kiedy często nakładają się na siebie różne jednostki patologii mowy.

Zaburzenia języka i komunikacji mają różną, zazwyczaj złożoną etiologię. Mając na uwadze całościowy rozwój, powinno się wprowadzić wspomagający środek komunikacji, aby umożliwić jednostce aktywny udział w życiu, wyrażanie potrzeb, poznawanie otoczenia i adaptację społeczną. Komunikacja symultaniczna (*simultaneous communications*), zwana również *sim-com* czy dwutorowym programowaniem terapii, jest sposobem porozumiewania się z równoczesnym użyciem dwóch torów, środków komunikacji, wobec siebie paralelnych<sup>12</sup>. Pozwala budować sprawność komunikacyjną oraz buduje przedpole do werbalnego sposobu porozumiewania się. Jest to uzasadnione postępowanie, gdy trudno jest określić rokowania terapii ukierunkowanej wyłącznie na rozwój komunikacji werbalnej, a także gdy rediagnoza wykazała nieefektywność dotychczasowych działań.

Na podstawie przedstawionej teorii interakcji Grabiasa oraz własnych doświadczeń terapeutycznych zaprojektowano procedurę postępowania logopedycznego

---

<sup>11</sup> S. GRABIAS: *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*. Red. S. GRABIAS, J. PANASIUK, T. WOŹNIAK. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2015, s. 15–16.

<sup>12</sup> M. GRYCMAN, B.B. KACZMAREK: *Podręczny słownik terminów AAC...*, s. 122–123.



w przypadku doskonalenia sprawności komunikacyjnych torem językowym i komunikacyjnym za pomocą metod AAC.

Ze względu na konieczność zapewnienia rzetelności badań, w standardach postępowania logopedycznego analiza dokumentacji oraz przeprowadzenie wywiadu zostały wskazane jako pierwszy etap procesu diagnostycznego. Wywiad logopedyczny, oprócz danych środowiskowych, kondycji psychofizycznej, stanu zdrowia i ogólnego przebiegu rozwoju dziecka powinien dotyczyć także rozwoju mowy oraz okoliczności powstania niepokojących objawów, domniemanych przyczyn zaburzeń czy nieprawidłowości, ewentualnych działań, które zostały podjęte w celu rozwiązania zaistniałego problemu<sup>13</sup>. Na tym etapie wskazane jest rozpoczęcie tworzenia słownika komunikacyjnego dziecka<sup>14</sup>. Jest to sposób archiwizacji postępów dziecka oraz pomoc w odczytywaniu komunikatów dla najbliższego środowiska. Dokument zawiera spis zachowań komunikacyjnych, gestów naturalnych i systemowych, wokalizacji, słów oraz przykładowych struktur składniowych. Zaleca się cykliczną aktualizację zbioru danych.

Diagnoza logopedyczna powinna obejmować ocenę sprawności aparatu artykulacyjnego, poszczególnych systemów języka, a także stopień opanowania sprawności komunikacyjnej. W przypadku zaburzeń komunikacji istotna jest także ocena motywacji do porozumiewania się i efektywność wyrażania intencji. Magdalena Grycman poddaje analizie przekaz informacji, sposób budowania wypowiedzi, funkcjonalne współgranie z rozmówcą oraz ogólne nastawienie i motywację do wypowiedzi<sup>15</sup>.

Kolejnym etapem jest programowanie terapii logopedycznej. Rozpoczyna się od wyboru metod i technik terapeutycznych oraz ewentualnych urządzeń wspomagających komunikację. Kwalifikacja dziecka do terapii z zastosowaniem systemu gestów, znaków graficznych, komunikatorów czy syntezy mowy opiera się nie tylko na ocenie logopedycznej. Skuteczność podjętych działań wymaga interdyscyplinarnej diagnozy. Często potrzebna jest konsultacja okulistyczna, ortoptystyczna, fizjoterapeutyczna, psychologiczno-pedagogiczna, umożliwiająca określenie koordynacji okoruchowej, funkcji wzrokowych, czynności poznawczych.

Procedura postępowania logopedycznego wyznacza cele terapeutyczne realizowane podczas zajęć i generalizowane w najbliższym środowisku dziecka. Wymaga to współpracy opiekunów, terapeutów i nauczycieli, a także odpowiedniej organizacji przestrzeni.

---

<sup>13</sup> G. JASTRZĘBOWSKA, O. PEŁC-PĘKAŁA: *Metodyka ogólna diagnozy i terapii logopedycznej*. W: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*. T. 2. Red. G. JASTRZĘBOWSKA, T. GAŁKOWSKI. Opole, Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego 2003, s. 312.

<sup>14</sup> A. SMYCZEK: *Zastosowanie wspomagających i alternatywnych metod komunikacji...*, s. 81–82.

<sup>15</sup> M. GRYCMAN: *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci niemówiących wraz z propozycjami strategii terapeutycznych*. Kraków, Stowarzyszenie Rehabilitacyjne Centrum Rozwoju Porozumiewania 2009, s. 8–11.

TABELA 1. Procedura postępowania logopedycznego – dwutorowe programowanie terapii

Przedpole toru językowego	Cele ogólne	Cele szczegółowe
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Naśladownictwo ruchowe oraz dźwiękowe w zabawie</li> <li>▪ Wzmacnianie intencjonalnych wokalizacji</li> <li>▪ Tworzenie sytuacji skłaniających do używania wokalizacji</li> </ul>	Rozwijanie poziomu fonologicznego	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Praca nad sprawnością aparatu artykulacyjnego</li> <li>▪ Wywoływanie samogłosek, spółgłosek oraz organizowanie dla nich reprezentacji językowej w codziennej komunikacji</li> <li>▪ Czuwanie nad prawidłowym rozwojem inwentarza fonemowego</li> </ul>
	Rozwijanie poziomu morfologicznego	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rozwijanie zdolności tworzenia nowych słów</li> </ul>
	Rozwijanie poziomu leksykalnego	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etykietowanie otoczenia za pomocą, symboli i znaków</li> <li>▪ Organizowanie sytuacji dla komunikowania potrzeb poprzez wyrażenia dźwiękonaśladowcze</li> </ul>
	Rozwijanie poziomu składniowego	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stosowanie kodu kolorów w celu podniesienia poziomu umiejętności składniowych</li> <li>▪ Używanie klucza Fitzgerald w celu sekwencyjnego uporządkowania wyrazów w zdaniu</li> <li>▪ Łączenie zestawień dwuwyrzowych</li> <li>▪ Budowanie konstrukcji pytających, oznajmujących i wykrzyknikowych</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uwspólnianie pola uwagi</li> <li>▪ Struktura naprzemienności wprowadzająca do dialogu</li> </ul>	Doskonalenie sprawności społecznej	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zwiększanie dystansu pomiędzy nadawcą a odbiorcą</li> <li>▪ Wprowadzenie gestu wskazywania</li> <li>▪ Pozyskiwanie nowych parterów komunikacji</li> <li>▪ Stosowanie reguł społecznych i grzecznościowych</li> <li>▪ Wspieranie adaptacji społecznej przez organizowanie pola do kierowania komunikatów do rówieśników</li> </ul>
	Doskonalenie sprawności sytuacyjnej	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organizacja sytuacji komunikacyjnych poza środowiskiem domowym i szkolnym</li> </ul>
	Doskonalenie sprawności pragmatycznej	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wzmacnianie poczucia sprawstwa w celu zwiększenia liczby intencjonalnych komunikatów dziecka</li> <li>▪ Nauka komunikowania o potrzebach</li> <li>▪ Doskonalenie umiejętności dokonywania wyboru</li> <li>▪ Nauka sprzeciwu w celu wyeliminowania zachowań trudnych</li> </ul>

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: S. GRABIAS: *Język, poznanie, interakcja*. W: *Język. Interakcja. Zaburzenia mowy. Metodologia badań*. Seria: *Mowa. Teoria – Praktyka*. Red. T. WOŹNIAK, A. DOMAGAŁA. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2007, s. 355–377; IDEM: *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2003; IDEM: *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*. Red. S. GRABIAS, J. PANASIUK, T. WOŹNIAK. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2015, s. 13–35.

Następnie dokonywana jest rediagnoza, pozwalająca na ewaluację programu i weryfikacji hipotez. Ocenę skuteczności dwutorowego programowania terapii podejmuje się w badaniach naukowych<sup>16</sup>. Grupę badawczą obejmującą czternaścioro dzieci z autyzmem poddano symultanicznemu treningowi komunikacji. W trakcie procesu badawczego wprowadzano znaki oraz słowa. Stosowano indywidualną formę terapii wspomaganej realizacją programu w domu. Zalecenia terapeutyczne miały zastosowanie w codziennych sytuacjach w środowisku domowym i szkolnym. Program terapeutyczny miał umożliwić nie tylko podniesienie poziomu umiejętności komunikacyjnych, ale również społecznych, poznawczych oraz likwidację trudnych zachowań. Badania wykazały istotną zależność pomiędzy frekwencją występowania poszczególnych części mowy, a ich werbalizacją. Czasowniki i rzeczowniki, które były obecne we wspomagającym systemie komunikacji, stały się najczęściej używanymi słowami w języku mówionym badanych dzieci. Dowiedziono, że dzieci, u których terapia była planowana dwutorowo, znacznie szybciej aktualizowały słowa niż znaki<sup>17</sup>.

Aktualnie podkreśla się mnogość korzyści płynących z zastosowania dwutorowego programowania terapii<sup>18</sup>. Podstawowym założeniem jest to, że wprowadzenie alternatywnego środka komunikacji stanowi część procesu służącego rozwojowi mowy<sup>19</sup>. Jednoczesne zastosowanie dwóch torów wspomagania rozwoju komunikacji, werbalnego i niewerbalnego, pobudza do rozumienia języka i ekspresji językowej. Metody wspomagające mogą stanowić bazę rozwoju systemu językowego i sprawności komunikacyjnych. U osób poddawanych terapii za pomocą jednocześnie metod AAC oraz strategii werbalnych zauważa się wzrost intencjonalnej komunikacji, dokonywania wyborów, tworzenia komentarzy, rozwój zasobu słownika biernego i czynnego<sup>20</sup>. Zalety wprowadzenia wspomagających środków komunikacji u dzieci przechodzących standardowy program terapii

---

<sup>16</sup> M.M. KONSTANTAREAS: *Autistic Children Exposed to Simultaneous Communication Training: A Follow-Up*. "Journal of Autism and Developmental Disorders" 1987, vol. 17, no. 1, s. 125–129.

<sup>17</sup> Ibidem.

<sup>18</sup> M. GRYCMAN: *Efektywność stosowania systemów komunikacji alternatywnej i wspomagającej u dzieci i młodzieży z ciężkimi zaburzeniami porozumiewania się na przykładzie Samodzielnego Publicznego Ośrodka Terapii i Rehabilitacji dla Dzieci w Kwidzynie*. W: *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji...*, s. 139.

<sup>19</sup> R. SCHLOSSER: *Social validation of interventions in augmentative and alternative communication*. "Augmentative and Alternative Communication" 1999, no. 15, s. 234–248; R. SCHLOSSER, O. WENDT: *Effects of augmentative and alternative communication intervention on speech production in children with autism: A systematic review*. "American Journal of Speech-Language Pathology" 2008, no. 17, s. 212–230.

<sup>20</sup> K. HILL: *A case study model for augmentative and alternative communication outcomes*. "Assistive Technology Outcomes and Benefits" 2006, no. 3, s. 53–65; M. LAMONTAGNE, F. ROUTHIER, C. AUGER: *Team consensus concerning important outcomes for augmentative and alternative communication assistive technologies: A pilot study*. "Augmentative and Alternative Communication" 2013, no. 29, s. 182–189.

logopedycznej polegający na aktywizowaniu mowy oznacza także ich dynamiczny rozwój w sferze społecznej. Dzieci te częściej uwspólniają pole uwagi, chętniej podejmują zabawę spontaniczną i opartą na współdziałaniu, tworzą rówieśnicze relacje społeczne<sup>21</sup>.

Niniejsza, własna propozycja procedury dwutorowego programowania terapii stanowi punkt wyjścia praktycznej części artykułu, która opiera się na dwóch studiach przypadków dzieci ze zróżnicowanymi możliwościami realizacyjnymi i percepcyjnymi.

## Studia przypadków – dwutorowe programowanie terapii

Przedstawione zostaną dwa opisy funkcjonowania językowego i komunikacyjnego dzieci uczęszczających na systematyczną terapię logopedyczną. Obie pacjentki charakteryzuje zaburzony rozwój mowy i w obu przypadkach zastosowano symultaniczne usprawnianie języka i komunikacji. Głównym kryterium różnicującym analizowane przypadki jest etap terapii, kolejność wprowadzenia wspomagającego toru terapeutycznego, a także podejście do uczenia się porozumiewania się z użyciem metod AAC.

### Diagnoza kliniczna: dziecko DZ.01

Szczegółowemu opisowi poddano przypadek dwunastoletniej dziewczynki, u której zdiagnozowano mózgowie porażenie dziecięce oraz upośledzenie umysłowe w stopniu umiarkowanym. Diagnoza dziecka za pomocą Profilu Psychoedukacyjnego Schoplera pozwoliła nakreślić średni wiek rozwoju we wszystkich sferach funkcjonowania, który oceniono na właściwy około dwuipółletniemu dziecku. Najbliższa sfera rozwoju kształtuje się na poziomie 4. roku życia. Należy zaznaczyć, że ogólne umiejętności dziecka są w znacznym stopniu obniżone przez opóźniony rozwój mowy i komunikacji, głównie w obszarze nadawania mowy. Do mocnych stron dziewczynki zalicza się percepcję wzrokową, słuchową i dotykową, motorykę dużą i czynności poznawcze. Wśród słabych stron uwzględnia się mowę i komunikację oraz motorykę małą.

---

<sup>21</sup> A. LERNA et al.: *Long-term effects of PECS on social-communicative skills of children with autism spectrum disorders: A follow-up study*. "International Journal of Language and Communication Disorders" 2014, no. 49, s. 478–485; N. THOMAS-STONELL et al.: *Communicative participation changes in pre-school children receiving augmentative and alternative communication intervention*. "International Journal of Speech-Language Pathology" 2015, vol. 18, issue 1, s. 26.

### Diagnoza logopedyczna: dziecko DZ.01

U badanej stwierdza się zaburzony rozwój mowy i komunikacji wynikający z trudności realizacyjnych i poznawczych. Dziewczynka posiada wiele doświadczeń związanych z nauką alternatywnych i wspomagających metod komunikacji. Z danych z wywiadu z matką wynika, że w wieku przedszkolnym dziecko było prowadzone metodą Makaton oraz metodą Domana. Kolejnym ważnym doświadczeniem dziewczynki związanym z symultaniczną nauką języka i komunikacji było uczestnictwo w wakacyjnych kursach Manualnego Torowania Głosek. Od dwóch lat dziecko porozumiewa się za pomocą syntezatora mowy „Mówik”.

U badanej dokonano oceny sprawności komunikacyjnych za pomocą Kart Oceny Efektywności Porozumiewania się Dzieci Niemówiących, autorstwa Grycman<sup>22</sup>. Wyniki badania przedstawiono w tabeli 2.

TABELA 2. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci niemówiących: dziecko DZ.01

Sfery oceny	Ocena efektywności	Opis zachowań
Przekaz informacji	4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Przekazuje informacje w obszarze dużej liczby tematów (jedzenie, spędzanie wolnego czasu, przebieg zajęć itp.)</li> <li>2. Używa narzędzi opartych na wysokiej technologii (np. tablet z oprogramowaniem „Mówik”)</li> <li>3. Komentuje zjawiska z teraźniejszości, przyszłości, przeszłości</li> <li>4. Pomiędzy partnerami komunikacji zdarzają się nieporozumienia</li> </ol>
Budowanie wypowiedzi	2/3	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Tworząc wypowiedź, wychodzi od znaczeń pojedynczych słów</li> <li>6. Przejawia trudności w posługiwaniu się złożonymi strukturami gramatycznymi</li> <li>7. Używa słów funkcyjnych i treściowych</li> <li>8. Sporadycznie używa mowy telegraficznej</li> </ol>
Funkcjonalne współgranie z rozmówcą	2	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Potrzebuje pomocy, aby podtrzymać kontakt</li> <li>10. Gdy nie potrafi przekazać swojej intencji, wykazuje zachowania wycofujące</li> </ol>
Ogólne nastawienie i motywacja do komunikacji	3	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Potrzebuje inicjowania dialogu, aby zaangażować się w rozmowę</li> <li>12. Wymaga aktywnego motywowania</li> <li>13. Nie zmienia tematu bez inicjatywy ze strony partnera</li> </ol>

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: M. GRYCMAN: *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci niemówiących wraz z propozycjami strategii terapeutycznych*. Kraków, Stowarzyszenie Rehabilitacyjne Centrum Rozwoju Porozumiewania Zakonu Pijarów 2014.

<sup>22</sup> M. GRYCMAN: *Sprawdź, jak się porozumiewam...*, s. 12–15.

Charakterystycznymi zjawiskami dla umiejętności językowych i komunikacyjnych dziecka jest występowanie spontanicznych wokalizacji o charakterze nieartykułowanych dźwięków w reakcji na zadowolenie bądź na skutek doznawanych trudności. Dziewczynka nie artykułuje poszczególnych głosek. Potrafi globalnie czytać całe zdania, bez ich fonetycznej realizacji. Komunikuje się z wykorzystaniem „Mówika”, jednak nie przejawia intencji porozumiewania się. Proteza mowy jest wykorzystywana przez dziecko głównie w trakcie rozmowy kierowanej przez terapeutę bądź rodzica. Badana porozumiewa się za pomocą wskazywania pojedynczych wyrazów, ma trudności z formułowaniem zestawień dwu-, trzywyrazowych. Używa również kilku gestów sygnalizujących proste potrzeby.

Należy podkreślić, że już w okresie przedszkolnym u dziewczynki usprawniany był tor komunikacyjny za pomocą niewerbalnych środków komunikacji. Drugorzędową kwestią w historii terapii logopedycznej dziecka było wspieranie rozwoju mowy. Standardowej terapii logopedycznej, opartej na usprawnianiu toru językowego werbalnego, dziecko zostało poddane dopiero około 10. roku życia. U badanej zastosowano strategię ekologiczną w nauczaniu porozumiewania się z użyciem metod AAC.

### **Programowanie terapii: dziecko DZ.01**

Za pomocą propozycji standardu logopedycznego w przypadku dwutorowego programowania terapii wyznaczono cele ogólne i szczegółowe sześciomiesięcznych oddziaływań logopedycznych (zob. tabela 3, na następnej stronie). Zajęcia z badaną odbywały się dwa razy w tygodniu i trwały 45 minut. Oddziaływaniami psychoedukacyjnymi została objęta również rodzina dziecka. Podjęto działania zmierzające do ujednoczenia sposobu komunikacji w najbliższym środowisku dziecka. W terapii położono nacisk na rozwijanie umiejętności komunikacyjnych za pomocą syntezatora mowy oraz werbalizację opanowanych słów w spontanicznej komunikacji.

### **Ewaluacja terapii: dziecko DZ.01**

W wyniku zaplanowanych oddziaływań logopedycznych dokonano ewaluacji umiejętności dziecka. Na podstawie obserwacji uczestniczącej i wywiadu z rodzicem zauważono, że badana potrafi spontanicznie wypowiadać samogłoski oraz pojedyncze sylaby (ze spółgłoskami [p, b, m]). Dziecko umie artykułować również niektóre wyrazy, tj. „lody”, „ja”, przy użyciu metody Manualnego Torowania Głosek. Dziewczynka dopasowuje ponadto jednakowe litery, potrafi nazywać przedmioty i budować proste zdania dwuwyrazowe z wykorzystaniem protezy mowy „Mówik”, umie prawidłowo odpowiadać na pytania „Co to jest?”.

TABELA 3. Cele postępowania logopedycznego – dwutorowe programowanie terapii: dziecko DZ.01

Przedpole toru językowego	Cele ogólne	Cele szczegółowe
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Naśladownictwo ruchowe oraz dźwiękowe w zabawie</li> <li>▪ Wzmacnianie intencjonalnych wokalizacji</li> <li>▪ Tworzenie sytuacji skłaniających do używania wokalizacji</li> </ul>	Rozwijanie poziomu fonologicznego	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Usprawnianie aparatu artykulacyjnego, w szczególności mięśni warg i języka</li> <li>▪ Wywoływanie samogłosek za pomocą Gestów Wizualizacyjnych oraz utrwalanie ich w naturalnych sytuacjach życia codziennego</li> <li>▪ Łączenie samogłosek ze spółgłoskami [m, p, b]</li> </ul>
	Rozwijanie poziomu morfologicznego	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Budowanie 1. i 2. osoby liczby pojedynczej czasowników</li> </ul>
	Rozwijanie poziomu leksykalnego	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etykietowanie otoczenia za pomocą symboli i znaków: na zajęciach, w domu, w szkole, na podwórku</li> <li>▪ Organizowanie sytuacji dla komunikowania potrzeb poprzez wyrażenia dźwiękonaśladowcze</li> </ul>
	Rozwijanie poziomu składniowego	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stosowanie kodu kolorów w celu podniesienia poziomu umiejętności składniowych</li> <li>▪ Używanie klucza Fitzgerald w celu sekwencyjnego uporządkowania wyrazów w zdaniu</li> <li>▪ Łączenie leksemów w zestawienia dwu- i trzywyrazowe przy użyciu „Mówika”</li> <li>▪ Budowanie konstrukcji pytających za pomocą „Mówika”</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uwspólnianie pola uwagi</li> <li>▪ Struktura naprzemienności wprowadzająca do dialogu</li> </ul>	Doskonalenie sprawności społecznej	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pozyskiwanie nowych partnerów komunikacji (np. inni terapeuci, domownicy)</li> <li>▪ Stosowanie reguł społecznych i grzecznościowych – produkowanie komunikatów w zależności od rangi rozmówcy</li> </ul>
	Doskonalenie sprawności sytuacyjnej	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organizacja sytuacji komunikacyjnych w kinie, w sklepie, w domu kultury</li> </ul>
	Doskonalenie sprawności pragmatycznej	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wzmacnianie poczucia sprawstwa w celu zwiększenia liczby intencjonalnych komunikatów dziecka</li> <li>▪ Utrwalanie umiejętności potwierdzania i negacji</li> <li>▪ Nauka komunikowania sprzeciwu, buntu – w celu likwidacji zachowań trudnych</li> <li>▪ Usprawnianie zdolności zadawania pytań w kontekście sytuacyjnym</li> </ul>

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: S. GRABIAS: *Język, poznanie, interakcja*. W: *Język. Interakcja. Zaburzenia mowy. Metodologia badań*. Seria: *Mowa. Teoria – Praktyka*. Red. T. WOŹNIAK, A. DOMAGAŁA. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2007, s. 355–377; IDEM: *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2003; IDEM: *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*. Red. S. GRABIAS, J. PANASIUK, T. WOŹNIAK. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2015, s. 13–35.

„Co robi?” z użyciem „Mówika”. U dziecka poprawnie rozwija się kompetencja komunikacyjna, potrafi ono w trakcie rozmowy kierowanej adekwatnie użyć co najmniej trzech różnych zwrotów dwuwyrazowych na „Mówiku”. Dziewczynka czyta globalnie zdania, przy jednoczesnym niewypowiadaniu ich na głos. Posługuje się ponadto prostymi gestami w celu sygnalizacji podstawowych potrzeb: korzystania z toalety, zakończenia zajęć, pójścia do domu; używa gestów, kiedy ma świadomość, że partner komunikacji je rozumie.

### **Diagnoza kliniczna: dziecko DZ.02**

Kolejne studium przypadku dotyczy programowania terapii logopedycznej u czteroletniej dziewczynki. U dziecka zdiagnozowano wodogłowie, padaczkę objawową oraz mózgowie porażenie dziecięce. Dziewczynka nie chodzi samodzielnie, porusza się na szeroko rozstawionych nogach z pomocą opiekuna lub z wykorzystaniem stabilnych dla niej przedmiotów, podtrzymując się obiema kończynami górnymi. Motorykę dużą i małą oceniono na niskim poziomie. Dziecko nie manipuluje przedmiotami, jedynie je chwytą i wyrzuca. Nie wskazuje obiektów. Chętnie uczestniczy w zabawach z dorosłym. Zaobserwowano znacznie odroczone reakcje na bodźce.

### **Diagnoza logopedyczna: dziecko DZ.02**

U dziecka zauważa się obniżone napięcie mięśniowe w obrębie aparatu artykulacyjnego. Sprawność aparatu mowy określa się poniżej normy dla wieku. W pozycji spoczynkowej obecny jest ustny tor oddechowy. Ponadto u dziewczynki zaobserwowano nadmierne ślinienie się. Dziecko nie posługuje się sztucami, nie potrafi pić z otwartego kubka, korzysta z naczynia z wysokim ustnikiem. Dziewczynka nawiązuje i utrzymuje kontakt wzrokowy. Interesuje się aktywnością drugiej osoby. Odpowiada uśmiechem na uśmiech. Dziecko nie rozumie prostych poleceń wspomaganych gestem typu „daj”, „chodź”. Nie wskazuje obiektów swojego zainteresowania. W celu uzyskania pomocy sięga po rękę terapeuty. Domagając się uwagi, wokalizuje samogłoskę [a]. Używa słowa „mama” w różnych sytuacjach, np. przywołując nauczyciela bądź inną osobę z najbliższego otoczenia. Badana naśladuje proste ruchy w zabawie. Reakcja na bodziec jest odroczone. Dziewczynka rzadko wykazuje intencję komunikacyjną. Ocenę ilościową aktów komunikacji zaprezentowano w tabeli 4, ilustrującej słownik dziecka ustalony podczas procesu terapeutycznego.



TABELA 4. Ocena ilościowa słownika komunikacyjnego na początku procesu diagnostyczno-terapeutycznego: dziecko DZ.02

Zachowania komunikacyjne	Gesty naturalne	Gesty systemowe	Wokalizacje, słowa	Przykładowe struktury składniowe
3	2	0	2	brak

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: A. SMYCZEK: *Zastosowanie wspomagających i alternatywnych metod komunikacji (AAC approach) w terapii małych dzieci zagrożonych poważnymi zaburzeniami w porozumiewaniu się*. W: *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*. Red. J.J. BŁESZYŃSKI. Kraków, Impuls 2006, s. 71-109.

Codzienna obserwacja pozwala stwierdzić, że dziewczynka rzadko prezentuje powtarzające się zachowania mające znaczenie komunikacyjne. Używa słów i wyrażeń dźwiękonaśladowczych w sposób nieadekwatny, celem aktu komunikacji jest przywoływanie uwagi. Dziecko porozumiewa się również za pomocą gestów naturalnych, które są zgodne z sytuacją.

### Programowanie terapii: dziecko DZ.02

Na podstawie propozycji standardu logopedycznego w przypadku dwutorowego programowania terapii określono cele ogólne i szczegółowe. Zajęcia logopedyczne z badaną odbywały się dwa razy w tygodniu, trwały 45 minut. Wprowadzono wspieranie rozumienia i nadawania mowy za pomocą systemu gestów Makaton. Ze względu na obniżoną sprawność aparatu artykulacyjnego w terapii wykorzystano Gesty Wizualizacyjne głosek. Wprowadzono kinesiotaping w celu redukcji ślinienia się i poprawy sprawności aparatu mowy. Ponadto dziewczynka uczyła się na terapię pedagogiczną, integrację sensoryczną oraz fizjoterapię w tym samym ośrodku. W czasie sześciomiesięcznego procesu terapeutycznego kładziono szczególny nacisk na interdyscyplinarną współpracę terapeutów, nauczycieli oraz najbliższego otoczenia.

TABELA 5. Procedura postępowania logopedycznego – dwutorowe programowanie terapii: dziecko DZ.02

Przedpole toru językowego	Cele ogólne	Cele szczegółowe
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Naśladownictwo ruchowe oraz dźwiękowe w zabawie</li> <li>▪ Wzmacnianie intencjonalnych wokalizacji</li> <li>▪ Tworzenie sytuacji skłaniających do używania wokalizacji</li> </ul>	Rozwijanie poziomu fonologicznego	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Praca nad sprawnością aparatu artykulacyjnego</li> <li>▪ Praca nad koordynacją oddechu, artykulacji i fonacji</li> <li>▪ Wywoływanie samogłosek oraz spółgłosek za pomocą Gestów Wizualizacyjnych</li> <li>▪ Organizowanie reprezentacji językowej w codziennej komunikacji dla utrwalonych fonemów</li> <li>▪ Czuwanie nad prawidłowym rozwojem inwentarza fonemowego</li> </ul>
	Rozwijanie poziomu leksykalnego	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Budowanie rozumienia słów poprzez wprowadzenie gestów Makaton z równoczesnym użyciem dźwiękowej reprezentacji leksemu</li> <li>▪ Etykietowanie otoczenia za pomocą symboli Makaton</li> <li>▪ Organizowanie sytuacji dla komunikowania potrzeb poprzez wyrażenia dźwiękonaśladowcze i gesty systemowe</li> </ul>
	Rozwijanie poziomu składniowego	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Budowanie rozumienia prostych konstrukcji składniowych, wspomagane używaniem gestów Makaton przez partnera komunikacji</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uwspólnianie pola uwagi</li> <li>▪ Struktura naprzemienności wprowadzająca do dialogu</li> </ul>	Doskonalenie sprawności społecznej	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zwiększanie dystansu pomiędzy nadawcą a odbiorcą</li> <li>▪ Wprowadzenie gestu wskazywania</li> <li>▪ Pozyskiwanie nowych parterów komunikacji</li> <li>▪ Stosowanie reguł społecznych i grzecznościowych typu pożegnanie, przywitanie</li> </ul>
	Doskonalenie sprawności sytuacyjnej	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organizacja sytuacji komunikacyjnych poza gabinetem terapeutycznym</li> </ul>
	Doskonalenie sprawności pragmatycznej	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wzmacnianie poczucia sprawstwa w celu zwiększenia liczby intencjonalnych komunikatów dziecka</li> <li>▪ Utrwalanie umiejętności komunikacji „tak/nie”</li> <li>▪ Nauka komunikowania sprzeciwu, buntu – w celu likwidacji zachowań trudnych</li> <li>▪ Usprawnianie zdolności zadawania pytań</li> </ul>

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: S. GRABIAS: *Język, poznanie, interakcja*. W: *Język. Interakcja. Zaburzenia mowy. Metodologia badań. Seria: Mowa. Teoria – Praktyka*. Red. T. WOŹNIAK, A. DOMAGAŁA. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2007, s. 355–377; IDEM: *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2003; IDEM: *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*. Red. S. GRABIAS, J. PANASIUK, T. WOŹNIAK. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2015, s. 13–35.

### Ewaluacja terapii: dziecko DZ.02

Na podstawie dokumentu słownika dziecka, obserwacji uczestniczącej podczas terapii, zajęć przedszkolnych oraz wywiadu z rodzicami zauważono, że dziewczynka zrobiła największy postęp w zakresie rozumienia oraz znacząco wzrosła liczba komunikatów produkowanych w różnych sytuacjach spontanicznych. Dziecko posługuje się gestem wspieranym słowem werbalnym bądź wyrażeniem dźwiękonaśladowczym. Tabela 6 przedstawia ilościowy progres aktów mowy.

TABELA 6. Ocena ilościowa słownika komunikacyjnego po sześciomiesięcznej terapii: dziecko DZ.02

Zachowania komunikacyjne	Gesty naturalne	Gesty systemowe	Wokalizacje, słowa	Przykładowe struktury składniowe
7	4	8	12	brak

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: A. SMYCZEK: *Zastosowanie wspomagających i alternatywnych metod komunikacji (AAC approach) w terapii małych dzieci zagrożonych poważnymi zaburzeniami w porozumiewaniu się*. W: *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*. Red. J.J. BŁESZYŃSKI. Kraków, Impuls 2006, s. 71–109.

Ponadto dziewczynka naśladowuje ruchy aparatu artykulacyjnego; pionizuje język. W inwentarzu fonemowym pojawiły się samogłoski [a, e, u, o, i] oraz spółgłoski [m, p, b, t, d, k, h, f, w, l]. Rozumie proste, powtarzające się polecenia. Wskazuje obiekty i obrazki, jeżeli desygnaty mają reprezentację językową w słowniku biernym dziecka. Nawiązuje interakcje z rówieśnikami. Posługuje się formułami grzecznościowymi „cze”, „pa, pa” w sytuacji powitania i pożegnania.

Odwołując się do funkcjonowania obu dziewczynek, można stwierdzić, że wprowadzenie dodatkowego toru językowego czy komunikacyjnego przyspieszyło nabywanie sprawności językowych i komunikacyjnych. U pierwszego opisywanego dziecka tor komunikacyjny jest nadrzędny w stosunku do werbalnego toru językowego. Mimo że fonetyczna realizacja głosek została wprowadzona do terapii logopedycznej stosunkowo późno, bo około 10. roku życia dziewczynki, nie uniemożliwiło to rozwoju mowy. Należy podkreślić, że u badanej intensywnie rozwijane było przedpole toru językowego i komunikacji, a także samo komunikowanie, co pozwoliło na budowanie języka w umyśle dziecka. W przypadku drugiego dziecka – obie drogi terapeutyczne zostały wprowadzone równolegle. Zastosowanie systemu Makaton pomogło dziecku rozwinąć intencję do komunikowania, wzmocnić poczucie własnej skuteczności, a także chęć do werbalizacji. Ponadto dziewczynka częściej wchodzi w interakcje z rówieśnikami, podejmuje wspólne zabawy. Zaprezentowane studia przypadku miały zobrazować wykorzystania dwutorowego programowania terapii w zróżnicowanych deficytach z zakresu języka i komunikacji.

## Podsumowanie

Dwutorowe postępowanie terapeutyczne wymaga stosowania pewnych strategii. Istotnym elementem procesu zarówno terapeutycznego, jak i diagnostycznego jest obserwacja codziennej aktywności dziecka, umożliwiająca poznanie jego intencjonalnych zachowań. Respektowanie potrzeb dziecka wzmacnia poczucie sprawstwa i motywuje do dalszych aktów komunikacji. W zależności od sytuacji dziecko ma inne intencje, co uzasadnia szczególnie nacisk na współpracę pomiędzy rodziną a terapeutami, nauczycielami. Interdyscyplinarny charakter działań jest warunkiem postępu rozwoju.

Kolejną strategią jest organizowanie sytuacji umożliwiających komunikację dziecka w grupie rówieśniczej. Dziecko, mimo ograniczonych możliwości, powinno brać aktywny udział w lekcjach, zajęciach w grupie przedszkolnej. Wymaga to przemyślanej organizacji zajęć, dającej sposobność do odpowiadania na pytania, informowania oraz komentowania<sup>23</sup>.

Utrwalanie umiejętności symultanicznego porozumiewania się wyznacza szersze możliwości terapeutyczne. Programowanie toru komunikacyjnego umożliwi dziecku przekazywanie intencji, kształtowanie relacji społecznych oraz realizowanie sprawności pragmatycznej. Natomiast kształtowanie toru językowego wspiera budowanie systemu w umyśle, co stanowi podstawę najbardziej ekonomicznego sposobu porozumiewania się.

## Bibliografia

- GRABIAS S.: *Język, poznanie, interakcja*. W: *Język. Interakcja. Zaburzenia mowy. Metodologia badań. Seria: Mowa. Teoria – Praktyka*. Red. T. WOŹNIAK, A. DOMAGAŁA. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2007, s. 355–377.
- GRABIAS S.: *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2003.
- GRABIAS S.: *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*. Red. S. GRABIAS, J. PANASIUK, T. WOŹNIAK. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2015, s. 13–35.
- GRYCMAN M.: *Efektywność stosowania systemów komunikacji alternatywnej i wspomagającej u dzieci i młodzieży z ciężkimi zaburzeniami porozumiewania się na przykładzie Samodzielnego Publicznego Ośrodka Terapii i Rehabilitacji dla Dzieci w Kwidzynie*. W: *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*. Red. J. J. BŁESZYŃSKI. Kraków, Impuls 2006, s. 119–160.

---

<sup>23</sup> A. LECHOWICZ: *Komputerowe wspomaganie procesu komunikacji niewerbalnej dzieci z wieloraką niepełnosprawnością*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 2005, s. 23.

- GRYCMAN M.: *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci nie-mówiących wraz z propozycjami strategii terapeutycznych*. Kraków, Stowarzyszenie Rehabilitacyjne Centrum Rozwoju Porozumiewania 2014.
- GRYCMAN M., KACZMAREK B.B.: *Podręczny słownik terminów AAC (komunikacji wspomagającej i alternatywnej)*. Kraków, Impuls 2014, s. 120, s. 122–123.
- HILL I.: *A case study model for augmentative and alternative communication outcomes*. "Assistive Technology Outcomes and Benefits" 2006, no. 3, s. 53–65.
- JASTRZĘBOWSKA G., PELC-PĘKAŁA O.: *Metodyka ogólna diagnozy i terapii logopedycznej*. W: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*. T. 2. Red. G. JASTRZĘBOWSKA, T. GAŁKOWSKI. Opole, Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego 2003, s. 309–345.
- KONSTANTAREAS M.M.: *Autistic Children Exposed to Simultaneous Communication Training: A Follow-Up*. "Journal of Autism and Developmental Disorders" 1987, vol. 17, no. 1, s. 115–131.
- KURCZ I.: *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa, Scholar 2005.
- LAMONTAGNE M., ROUTHIER F., AUGER C.: *Team consensus concerning important outcomes for augmentative and alternative communication assistive technologies: A pilot study*. "Augmentative and Alternative Communication" 2013, no. 29, s. 182–189.
- LECHOWICZ A.: *Komputerowe wspomaganie procesu komunikacji niewerbalnej dzieci z wieloraką niepełnosprawnością*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 2005.
- LERNA A. et al.: *Long-term effects of PECS on social-communicative skills of children with autism spectrum disorders: A follow-up study*. "International Journal of Language and Communication Disorders" 2014, no. 49, s. 478–485.
- MATCZAK A.: *Zarys psychologii rozwoju*. Warszawa, Wydaw. Akademickie „Żak” 2003.
- PANASIUK J.: *Afazja a interakcja. TEKST – metaTEKST – konTEKST*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012.
- SCHLOSSER R.: *Social validation of interventions in augmentative and alternative communication*. "Augmentative and Alternative Communication" 1999, no. 15, s. 234–248.
- SCHLOSSER R., WENDT O.: *Effects of augmentative and alternative communication intervention on speech production in children with autism: A systematic review*. "American Journal of Speech-Language Pathology" 2008, no. 17, s. 212–230.
- SMYCZEK A.: *Zastosowanie wspomagających i alternatywnych metod komunikacji (AAC approach) w terapii małych dzieci zagrożonych poważnymi zaburzeniami w porozumiewaniu się*. W: *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*. Red. J.J. BŁESZYŃSKI. Kraków, Impuls 2006, s. 71–109.
- THOMAS-STONELL N. et al.: *Communicative participation changes in pre-school children receiving augmentative and alternative communication intervention*. "International Journal of Speech-Language Pathology" 2015, vol. 18, issue 1, s. 32–40.
- WYGOTSKI L.: *Myślenie i mowa*. Warszawa, PWN 1989.

CZĘŚĆ DRUGA

# Studia z praktyki logopedycznej

Logopedia  
Silesiana  
6



URSZULA CISZEWSKA-PSUJEK

Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego,  
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

## Sprawność narracyjna w chorobie alkoholowej

### Narrative Abilities in Alcohol Use Disorder

**ABSTRACT:** Alcohol dependence is a chronic disease causing multiple-system and multiorgan damage. Toxic effects of alcohol on the central nervous system lead to a permanent decrease in the number and size of neurons and neuronal connections, especially in the frontal structures, limbic system and cerebellum, and consequently to cognitive disorders, including executive functions and memory, as well as disorders in the processing of emotional information. The resulting cognitive dysfunctions affect the way in which reality is understood and the ability to present it in linguistic behaviour. Speech disorders in alcohol addicts can be diagnosed by assessing the narrative skills that reflect human knowledge of the world, i.e. the cognitive representation of the world.

**KEY WORDS:** alcoholism, cognitive functions, executive functions, cognitive function disorders, narration, narrative efficiency

Uzależnienie od alkoholu jest przewlekłą chorobą, prowadzącą do uszkodzeń układów: nerwowego, pokarmowego, krążenia, oddechowego, moczowego, endokrynnego, odpornościowego; przyczyniającą się do zmian skórnych, nowotworów, uszkodzeń płodu ciężarnej kobiety, zaburzeń funkcji seksualnych, powikłań psychiatrycznych<sup>1</sup>. Wieloletnie toksyczne oddziaływanie alkoholu metylowego i jego metabolitów na ośrodkowy układ nerwowy (OUN) osłabia przepływ krwi oraz zmienia metabolizm glukozy struktur czołowych<sup>2</sup>, układu limbicz-

---

<sup>1</sup> B.T. WORONOWICZ: *Alkoholizm jest chorobą*. Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 1998; IDEM: *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii 2001; A. RYSZKOWSKI et al.: *Objawy i skutki nadużywania alkoholu*. „Journal of Clinical Healthcare” 2015, no. 1, s. 2–6.

<sup>2</sup> Wśród objawów uszkodzeń płatów czołowych (występujących np. w zespole psychoorganicznym czołowym) wymienia się: zaburzenia zachowania, brak podejmowania inicjatywy w działaniu, zaburzenia zainteresowań, poddawanie się zewnętrznym impulsom, persewercje ruchowe, zaburzenia pamięci, koncentracji uwagi, wykonywania złożonych operacji myślowych, percepcji



nego<sup>3</sup> i mózdzku<sup>4</sup>, co prowadzi do trwałego zmniejszenia się liczby i rozmiaru neuronów oraz połączeń neuronalnych<sup>5</sup>, a w konsekwencji – do zaburzeń poznawczych, w tym dotyczących funkcji wykonawczych i pamięci, oraz zaburzeń przetwarzania informacji emocjonalnych.

---

wzrokowej, rozumienia tekstów metaforycznych, nadmierną skłonność do dygresji i konfabulacji, a także trudności w budowaniu wypowiedzi, tworzeniu zdań złożonych syntaktycznie, trudności nominacyjne czy obecność wypowiedzi stereotypowych. B. KACZMAREK: *Platy czołowe a język i zachowanie człowieka*. Lublin, Linea 1993, s. 18–28.

<sup>3</sup> Układ limbiczny (zwany rąbkowym lub brzeżnym) to pojęcie fizjologiczne wyodrębnione w toku badań klinicznych i określające wiele struktur korowych i podkorowych mózgu biorących udział w regulacji zachowań emocjonalnych i niektórych stanów emocjonalnych człowieka oraz w procesie zapamiętywania i budowaniu motywacji. Układ ten odpowiada za udział komponentu emocjonalnego w wypowiedziach słownych, steruje prozodycznymi aspektami wypowiedzi. Uszkodzenia struktur układu limbicznego ograniczają werbalne i niewerbalne formy ekspresji, a nawet mogą zaburzać płynność mowy. *Foniatrya kliniczna*. Red. A. PRUSZEWICZ. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1992; J.T. LAMENDELLA: *The Limbic System in Human Communication*. "Studies in Neurolinguistics" 1977, no. 3, s. 157–222; J. PANASIUK: *Afaza a interakcja. TEKST – metaTEKST – konTEKST*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 52.

<sup>4</sup> Do niedawna mózdzkowi przypisywano jedynie zdolność regulowania funkcjami motorycznymi, takimi jak: koordynacja wzrokowo-ruchowa i ruchowa, równowaga, napięcie mięśni, płynność i precyzja ruchów dowolnych, uczenie się zachowań motorycznych. Ostatnie badania dowiodły, że mózdzek, dzięki powiązaniu z wieloma strukturami układu nerwowego, m.in. z korą mózgową, pniem mózgu, strukturami podkorowymi, bierze także udział w regulacji sprawności poznawczej człowieka. Za: A. STAROWICZ-FILIP et al.: *Rola mózdzku w regulacji funkcji poznawczych – ujęcie neuropsychologiczne*. „Neuropsychiatria i Neuropsychologia” 2013, nr 8 (1), s. 24–31. Por.: E. D'ANGELO, S. CASALI: *Seeking a unified framework for cerebellar function and dysfunction: from circuit operations to cognition*. "Front Neural Circuits" 2012, no. 6, s. 116; J.D. SCHMAHMANN, J.C. SHERMAN: *The cerebellar cognitive affective syndrome*. "Brain" 1998, no. 121, s. 561–579; A.M. TEDESCO et al.: *The cerebellar cognitive profile*. "Brain" 2011, no. 134, s. 3672–3683; D. TIMMANN, I. DAUM: *Cerebellar contributions to cognitive functions: a progress report after two decades of research*. "Cerebellum" 2007, no. 6, s. 159–162; J. TIRAPU-USTARROZ et al.: *Cerebellar contributions to cognitive process: current advances*. "Revista de Neurologia" 2011, no. 53, s. 301–315.

<sup>5</sup> K. NOWAKOWSKA et al.: *Zaburzenia funkcji poznawczych pacjentów uzależnionych od alkoholu*. „Psychiatria Polska” 2007, nr 5 (41), s. 693–703; O.A. PARSONS: *Neurocognitive deficits in alcoholics and social drinkers: A continuum?* "Alcoholism: Clinical and Experimental Research" 1998, no. 22, s. 954–961; A. PFEFFERBAUM et al.: *Reorganization of frontal systems used by alcoholics for spatial working memory: An fMRI study*. "Neuroimage" 2001, no. 13, s. 1–14; E.V. SULLIVAN et al.: *Longitudinal changes in cognition, gait, and balance in abstinent and relapsed alcoholic men: relationships to changes in brain structure*. "Neuropsychology" 2000, no. 14, s. 178–188.

## Neurobiologiczne konsekwencje choroby alkoholowej

W literaturze psychologicznej i medycznej funkcjonuje termin „obkurczanie się mózgu” określający organiczne uszkodzenia mózgu wywołane alkoholem i polegające na zaniku korowo-podkorowym tkanki mózgowej, obejmującym głównie płaty czołowe, skroniowe oraz mózdzek. Obkurczenie się mózgu (jego mniejszy rozmiar i mniejsza waga) u osób uzależnionych od alkoholu znajduje współcześnie potwierdzenie nie tyle w badaniach pośmiertnych (autopsja), ile w technikach obrazowania medycznego, takich jak tomografia komputerowa (CT) czy rezonans magnetyczny (MRI). Tomografia pozytronowa (PET) i tomografia komputerowa emisji pojedynczych fotonów (SPECT) wskazują miejscowe zmniejszenie przepływu krwi i tempa metabolizmu u osób pijących nałogowo, w porównaniu do osób spożywających alkohol w „kontrolowany” sposób, nawet przy niestwierdzeniu mierzalnego obkurczenia tkanki mózgowej. Uszkodzenia strukturalno-funkcjonalne mózgu na skutek długoletniej intoksykacji potwierdzone w technice spektroskopii rezonansu magnetycznego (MRS) i PET mogą powstawać w wyniku zmniejszania się liczby neuronów, ich rozmiaru i gęstości połączeń neuronalnych<sup>6</sup>.

Strukturalne i czynnościowe zaburzenia mózgu, dotyczące szczególnie kory przedczołowej i hipokampa<sup>7</sup>, przyczyniają się do powstania deficytów w obrębie różnych funkcji czołowych, takich jak: zaburzenia funkcji wykonawczych, czyli poznawczych procesów nadrzędnych związanych z szeroko pojętą kontrolą zachowania i myślenia, trudności w rozwiązywaniu problemów złożonych, podejmowaniu decyzji i elastycznej zmianie strategii działania, osłabienie kontroli zachowania oraz zdolności adaptacji psychospołecznej. Do dysfunkcji czołowych należy także zaliczyć zaburzenia przetwarzania informacji poznawczych, w tym: planowania, nadzoru wykonania i korekty własnych działań, hamowania reakcji automatycznych, elastyczności poznawczej, międzyzadaniowego przełączania uwagi, umiejętności szybkiej adaptacji do zmieniających się sytuacji. Charakterystyczne dla osób uzależnionych od alkoholu są również zaburzenia pamięci

<sup>6</sup> Omówienie zastosowania technik neuroobrazowania w chorobie alkoholowej znajduje się w artykule: *Imaging and Alcoholism: A Window on the Brain*. „Alcohol Alert” April 2000, no. 47, <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa47.htm> [data dostępu: 2.04.2017]. Por. *Techniki obrazowania a alkoholizm. Podglądanie pracy mózgu*. Przeł. M. ŚLÓRSARSKA. „Alkohol i Nauka” 2000, nr 9, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/263-techniki-obrazowania-a-alkoholizm-podgladanie-pracy-mozgu.html> [data dostępu: 2.04.2017].

<sup>7</sup> Hipokamp jest niewielką strukturą, znajdującą się w układzie limbicznym (w obu płatach skroniowych znajduje się po jednym hipokampie), odpowiedzialną za pamięć, a przede wszystkim przenoszenie informacji z pamięci krótkotrwałej do długotrwałej oraz za orientację przestrzenną. Uszkodzenie hipokampa upośledza zdolności uczenia się. A. BOCHENEK, M. REICHER: *Anatomia człowieka*. T. 4: *Układ nerwowy ośrodkowy*. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1981, s. 368; C.A. VILLEE: *Biologia*. Cambridge, Harvard University Medical School 1997, s. 545.

operacyjnej, czyli krótkotrwałej, pozwalającej na jednoczesne przechowywanie kilku porcji informacji przez krótki okres i wykrywanie związków między nimi, a także zaburzenia przetwarzania informacji emocjonalnych<sup>8</sup>.

Amerykańscy badacze dowodzą, że wywołane przewlekłą intoksykacją zmiany neurobiologiczne w OUN zmniejszają się tylko w niewielkim stopniu po odstawieniu alkoholu (co może częściowo poprawić funkcjonowanie poznawcze) i nigdy nie prowadzą do stanu sprzed choroby alkoholowej<sup>9</sup>. Inni badacze wskazują, że tylko niektórzy utrzymujący dłuższą abstynencję uzyskują poprawę w zakresie funkcji czołowych – za sprawą predyspozycji indywidualnych, stanu funkcjonowania poznawczego przed chorobą czy mniejszej dawki spożywanego alkoholu<sup>10</sup>. Francuscy naukowcy twierdzą nawet, że dysfunkcje poznawcze u utrzymujących abstynencję nie łagodnieją i mogą przyjąć postać otępienia<sup>11</sup>. Brak jednoznacznych wyników badań dotyczy tezy o korelacji między czasem utrzymywania abstynencji a poprawą funkcji poznawczych<sup>12</sup>.

---

<sup>8</sup> A. BECHARA et al.: *Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers*. "Neuropsychology" 2001, no. 39, s. 376–389; A.W. BLUME et al.: *Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior*. "Addictive Behaviors" 2005, no. 30, s. 301–314; P.J. CUNHA, M.A. NOVAES: *Neurocognitive assessment in alcohol abuse and dependence: implications for treatment*. "Revista Brasileira de Psiquiatria" 2004, vol. 26, s. 23–27; M.H. DAO-CASTELLANA et al.: *Frontal dysfunction in neurologically normal chronic alcoholic subjects: metabolic and neuropsychological findings*. "Psychological Medicine" 1998, no. 28, s. 1039–1048; M. LEZAK: *Neuropsychological assessment*. New York, Oxford University Press 1995; X. NOËL: *Contribution of frontal cerebral blood flow measured by 99mTc bicisate SPECT and executive function deficits to predicting treatment outcome in alcohol-dependent patients*. "Alcohol and Alcoholism" 2002, issue 37, s. 347–354; K. NOWAKOWSKA et al.: *Zaburzenia funkcji poznawczych...*, s. 694; M.J. ROSENBLUM et al.: *Persistent cognitive deficits in community-treated alcoholic men and women volunteering for research: limited contribution from psychiatric comorbidity*. "Journal of Studies on Alcohol and Drugs" 2005, no. 66, s. 254–265.

<sup>9</sup> F.T. CREWS et al.: *Alcoholic neurobiology: changes in dependence and recovery*. "Alcoholism: Clinical and Experimental Research" 2005, no. 29, s. 1504–1513.

<sup>10</sup> E.M. JOYCE, T.W. ROBBINS: *Memory deficits in Korsakoff and non-Korsakoff alcoholics following alcohol withdrawal and the relationship to length of abstinence*. "Alcohol and Alcoholism" 1993, issue 2, s. 501–505; J. O'NEILL, V.A. CARDENAS, D.J. MEYERHOFF: *Effects of abstinence on the brain: quantitative magnetic resonance imaging and magnetic resonance spectroscopic imaging in chronic alcohol abuse*. "Alcoholism: Clinical and Experimental Research" 2001, no. 25, s. 1673–1682.

<sup>11</sup> A. PIERUCCI-LAGHA, C. DEROUENÉ: *Alcoholism and aging. 2: Alcoholic dementia or alcoholic cognitive impairment?* "Psychology. Neuropsychiatry" 2003, no. 1, s. 237–249.

<sup>12</sup> H. BERGMAN et al.: *Alcohol-induced cognitive impairment is reversible. Neuropsychological tests but not MRT show improvement after abstinence*. "Lakartidn" 1998, no. 95, s. 4231–4236; A.I. DRAKE et al.: *Cognitive recovery with abstinence and its relationship to family history for alcoholism*. "Journal of Studies on Alcohol and Drugs" 1995, no. 56, s. 104–109; E.V. SULLIVAN: *Longitudinal changes in cognition, gait, and balance in abstinent and relapsed alcoholic men: relationships to changes in brain structure*. "Neuropsychology" 2000, no. 14, s. 178–188.

W polskich badaniach<sup>13</sup> przeprowadzonych za pomocą testów neuropsychologicznych – Test Sortowania Kart Wisconsin, do oceny pamięci operacyjnej i funkcji wykonawczych, oraz Testu N-back, oceniającego prostą wzrokową pamięć operacyjną i zdolność koordynacji, wykazano, że liczba błędów w zakresie funkcjonowania poznawczego popełnianych przez osoby uzależnione od alkoholu nie zmniejsza się wraz z czasem trwania abstynencji, mają one charakter trwałe i towarzyszą różnym okresom choroby alkoholowej. Osoby z dłuższym czasem uzależnienia i osoby starsze popełniają więcej błędów perseweracyjnych, które świadczą o sztywności reakcji i myślenia, powtarzalności reakcji i mniejszej plastyczności zachowania, oraz błędów w zakresie poprawnie ułożonych kategorii kategoryzowania (Test Sortowania Kart Wisconsin), co wskazuje na gorszą efektywność myślenia. Wyższe wykształcenie może być zaś czynnikiem protekcyjnym w uszkodzeniu funkcji czołowych w alkoholizmie<sup>14</sup>.

Wśród czynników wpływających na stopień i rozległość uszkodzeń mózgu powstałych pod wpływem toksycznego działania alkoholu znajdują się: ilość wypijanego alkoholu i częstość picia, wiek inicjacji alkoholowej i czas picia, wiek, wykształcenie, płeć, uwarunkowania genetyczne, rodzinna historia uzależnienia od alkoholu, ryzyko wynikające z prenatalnej ekspozycji na alkohol, ogólny stan somatyczny<sup>15</sup>. Dotychczasowo nie stwierdzono jednoznacznie, żeby zachowania depresyjne czy lękowe oddziaływały negatywnie na funkcjonowanie poznawcze osób uzależnionych od alkoholu. Dokonując analizy badań dotyczących ujemnego działania alkoholu na mózg człowieka, nie można także stwierdzić, w jakim stopniu alkoholizm obecny w rodzinie ma wpływ na funkcjonowanie poznawcze osoby uzależnionej. Badania naukowców dowodzą większej wrażliwości mózgu kobiety na destrukcyjne działanie alkoholu oraz przyspieszenia fizjologicznego starzenia się mózgu w alkoholizmie<sup>16</sup>. Do zmiennych najbardziej wpływających

---

<sup>13</sup> Badania przeprowadzono w grupie 88 pacjentów (67 mężczyzn i 21 kobiet) z uzależnieniem od alkoholu, w wieku 21–58 lat, w tym 51 osób (38 mężczyzn i 13 kobiet) bezpośrednio po ciągu alkoholowym i 37 osób (29 mężczyzn i 8 kobiet) utrzymujących abstynencję od co najmniej roku. K. NOWAKOWSKA et al.: *Zaburzenia funkcji poznawczych...*, s. 694.

<sup>14</sup> Ibidem, s. 697.

<sup>15</sup> O.A. PARSONS: *Neurocognitive deficits in alcoholics and social drinkers: A continuum?* "Alcoholism: Clinical and Experimental Research" 1998, no. 22, s. 954–961. Por. M. KOPERA et al.: *Czynniki wpływające na funkcjonowanie poznawcze u osób uzależnionych od alkoholu*. „Alkoholizm i Narkomania” 2011, nr 1 (24), s. 39–52.

<sup>16</sup> Mimo wielu badań naukowcom wciąż nie udało się ustalić wyraźnych kryteriów różnicujących charakter i nasilenie zmian poznawczych w fizjologicznym starzeniu się mózgu i w starzeniu się OUN przyspieszonym procesami patologicznymi. W psychiatrii i geriatrii funkcjonuje termin „łagodne zaburzenia poznawcze” (*mild cognitive impairment* – MCI) określający stan kliniczny, w którym występuje, nie tak silne jak w otępieniu, osłabienie funkcji poznawczych, głównie pamięci, przy przeważnie zachowanej samodzielności w życiu codziennym. Badania dowodzą, że osoby z MCI są bardziej narażone na pojawienie się choroby otępiennej. Terminu MCI używano jako określenia przejściowego stanu pomiędzy normalnym funkcjonowaniem poznawczym i kliniczną

na funkcjonowanie poznawcze osób dotkniętych chorobą alkoholową należy zaliczyć długość trwania ich abstynencji<sup>17</sup>.

## Narracja jako kategoria scalająca możliwości poznawcze człowieka

W psychologii poznawczej narrację postrzega się jako odzwierciedlenie ogólnej wiedzy człowieka o świecie, sposób poznawczego reprezentowania świata. Opisywane przez narratora zdarzenia tworzą historię, w której zawsze znajduje się bohater, prezentowane są pewne wartości, intencje, plany, a także komplikacja i wraz z nią szanse przewyciężenia trudności i realizacji zamierzonych intencji. Narracja jest uniwersalna dla zachowań społecznych, w wymiarze kulturowym jest fundamentem mitów, religii, baśni, legend, ideologii, a nawet filmów i seriali telewizyjnych. To najbardziej naturalny sposób przekazywania ludzkiego doświadczenia. Myślenie narracyjne wiąże się z istnieniem pamięci i wiedzy operacyjnej jednostki. Istniejące w umyśle schematy narracyjne wpływają także na postrzeganie rzeczywistości<sup>18</sup>. Zgodnie z innymi teoriami psychologicznymi narracja jest uważana za strategię informacji (Charlie Lewis, Norman H. Freeman, Charlotte Hagestadt, Heather Douglas), procedurę wyjaśniania zdarzeń (Barbara Bokus, Grace Wales Shugar, Margaret Donaldson), działanie symboliczne w celu wytworzenia znaczeń (Barbara Bokus, Agiliki Nicolopoulou), model jednostkowego doświadczenia (Teun van Dijk)<sup>19</sup>.

Zdaniem logopedów umiejętność opowiadania i opisu stanowi najtrudniejszą formę aktywności językowej człowieka. Obie formy narracji są strukturami o niezwykle rozbudowanej kompozycji. W opowiadaniu zdarzenia rozgrywają się w następstwie czasowym wyznaczonym ramą: teraz – przedtem – potem lub tu – tam. W opisie czas pozostaje niezmienny, a istotną staje się zdolność operowania przestrzenią (tu i tam), co jest znacznie trudniejsze. Umiejętność tworze-

---

fazą prawdopodobnej choroby Alzheimera (*Alzheimer's disease* – AD). Obecnie MCI rozpoznaje się jako samodzielną, heterogeniczną jednostkę kliniczną, różną od przedklinicznej fazy AD, w której stwierdza się spadek sprawności intelektu w porównaniu do poziomu z okresu przed wystąpieniem zaburzeń poznawczych. T. GABRYELEWICZ: *Łagodne zaburzenia poznawcze*. „Postępy Nauk Medycznych” 2011, nr 8 (24), s. 688–689.

<sup>17</sup> M. KOPERA et al.: *Czynniki wpływające na funkcjonowanie poznawcze...*, s. 47–48.

<sup>18</sup> J. TRZEBIŃSKI: *Narracyjne konstruowanie rzeczywistości*. W: *Narracja jako sposób rozumienia świata*. Red. J. TRZEBIŃSKI. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2002, s. 17–42.

<sup>19</sup> Za: T. WOŹNIAK: *Narracja w schizofrenii*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2005, s. 78–79.

nia opisu konstituuje się u człowieka w normie intelektualnej dopiero w 10. roku życia (w przypadku opowiadania jest to 6. rok życia)<sup>20</sup>.

Toksyczne działanie alkoholu na struktury mózgu prowadzi do organicznego uszkodzenia struktur czołowych, przedczołowych, mózdzku i hipokampa, co objawia się dysfunkcjami poznawczymi, wpływa na sposób pojmowania rzeczywistości oraz na możliwość reprezentowania jej w zachowaniach językowych. Diagnozy możliwości poznawczych osób uzależnionych od alkoholu można dokonać dzięki ocenie ich sprawności narracyjnej.

### Metodologiczne podstawy badań nad narracją osób uzależnionych od alkoholu

Uwzględniając to, że chorobie alkoholowej towarzyszą zaburzenia funkcjonowania poznawczego, zaplanowano i przeprowadzono badanie, którego celem było określenie u osób uzależnionych od alkoholu stanu umiejętności narracyjnych, odzwierciedlających ukrytą w ludzkim umyśle wiedzę o rzeczywistości. Innowacyjne na gruncie logopedii badanie zachowań językowych w chorobie alkoholowej objęło próby dotyczące: rozumienia i umiejętności budowania kategorii narracyjnych w opowiadaniu na podstawie historyjki obrazkowej, obejrzanego filmu, przeczytanego fragmentu tekstu literackiego i użytkowego, autobiografii oraz opisu sytuacji na zdjęciu, krajobrazu, przedmiotu, obrazu typu martwa natura, obrazu abstrakcyjnego; kognitywnego opisu postaci.

W artykule omówione zostały trzy próby umożliwiające ocenę sprawności narracyjnej: w opowiadaniu na podstawie historyjki obrazkowej (*W sklepie AGD*) oraz fragmentu tekstu literackiego (Jacek Dukaj, *Wroniec*), a także próba sprawdzająca rozumienie kategorii przestrzennych i sprawność narracyjną w opisie sytuacji na podstawie fotografii (przedstawiającej grillującą rodzinę).

W analizie tekstów narracyjnych inspirowanych ilustracjami oraz powstałych na podstawie doświadczeń badanej osoby (przeczytany fragment tekstu literackiego) wybrano zaproponowane przez Barbarę Bokus procedury oceniające układ diagnostycznych komponentów, do których należą:

1. Sytuacja odniesienia: sposób przenoszenia zdarzeń ujętych ilustracją w tekst opowiadania – badanie intelektualizowania doznań.
2. Linia narracji: układ zdarzeń w następstwie czasowym – badanie racjonalnego sposobu porządkowania zdarzeń, czyli kompetencji logicznej.

---

<sup>20</sup> S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 63–64.

3. Pole narracji: suma sytuacji odniesienia różnych podmiotów (bohaterów).
4. Przestrzeń narracyjna: wszystkie pola narracji danej wypowiedzi narracyjnej.
5. Pejzaż akcji: opis działań bohaterów.
6. Pejzaż psychiczny (świadomości): umiejętność ożywiania postaci i nadawania im cech psychicznych<sup>21</sup>.

Narracyjna sprawność opisu sytuacji na zdjęciu została zanalizowana według zaproponowanych przez Stanisława Grabiasa procedur: **generalizacji zdarzeń**, której podstawą są formuły pozwalające rozpocząć opis i prezentować treść opowiadania; **przestrzenności opisu**, która opiera się na hierarchicznym ustrukturalizowaniu treści opisu w plany zdarzeń, oraz **prezentatywności zdarzeń**, które dzieją się w określonych planach przestrzeni i są ujmowane zgodnie z doświadczeniem mówiącego<sup>22</sup>.

## Przebieg i organizacja badań

Badanie pilotażowe oceniające sprawność narracyjną zostało przeprowadzone w styczniu 2017 roku wśród pacjentów Całodobowego Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu (COTUA) w Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego w Lublinie. W badaniu logopedycznym wzięli udział mężczyźni w wieku od 35 do 65 lat, z wykształceniem średnim zawodowym i technicznym, deklarujący nadużywanie alkoholu przez minimum 10 lat, przebywający na zamkniętym oddziale od 2 do 8 tygodni i poddawani terapii odwykowej. U pacjentów nie zdiagnozowano chorób psychicznych, ostrych objawów zespołu abstynencyjnego, poważnych chorób somatycznych ani też depresji wymagającej leczenia farmakologicznego.

## Charakterystyka kliniczna pacjentów

### Pacjent 1.

Mężczyzna, lat 40, z wykształceniem średnim zawodowym (mechanik i ekonomista), mieszkaniec podlubelskiej wsi, pracujący od kilku lat jako rolnik w gospo-

---

<sup>21</sup> B. BOKUS: *Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i polu narracji*. Kielce, Energiea 1991, s. 58–60; EADEM: *Świat fabuły w narracji dziecięcej*. Warszawa, Energiea 2000.

<sup>22</sup> S. GRABIAS: *Teoria zaburzeń mowy...*, s. 63–64.

darstwie rolnym w Niemczech i innych krajach Unii Europejskiej. Deklaruje znajomość podstawową języków obcych: angielskiego, niemieckiego, rosyjskiego i włoskiego. Od 12 lat spożywa alkohol w bardzo dużych ilościach i bardzo często; 2 lata pije bez kontroli piwo, wódkę, alkohole wysokoprocentowe. Nie ma chorób towarzyszących. Wśród motywów picia wymienia: wpływ kolegów i samotność (społeczne), rozbitą rodzinę, rozwód, problemy w relacjach z obecną partnerką (osobiste). Od 4 tygodni przebywa na terapii na oddziale COTUA, 5 tygodni utrzymuje abstynencję. Jako towarzyszące objawy zespołu odstawienia podaje głód alkoholowy, drżenie rąk, nadmierną potliwość. Deklaruje aktywność poznawczą: czyta literaturę, teksty popularnonaukowe i uczy się języków obcych.

### Pacjent 2.

Mężczyzna, lat 37, mieszkaniec podlubelskiej wsi, z wykształceniem średnim zawodowym (niepełnym), murarz-tylnik. Pracował 8 lat na farmach w Irlandii. Jest zatrudniony w gminie, wykonuje prace budowlane. Deklaruje bardzo słabą znajomość języka angielskiego. Od 15 lat spożywa alkohol (wódka) w nadmiarze, od 2 lat – codziennie, 1,5 roku – bez kontroli. Przez 5 lat utrzymywał abstynencję, między 2006 a 2011 rokiem, uczestniczył już w jednej terapii, w 2006 roku, ale jej nie ukończył, bo jak twierdzi, nie widział wtedy problemu. Obecnie przebywa na terapii zgłoszony przez ojca, który postawił mu ultimatum. Sam także dostrzega, że nadmierne spożywanie alkoholu stanowi dla niego problem. Jako motywy picia podaje chęć rozładowania stresów, wpływ kolegów, problemy osobiste (rozpad małżeństwa, brak kontaktu z synem). Deklaruje choroby towarzyszące wywołane alkoholem: nadciśnienie tętnicze, nieleczoną farmakologicznie depresję, leczone farmakologicznie schorzenie wątroby. Od 2 miesięcy utrzymuje abstynencję, od 6 tygodni przebywa na oddziale COTUA, wcześniej 15 dni przebywał na odtruciu na OLAZIE<sup>23</sup>, gdzie pojawiły się objawy zespołu abstynencyjnego (pocenie się, podniesiona temperatura, drżenie rąk). Nie lubi czytać i nie czyta ani literatury, ani tekstów użytkowych, nie ma konkretnych zainteresowań.

### Pacjent 3.

Mężczyzna, lat 57, mieszkaniec okolic Puław, z wykształceniem średnim (technikum budowlane). Od 25 lat pracuje w delegacji, w sektorze budownictwa wodnego. Ma rodzinę: żonę i troje dorosłych dzieci. Deklaruje, że od 25 lat często pije, prawie codziennie, a od około 12 lat ma problem z kontrolą picia. Pije

---

<sup>23</sup> OLAZA – Oddział Leczenia Zespołów Abstynencyjnych znajdujący się w Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego w Lublinie.





W próbie tej badane osoby miały za zadanie opowiedzieć historię na podstawie materiału obrazkowego dotyczącego kobiety i mężczyzny odwiedzających sklep ze sprzętem gospodarstwa domowego. W tabeli 1 zestawiono 22 sytuacje odniesienia (układ wszystkich sytuacji odniesienia wraz z zestawieniem elementów treści) zawierające się w historyjce obrazkowej *W sklepie AGD* oraz sytuacje odniesienia z opowiadania pacjentów.

TABELA 1. Realizacja sytuacji odniesienia budujących linię i pole narracji na przykładzie historyjki obrazkowej przez osoby uzależnione od alkoholu<sup>24</sup>

Lp.	Wzór	Pacjent 1.	Pacjent 2.	Pacjent 3.
1	Kobieta i mężczyzna oglądają na wystawie sklepowej kuchenkę z piekarnikiem. Kobieta wskazuje na kuchenkę z piekarnikiem	<i>No ogólnie to tak, na pierwszym obrazku widzę parę – kobietę i mężczyznę, którzy oglądają jakąś kuchenkę.</i>	<i>To tutaj na tym pierwszym mi się wydaje, jakby państwo byli w jakimś sklepie i oglądali tutaj kuchenkę. Nie wiem, tak mi się wydaje.</i>	<i>No powiedzmy, że się dzieje w sklepie gospodarstwa domowego. Jakieś małżeństwo przyszło oglądać, co mają w zasadzie, nie wiedzieli, co mają kupić najpierw. Ale oglądają, co mogą.</i>
2	Kobieta i mężczyzna znajdują się w sklepie AGD i oglądają lodówkę	–	<i>Tutaj lodówkę.</i>	–
3	Sprzedawca prezentuje i oferuje lodówkę	<i>Yyyy trudno mi powiedzieć, czy to jest w jakimś sklepie, czy w mieszkaniu, w którym próbuje jakiś agent nieruchomości zachęcić na przykład do wynajmu mieszkania lub ewentualnie jest to w sklepie, w każdym razie jakiś pan pokazuje tutaj lodówkę i zachwala zawartość, która się tam znajduje, lub ewentualnie, co można pomieścić w tej lodówce, jaka jest jej pojemność.</i>	–	–

<sup>24</sup> Tabela zawiera transkrypcje wypowiedzi narracyjnych badanych osób. W tekstach znajdują się błędy fonetyczne, gramatyczne, stylistyczne i leksykalne.

cd. tabela 1

4	Kobieta i mężczyzna oglądają kuchenkę z piekarnikiem	<i>Po czym razem z małżeństwem ten pan przychodzi sobie do kuchenki,</i>	–	<i>Najpierw kuchenkę,</i>
5	Sprzedawca pokazuje kuchenkę i otwiera drzwiczki piekarnika	<i>również opowiada krótko o jej zaletach, funkcjonalności, parametrach i tym podobnym.</i>	<i>Tak samo tutaj tłumaczy coś.</i>	–
6	Kobieta słucha oferty sprzedawcy dotyczącej kuchenki z piekarnikiem	–	<i>Tutaj na dole, nie wiem, jakby pani podejmowała decyzję, kuchenkę.</i>	<i>następnie kuchenkę, to chyba kuchenka jest.</i>
7	Mężczyzna stoi obok, zagląda do portfela i sprawdza ilość pieniędzy	<i>Czyli podejrzewam, że to jest raczej jednak w sklepie, ponieważ na kolejnym rysunku, stojąc dalej przy tej kuchence gazowej, małżeństwo, które przyszło, podejrzewam, że to jest mąż i żona, mąż czyta prawdopodobnie instrukcję obsługi.</i>	–	–
8	Sprzedawca zachwala kuchenkę z piekarnikiem	–	–	–
9	Mężczyzna proponuje kobiecie obejrzenie kuchenki elektrycznej jednopalnikowej, która znajduje się na półce naprzeciwko	<i>Po czym od kuchenki przechodzą, właściwie wskazują na jakiś regał, gdzie również jest inna kuchenka jednopalnikowa,</i>	–	<i>No i tak mi się wydaje, że przechodzą z rzeczy coraz tań, coraz tańsze te rzeczy pooglądać.</i>
10	Kobieta spogląda na półkę z kuchenką elektryczną jednopalnikową	–	–	–
11	Sprzedawca spogląda na półkę z kuchenką elektryczną jednopalnikową	–	–	–

cd. tabela 1

12	Na półce stoją: kuchenka jednopalnikowa, garnki, czajnik, wiadra	<i>gdzie również jest inna kuchenka jednopalnikowa oraz komplet naczyń kuchennych, wiaderka, jakieś czajniki.</i>	–	–
13	Kobieta i mężczyzna oglądają kuchenkę elektryczną jednopalnikową	–	–	–
14	Sprzedawca prezentuje kuchenkę elektryczną jednopalnikową. Kobieta jest zdziwiona	<i>Ten pan, sprzedawca prawdopodobnie lub jakiś agent, sprzedawca, tak mi się wydaje, próbuje państwu powiedzieć o kuchenke jednopalnikowej, w jaki sposób zachęcić do sprzedaży.</i>	<i>Tutaj niżej jeszcze jakąś inną kuchenkę pokazuje pan państwu.</i>	–
15	Kobieta i mężczyzna rozmawiają o kuchenke elektrycznej jednopalnikowej. Mężczyzna próbuje przekonać kobietę do kupienia tej kuchenki	<i>Państwo, którzy są zainteresowani, coś tam rozmawiają na ten temat, czy wziąć może taką kuchenkę jednopalnikową, czy może tą dużą trzypalnikową.</i>	–	<i>Następna kuchenka, następne garki i kucheneczka elektryczna,</i>
16	Sprzedawca przysłuchuje się rozmowie kobiety i mężczyzny na temat kuchenki elektrycznej jednopalnikowej	–	–	–
17	Kobieta i mężczyzna oglądają garnki	<i>Po czym oglądają komplet yyyyy naczyń kuchennych.</i>	–	<i>następne garki,</i>
18	Sprzedawca pokazuje garnki	–	–	–
19	Kobieta i mężczyzna rozmawiają o garnkach i o pieniądzach	<i>Również dyskutują, czy wziąć, czy kupić, czy nie kupić.</i>	–	<i>też się dalej zastanawiają, garki. Zona mężowi tłumaczy, chyba prawdopodobnie brak pieniędzy. Bo tutaj kobieta, widać</i>

				<i>tutaj rządzi. Ona, tu mężczyzna na tym drugim się trochę odwraca, a ona pokazuje, że tańsze rzeczy tam.</i>
20	Sprzedawca przysłuchuje się rozmowie kobiety i mężczyzny. Kobieta próbuje przekonać mężczyznę do kupienia garnków	–	–	–
21	Kobieta i mężczyzna wychodzą ze sklepu po zakupieniu drewnianej łyżki	<i>Po czym na ostatnim rysunku kończy się tym, że pan z panią – para wychodzą sobie z danego pomieszczenia sklepu bądź też kuchni. Pani trzyma jakiś rekwizyt w postaci łyżki drewnianej. Tak jakby sobie to wzięła na pamiątkę lub jest to jakiś gadżet lub po prostu zapomniała odłożyć,</i>	<i>Tutaj na samym dole chyba się nie zdecydowali i wyszli ze sklepu.</i>	<i>I kupili sobie jedynie za to, co mieli łyżkę. Wszystko.</i>
22	Zdziwiony sprzedawca stoi przy kuchenkach i odprowadza wzrokiem kobietę i mężczyznę	<i>a pan spogląda się w ich stronę, jak odchodzą, stojąc przy kuchence, troszeczkę z niejako takim zdziwieniem.</i>	–	–

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Dość rozbudowane i odnoszące się do poszczególnych ilustracji opowiadanie **pacjenta 1.** w płaszczyźnie semantycznej nie oddaje jednak wszystkich niesionych przez rysunki treści, ani w płaszczyźnie pragmatycznej nie dostarcza kompletnych informacji o inicjatorze treści i odniesień<sup>25</sup>. W wypowiedzi narracyjnej zawarte są **sytuacje odniesienia** związane zarówno z parą głównych bohaterów, jak i ze sprzedawcą, układające się w logiczną **linię narracji**. Badany mężczyzna przeważnie wskazał sytuacje uzupełniające **pole narracji**, dotyczące wszystkich bohaterów, oraz niektóre sytuacje, które składają się na **przestrzeń narracyjną** (np. akcja toczy się w sklepie, w którym znajduje się sprzęt gospodarstwa domo-

<sup>25</sup> B. BOKUS: *Tworzenie opowiadań przez dzieci...*, 58–60.

wego, sprzedawca, relacje łączące bohaterów: mąż–żona). Brakuje jednak wskazania na inne elementy budujące **przestrzeń narracyjną** (np. witryna sklepowa, występująca w pierwszej sytuacji odniesienia). W opowiadaniu zostały pominięte niektóre sytuacje odnoszące się do działań pary bohaterów oraz sprzedawcy (2, 6, 8, 10, 11, 13, 16, 20). Brak odniesienia się do wszystkich sytuacji ujętych na ilustracjach wpływa na niekompletność **pejzażu akcji**. Narrator tylko raz wskazuje na stany emocjonalne, plany, zamiary bohaterów (**pejzaż psychiczny**), mówiąc o zdziwieniu sprzedawcy w finałowej sytuacji, co powoduje, że **przestrzeń narracyjna** jest mimo wszystko uboga, a sposób, w jaki narrator dokonuje interpretacji rzeczywistości, jest mocno związany z bodźcami konkretnymi. Pacjent nie zrozumiał ukrytych w ilustracjach znaczeń dotyczących: sprawdzania przez mężczyznę ilości pieniędzy w portfelu, proponowania żonie kupienia tańszych produktów i odwodzenia jej od kupienia tych droższych, chęci kupienia przez kobietę oglądanych sprzętów gospodarstwa domowego czy też ostatecznego kupienia przez parę łyżki kuchennej. Postrzeganie rzeczywistości przez badanego mężczyznę jest dość ukonkretnione – stereotypowe, bliskie jego doświadczeniu oraz mocno związane z kontekstem sytuacji robienia zakupów, bo przecież osoby oglądające konkretny sprzęt AGD prędzej czy później chcą go kupić, mają na to pieniądze, czytają instrukcję zakupionych urządzeń.

Lakoniczną wypowiedź **pacjenta 2.** buduje tylko kilka sytuacji odniesienia (1, 2, 5, 6, 14, 21), układających się w niepełną i zaburzoną pod względem relacji przyczynowo-skutkowej **linię narracji** i tworzących bardzo **szcątkowy pejzaż akcji** oraz niepełne **pole narracji**. Na **przestrzeń narracyjną** składają się jedynie krótkie informacje na temat miejsca akcji – *sklep*, i jego wyposażenia – *lodówka*, *kuchenka*. Narrator tylko raz wskazał stany emocjonalne, plany, zamiary bohaterów, mówiąc o podejmowaniu decyzji przez kobietę, czego rezultatem jest brak **pejzażu psychicznego świadomości** w opowiadaniu. Badany mężczyzna zupełnie nie zrozumiał sensu treści ukrytych w ilustracjach. Można zastanawiać się, czy niemożność zbudowania tekstu narracyjnego na zawarty w materiale obrazkowym temat wynika z braku doświadczenia mężczyzny w zakupach sprzętu AGD i problemów planowania, budowania wypowiedzi niebędącej wypowiedzią stereotypową – związaną z potocznym myśleniem<sup>26</sup>, czy przyczyny trudności narracyjnych dotyczą raczej problemów z recepcją, percepcją wzrokową bądź nieskutecznym działaniem pamięci operacyjnej.

Krótkie opowiadanie **pacjenta 3.** buduje tylko 8 z wyszczególnionych przez badacza 22 sytuacji odniesienia (1, 4, 6, 9, 15, 17, 19, 21), układających się w **linię narracji** oraz dotyczących pary bohaterów: mężczyzny i kobiety, których, zdaniem pacjenta, łączy relacja małżeńska. Narrator przeważnie wskazywał elementy

<sup>26</sup> O stereotypach językowych pisali: J. BARTMIŃSKI, J. PANASIUK: *Stereotypy językowe*. W: *Współczesny język polski*. Red. J. BARTMIŃSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2011, s. 368–395.

**przestrzeni narracyjnej:** *sklep gospodarstwa domowego, kuchenka, kucheneczka, garki, łyżka*, ale zupełnie nie odniósł się do postaci sprzedawcy, przez co **pole narracji** jest niepełne. **Pejzaż akcji** dotyczy małżeństwa oglądającego sprzęt gospodarstwa domowego (1, 4, 6, 15, 17) w porządku od najdroższego po najtańszy (9) i decydującego się, z powodu braku pieniędzy i za namową żony (19), na kupno łyżki kuchennej (21). W 19. sytuacji odniesienia, którą w opowiadaniu badanego mężczyzny stanowi podejmowanie decyzji przez parę klientów i postawa kobiety – jej cechy przywódcze i decyzyjność w związku zaznacza się umiejętność ożywiania postaci i nadawania im cech psychicznych, ale jest to jedyna sytuacja odniesienia, w przypadku której w wypowiedzi narracyjnej pojawia się **pejzaż psychiczny**. Pacjent nie rozumie jednak sensu wszystkich niesionych przez rysunki treści (płaszczyzna semantyczna) ani nie dostarcza kompletnych informacji o inicjatorze treści i odniesień (płaszczyzna pragmatyczna). Pominięcie sytuacji odniesienia takich, jak dostrzeżenie przez mężczyznę braku pieniędzy w portfelu i odwiedzenie żony od kupienia najpierw kuchenki z piekarnikiem, potem małej kuchenki jednopalnikowej, następnie garnków, a przypisanie tych zachowań żonie, może świadczyć o problemach z recepcją, percepcją wzrokową albo silnym działaniu stereotypu i doświadczenia narratora. Przyczyną pominięcia tak wielu sytuacji odniesienia mogą być zaburzenia pamięci operacyjnej.

### Opowiadanie na podstawie przeczytanego fragmentu tekstu literackiego

W próbie tej badane osoby miały za zadanie opowiedzieć historię na podstawie przeczytanego dwustronicowego fragmentu książki Jacka Dukaja *Wroniec*, opowiadającego o sześciolatnim Adasiu, jego rodzinie i dziejących się w tle wydarzeniach związanych z wprowadzeniem stanu wojennego. W tabeli 2 zestawiono 42 sytuacje odniesienia zawierające się we fragmencie tekstu literackiego (układ wszystkich sytuacji odniesienia wraz z zestawieniem elementów treści) oraz sytuacje odniesienia z opowiadania pacjentów.

TABELA 2. Realizacja sytuacji odniesienia budujących linię i pole narracji na przykładzie fragmentu tekstu literackiego przez osoby uzależnione od alkoholu<sup>27</sup>

Lp.	Wzór	Pacjent 1.	Pacjent 2.	Pacjent 3.
1	Adaś, jego mama, tata, siostra, wujkowie i ciotki mieszkają w dużym mieście nad rzeką	<i>Był chłopczyk z dziewczynką – brat z siostrą. Yyyy babcia, mama, ojciec mieszkali w bloku na trzecim piętrze. Opisane jest ich takie życie codzienne (1)</i>	–	<i>No i stan wojenny. Przedstan. Stan wojenny, to znaczy stare budownictwo, to znaczy nie stare. Domy budowane z prefabrykatów całych. Nad rzeką, nad rzeką. Cała rodzina mieszkała, no może tutaj tak wynika, że cała rodzina w punktowcu-blokowcu mieszkała. Babcia, dziadek, to znaczy babcia, dziadek tu nie ma. Rodzice, siostra (1)</i>
2	Pod miastem znajdują się fabryki	–	–	–
3	Mama Adasia pracuje w biurze w fabryce, tata Adasia pracuje w biurze w centrum miasta, babcia zajmuje się Adasiem w czasie ich nieobecności	<i>Gdzie tam, ojciec pracował Adasia, czyli głównego bohatera opowieści, pracował gdzieś tam w biurze przy jakichś tam papierkowych sprawach. Mama też gdzieś tam w biurze (2)</i>	–	–
4	Ojciec pracuje też w domu, pisze na maszynie do pisania, hałasuje przy tym	<i>Pracę przynosił do domu, drukował na maszynie, bo nie było żadnych nowoczesnych rzeczy ułatwiających mu pracę, oprócz właśnie starożytnego typu maszyny do pisania (3).</i>	–	<i>pisał na maszynie (2)</i>

<sup>27</sup> Tabela zawiera transkrypcje wypowiedzi narracyjnych badanych osób. W tekstach znajdują się błędy fonetyczne, gramatyczne, stylistyczne i leksykalne. Podane w nawiasach liczby oznaczają kolejność występujących po sobie fragmentów opowiadania.



		<i>Przemyczał ojciec co noc tę maszynę, wracał do domu i pisząc na maszynie do późna w nocy, nie dawał również spać zbyt- nio, nie wiem, innym domownikom (6)</i>		
5	Matka zwraca ojcu uwagę, że hałasuje, pisząc na maszynie	-	-	-
6	Dzieci nie mogą spać przez hałas maszyny do pisania	-	-	-
7	Zdenerwowany ojciec wychodzi w nocy na balkon i pali papierosa	<i>Po czym wychodził sobie na balkon, zapalał papierosa i co ogólnie? (7)</i>	-	-
8	Brodaci mężczyźni przychodzą do ojca, dyskutują z nim i palą papierosy na balkonie	-	-	-
9	Adaś siedzi na kolanach ojca i pisze na maszynie swoje imię	-	-	<i>No Adaś zaczął pisać (5)</i>
10	Ojciec trzyma na kolanach Adasia i wkręca do maszyny białą kartkę	<i>Gdzie ojciec lubiał go zabierać na kolana i tam pozwalał mu również wystukiwać na maszynie (5)</i>	-	-
11	Adaś czuje dumę i zawsze ma przy sobie złożoną kartkę z napisanym na maszynie imieniem ADAM	-	-	-
12	Adaś pokazuje kartkę z imieniem młodszej siostrze	-	-	-
13	Młodsza siostra Adasia nie rozumie napisu i przewraca oczami, widząc kartkę z imieniem	-	-	-

cd. tabeli 2

14	Urażony Adaś myśli o siostrze, że jest głupia i nie umie mówić	–	–	–
15	Maszyna do pisania poprzedza komputery, internet, gry komputerowe	<i>W ogóle u siebie w domu nie posiadali, ani radia, ani internetu, ani telewizora kolorowego, tam był biało-czarny telewizor, no i tam, że telefonów komórkowych nie było (9)</i>	–	–
16	Czarno-białe telewizory pokazują dwa programy z występującymi w nich nudnymi, brzydkimi mężczyznami	–	–	<i>Telewizor czarno-biały (4)</i>
17	W kinach nie wyświetla się amerykańskich filmów, ludzie nie mają telefonów komórkowych, iPodów, nie słuchają muzyki za ich pomocą	–	–	–
18	W domu Adasia nie ma telefonu	–	–	–
19	Duży, łysy mężczyzna mieszkający w tym samym bloku posiada telefon, chodzi, puka i woła lokatorów do telefonu	<i>Opisane jest również, że tam piętro niżej mieszkał sąsiad, który miał telefon, gdyż oni nie posiadali telefonu, więc czasy dawne, prawdopodobnie gdzieś w czasie komunizmu (8)</i>	–	–
20	Łysy sąsiad często rozmawia z tatą na schodach i przed blokiem	<i>Ojciec chodził do sąsiada, yyyy (11)</i>	–	–
21	Lokatorzy odwiedzają łysego sąsiada i rozmawiają przez jego telefon	–	–	–

cd. tabeli 2

22	Adaś wspina się na parapet i ogląda z okna na trzecim piętrze szeregi betonowych bloków	<i>W między czasie opis tego Adasia, jak siada na parapecie, przygląda się pracownikom wchodzącym tam na górę tam rusztowań, prac, przy blokach (14)</i>	–	–
23	Robotnicy w kabinach dźwigów pracują przy budowie bloków	–	–	–
24	Adaś widzi robotników w kabinach i martwi się o nich, żeby nie spadli	–	–	<i>gapienie się w szybę, oglądanie, gapienie się w szybę, oglądanie jak powstają nowe bloki (8)</i>
25	Robotnicy pracują na dachach bloków i spawają konstrukcje	<i>gdzie tam pięknie są światełka niebieskie od budowy, koła</i>	–	–
26	Adaś patrzy na płomień spawarki i widzi kolorowe mroczki	<i>jakieś rozchodzące się, motylki, czy coś tam, jakieś efekty, boczne. W każdym mądzi razie rozchodziło się o prace budowlane, gdzie uczestniczyły trzony takie ekspowarki, jak się domyślam (15)</i>	–	–
27	Babcia przestrzega wnuka przed patrzaniem na płomień spawarki	–	–	–
28	Adaś dziwi się babci	–	–	–
29	Adaś przesiaduje na parapecie i czyta książki, mimo że nie chodzi jeszcze do szkoły	<i>Opisane jest to życie tego Adasia, no chodził do szkoły, często przeglądał się w szybę, siedząc na parapecie (4)</i>	–	<i>jeszcze jak do szkoły nie chodził (6)</i>
30	W telewizji zastąpił niedzielną bajkę, zamknięto szkoły i przedszkola. Jest zima	<i>Yyyyy, no ale no napisane jest również, że yyyy Adaś, któregoś tam razu szkoła była zamknięta (16)</i>	–	–

cd. tabeli 2

31	Adaś się nudzi	–	–	Nudne życie Adasia (7)
32	W domu pojawia się wujek Kazek, słucha radia, klóci się z ojcem, pali śmierdzące papierosy, śpi w kuchni pod oknem na materacu, narzeka na zimno i choruje	<i>Co tam dalej było? No przyjechał również wujek Kazek. Zapomniałem, że z jakiego tam powodu musiał zamieszkać (12). Równie palił papierosy, z czego troszeczkę zatruwał środowisko domowe tytoniem, wtedy też wychodzili na balkon. Za bardzo w tym mieszkaniu było wietrzne, przeciągi panowały (13)</i>	–	<i>Wiadomo, że się klócił z tym wujkiem (3). Wujek się ukrywał, bo spał na materacu (11)</i>
33	Mama oznajmia, że wujek Kazek zamieszka z nimi	–	–	–
34	Mama zabrania Adasiowi wyjść na dwór, jeździć na sankach, rzucać śnieżkami z innymi dziećmi	<i>On był zmuszony być w domu, nie pozwalała mu mama wychodzić na dwór (17)</i>	–	–
35	Ojciec i wujek Kazek schodzą do sąsiada i narzekają na brak sygnału w telefonie oraz podsłuch	–	–	–
36	Mama przesiaduje u sąsiadki z za ściany	<i>Mama często spędzała czas u sąsiadki (10)</i>	–	–
37	Adaś czyta na parapecie książkę o szpiegach i partyzantach	<i>A siedząc przy tym parapecie, że mu się tam chłodno zrobiło (18)</i>	–	–
38	Okno jest nieszczelne, przerażona babcia zawija wnuka w koc	<i>Mama go przykryła kocem, później gdzieś wyszła (19)</i>	–	–
39	Osiedle jest puste, brakuje przechodniów, zapada zmrok, unoszą się pyły fabryczne, a śnieg jest brudny	<i>W między czasie jeszcze było pod koniec, na tym parapecie, jak siedział, to oglądał życie takiego zacho</i>	–	<i>raz na ludzi, którzy przechodzili po osiedlu (9)</i>

		<i>dzącego dnia, jak tam ludzie przechodzili chodnikami. Yyyy ciemniało, szarzało się za oknem. A zakończyło się w ogóle niczym. Pokazaniem takiego życia codziennego (20)</i>		
40	Smutny Adaś siedzi na parapecie i ma katar	–	–	–
41	Adaś obserwuje ludzi i włączone telewizory w oknach sąsiednich bloków	–	–	–
42	Babcia włącza telewizor, w którym pojawiają: mężczyźni, następnie żołnierze, czołgi i armaty, wreszcie mężczyzna w mundurze z wielką głową i wielkimi okularami	–	–	<i>Najbardziej zapamiętał to, że występowali mężczyźni ubrani w mundury. No i zapamiętał to, że taki w okularach, wiemy, o kogo chodzi (10).</i>

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Opowiadanie **pacjenta 1.** ma zaburzoną linię narracji i składa się z 20 niekompletnych semantycznie, a czasem wzbogaconych o nowe treści, **sytuacji odniesienia**, dotyczących większości bohaterów opowiadania. **Pole narracji** obejmuje osoby z kręgu rodziny Adasia, natomiast brakuje w nim odniesienia się do pozostałych bohaterów, ukrytych pod metaforycznymi określeniami: *brzydscy panowie, pan w mundurze, z wielką głową i w wielkich okularach*, czyli prezydentów telewizyjnych, mundurowych, generała Jaruzelskiego. Także **przestrzeń narracyjna** jest niepełna, gdyż brakuje w niej odniesień do działań głównych postaci (niekompletny **pejzaż akcji**) i pojawiających się w tle wydarzeń historycznych, dotyczących wprowadzenia stanu wojennego, wystąpienia w telewizji przywódców PRL i w konsekwencji: wyłączenia telefonów, podsłuchiwania rozmów obywateli, zaprzestania emisji programów telewizyjnych, wprowadzenia godziny policyjnej i wyludnionych ulic. Badany mężczyzna nie zrozumiał tła historycznego tekstu literackiego. Brakuje także wskazania przez narratora na przeżycia psychiczne bohaterów (brak **pejzażu psychicznego**), mimo wyraźnej obecności komponentu emocjonalnego w tekście Dukaja. Występujące w opowiadaniu pacjenta liczne konfabulacje oraz treści naddane (sytuacje odniesienie: 3, 4, 22, 25, 26, 29, 32, 37, 38, 39) są rezultatem niesprawnie działającej pamięci operacyjnej i elementem

strategii kompensacyjnej (jako reakcji na postępującą neurodegenerację) przejawiającej się czasem hipermnestycznym skoncentrowaniem się na detalach (działanie *ekspowarki*). Treści dodane świadczą o silnym powiązaniu bodźców abstrakcyjnych (słów)<sup>28</sup> z konkretnym działaniem, doświadczeniem osobistym mężczyzny.

W podejmowanych przez badacza próbach pozyskania tekstu od **pacjenta 2**. została zmieniona procedura badawcza z procedury narracyjnej na dialogową. Mimo to badany mężczyzna określił jedynie tożsamość głównego bohatera (*Adaś, 6 lat, Jest dzieckiem*). Odmówił opowiedzenia tekstu, tłumacząc się trudnościami w planowaniu i budowaniu wypowiedzi i zaburzeniami pamięci.

Pozyskany w procedurze tekst **pacjenta 3**. nie jest faktycznie odtworzeniem fabuły fragmentu opowiadania Dukaja, a raczej wywodem – komentarzem narratora na temat komunizmu i stanu wojennego. Procedura dialogu i sugerowane w pytaniach zdarzenia pozwoliły na odtworzenie 11 sytuacji odniesienia (1, 4, 16, 9, 29, 31, 24, 26, 39, 42, 32) układających się w niekompletną i zaburzoną pod względem logicznym **linię narracji**:

*No i stan wojenny. Przedstan. Stan wojenny, to znaczy stare budownictwo, to znaczy nie stare. Domy budowane z prefabrykatów całych. Nad rzeką, nad rzeką. Cała rodzina mieszkała, no może tutaj tak wynika, że cała rodzina w punktowcu-blokowcu mieszkała. Babcia, dziadek, to znaczy babcia, dziadek tu nie ma. Rodzice, siostra [1]<sup>29</sup>. To ja opiszę, jak to było. Mam to opowiadać? [...]*

*Historia Adasia, znaczy rodziny z yyyy Adasia oczami. Mógłby Adaś wywnioskować, że ojciec mógł pracować na dwie strony albo był strajkującym, tym, co byli przeciw rządowi, przeciw ogłoszeniu stanu wojennego, albo **pisał na maszynie** [4], ale czy pisał ulotki, czy pisał coś tam innego, donosy. Trudno z tego wywnioskować. **Wiadomo, że się kłócił z tym wujkiem** [32]. A że w stanie wojennym była godzina policyjna, też opisywali. Ach, ludzie się zresztą bali wychodzić w ogóle. Tylko chodzili po zakupy, no i do pracy. **Telewizor czarno-biały** [16], kolorowe, nie wiem, czy kolorowe już były? Były już kolorowe [...]*

*Rok 81. Może nie było, już nie pamiętam. Dwa programy faktycznie były, jednak i dwójka. W radiu można było słuchać, zbierali się, radia słuchali. Telefonów nie było, telefony były wyłączone w pierwszym okresie. Później były w..., no ale telefonów w zasadzie nie było. W zasadzie było bardzo mało telefonów. W mieście było więcej, na wsi można powiedzieć, że było mniej. Biegali od jednego telefonu. Sąsiad miał, to się biegało do telefonu. Znajomi dzwoniли, żeby się z nimi znów połączyć. No to tak z tego, właśnie wynika [...]*

<sup>28</sup> Odnosząc się do teorii Iwana Piotrowicza Pawłowa, zakładającej istnienie dwóch układów sygnałowych, w pozyskiwaniu materiału językowego zastosowano bodźce konkretne (sensoryczne), stymulujące pierwszy układ – działanie konkretne oraz bodźce abstrakcyjne (słowa), pobudzające myślenie abstrakcyjne, pojęciowe. I.P. PAWŁOW: *Wykłady o czynności mózgu*. Przeł. S. MILLER. Oprac. J. KONORSKI. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1951.

<sup>29</sup> Fragmenty zaznaczone pogrubioną czcionką oraz podane w nawiasach numery oznaczają sytuacje odniesienia z tabeli 2 w tekście opowiadania pacjenta.

*No Adaś zaczął pisać [9]. A jak zaczął pisać, to musiał umieć czytać przed rozpoczęciem szkoły, jeszcze jak do szkoły nie chodził [29] [...]*

*Może szybciej. Nudne życie Adasia [31], bez zajęcia, przylepianie, gapienie się w szybę, oglądanie, gapienie się w szybę, oglądanie jak powstają nowe bloki [24, 26], raz na ludzi, którzy przechodzili po osiedlu [39]. Taka szara codzienność w telewizorze. Najbardziej zapamiętał to, że występowali mężczyźni ubrani w mundury. No i zapamiętał to, że taki w okularach, wiemy, o kogo chodzi [42] [...]*

*Bojaźń. Nie że on się tak bał, ale ludzie się bali wyjść na zewnątrz, tego świata zewnętrznego, że może się coś stać to tak to pojmował [...]*

*Wujek się ukrywał, bo spał na materacu [32].*

Na **pejzaż akcji** opowiadania składają się wydarzenia dotyczące przede wszystkim głównego bohatera – Adasia, tylko trzy sytuacje dotyczą jego rodziny (1), wujka (32) i występujących w telewizji przedstawicieli władzy komunistycznej (42). Mimo odczytania przez badanego mężczyznę drugoplanowych wydarzeń historycznych i jego autorskiego komentarza **przestrzeń narracyjna** jest niepełna (brak dokładnych informacji o pobliskiej budowie, o zajęciach, paleniu papierosów przez ojca i wujka, o spotkaniu ojca z brodatymi mężczyznami, z sąsiadem, a matki z sąsiadką itd.). W **polu narracji** nie ma także sąsiadów, brodatych panów, robotników, siostry i mamy Adasia. Na **pejzaż psychiczny** składa się jedynie wzmianka o strachu towarzyszącym ludziom żyjącym w PRL-u, ale ta sytuacja nie znajdowała się w czytany fragment tekstu. Skłonność do naddawania treści w opowiadaniu pacjenta i dygresyjnego komentowania wydarzeń historycznych, tylko w części budujących przestrzeń narracyjną, jest strategią kompensacji zaburzeń pamięci operacyjnej. Opowiadanie badanej osoby opiera się na doświadczeniu człowieka żyjącego w czasach komunizmu i jest wypowiedzią schematyczną i stereotypową – utrwaloną w potocznym języku.

### Opis sytuacji na zdjęciu

Badani zostali poproszeni o opisanie zdjęcia przedstawiającego sytuację – grillujące osoby (fotografia 1). Sformułowane przez nich opisy, różniące się pod względem formy i treści, zostały zamieszczone w tabeli 3.



FOTOGRAFIA 1. Zdjęcie wykorzystane w badaniu

ŹRÓDŁO: [http://metro.gazeta.pl/Lifestyle/1,126513,11625042,Grill\\_\\_Z\\_nami\\_ci\\_sie\\_wreszcie\\_uda\\_.html](http://metro.gazeta.pl/Lifestyle/1,126513,11625042,Grill__Z_nami_ci_sie_wreszcie_uda_.html)  
(fot. Shutterstock).

TABELA 3. Opisy sytuacji na zdjęciu skonstruowane przez osoby uzależnione od alkoholu<sup>30</sup>

Pacjent 1.	Pacjent 2.	Pacjent 3.
<p><i>Na zdjęciu, na powyższym zdjęciu, yyy występuje, widnieje, czy jak to inaczej powiedzieć, jest młode małżeństwo z dwójką dzieci, które wyjechały gdzieś na peryferia miasta, gdzieś na wieś, w każdym razie na jakąś altankę z tarasem yyy w sezonie letnim, yyy która służy właśnie do takiego letniego wypoczynku, ponieważ dookoła widać pustkowie, zarośniętą, wysoką trawę czy terytorium, teren, okolice mało odwiedzane. Yyy spędzają tam czas właśnie na tarasie, robiąc grilla z dwójką dzieci – chłopczykiem i dziewczynką w wieku sześciu–ośmiu lat.</i></p>	<p><i>No widząc na tym zdjęciu rodzina, nie wiem, grilla robi w porze obiadowej. Rodzina jest szczęśliwa. No i to wszystko.</i></p>	<p><i>No młode małżeństwo z dwójką dzieci – dziewczynka, chłopak robią grilla na tarasie. Nie wiem, czy tam są góry, no nieważne, czy tam są góry. Niebo jest błękitne w każdym mądzi razie. Żona bawi się z chłopczykiem, siedzą przy stole. Mąż nakłada na talerzyk córce jakieś potrawy z grilla.</i></p>

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

<sup>30</sup> Tabela zawiera transkrypcje wypowiedzi narracyjnych badanych osób. W tekstach znajdują się błędy fonetyczne, gramatyczne, stylistyczne i leksykalne.



W opisie **pacjenta 1.** zauważa się obecność, charakterystycznej dla tego typu narracji, formuły wprowadzającej w wypowiedź, czyli **generalizacji zdarzeń**, którą stanowią słowa – *Na zdjęciu, na powyższym zdjęciu*, łączące się z trzema bliskoznacznymi czasownikami: *występuje, widnieje, jest*. Następnie w wypowiedzi narracyjnej występują odniesienia dotyczące rodziny i jej wyjazdu na wieś, typowe dla struktury opowiadania. Zachowana jest umiejętność dostrzegania postaci (małżeństwo z dwójką dzieci), obiektów (altanka z tarasem, pustkowie, terytorium, teren, grill) oraz przedstawiania związanych z nimi wydarzeń (**prezentatywność zdarzeń**), ale nie są one zlokalizowane przestrzennie. Kategorię **przestrzenności opisu** realizuje tylko jedna fraza opisująca przestrzeń w płaszczyźnie horyzontalnej – *ponieważ dookoła widać pustkowie, zarośniętą, wysoką trawę czy terytorium, teren, okolice mało odwiedzane*, ale dzieląca zdjęcie na dwa plany w przestrzeni wertykalnej – to, co na tarasie, i to, co poza nim. Nie można jednak stwierdzić, żeby omawiany opis był w pełni ustrukturuwany hierarchicznie w plany zdarzeń. W tekście opowiadania występują słowa bliskoznaczne, świadczące o kompensacji problemów z planowaniem wypowiedzi. Niedostateczny opis relacji przestrzennych w tekście narracyjnym badanego mężczyzny może zatem wynikać z problemów w recepcji wzrokowej, niedostatecznego rozumienia stosunków przestrzennych lub zbyt silnego przyzwyczajenia do struktury opowiadania, pojawiającego się częściej w wypowiedziach potocznych.

Bardzo krótki opis autorstwa **pacjenta 2.** rozpoczyna nazywający fizyczny proces imiesłów przysłówkowy współczesny *widząc*, wprowadzający informacje o rodzinie, która *grilla robi w porze obiadowej* (**generalizacja i prezentatywność zdarzeń**). W opisie brakuje procedury **przestrzenności opisu**, co w przypadku tego mężczyzny można tłumaczyć: zaburzeniami planowania wypowiedzi, problemami w recepcji wzrokowej, niedostatecznym rozumieniem stosunków przestrzennych czy zbyt silnym oddziaływaniem struktur opowiadania na wypowiedź opisową (np. obecność pejzażu psychicznego) i postępowaniem według schematu.

Opis sytuacji na zdjęciu stworzony przez **pacjenta 3.** zaczyna potoczna formuła **generalizująca zdarzenia**: *No młode małżeństwo z dwójką dzieci – dziewczynka, chłopak robią grilla na tarasie*. Następnie **prezentowane są zdarzenia** dotyczące bohaterów zdjęcia. Opis wydaje się być ustrukturuwany hierarchicznie w trzy plany zdarzeń w płaszczyźnie wertykalnej: 1. *na tarasie, przy stole*, 2. *góry*, 3. *niebo*, jednak **procedura przestrzenności opisu** nie została zrealizowana, bo w opisie brakuje wyrażeń przyimkowych. Zauważa się również nadmierną skłonność do opisu detali – *Niebo jest błękitne w każdym mądzi razie* i dygresyjności – *Nie wiem, czy tam są góry, no nieważne, czy tam są góry*. Trudności w przestrzennym lokalizowaniu zdarzeń mogą mieć przyczynę w zaburzeniach natury recepcyjnej, niedostatecznym rozumieniu stosunków przestrzennych bądź są wynikiem działania według schematu opowiadania.

## Podsumowanie

Według teorii linii i pola narracji przedstawionej przez Bokus, w strukturach narracyjnych skrywa się doświadczenie jednostki. Tekst narracyjny (opis i opowiadanie) jest językową reprezentacją zmieniającej się w wymiarze przestrzennym i czasowym rzeczywistości. Sposób dekodowania znaczeń – opowiadania lub opisywania zdarzeń przedstawionych za pomocą rysunku, słowa czy zdjęcia, informuje o stanie wiedzy ukrytej w umyśle<sup>31</sup>.

Niezależnie od czasu i intensywności spożywania alkoholu, czasu abstynencji, wieku, wykształcenia, funkcjonowania społecznego, alkohol mógł zadziałać destrukcyjnie na struktury poznawcze badanych mężczyzn, a w konsekwencji doprowadzić do powstania trudności językowych i obniżenia sprawności narracyjnej. Czynnikiem protekcyjnym, podtrzymującym sprawności językowe, mogła być aktywność poznawcza, czego dowodem są pełniejsze pod względem struktury wypowiedzi narracyjne pacjenta 1., który taką aktywność deklarował. Dane zgromadzone w tabeli 4 pozwalają także wysnuć wniosek, że nasilenie zaburzeń poznawczych wiąże się z mniejszą liczbą odniesień do poszczególnych ilustracji historyjki obrazkowej lub wydarzeń ujętych w fabule tekstu literackiego. Wypowiedzi narracyjne pacjenta 2. są ilościowo i jakościowo gorsze w porównaniu do wypowiedzi pozostałych pacjentów.

TABELA 4. Liczba zrealizowanych sytuacji odniesienia w opowiadaniach na podstawie historyjki obrazkowej skonstruowanych przez osoby uzależnione od alkoholu

Typ wypowiedzi narracyjnej	Sytuacje odniesienia	Liczba zrealizowanych sytuacji odniesienia		
		Pacjent 1.	Pacjent 2.	Pacjent 3.
Opowiadanie na podstawie historyjki obrazkowej	22	14	6	8
Opowiadanie na podstawie fragmentu tekstu literackiego	42	22	–	11

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Przeprowadzone badanie pozwala stwierdzić, że zmiana systemu poznawczego w chorobie alkoholowej uwidacznia się w zachowaniach narracyjnych i objawia się konkretyzacją postawy<sup>32</sup>. Wśród wykładników postawy konkret-

<sup>31</sup> B. BOKUS: *Tworzenie opowiadań przez dzieci...*, s. 58–60.

<sup>32</sup> Badania nad wyższymi czynnościami psychicznymi człowieka zaowocowały powstaniem koncepcji organizacji ludzkiego poznania. Kurt Goldstein sformułował popartą obszernym materiałem klinicznym tezę, że organizm ludzki jest złożonym układem o określonej konfiguracji czynników, oraz opracował zestawy zachowań charakteryzujących ludzi zdolnych do przyjęcia postawy abstrakcyjnej lub postawy konkretnej. K. GOLDSTEIN: *Language and Language Disturbances*. New

nej należy wymienić: problemy organizacji twórczej, trudności w dekodowaniu znaczenia, planowaniu i budowaniu wypowiedzi, obniżenie sprawności rozwiązywania nowych problemów, silny związek z jednostkowym doświadczeniem, stereotypem i działaniem schematycznym. W odpowiedzi na postępującą neurodegenerację pojawiają się mechanizmy kompensacji<sup>33</sup>, które objawiają się: hipermnezją, detalizacją, dygresyjnością, konfabulacjami, formuliczością wypowiedzi, a także częstym bogactwem słów przy faktycznym ubóstwie treści. Na obniżenie sprawności narracyjnej wpływają także zaburzenia pamięci operacyjnej, recepcji i percepcji wzrokowej.

Oddziaływania terapeutyczne, które może zaproponować logopeda osobie utrzymującej abstynencję alkoholową, powinny zmierzać w kierunku budowania w umyśle struktury wypowiedzi narracyjnej: umiejętności dekodowania zdarzeń i układania ich w następujący po sobie logiczny ciąg, sytuowania w przestrzeni narracyjnej bohaterów, opowiadania o ich działaniach oraz emocjach, planach, zamiarach, prezentowania bohaterów i ich działań w przestrzeni.

## Bibliografia

- BARTMIŃSKI J., PANASIUK J.: *Stereotypy językowe*. W: *Współczesny język polski*. Red. J. BARTMIŃSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2011, s. 368–395.
- BECHARA A. et al.: *Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers*. "Neuropsychology" 2001, no. 39, s. 376–389.
- BERGMAN H. et al.: *Alcohol-induced cognitive impairment is reversible. Neuropsychological tests but not MRT show improvement after abstinence*. "Lakartidn" 1998, no. 95, s. 4231–4236.
- BLUME A.W., SCHMALING K.B., MARLATT G.A.: *Memory, executive cognitive function, and readiness to change drinking behavior*. "Addictive Behaviors" 2005, no. 30, s. 301–314.
- BOCHENEK A., REICHER M.: *Anatomia człowieka. T. 4: Układ nerwowy ośrodkowy*. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1981, s. 368.
- BOKUS B.: *Świat fabuły w narracji dziecięcej*. Warszawa, Energeia 2000.
- BOKUS B.: *Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i polu narracji*. Kielce, Energeia 1991.
- CHOMSKY N.: *Zagadnienia teorii składni*. Przeł. I. JAKUBCZAK. Wrocław, Ossolineum 1982.
- CREWS F.T. et al.: *Alcoholic neurobiology: changes in dependence and recovery*. "Alcoholism: Clinical and Experimental Research" 2005, no. 29, s. 1504–1513.
- CUNHA P.J., NOVAES M.A.: *Neurocognitive assessment in alcohol abuse and dependence: implications for treatment*. "Revista Brasileira de Psiquiatria" 2004, vol. 26, s. 23–27.

---

York, Ronald Press 1948. Natomiast Kazimierz Obuchowski dowiódł, że przetwarzanie informacji jest możliwe dzięki funkcjonowaniu trzech poziomów orientacji w rzeczywistości zewnętrznej: kodu konkretnego, kodu hierarchicznego i kodu twórczego. K. OBUCHOWSKI: *Kody orientacji i struktura procesów emocjonalnych*. Warszawa, PWN 1970.

<sup>33</sup> O strategiach kompensacyjnych w zaburzeniach afatycznych pisała Jolanta Panasiuk w rozprawie *Afazja a interakcja. TEKST – metaTEKST – konTEKST*.

- D'ANGELO E., CASALI S.: *Seeking a unified framework for cerebellar function and dysfunction: from circuit operations to cognition*. "Front Neural Circuits" 2012, no. 6, s. 116.
- DAO-CASTELLANA M.H. et al.: *Frontal dysfunction in neurologically normal chronic alcoholic subjects: metabolic and neuropsychological findings*. "Psychological Medicine" 1998, no. 28, s. 1039–1048.
- DRAKE A.I. et al.: *Cognitive recovery with abstinence and its relationship to family history for alcoholism*. "Journal of Studies on Alcohol and Drugs" 1995, no. 56, s. 104–109.
- EDELMAN G.M.: *Przenikliwe powietrze, jasny ogień. O materii umysłu*. Przeł. J. RĄCZASZEK. Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy 1998.
- Foniatria kliniczna*. Red. A. PRUSZEWICZ. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1992.
- GABRYELEWICZ T.: *Łagodne zaburzenia poznawcze*. „Postępy Nauk Medycznych” 2011, nr 8 (24), s. 688–691.
- GOLDSTEIN K.: *Language and Language Disturbances*. New York, Ronald Press 1948.
- GRABIAS S.: *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2003.
- GRABIAS S.: *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 15–72.
- GRABIAS S., KURKOWSKI Z.M., WOŹNIAK T.: *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2002.
- Imaging and Alcoholism: A Window on the Brain*. "Alcohol Alert" April 2000, no. 47, <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa47.htm> [data dostępu: 2.04.2017]. Por. *Techniki obrazowania a alkoholizm. Podglądanie pracy mózgu*. Przeł. M. ŚLÓSAK. „Alkohol i Nauka” 2000, nr 9, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/51-alkohol-i-nauka/263-techniki-obrazowania-a-alkoholizm-podgladanie-pracy-mozgu.html> [data dostępu: 2.04.2017].
- JOYCE E.M., ROBBINS T.W.: *Memory deficits in Korsakoff and non-Korsakoff alcoholics following alcohol withdrawal and the relationship to length of abstinence*. "Alcohol and Alcoholism" 1993, issue 2, s. 501–505.
- KACZMAREK B.: *Platy człowieka a język i zachowanie człowieka*. Lublin, Linea 1993.
- KOPERA M., WOJNAR M., SZELENBERGER W.: *Czynniki wpływające na funkcjonowanie poznawcze u osób uzależnionych od alkoholu*. „Alkoholizm i Narkomania” 2011, nr 1 (24), s. 39–52.
- LAKOFF G., JOHNSON M.: *Metafory w naszym życiu*. Przekład i wstęp T.P. KRZESZOWSKI. Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy 1988.
- LAMENDELLA J.T.: *The Limbic System in Human Communication*. "Studies in Neurolinguistics" 1977, no. 3, s. 157–222.
- LEZAK M.: *Neuropsychological assessment*. New York, Oxford University Press 1995.
- NOËL X. et al.: *Contribution of frontal cerebral blood flow measured by 99mTc bicisate SPECT and executive function deficits to predicting treatment outcome in alcohol-dependent patients*. "Alcohol and Alcoholism" 2002, issue 37, s. 347–354.
- NOWAKOWSKA K., JABŁKOWSKA K., BORKOWSKA A.: *Zaburzenia funkcji poznawczych pacjentów uzależnionych od alkoholu*. „Psychiatria Polska” 2007, nr 5 (41), s. 693–703.
- OBUCHOWSKI K.: *Kody orientacji i struktura procesów emocjonalnych*. Warszawa, PWN 1970.
- O'NEILL J., CARDENAS V.A., MEYERHOFF D.J.: *Effects of abstinence on the brain: quantitative magnetic resonance imaging and magnetic resonance spectroscopic imaging in chronic alcohol abuse*. "Alcoholism: Clinical and Experimental Research" 2001, no. 25, s. 1673–1682.
- PANASIUK J.: *Afaza a interakcja. TEKST – metaTEKST – konTEKST*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012.

- PARSONS O.A.: *Alcohol abuse and alcoholism*. W: *Neuropsychology for Clinical Practice*. Red. S.J. NIXON. Washington DC, American Psychological Press 1996, s. 175–201.
- PARSONS O.A.: *Neurocognitive deficits in alcoholics and social drinkers: A continuum?* "Alcoholism: Clinical and Experimental Research" 1998, no. 22, s. 954–961.
- PAWŁOW I.P.: *Wykłady o czynności mózgu*. Przeł. S. MILLER. Oprac. J. KONORSKI. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1951.
- PFEFFERBAUM A., DESMOND J.E., GALLOWAY C.: *Reorganization of frontal systems used by alcoholics for spatial working memory: An fMRI study*. "Neuroimage" 2001, no. 13, s. 1–14.
- PIERUCCI-LAGHA A., DEROUESNÉ C.: *Alcoholism and aging. 2: Alcoholic dementia or alcoholic cognitive impairment?* „Psychology. Neuropsychiatrie” 2003, no. 1, s. 237–249.
- ROSENBLOOM M.J. et al.: *Persistent cognitive deficits in community-treated alcoholic men and women volunteering for research: limited contribution from psychiatric comorbidity*. "Journal of Studies on Alcohol and Drugs" 2005, no. 66, s. 254–265.
- RYSZKOWSKI A. et al.: *Objawy i skutki nadużywania alkoholu*. "Journal of Clinical Healthcare" 2015, no. 1, s. 2–6.
- SCHMAHMANN J.D., SHERMAN J.C.: *The cerebellar cognitive affective syndrome*. "Brain" 1998, no. 121, s. 561–579.
- STAROWICZ-FILIP A. et al.: *Rola mózdzku w regulacji funkcji poznawczych – ujęcie neuropsychologiczne*. „Neuropsychiatria i Neuropsychologia” 2013, nr 8 (1), s. 24–31.
- SULLIVAN E.V. et al.: *Longitudinal changes in cognition, gait, and balance in abstinent and relapsed alcoholic men: relationships to changes in brain structure*. "Neuropsychology" 2000, no. 14, s. 178–188.
- TEDESCO A.M. et al.: *The cerebellar cognitive profile*. „Brain” 2011, no. 134, s. 3672–3683.
- TIMMANN D., DAUM I.: *Cerebellar contributions to cognitive functions: a progress report after two decades of research*. "Cerebellum" 2007, no. 6, s. 159–162.
- TIRAPU-USTARROZ J. et al.: *Cerebellar contributions to cognitive process: current advances*. "Revista de Neurologia" 2011, no. 53, s. 301–315.
- TRZEBIŃSKI J.: *Narracyjne konstruowanie rzeczywistości*. W: *Narracja jako sposób rozumienia świata*. Red. J. TRZEBIŃSKI. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2002, s. 17–42.
- TRZEBIŃSKI J.: *Autonarracje nadają kształt życiu człowieka*. W: *Narracja jako sposób rozumienia świata*. Red. J. TRZEBIŃSKI. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2002, s. 43–80.
- VILLEE C.A.: *Biologia*. Cambridge, Harvard University Medical School 1977, s. 545.
- WORONOWICZ B.T.: *Alkoholizm jest chorobą*. Warszawa, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 1998.
- WORONOWICZ B.T.: *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii 2001.
- WOŹNIAK T.: *Narracja w schizofrenii*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2005.



MONIKA KOWALSKA

Instytut Pedagogiki Przedszkolnej i Szkolnej,  
Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

## Diagnoza sprawności komunikacyjnej dorosłej osoby z niepełnosprawnością sprzężoną Studium przypadku

Diagnosis of Communication Skills of Adults with Multiple Disabilities.  
A Case Study

ABSTRACT: The article discusses the communication development of a man with linked disability, namely: autism and moderate intellectual disability. Moreover, disability-related speech deficits have been analysed. The theoretical basis for the problem have been outlined in the introduction section of the article.

KEY WORDS: autism, deficits, visual contact, concentration, communication

### Problematyka autyzmu w świetle literatury przedmiotu

Funkcjonowanie osób z autyzmem, mimo wielu lat badań i eksperymentów, nadal pozostaje zagadką bez rozwiązania. Zagadnienie komunikacji osób z autyzmem podejmowane jest bardzo często w ostatnich latach w literaturze przedmiotu<sup>1</sup>. Zainteresowanie tą kwestią związane jest z faktem, że rozwijanie zdolności do komunikowania się – nie tylko werbalnego – to jeden z podstawowych

---

<sup>1</sup> J.J. BŁESZYŃSKI: *Komunikacja osób ze spektrum autyzmu – w poszukiwaniu najlepszych rozwiązań*. W: *Autyzm i ACC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*. Red. B.B. KACZMAREK, A. WOJCIECHOWSKA. Kraków, Impuls 2015, s. 33–42; IDEM: *Mowa i język dzieci z autyzmem. Wybrane zagadnienia*. Słupsk, Wydaw. Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Słupsku 1998; T. GAŁKOWSKI: *Zaburzenia komunikacji w autyzmie*. W: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. Red. T. GAŁKOWSKI, G. JASTRZĘBOWSKA. Opole, Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego 2003, s. 268–284; M. MŁYNAŃSKA: *Autyzm w ujęciu psycholingwistycznym. Terapia dyskursywna a teoria umysłu*. Wrocław, Wydaw. Uniwersytetu Wrocławskiego 2008, s. 15–74; E. PISULA: *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2016; EADEM: *Małe dziecko z autyzmem*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2005.

celów pracy terapeutycznej z osobą autystyczną. Komunikowanie się rozumiane jest jako proces porozumiewania się, odbywający się na różnych poziomach, za pomocą zróżnicowanych środków. Jego celem jest wywołanie określonych skutków, tj. wymiana myśli, zdobycie wiedzy, przekazanie informacji<sup>2</sup>. Komunikacja może być wyrażona przez system symboli stosowany w języku bądź w postaci niewerbalnych komunikatów. Proces opanowania sprawności komunikacyjnej jest wielowymiarowy i długotrwały, a jego wynik warunkują sfera biologiczna, kontekst społeczny, a także interakcje komunikacyjne, już od okresu ontogenezy<sup>3</sup>. Jedną z pierwszych umiejętności komunikacyjnych dziecka jest uśmiech, jako reakcja na zaspokojenie jego potrzeb fizjologicznych<sup>4</sup>.

Autyzm (gr. *autos* – sam), należy do grupy zaburzeń neurorozwojowych, które możliwe jest do zdiagnozowania już przed 36. miesiącem życia, na podstawie objawów kryterialnych<sup>5</sup>. Do podstawowych przejawów zaburzeń autystycznych zalicza się: deficyty w rozwoju relacji międzyludzkich, nieprawidłowości zachowań i działań, zaburzenia występujące w rozwoju mowy, która nie jest wykorzystywana jako narzędzie komunikacji<sup>6</sup>. Pierwszy z trzech kryteriów wiąże się z zaburzeniami w rozwoju dotyczącym kontaktów społecznych, który nie jest adekwatny do normy ustalonej dla danego wieku. Osoba z tego typu trudnościami nie ma potrzeby dzielenia się zainteresowaniami, emocjami z innymi ludźmi i nie nawiązuje relacji z nimi. Znaczące zaburzenia widoczne są także w zakresie komunikacji niewerbalnej w czasie interakcji społecznych<sup>7</sup>. W tym miejscu należy podkreślić ważność komunikacji niewerbalnej, która stanowi fundament rozwoju mowy ekspresyjnej i stanowi pierwszy etap budowania relacji interpersonalnych. Uśmiech, płacz, ruchy rąk lub zmiana pozycji ciała są reakcją dziecka na intonację głosu matki. W przypadku osób z autyzmem gestykulacja i mimika są bardzo ubogie, najczęściej stosowane w celu autostymulacji<sup>8</sup>. U osób autystycznych obserwuje się

<sup>2</sup> B. DOBEK-OSTROWSKA: *Podstawy komunikowania społecznego*. Wrocław, Astrum 2002, s. 13.

<sup>3</sup> M. KIELAR-TURSKA: *Rozwój sprawności językowych i komunikacyjnych*. W: *Diagnoza logopedyczna*. Red. E. CZAPLEWSKA, S. MILECKI. Sopot, Gdańskie Wydaw. Logopedyczne 2015, s. 11–66.

<sup>4</sup> E. CZAPLEWSKA, K. KACZOROWSKA-BRAY: *Kształtowanie kompetencji komunikacyjnej u dzieci z różnymi dysfunkcjami*. W: *Diagnoza i terapia w logopedii*. Red. J. PORAYSKI-POMSTA. Warszawa, Dom Wydawniczy „Elipsa” 2008, s. 318.

<sup>5</sup> *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń w zachowaniu w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Red. S. PUZYŃSKI, J. WCIÓRA. Przeł. J. WCIÓRA. Kraków, Uniwersyteckie Wydaw. Medyczne „Vesalius” 1998.

<sup>6</sup> U. FRITH: *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2008, s. 26–31.

<sup>7</sup> U. BIGAS: *Autyzm – charakterystyka zachowań językowych w autystycznym spektrum zaburzeń*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 366.

<sup>8</sup> A. CHRZANOWICZ, A. MAJKOWSKA: *Wspieranie rozwoju komunikacji u dziecka z autyzmem*. W: *Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem*. Red. M. GAMBIN, E. ŁUKOWSKA. Warszawa, Wydaw. Uniwersytetu Warszawskiego 2009, s. 116–125;

brak umiejętności kompensowania deficytów mowy czynnej, a także nieumiejętne wspieranie i uzupełnianie komunikatów werbalnych adekwatną mimiką, gestem czy postawą ciała<sup>9</sup>. Problem sprawia im także nawiązanie kontaktu wzrokowego z rozmówcą w czasie dialogu<sup>10</sup>.

Drugi komponent stanowiący o diagnozie zaburzeń ze spektrum autyzmu jest związany z deficytami w jakościowym komunikowaniu się. W przypadku autyzmu proces nabywania i kształtowania kompetencji komunikacyjnych, przede wszystkim w zakresie mowy, zależy od indywidualnych umiejętności społecznych oraz od występujących bądź mogących występować dodatkowych schorzeń (np. deficytów sensorycznych, niepełnosprawności intelektualnej)<sup>11</sup>. W literaturze przedmiotu wśród wyróżników mowy osób z autyzmem najczęściej wymienia się takie, jak<sup>12</sup>:

**Opóźniony rozwój mowy** – rozwój mowy jest od początku opóźniony, odbiega od normy. Przebiega wolno, gdyż naśladownictwo i powtarzanie zabaw słownych oparte jest na myśleniu abstrakcyjnym (wyobraźni). Jeżeli opóźnienie mowy jest znaczące, wówczas dziecko kompensuje deficyty, używając komunikacji alternatywnej, pozawerbalnej.

**Ograniczone umiejętności komunikowania się** – około 50% dzieci z autyzmem nie wypowiada nawet najprostszych słów. We wczesnym dzieciństwie wydają piski, odgłosy podobne do dźwięków wydawanych przez ptaki. W zakresie komunikacji obawy rodziców dotyczą przede wszystkim niereagowania dziecka na własne imię po 8. miesiącu życia.

**Echolalia** – polega na niezmiernym powtarzaniu zdania lub jakiegokolwiek słowa usłyszanego całkowicie przypadkiem w najbliższym otoczeniu, w telewizji czy radiu. Echolalię stwierdza się u co najmniej 75% mówiących dzieci z autyzmem. Wyróżnia się echolalię:

- natychmiastową (bezpośrednią) – powtórzenie dźwięków, wyrazów, zdań natychmiast po ich usłyszeniu;
- opóźnioną (pośrednią, odroczoną) – po kilku dniach tygodniach czy miesiącach dziecko przytacza zasłyszane zdania, melodię, a nawet długi tekst, np. treść reklamy; czyni to w sposób perfekcyjny, z intonacją czy akcentem, z jakimi zostały wypowiedziane przez nadawcę;
- łagodną (funkcjonalną) – w mowie dziecka występuje dużo oddzielnych wyrazów, które są związane z poszczególnymi sytuacjami, zainteresowaniami dziecka.

<sup>9</sup> U. BIGAS: *Autyzm – charakterystyka...*, s. 373.

<sup>10</sup> E. PISULA: *Autyzm. Przyczyny, symptomy...*, s. 50.

<sup>11</sup> J.J. BŁESZYŃSKI: *Komunikacja osób ze spektrum autyzmu...*, s. 40.

<sup>12</sup> E. PISULA: *Autyzm. Przyczyny, symptomy...*, s. 98–99; U. BIGAS: *Autyzm – charakterystyka...*, s. 366–367; U. FRITH: *Autyzm...*, s. 149–166; T. GAŁKOWSKI: *Zaburzenia komunikacji...*, s. 268–276; H. JAKLEWICZ: *Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnoza, przebieg, leczenie*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 1993, s. 31–35.



**Odwracanie zaimków** – osoby z autyzmem odwracają zazwyczaj zaimki „ja” i „ty”. Dlaczego takie błędy występują właśnie w ich mowie? Odpowiedzi na to nurtujące pytanie są dwie. Po pierwsze jest to zupełna nieświadomość lub zaprzeczanie własnej tożsamości. Po drugie istnieje wysoka korelacja między echolalią i odwracaniem zaimków. Ewa Pisula słusznie zaznacza, że „zaimki osobowe pojawiają się częściej na początku zdania i ponieważ dzieci autystyczne mają problemy z powtarzaniem długich zdań, mają one tendencję do powtarzania tylko ostatnich słów”<sup>13</sup>.

**Nadużywanie imiesłów; nienaturalne brzmienie mowy** – osoby z autyzmem, które w ogóle uczą się mówić, nie używają języka w sposób funkcjonalny. Znają one zasady mowy, ale nie rozumieją idei komunikacji językowej. Stanisław Grabias zauważa, że sprawność komunikacji językowej uwarunkowana jest przez trzy typy kompetencji: językową (nieuświadomiona wiedza na temat budowania zdań gramatycznie poprawnych i sensownych), komunikacyjną (użycie języka w danej grupie społecznej), kulturową (wiedza na temat zjawisk rzeczywistości)<sup>14</sup>. U osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu kompetencje te nie są wystarczające do sprawnego posługiwania się językiem.

**Nieharmonijny rozwój mowy** – z częstym regresem, zatrzymaniem lub brakiem dalszego rozwoju.

**Niski poziom skomplikowania mowy** – osoba z autyzmem tworzy głównie wypowiedzi jednowyrazowe, stosuje tzw. słowa kluczowe.

**Problemy z rozumieniem znaczeń wyrazów** – jest to istotny problem zarówno w przypadku odbioru, jak i tworzenia aktu mowy. Brak utożsamiania słów z odpowiednim desygnatem w rzeczywistości uniemożliwia właściwe rozumienie przekazu werbalnego, sytuacji społecznych itp.

**Prozodia mowy** – brak zróżnicowania intonacji; mowa osób z autyzmem jest monotonna, nienacechowana emocjonalnie; intonacja, tempo, rytm wypowiedzi są zaburzone.

**Mowa spontaniczna** – osoby z autyzmem zwykle nie opowiadają o własnych przeżyciach, doświadczeniach, nie dokonują uogólnień i wniosków, nie komentują wypowiedzi innych osób, nie wyrażają spontanicznej opinii.

**Metafory** – osoby autystyczne rozumieją mowę dosłownie, nie dostrzegają treści symbolicznej, metafor ani treści żartobliwych.

Jednym z najtrudniejszych aspektów diagnostycznych autyzmu jest współwystępowanie dodatkowych zaburzeń. Od lat trwają badania nad diagnozowaniem osób z autyzmem i niepełnosprawnością intelektualną. W literaturze polskiej temat ten podjęli: Ewa Pisula, Tadeusz Gałkowski, Joanna Kruk-Lasocka, Jacek J. Bleszyński

<sup>13</sup> E. PISULA: *Małe dziecko...*, s. 62.

<sup>14</sup> 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. 448–449.

i inni. Diagnoza sprzężonej niepełnosprawności to proces długotrwały i wielowymiarowy, często obciążony możliwością wystąpienia błędu. Ze względu na zaburzenia w efektywnym komunikowaniu się wielokrotnie występującym problemem jest dokładne określenie sprawności intelektualnej. Błeszyński, na podstawie literatury, dokonał zestawienia charakterystycznych cech rozwoju dziecka z autyzmem i niepełnosprawnością intelektualną<sup>15</sup>. Analiza opracowania autora pozwala wnioskować, że w obu przypadkach zasadniczym problemem w zakresie komunikacji stanowi rozumienie komunikatów werbalnych i występowanie licznych deficytów dotyczących rozumienia mowy. Dodatkowo w obu przypadkach może dojść do opóźnienia mowy w różnym zakresie. Badacz zauważa, że u osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną i osób z autyzmem mogą występować analogiczne ubytki językowe, np. echolalie, mowa spowolniona, brak zaimka „ja”. Odmienność natomiast dotyczy używania mowy i języka – w niepełnosprawności intelektualnej są one wykorzystywane w sposób celowy, w przeciwieństwie do autyzmu, w którym mowa często nie jest narzędziem komunikacji.

Przegląd literatury pozwala na sformułowanie wniosku, że zaburzenia komunikacji u osób z autyzmem mają różnorodną i wielowymiarową postać. Wielość dróg poszukiwania etiologii oraz współwystępowanie innych zaburzeń rozwojowych powoduje liczne problemy metodologiczne w badaniach nad autyzmem. Nie ma jednoznacznego rozstrzygnięcia dotyczącego istoty autyzmu, brak jednolitej metodologii badań, a także uniwersalnych metod i narzędzi badawczych diagnozujących etiologię omawianego zaburzenia. W dalszej części przedstawiono wyniki badań własnych nad przebiegiem rozwoju komunikacji mężczyzny z autyzmem oraz niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym w okresie adolescencji.

## Badania własne

Głównym celem podjętych badań była diagnoza sprawności komunikacyjnej u dorosłej osoby z autyzmem, z uwzględnieniem stopnia opanowania języka i aspektów mowy, rozwijających się z opóźnieniem w wyniku niepełnosprawności intelektualnej. W badaniach starano się wskazać występujące w mowie deficyty i wypracowane zachowania komunikacyjne, biorąc pod uwagę także komunikację niewerbalną.

Odpowiednio do postawionego celu diagnostycznego sformułowano podstawowy problem badawczy, zawarty w pytaniu: Czy i jakiego typu zaburzenia komunikacji występują u dorosłej osoby z autyzmem i niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym?

<sup>15</sup> J.J. BŁESZYŃSKI: *Autyzm a niepełnosprawność...*, s. 17–20.

Charakterystyki indywidualnego przypadku dokonano na podstawie informacji udzielonych przez matkę mężczyzny oraz własnych obserwacji w czasie prowadzonych badań. W celu diagnozy zastosowano Skalę Oceny Zachowań Autystycznych dla dzieci i młodzieży (SOZA). Początkiem postępowania diagnostycznego był wywiad z matką mężczyzny i analiza dokumentacji, które umożliwiły zebranie podstawowych informacji na temat przebiegu rozwoju psychofizycznego badanego: w okresie prenatalnym, dzieciństwie oraz obecnie. Wywiad dostarczył także informacji na temat sposobów komunikacji mężczyzny. Wszystkie badania zostały przeprowadzone w domu mężczyzny w obecności rodziców.

W niniejszym opracowaniu zastosowano strukturę charakterystyki przypadku opartą na propozycji przedstawionej przez Teresę Oleńską-Pawlak<sup>16</sup>.

Materiały źródłowe zawierające informacje o rozwoju mężczyzny i jego funkcjonowaniu, a także formach opieki medycznej oraz pozamedycznej wykorzystane w pracy to: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, opinie psychologa, opinie pedagoga, dokumentacja medyczna.

### Charakterystyka środowiska rodzinnego

Karol ma 22 lata<sup>17</sup>. Mężczyzna urodził się jako drugie dziecko. Ma starszego brata (24 l.) oraz młodsze rodzeństwo: Krystiana (16 l.), Emilię (13 l.) oraz Karolinę (9 l.). Matka mężczyzny ma wykształcenie średnie, a ojciec wyższe. Rodzina mieszka w małej miejscowości nieopodal Krakowa. Warunki socjalno-bytowe rodziny są bardzo dobre. Rodzice mężczyzny trzymają się ustalonych zasad, które wcześniej omawiają z domownikami. Obowiązki i wymagania stawiane Karolowi egzekwowane są przez rodziców, a także przez rodzeństwo mężczyzny (krótkie, jasne, konkretne polecenia). W rodzinie nie występują osoby z chorobami przewlekłymi ani z deficytami rozwojowymi. Kultura pedagogiczna rodziców jest na bardzo wysokim poziomie. Oboje przez długi czas uczęszczali na spotkania z psychologiem. Matka mężczyzny brała udział w licznych szkoleniach i spotkaniach ze specjalistami w stowarzyszeniu dla osób z autyzmem.

### Przebieg ciąży i porodu

Ciąża, według relacji matki, przebiegała prawidłowo, kobieta czuła się dobrze, nie przyjmowała w tym czasie żadnych leków. Dziecko urodziło się w 36. tygo-

---

<sup>16</sup> T. OLEŃSKA-PAWLAK: *Podstawy procesu diagnozowania dziecka o specjalnych potrzebach edukacyjnych*. W: *Diagnoza i rewalidacja indywidualna dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*. Red. M. KLACZAK, P. MAJEWICZ. Kraków, Wydaw. Naukowe AP 2006, s. 13–15.

<sup>17</sup> Imiona zostały zmienione.

dniu ciąży. Poród odbył się siłami natury. W skali Appgar chłopiec otrzymał 9 punktów. W drugiej dobie stan dziecka uległ znacznemu pogorszeniu, do stanu krytycznego, który spowodowany był zaburzeniami oddechu. Przez kolejne 3 tygodnie Karol przebywał w inkubatorze, stymulowano rozwój płuc dziecka.

### Przebieg rozwoju i opieki specjalistycznej

Karol został wypisany ze szpitala w 2. miesiącu życia w stanie ogólnym dobrym. W zaleceniach poszpitalnych wskazano wizytę neurologiczną oraz okulistyczną. USG mózgu wykonane pod koniec 2. miesiąca życia wykazało nieprawidłowości w budowie mózgu – nierównomierną wielkość półkul. Kolejne wizyty neurologiczne, według zapewnień lekarzy, miały być tylko kontrolne.

W 5. miesiącu życia Karol zaczął samodzielnie siadać. Samodzielnemu siedzeniu towarzyszyło kołysanie się w tył i w przód. W 6. miesiącu życia chłopca skierowano na rehabilitację, ponieważ stwierdzono u niego słabe napięcie mięśniowe dotyczące dłoni (podstawą diagnozy było prawdopodobnie to, że niechętnie podejmował zabawę z użyciem atrybutów, nie chwycił ich, nie łapał piłki itp.). Karol pełzał, nie umiał raczkować. Mając 1,5 roku, zaczął chodzić, był to jednak chód z podparciem. Często się potykał i szybko męczył. Karol jako dziecko był niespokojny, labilny emocjonalnie, często, jak opowiada matka chłopca: „[...] odpływał, siedział bez ruchu, nie można było go z tego stanu wyprowadzić. Pojawiały się też zachowania autoagresywne: gryzienie, uderzanie głową w ścianę, bicie się”.

Dwuletni Karol został objęty pomocą specjalistycznej poradni psychologiczno-pedagogicznej. Specjaliści starali się usprawniać mowę chłopca. W wieku 2,5 roku otrzymał diagnozę autyzmu. Z relacji matki wynika, że chłopiec nie gaworzył, wydawał tylko pojedyncze dźwięki, mówił „własnym językiem”, który rozumiała tylko ona. Jeżeli czegoś potrzebował, brał rękę matki, wydawał też charakterystyczne dźwięki *yyyy, eee*. Wyniki wczesnych badań psychologicznych wykazywały, że nastąpiło opóźnienie rozwoju mowy z ograniczonym repertuarem z zakresu komunikacji pozawerbalnej. Ponadto w badaniach stwierdzono deficyty w kontaktach społecznych. Szczególnie zauważalny był brak dążenia do kontaktu wzrokowego, a także brak reakcji na bodźce wzrokowe oraz słuchowe. Matka zauważyła także, w porównaniu do starszego syna, różnice we wczesnych zabawach. Proszony np. o podanie piłki Karol, reagował śmiechem, rozbieganiem oczu bądź w ogóle nie zwracał uwagi na komunikat. Prośby, polecenia kierowane do chłopca kończyły się głośnymi krzykami i piskami, z chwytaniem się za głowę i zatykaniem uszu: „zachowywał się tak, jakby nie mógł sobie poradzić z mocnym bólem głowy”. Chłopiec nadal nie gaworzył, jak mówi matka: „[...] tylko kwiczał. Nawet w nocy wybudzał się, kwiczał, ruszał głową, uderzał rękami po głowie i zasypiał”. Wyrażenia dźwiękonaśladowcze (*czu, mu, hau*) wystąpiły w wieku 4 lat. Z kolei pierwsze sylaby, tj. *ma ma, ba ba*, zaczął wypowiadać w wieku 5 lat.

W 4. roku życia Karol został zapisany do przedszkola masowego. Podczas zajęć obserwował otoczenie, nie wchodził w interakcje z innymi dziećmi, nie nawiązywał komunikacji. Prowadzone wówczas zajęcia ze specjalistami (psycholog, logopeda) nie przynosiły pożądanych efektów. Nikt nie mówił rodzinie, jak postępować z dzieckiem autystycznym. Dopiero gdy Karol miał 5 lat, w jednej z poradni objęto go terapią (metoda Knillów, wywoływanie głosek, nagrywanie i odtwarzanie głosu na magnetofonie, videofilmowanie) oraz umożliwiono rodzinie naukę funkcjonowania z osobą autystyczną. Terapeuci rozpoczęli wprowadzanie komunikacji alternatywnej – piktogramów, ale chłopiec nie zwracał uwagi na znaki, nie podążał za terapeutą. Dwa lata później matka chłopca i dwoje innych rodziców dzieci z autyzmem założyli stowarzyszenie, w którym zatrudniono specjalistów (pedagog, psycholog, logopeda, rehabilitant) w zakresie pracy z osobami z autyzmem. W tym samym czasie, mając 7 lat, Karol rozpoczął realizację rocznego przygotowania do nauki w szkole masowej (z relacji matki i nauczycieli wynika, że chłopiec chętnie uczestniczył jedynie w zabawach ze śpiewem, zaś na wszystkie inne czynności reagował złością i wycofaniem). W kolejnym roku szkolnym wydano orzeczenie obowiązku realizacji nauki szkolnej w trybie nauczania indywidualnego. Wspólnie z nauczycielem matka rozpoczęła nauczanie czytania metodą globalną, w wyniku czego chłopiec zaczął wypowiadać pierwsze wyrazy, jednak bez rozumienia ich znaczenia. W odniesieniu do wyrazów określających zwierzęta chłopiec zaczął używać wyrażen dźwiękonaśladowczych (*koko* na określenie kury, cmokanie, kłaskanie językiem i in.). W domu wszystkie przedmioty codziennego użytku były podpisane, a np. przy każdej wizycie w łazience chłopca proszono o powtarzanie nazw wszystkich znajdujących się wokół przedmiotów: okno, ręcznik, spodnie, mydło itd. Poznane wyrazy w kolejnych latach nauki poddawano wspólnie z dzieckiem analizie i syntezie głoskowej. Mając 11–12 lat, Karol odczytywał wyrazy i proste zdania. Następnie prowadzone były ćwiczenia na zapamiętywanie, jak np. nauka wierszyków.

Od roku 2012 Karol realizuje obowiązek szkolny w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym, w klasie o profilu przysposabiającym do pracy. Obecnie Karol potrafi podpisać się, zapisuje z pomocą proste słowa ze słuchu. Samodzielnie zapisuje wyrazy na komputerze, po wydrukowaniu wycina je i układa następnie w zdania. Przelicza elementy w zbiorze w zakresie od 1–10 na konkretnych przedmiotach, np. kasztanach. Potrafi liczyć do 100, zna znaki graficzne cyfr. Codziennie prowadzone są z nim ćwiczenia „kalendarzowe” (zna nazwy dni tygodnia, miesiący, pór roku) oraz trenowana jest umiejętność określania warunków atmosferycznych. Mężczyzna nie potrafi samodzielnie dobrać odpowiedniego stroju do pogody. Zazwyczaj poprawnie nazywa barwy przedmiotów. Myślenie mężczyzny przebiega na poziomie konkretno-obrazowym.

### Analiza wyników diagnozy

Skala Obserwacji Zachowań Autystycznych (SOZA) dla dzieci i młodzieży pozwoliła uchwycić rozwój poszczególnych sfer i umiejętności w ujęciu dynamicznym. Skupiono się na rozwoju komunikacji, kontaktów społecznych oraz specyficznych zaburzeniach występujących w autyzmie.

Iloraz inteligencji mężczyzny, zgodnie z wynikami badania psychologicznego, jest na poziomie właściwym dla niepełnosprawności intelektualnej w stopniu umiarkowanym. Wiek rozwoju mowy czynnej, wymuszona odpowiada okresowi zdania (z relacji matki mężczyzny wynika, że pierwsze zdania zaczął wypowiadać w wieku 14 lat). Na pytanie np. „Karol, chcesz pić?” mężczyzna odpowiada: *Karol chcesz pić, nie chce pić*. Odpowiedzi często są abstrakcyjne, składają się z zasłyszanych zwrotów, np. „Karol, co robiłeś w szkole?” – *Grałem na puzonie*.

W zakresie komunikacji niewerbalnej brak u mężczyzny gestów celowych, ukierunkowanych oraz zrozumiałych dla najbliższego otoczenia. W komunikacji z Karolem dominują echolalie bezpośrednie i odroczone (*mama mama, idę do babci Władzi, szyje spódnice*). Karol buduje proste zdania oraz frazy. Komunikacja spontaniczna mężczyzny ogranicza się najczęściej do użycia pojedynczych słów (np. *sałateczka; sikać; nie wie*) lub, rzadziej, kilku złożonych (*mama zmęczony; daj spokój Karolowi; oglądać Ojca Mateusza*). W wypowiedziach brak zaimka „ja”, mężczyzna zazwyczaj zamienia go na własne imię. Karol nie podejmuje dialogu. Potrafi wykonać proste polecenia typu „daj”, „idź”, „chodź tu”, „nie wolno”. Potrafi wykonać polecenia złożone dotyczące samoobsługi i obowiązków powierzonych mu w domu (nakrywanie do stołu, sortowanie naczyń do zmywarki, mycie zębów, jednak wymaga pomocy podczas kąpieli). W przypadku nauki wykonywania złożonej umiejętności, np. panierowania kotletów, potrzebował wielu powtórzeń tej czynności oraz podpowiedzi manualnych. Karol posiada bogaty zasób słownictwa dotyczący: części ciała, ubrań, przedmiotów codziennego użytku, roślin i zwierząt, a także instrumentów (jest to związane z muzycznymi zainteresowaniami rodziny). Nie rozumie stosunków czasowych.

Mężczyzna inicjuje kontakt z osobami z kręgu rodzinnego i szkolnego (np. zaproszony do zabawy z rodzeństwem wykonuje polecenia, chętnie wykonuje polecenia nauczycieli w Ośrodku). W trakcie obserwacji rozwoju społecznego zauważono, że badany nie nawiązuje spontanicznych relacji z rówieśnikami i osobami dorosłymi spoza najbliższego otoczenia. W indywidualnym kontakcie z terapeutą Karol jest pogodny, radosny i wykonuje powierzone mu zadania. Zarówno w kontakcie z osobami z najbliższego otoczenia, jak i z osobami obcymi, badany unika kontaktu wzrokowego, zazwyczaj patrząc w przeciwną stronę. Rzadko zdarza się, że koncentruje się na osobie rozmówcy dłużej niż kilka sekund.

Karol nie nawiązuje oraz nie akceptuje kontaktu dotykowego z drugą osobą, z wyjątkiem babci, do której przytula się i której pozwala na naruszenie swojej przestrzeni osobistej. Jedynie podczas witania się podaje na krótko dłoń. Męż-

czynna przejawia obronność dotykową (drażnią go szwy, zabrudzone części ciała, chodzenie boso po podłożu). Bardzo nie lubi szeptania ani też krzyku (w takich sytuacjach zatyka uszy, zaczyna krzyczeć).

Karol odpowiada na inicjowanie kontaktu poprzez przyglądanie się osobie, która chce nawiązać interakcje, np. podczas powitania czy podawania jedzenia. Badany boi się zwierząt. W sytuacji kontaktu z nimi chowa się za kogoś bliskiego. Boi się także miejsc, w których jest dużo ludzi, jak np. dworzec autobusowy, galeria handlowa. Karol rozpoznaje proste emocje u osób przedstawionych na fotografiach, ale tylko gdy są nimi bliscy mężczyzny (*Milena smutna; Wojtek gra*).

Mężczyzna nie potrafi utrzymać równowagi, stojąc na jednej nodze, ale nie wynika to z niepewności grawitacyjnej, ponieważ bardzo lubi ćwiczenia na równoważni oraz huśtawce. W rozwoju fizycznym widoczna jest prawostronna skolioza. Karol sprawnie porusza się po płaszczyźnie oraz po schodach. Chętnie uczestniczy w grach i zabawach sportowych (rzucanie piłki, badminton, tenis stołowy). W wykonywaniu codziennych czynności oraz w pisaniu dominuje lewa ręka.

Podczas analizy specyficznych zaburzeń autystycznych zarejestrowano przełamania ograniczeń związanych z niezmiennością. W trakcie pracy badany koncentrował się na wykonywanych zadaniach. Prawidłowo reagował na zmiany w ustalonym harmonogramie oraz na przejścia do innych zadań. Zachowywał również spokój, gdy proszono go o oddanie przedmiotu, którym w danej chwili się zainteresował (np. piłka, nakrętka). Z relacji matki mężczyzny wynika, że Karol ma codzienny rytuał: po powrocie ze szkoły poprawia ułożenie ramek ze zdjęciami, układa książki i kubki do równej linii, wyłącza kable z gniazd elektrycznych. Nie wykazuje przywiązania do swoich rzeczy (np. kubek) bądź miejsc (np. ulubione miejsce przy stole). Bez problemu rozpoznaje na zdjęciach, filmach, a także w rzeczywistości znane sobie osoby. W sytuacjach napięcia emocjonalnego (krzyków, furii) najłatwiej wycisza się na prośbę ojca lub starszego brata (prawdopodobnie czuje przed nimi respekt). Potrafi czasem dostosować się do zachowań innych osób, np. śmieje się w towarzystwie, smuci się, kiedy młodsza siostra płacze. Badany nie wykazuje umiejętności naśladowczych. Matka mężczyzny relacjonuje, że Karol często potrafi z jej zachowania wyciągnąć wnioski i dokonać korekty swoich poczynań i odpowiedzi. Uczy się przez wielokrotne powtórzenie danej czynności, np. w odniesieniu do czynności samoobsługowych. Podczas naśladowania przez mężczyznę nowo poznanych słów rejestrowano liczne problemy z sekwencją ruchów narządów artykulacyjnych, w wyniku czego dochodziło do częstych zniekształceń struktur wyrazowych. Badany nie charakteryzuje się aktywną postawą badawczą wobec środowiska ani przejmowaniem zainteresowań przejawianych przez drugą osobę. W czasie wolnym zazwyczaj preferuje sztywny wzorzec aktywności, wybierając w chwilach relaksu: podskoki na piłce gimnastycznej, zabawy z butelką i kredkami, oglądanie telewizji. Ważną kwestią oceny specyficznych zachowań autystycznych badanego stanowiła również analiza reakcji na bodźce. Mężczyzna żywo reaguje na muzykę, lubi tańczyć do niej bądź

po prostu siedzieć i jej słuchać. Nie ma określonego gatunku ulubionej muzyki. Czasem zapamiętuje frazy piosenek i nuci je.

W trakcie analizy rozwoju umysłowego (według teorii umysłu Heinza Wimmera i Josefa Perner<sup>18</sup>) nie zaobserwowano systemu pojęć, który pozwoliłby mu interpretować zachowania innych osób poprzez odniesienie się do nieobserwowalnych stanów umysłu.

Podsumowując wyniki z części pierwszej kwestionariusza, diagnozującej ogólną charakterystykę rozwoju, funkcjonowania oraz prezentującej dane odnoszące się do sprawności i umiejętności badanego w ramach podskali omawianego narzędzia, stwierdza się, że rozwój mężczyzny w ogólnej charakterystyce w poszczególnych podskalach przebiega analogicznie (w każdej: 3 punkty). Na podstawie pozostałych części wyodrębnionych w kwestionariuszu, dotyczących: komunikacji, kontaktów społecznych i specyficznych zaburzeń w autyzmie, stwierdza się ponadto, że rozwój mężczyzny przebiega nieharmonijnie, czyli manifestuje się różnym stopniem nasilenia cech specyficznych dla autyzmu w skali od 0 do 6 pkt.

Z zebranych w wywiadzie informacji i klasyfikacji wynika, że Karol należał do grupy dzieci z wczesnymi objawami wystąpienia autyzmu (do 12. miesiąca życia). Początkowo, mimo objawów, nie był zdiagnozowany, zapewne dlatego, że w latach dziewięćdziesiątych wiedza o autyzmie w Polsce stała na bardzo niskim poziomie. Na podstawie uzyskanych danych oraz przeprowadzonej interpretacji wyników można stwierdzić, że głównym determinantem zaburzeń komunikacji językowej w badanym przypadku jest autyzm.

Celem uchwycenia wszystkich aspektów zaburzeń komunikacyjnych u badanego i określenia stopnia występujących trudności skupiono się na następujących aspektach problemowych: deficytach ilościowych w rozwoju mowy, deficytach jakościowych w jej rozwoju, a także deficytach w pragmatycznym użyciu języka.

Uzyskane informacje pozwoliły na określenie trudności językowych badanego w aspekcie ilościowym. Stopień występujących w mowie deficytów ilościowych powoduje znaczące zaburzenia komunikacji badanego mężczyzny, które przejawiają się w:

- opóźnieniu mowy – wiek rozwoju mowy czynnej u badanego jest na etapie zdania;
- wypowiedziach jednowyrazowych;
- ograniczeniu mowy czynnej – u badanego występuje konieczność stosowania przypomnień i podpowiedzi w celu uzyskania informacji, odpowiedzi na pytanie.

Na podstawie analizy materiału empirycznego można określić także trudności językowe badanego w aspekcie jakościowym. Za takie deficyty uznano:

---

<sup>18</sup> B. WINCZURA: *Dziecko z autyzmem. Terapia deficytów poznawczych a teoria umysłu*. Kraków, Impuls 2008, s. 53.



- echolalię, zarówno bezpośrednią jak i odroczoną;
  - schematyczne wykorzystywanie słów, wyrażeń;
  - liczne agramatyzmy – nadużywanie imiesłówów oraz odwracanie zaimków.
- Z kolei obserwacja oraz relacja matki mężczyzny pozwoliły nakreślić zaburzenia w aspekcie pragmatycznym języka. W tym zakresie stwierdzono:
- zaburzenie zdolności do inicjowania i podtrzymywania rozmowy;
  - brak kontaktu wzrokowego z rozmówcą;
  - brak komunikacji z osobami spoza najbliższego otoczenia;
  - zaburzenie prozodii mowy, przejawiające się w niewłaściwej modulacji głosu oraz monotonnym brzemieniu mowy mężczyzny;
  - mało wyrazista mimika twarzy;
  - zaburzenia myślenia symbolicznego, uwidocznione w stereotypowym wzorcu zabawy.

## Podsumowanie

Podsumowując przedstawione wnioski, można uznać, że cel diagnostyczny badań, którym była ocena rozwoju sprawności komunikacyjnej mężczyzny, z uwzględnieniem stopnia opanowania języka i aspektów mowy rozwijających się z opóźnieniem w wyniku niepełnosprawności intelektualnej, został osiągnięty. Biorąc pod uwagę zebrany materiał, można stwierdzić, że u badanej, dorosłej osoby z autyzmem i niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym występują zaburzenia komunikacji. Cechują się przewagą rozwoju mowy biernej nad czynną, a także zmniejszonymi umiejętnościami w zakresie rozumienia mowy. Warto wspomnieć, że zaburzenia myślenia, charakterystyczne dla niepełnosprawności intelektualnej, znacząco utrudniły u badanej osoby rozwój mowy i języka.

## Bibliografia

- BIGAS U.: *Autyzm – charakterystyka zachowań językowych w autystycznym spektrum zaburzeń*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, M. KURKOWSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 366.
- BŁESZYŃSKI J.J.: *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie rozwoju*. Gdańsk, Harmonia Universalis 2011.
- BŁESZYŃSKI J.J.: *Komunikacja osób ze spektrum autyzmu – w poszukiwaniu najlepszych rozwiązań*. W: *Autyzm i ACC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*. Red. B.B. KACZMAREK, A. WOJCIECHOWSKA. Kraków, Impuls 2015, s. 33–42.

- BŁESZYŃSKI J.J.: *Mowa i język dzieci z autyzmem. Wybrane zagadnienia*. Słupsk, Wydaw. Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Słupsku 1998.
- CHRZANOWICZ A., MAJKOWSKA A.: *Wspieranie rozwoju komunikacji u dziecka z autyzmem*. W: *Wspomaganie rozwoju osób z autyzmem*. Red. M. GAMBIN, E. ŁUKOWSKA. Warszawa, Wydaw. Uniwersytetu Warszawskiego 2009, s. 116–125.
- CZAPLEWSKA E., KACZOROWSKA-BRAY K.: *Kompetencja komunikacyjna i jej zaburzenia u dzieci*. W: *Logopedia. Teoria i praktyka*. Red. M. MŁYNAŃSKA, T. SMEREKA. Wrocław, Agencja Wydawnicza „a linea” 2005, s. 448–449.
- CZAPLEWSKA E., KACZOROWSKA-BRAY K.: *Kształtowanie kompetencji komunikacyjnej u dzieci z różnymi dysfunkcjami*. W: *Diagnoza i terapia w logopedii*. Red. J. PORAYSKI-POMSTA. Warszawa, Dom Wydawniczy „Elipsa” 2008, s. 315–321.
- DOBEK-OSTROWSKA B.: *Podstawy komunikowania społecznego*. Wrocław, Astrum 2002.
- FRITH U.: *Autyzm. Wyjaśnienie tajemnicy*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2008, s. 26–31.
- GAŁKOWSKI T.: *Zaburzenia komunikacji w autyzmie*. W: *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*. Red. T. GAŁKOWSKI, G. JASTRZĘBOWSKA. Opole, Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego 2003, s. 268–284.
- JAKLEWICZ H.: *Autyzm wczesnodziecięcy. Diagnoza, przebieg, leczenie*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 1993.
- KIELAR-TURSKA M.: *Rozwój sprawności językowych i komunikacyjnych*. W: *Diagnoza logopedyczna*. Red. E. CZAPLEWSKA, S. MILECKI. Sopot, Gdańskie Wydaw. Logopedyczne 2015, s. 11–66.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń w zachowaniu w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Red. S. PUŻYŃSKI, J. WCIÓRA. Przeł. J. WCIÓRA. Kraków, Uniwersyteckie Wydaw. Medyczne „Vesalius” 1998.
- MŁYNAŃSKA M.: *Autyzm w ujęciu psycholingwistycznym. Terapia dyskursywna a teoria umysłu*. Wrocław, Wydaw. Uniwersytetu Wrocławskiego 2008, s. 15–74.
- OLEŃSKA-PAWLAK T.: *Podstawy procesu diagnozowania dziecka o specjalnych potrzebach edukacyjnych*. W: *Diagnoza i rewalidacja indywidualna dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*. Red. M. KLACZAK, P. MAJEWICZ. Kraków, Wydaw. Naukowe AP 2006, s. 13–15.
- PISULA E.: *Małe dziecko z autyzmem*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2005.
- PISULA E.: *Autyzm. Przyczyny, symptomy, terapia*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2016.
- WINCZURA B.: *Dziecko z autyzmem. Terapia deficytów poznawczych a teoria umysłu*. Kraków, Impuls 2008.



ANNA ŻYWOT

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 3 w Krakowie

## „Imituję, więc jestem” – kilka uwag dotyczących kluczowego procesu w nabywaniu języka w świetle metody wideomodelowania Gemiini jako narzędzia wspomagającego rozwój mowy

“I Imitate, Therefore I Am” – A Few Remarks on the Key Process  
of Language Acquisition in the Light of the Gemiini Video Modelling Method  
as a Tool Supporting Speech Development

ABSTRACT: The article contains considerations on the importance of imitation in language development. The authoress puts forward the thesis that language deficits may be caused by the malfunction of human brain sensory systems. She also describes *Gemiini Video Modelling Method* as a proposal of a therapy designed to overcome these difficulties.

KEY WORDS: imitation, brain sensory system, brain motor system, mirror neurons, canonical neurons, sensory hypersensitivity, language development disorders, video modelling, Gemiini system

Inspiracją do napisania artykułu stał się dla mnie film internetowy, który przypuszczalnie wielu z czytelników obejrzało, *Dog says mama and baby can't*<sup>1</sup>. Film przedstawia sytuację, w której kobieta stara się nakłonić około roczne dziecko do powtórzenia słowa *mama*. Nagrodą ma być smakowity kęs jedzenia. Obok dziecka siedzi pies, wyraźnie zainteresowany zarówno swoją panią, jak i jedzeniem. Mama kilkakrotnie podaje wzorzec słowa, dziecko rozgląda się, spogląda na osobę kobiecie towarzyszącą, jednak słowa nie powtarza. Pies natomiast, intensywnie wpatrując się w twarz właścicielki, usilnie próbuje reagować na zachęty, wydając coraz to doskonalsze dźwięki. Wreszcie udaje mu się wyartykułować ową sekwencję w sposób niemalże perfekcyjny. Na ten fakt reaguje z kolei dziecko, skonfundowane, ręką odsuwając psa.

Po obejrzeniu tego obrazu wielokrotnie zastanawiałam się, co sprawiło, że to pies przemówił, a nie dziecko? I czy na pewno była to... mowa?

---

<sup>1</sup> *Dog says mama and baby can't* [film]. [https://www.youtube.com/watch?v=I\\_zW6APE1qQ](https://www.youtube.com/watch?v=I_zW6APE1qQ) [data dostępu: 2.04.2017].

## Czy zwierzęta mogą mówić...?

Gregory Hickok, wybitny amerykański specjalista w dziedzinie neuronauki, w swojej publikacji *Mit neuronów lustrzanych* analizuje m.in. znaczenie naśladowania dla rozwoju języka. Twierdzi, że imitacja nie jest czymś specyficznym dla człowieka. Naśladują również zwierzęta. To według niego „prosty mechanizm asocjacyjny obecny w całym królestwie zwierząt”<sup>2</sup>.

Przypuszczalnie dziecko ze wspomnianego filmu wkrótce również zacznie imitować słowa podawane przez osobę znaczącą. Jednak w tym momencie wystąpi znacząca różnica. Mały człowiek będzie w stanie użyć owego słowa, *mama*, na przykład do przywołania matki. Pies, co oczywiste, tego nie zrobi. Podobnie konkluduje Hickok: „Papugi imitują mowę, jednak jedna papuga nie może powiedzieć drugiej, że ludzie pojechali zrobić zakupy i wrócą za 10 minut”<sup>3</sup>. Żeby zatem u danego człowieka posługiwanie się mową było możliwe, powszechny mechanizm naśladowania musi być „podpięty” do drugiego, bardziej skomplikowanego systemu, który odpowiednio rozpozna „co i kiedy imitować”<sup>4</sup>.

## Jak niemowlę staje się istotą mówiącą?

Zdolność ta nie przychodzi od razu. Noworodki wydają się mieć wrodzoną skłonność do naśladowania. W kilka dni po urodzeniu, słysząc samogłoskę „a” lub „i”, automatycznie układają usta w sposób odpowiadający wymowie tych głosek<sup>5</sup>. Selektywność imitacji kształtuje się dopiero przez doświadczenie. Stwarza to niejednokrotnie komiczne dla rodziców i otoczenia sytuacje, kiedy małe dziecko z całą powagą dokładnie kopiuje najdrobniejsze, nawet przypadkowe, gesty dorosłych. Stosunkowo szybko jednak uczymy się naśladować tylko to, co jest istotne, resztę ignorując. Co więcej, w imitacji potrafimy również oddzielić działanie, w wyniku którego nie udało się osiągnąć danego celu, od tego, które przyniosło pożądany rezultat. Można więc powiedzieć, że odtwarzamy raczej intencje obserwowanego działania niż jego rzeczywisty wynik<sup>6</sup>.

---

<sup>2</sup> G. HICKOK: *Mit neuronów lustrzanych*. Przeł. K. CIPORA, A. MACHNIAK. Kraków, Copernicus Center Press 2016, s. 275–305, cytat: s. 299.

<sup>3</sup> Ibidem, s. 298.

<sup>4</sup> Ibidem.

<sup>5</sup> S.-J. BLAKEMORE, U. FRITH: *Jak uczy się mózg*. Przeł. R. ANDRUSZKO. Kraków, Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego 2008, s. 40.

<sup>6</sup> Ibidem, s. 276.

Ciekawie o tym okresie pisze także Temple Grandin, osoba z autyzmem, relacjonując tezy Waltera Schneidera, szefa zespołu naukowców pracujących w Centrum Badań nad Uczeniem się i Rozwojem na Uniwersytecie w Pittsburghu. Schneider rozróżnia dwa typy gaworzenia niemowląt. Jedno z nich to tzw. gaworzenie werbalne, kiedy dzieci wydają z siebie odgłosy, żeby usłyszeć, jak same brzmią. Drugi rodzaj gaworzenia to tzw. gaworzenie motoryczne, którym są działania wykonywane po to, aby zobaczyć sam ruch. W czasie tych aktywności tworzą się w mózgu odpowiednie połączenia. Podczas gaworzenia motorycznego powstają włókna nerwowe, dzięki którym powstaje styczność między obszarami „to, co widzisz” i „to, co robisz”. Podczas gaworzenia werbalnego natomiast wytwarzają się połączenia między rejonami „to, co słyszysz” oraz „to, co mówisz”. Między 1. a 2. rokiem życia dziecko zaczyna wypowiadać pierwsze słowa<sup>7</sup>. Wtedy w mózgu łączy się „to, co widzisz” z „to, co mówisz”. Późny start mowy – Grandin wspomina w książce, że jako dziecko sama długo nie mówiła – Schneider tłumaczy powstałymi zakłóceniami tego ostatniego procesu.

## Działam, bo czuję?

Hickok rozróżnia dwa rodzaje mózgowych systemów przetwarzania, tzw. brzuszny: „co”, umiejscowiony w dolnej części mózgu, i grzbietowy: „jak”, usytuowany wyżej. Struktura ta dotyczy zarówno systemów wzrokowych, jak i modalności słuchowej. System wzrokowy brzuszny służy rozpoznawaniu, grzbietowy – działaniu. W systemie słuchowym ścieżka brzuszna pozwala rozumieć poszczególne niuanse akustyczne, a grzbietowa – odtwarzać te akustyczne zawiłości za pomocą aparatu mowy<sup>8</sup>.

Nie oznacza to jednak, że ścieżki te są nierozdzielnie złączone. W swojej praktyce logopedycznej spotkałam chłopca z autyzmem, który nigdy nie wypowiedział ani jednego słowa, posiadając jednocześnie zdolność posługiwania się systemem językowym. Budował swoje wypowiedzi, wskazując litery na specjalnie przygotowanej tablicy. Mało tego, ponieważ we wczesnym dzieciństwie przebywał w Hiszpanii, posługiwał się w podstawowej formie również językiem hiszpańskim. On i jemu podobni są dowodem tego, że „zdolność do rozwinięcia efektywnego odbioru języka i jego rozumienia nie zależy od zdolności produkcji czy imitacji mowy”<sup>9</sup>. Co więc ze stwierdzeniem, że języka uczymy się przez naśladowanie?!

<sup>7</sup> T. GRANDIN, R. PANEK: *Mózg autystyczny. Podróż w głąb niezwykłych umysłów*. Przeł. K. MAZUREK. Konsult. K. WOŁOSZYN, M. HOHOL. Kraków, Copernicus Center Press 2016, s. 67.

<sup>8</sup> G. HICKOK: *Mit neuronów lustrzanych...*, s. 103.

<sup>9</sup> Ibidem, s. 160.

Często do logopedy zgłaszają się zaniepokojeni rodzice dwuipół- lub trzyletnich dzieci, które nie mówią. Z wywiadu z rodzicami wynika, że spełniają proste polecenia, potrafią nawet podać czy wskazać przedmioty w swoim otoczeniu, jednak im bardziej nakłania się je do mówienia, tym bardziej oponują. Są to bardzo często dzieci, które na pierwszym i kolejnych spotkaniach nie utrzymują kontaktu wzrokowego z terapeutą, a na próby zachęcenia ich do tego typu komunikacji reagują lękiem, czasem nawet płaczem. Powtarzanie dźwięków mowy aktywizuje się u nich dopiero wtedy, gdy nauczą się choć przez chwilę skupić wzrok na twarzy drugiej osoby. Musi to trwać na tyle długo, aby zdążyły zobaczyć ruch narządów artykulacyjnych rozmówcy. Skąd ta prawidłowość?

Hickok w swojej publikacji opowiada o przypadku Iana – chorego na neuropatię sensoryczną dużych włókien. Ian stracił nie tylko czucie dotyku, ale również propriocepcję – sygnały czuciowe z receptorów mieszczących się głęboko w mięśniach i ścięgnach, które informują o położeniu ciała. Żeby móc się poruszać, musiał przez cały czas patrzeć na swoje nogi i planować każdy ruch. Był całkowicie zależny od wzrokowej informacji zwrotnej. Ponadto nie był w stanie wykonywać żadnej innej czynności w tym samym czasie. W momencie, gdy gasło światło, upadał. Dla Hickoka przypadek Iana świadczy o tym, że zdolność poruszania się zależy od zdolności czucia<sup>10</sup>. Jak pisze, „somatosensoryczne informacje zwrotne stanowią krytyczny element kontroli motorycznej”<sup>11</sup>. Jeżeli więc działanie systemu motorycznego jest całkowicie uzależnione od systemów sensorycznych<sup>12</sup>, to uprawnione chyba byłoby postawienie tezy, że owe niemówiące dwu- i trzylatki, aby aktywować swój system motoryczny, potrzebują także zwrotnej informacji wzrokowej.

## Po co nam glosariusz aktów motorycznych?

I tu trzeba byłoby się na chwilę cofnąć do lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku. Wtedy to grupa naukowców pod kierunkiem Giacomina Rizzolattiego z Uniwersytetu w Parmie, badając aktywność pojedynczych neuronów kory ruchowej (tzw. obszar F5) u małp (makaków) podczas wykonywania przez nie różnych czynności dłońmi, doszła do wniosku, że można wyodrębnić dwa rodzaje aktywujących się neuronów. Pierwszy to tzw. neurony lustrzane, nazwane tak dlatego, że u obserwowanych małp, jak w lustrze, miały odbijać czynności wykonywane przez osoby obserwowane przez zwierzęta. Drugi zaś rodzaj to tzw. neurony

<sup>10</sup> Ibidem, s. 120–122.

<sup>11</sup> Ibidem, s. 223.

<sup>12</sup> Ibidem, s. 228.

kanoniczne, reagujące na określone czynności oraz na widok obiektu, na którym konkretną czynność można wykonać – np. na widok rodzynka<sup>13</sup>. System neuronów kanonicznych, jak zaznacza Hickok, „ma kluczowe znaczenie dla uczenia się skojarzeń, włącznie z arbitralnymi skojarzeniami między bodźcami a schematami (motorycznymi)”<sup>14</sup>. Wracamy więc tutaj do opisywanego przez Grandin gaworzenia motorycznego. Można powiedzieć, że dziecko uczy się przez samo-obsługę. Wykonując ruch, koduje odpowiedni zbiór schematów motorycznych, by móc później, widząc ruch drugiej osoby, odpowiednio połączyć jego percepcję z doświadczeniem już na ten temat zgromadzonym i tym samym – przewidzieć jego cel. Zespół z Parmy uznał, że neurony kanoniczne kodują „glosariusz aktów motorycznych, a dostęp do nich można zyskać poprzez [...] bodźce wzrokowe”<sup>15</sup>. Te dzieci więc, które planu ruchu narządów artykulacyjnych nie mogą odnaleźć we własnym systemie sensorycznym, muszą nauczyć się tego poprzez percepcję wzrokową. Jeśli są w stanie zaobserwować ruch w obrębie twarzy drugiej osoby i odtworzyć go, powtarzając tę czynność, zaczynają tworzyć własny słownik wzorców motorycznych. Tę kwestię można podsumować słowami Hickoka: „Systemy sensoryczne pełnią kluczową rolę, zapewniając cel systemowi motorycznemu: dostarczają celów działań i krytycznych informacji zwrotnych odnośnie do konsekwencji wykonywanych działań”<sup>16</sup>.

Innymi słowy, aby zrobić użytek z prostego mechanizmu imitacji, musimy go połączyć ze zgromadzoną przez nas wiedzą pozwalającą nam dane działanie zrozumieć, przewidzieć jego cel i konsekwencje. Co więcej, niezbędne jest, aby z tego zgromadzonego doświadczenia korzystać, próbując zrozumieć działania innych. Imitacja będzie zatem niczym innym, „jak odpowiednością lub związkiem pomiędzy działaniem własnym i innych”<sup>17</sup>.

## Co „zepsuło się” u niemówiących autystów?

Dlaczego więc opisywane wcześniej dzieci „nie mówiące” nie potrafią skorzystać z klucza do owych zasobów, jakim jest patrzenie na poruszający się obiekt (w tym przypadku usta i twarz interlokutora)? Grandin twierdzi, że ona i inne wysokofunkcjonujące osoby z autyzmem preferują patrzenie raczej na przedmioty niż na twarze, których widoku wręcz aktywnie unikają. Relacjonuje badania

<sup>13</sup> Zob. Ł. KWIATEK: *Neurony ostateczne*. 15.08.2015. <https://www.tygodnikpowszechny.pl/neurony-ostateczne-29642> [data dostępu: 2.04.2017].

<sup>14</sup> G. HICKOK: *Mit neuronów lustrzanych...*, s. 105.

<sup>15</sup> Ibidem, s. 104–105.

<sup>16</sup> Ibidem, s. 239.

<sup>17</sup> Ibidem, s. 296.

w tym zakresie oparte na obrazowaniu mózgu. Wykazały one znaczące obniżenie aktywności korowej w reakcji na twarze, a nawet reakcję przeciwną niż u osób neurotypowych. U tych drugich, gdy spoglądają na twarz bezpośrednio, następuje aktywacja prawego styku skroniowo-ciemieniowego (TPJ), u osób z autyzmem zaś – gdy odwracają wzrok od twarzy. Grandin uzupełnia, że ten styk odpowiada także za zadania społeczne, wymagające wydania sądu na temat stanu umysłu drugiej osoby. Dodatkowo u osób neurotypowych lewa grzbietowo-boczna kora przedczołowa aktywuje się, gdy odwracają wzrok, natomiast u osób autystycznych – przy bezpośrednim spojrzeniu na twarz. W świetle tego autorka wysuwa wniosek, że w sytuacji społecznej sygnały zapraszające od osoby neurotypowej ludzie z autyzmem mogą interpretować jako zniechęcające<sup>18</sup>.

Inną hipotezę w tym względzie przedstawia znowuż Hickok. Zakładając, że niektóre badania dotyczące ludzi z autyzmem dowodzą istniejącej u nich dysfunkcji ciała migdałowatego (hipoaktywność), proponuje zastanowić się nad możliwością nadmiernej reaktywności tej części mózgu. Skutki widoczne w zachowaniu mogłyby być wtedy podobne: wycofanie i obniżona liczba interakcji społecznych. Przyczyną nie byłaby jednak niewystarczająca aktywność ciała migdałowatego, ale hiperresponywność, prowadząca do unikania<sup>19</sup>. Jak wyjaśnia, u Grandin uwaga jest bardziej skierowana na przedmioty niż na twarze z tego względu, że jej część mózgu odpowiedzialna za rozpoznawanie twarzy (czyli zakręt wrzecionowaty – FFA) jest hiperreaktywny, „co prowadzi do unikania kierowania uwagi na twarze i w konsekwencji do zwiększonej uwagi w stosunku do innych obiektów”<sup>20</sup>.

I tu chciałabym powrócić do wspomnianego wcześniej nie posługującego się mową chłopca z autyzmem. Zastanawiająca dla mnie była zawsze zupełna obojętność owego dziecka na większość bodźców. Nie miało dla niego znaczenia, co dostawał do jedzenia. Jadł wszystko, połykając szybko duże kęsy. Nie zwracał uwagi na dźwięki, światło czy zapachy. Jednocześnie nie był w stanie samodzielnie podążać w określonym kierunku, na polecenie niczego chwycić, podać. Nie potrafił również patrzeć na wprost. Wydawało się to nietypowe. Większość bowiem osób z autyzmem wykazuje nadwrażliwości, które utrudniają im lub wręcz uniemożliwiają codzienne funkcjonowanie. Po kilkuletniej obserwacji chłopca zaczęłam dochodzić do wniosku, że jego zachowanie wcale nie musi wynikać z głębokiej podwrażliwości na wszelkiego rodzaju bodźce ze środowiska. To, można powiedzieć, odrętwienie, mogło wynikać ze strategii obronnej mózgu. Mózg, próbując dostosować organizm do przewlekłego stanu ciągłej czujności z powodu ogromnego przeciążenia sensorycznego, aby przetrwać, wyłączył niejako czucie z różnych obszarów. To oczywiście tylko hipoteza, ale do podobnego

<sup>18</sup> T. GRANDIN: *Mózg autystyczny...*, s. 50–54.

<sup>19</sup> G. HICKOK: *Mit neuronów lustrzanych...*, s. 326–327.

<sup>20</sup> *Ibidem*, s. 330.



wniosku dochodzi również Hickok, gdy twierdzi: „Być może osoby z autyzmem nie doświadczają społecznie odrętwiałego świata, ale raczej niezwykle intensywnego świata społecznego”<sup>21</sup>.

Autor tłumaczy dalej, że podobnie można by wyjaśnić hiperreaktywność na bodźce społeczne. Chodzi tutaj o to, że nadmiar informacji i intensywność emocjonalna sygnału w sytuacji społecznej prowadzi do jej unikania, zmniejszając tym samym możliwość uczenia się zachowań społecznych<sup>22</sup>.

Co natomiast ciekawe, chłopiec ów, nie będący w stanie naśladować nawet najprostszego ruchu na prośbę drugiej osoby, jednocześnie, przez nikogo nieprzymuszony, błyskawicznie w ukryciu sięgał po dostrzeżony kawałek jedzenia czy inną rzecz przydatną do gryzienia. I tu pomocna w wyjaśnieniu faktu może być znów wielokrotnie cytowana praca Hickoka. Otóż neuronaukowiec wskazuje, że w naszym mózgu istnieją wewnętrzne modele kontroli motorycznej: „Mózg przewiduje konsekwencje sensoryczne naszego ruchu, zmniejszając w ten sposób ich percepcyjne konsekwencje”<sup>23</sup>. Są one wtedy mniej intensywne i możliwe do zniesienia. Ilustruje to prostym przykładem: sami się nie połaskotamy. Jest to tzw. kodowanie predykcyjne. Swój ruch możemy kontrolować i przewidzieć, zmniejszając jednocześnie nadmierne pobudzenie sensoryczne. Nie możemy natomiast przewidzieć ruchów innych ludzi, które są tym samym dużo intensywniejsze percepcyjnie. Naturalną obroną jest unikanie nieprzyjemnego bodźca. Konkluzja przedstawia się więc następująco: „[...] posługiwanie się językiem jest na pewnych poziomach zadaniem sensomotorycznym, a na innych zachowaniem w znacznej mierze społecznym, można oczekiwać, że zaburzenia w obszarach sensomotorycznych i społecznych będą powodowały deficyty językowe”<sup>24</sup>.

### Lekarstwo na... nadmiar

W świetle przywołanych faktów i wniosków uprawniona może być teza, że istnieje grupa ludzi, którzy (inaczej niż neurotypowi) nie potrafią czerpać dostatecznych korzyści z mechanizmu imitacji dla nabywania nowych umiejętności. Logiczne w tej sytuacji wydaje się, że ta zdolność mogłaby się zwiększyć, jeśli stworzone zostałyby optymalne dla takich osób warunki uczenia się, zmniejszające nadmiar i intensywność odczuć sensorycznych.

---

<sup>21</sup> Ibidem, s. 321.

<sup>22</sup> Ibidem, s. 325.

<sup>23</sup> Ibidem, s. 342.

<sup>24</sup> Ibidem, s. 326.

Wśród wielu propozycji ciekawą wydaje się system Gemiini. Jest to internetowa biblioteka materiałów (filmów) terapeutycznych do rozwijania umiejętności komunikacyjnych m.in. u osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Zbiór zaczął być tworzony od 2000 roku w Stanach Zjednoczonych Ameryki przez Laurę Kasbar, matkę bliźniąt ze zdiagnozowanym autyzmem. Obecnie jest to około 20 tysięcy specjalnie przygotowanych filmów w kilku językach (angielski, francuski, chiński, hiszpański). Innowacyjność rozwiązania polega m.in. na tym, że materiał filmowy, mający umożliwić dziecku nauczenie się konkretnego słowa, zwrotu czy pytania, jest podawany w sposób bardzo prosty, eliminujący wszelkie bodźce mogące zakłócać odbiór uczonej treści. Istotne jest także kilkukrotne wzorcowe powtarzanie ćwiczonego słowa przez lektora, usytuowanego na białym tle w różnych wersjach i sytuacjach. Kluczowe natomiast dla percepcji danej sekwencji dźwięków są zbliżenia ust osoby mówiącej.

Taki sposób uczenia się, przez obserwację, wydaje się bardzo ważny szczególnie w przypadku osób z różnorodnymi problemami neurorozwojowymi. Oglądanie i powtarzanie przewidywalnych, nieinwazyjnych informacji w okrojonej ze zbędnej treści formie eliminuje stres związany z nieprzewidywalnością bezpośredniego kontaktu z drugą osobą oraz z nadmiarem towarzyszących temu bodźców, których mózg osoby z autyzmem nie potrafi odpowiednio filtrować i hierarchizować. Badania naukowe prowadzone nad skutecznością tej metody pokazały, że dzieci nabywają umiejętność posługiwania się słowem już po 25–70 prezentacjach filmu<sup>25</sup>. Optymalna ekspozycja powinna zatem wynosić trzy pokazy na dzień lub trzy sesje pokazowe składające się z dwukrotnej prezentacji filmu. Skuteczność metody zależy w znacznej mierze od systematyczności i regularności pokazów. Przy czym zaznacza się, że oczywistym celem oddziaływań jest uogólnienie umiejętności komunikacyjnych i społecznych dziecka w sytuacjach kontaktu „na żywo”. Dlatego ważne jest przeniesienie słów i zwrotów z ekranu do codziennego życia i otoczenia dziecka. Podkreśla się również, że Gemiini nie zastępuje interakcji z nauczycielem. Może być stosowany jedynie jako pomoc terapeutyczna w przypadku dzieci, które do takiego bezpośredniego kontaktu nie są jeszcze gotowe. Zaletą programu jest również to, że używa się go w trybie on-line, co umożliwia korzystanie z tej terapii przez potrzebujących, którzy czy to ze względów finansowych, czy to z powodu dużej odległości od wiodących ośrodków terapeutycznych nigdy nie mieliby możliwości uzyskania skutecznej pomocy.

Przedstawione refleksje i rozważania warto, być może, zakończyć postulatem o zainteresowanie metodą, skierowanym do środowiska specjalistów zajmujących się terapią i pomocą osobom z problemami neurorozwojowymi. Przyłączenie się do tego międzynarodowego już projektu niewątpliwie poszerzyłoby ofertę skutecznej pomocy terapeutycznej i logopedycznej dostępną w Polsce. W czasie, gdy wiele autorytetów słusznie eksponuje różnorakie zagrożenia związane z posłu-

<sup>25</sup> Zob. [www.gemiini.org](http://www.gemiini.org) [data dostępu: 2.04.2017].

giwaniem się przez dzieci wysokimi technologiami, system Gemiini stanowi takie ich zastosowanie, które należy uznać za wartościowe i potrzebne. Jest to niewątpliwie odmienny sposób uczenia się od tego, z którego korzystają osoby neurotypowe.

## Są rzeczy, o których logopedom się nie śniło

Należy powtórzyć fundamentalne pytanie, czy terapia w swoich celach powinna wiązać się z obowiązkiem zawrócenia naszego podopiecznego na, według nas, prawidłową ścieżkę rozwoju, a więc czy ma się on stać takim samym, jak większość, tak myśleć i podobnie odbierać rzeczywistość, czy też należałoby zaakceptować odmienność jego funkcjonowania, inne preferencje i sposób patrzenia na świat. Jeśli bardziej przybliżyć się do tej drugiej ewentualności, łatwiej chyba będzie w nieneurotypowym świecie odnaleźć klucz do komunikacji.

## Bibliografia

- BLAKEMORE S.-J., FRITH U.: *Jak uczy się mózg*. Przeł. R. ANDRUSZKO. Kraków, Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego 2008.
- Gemiini: [www.gemiini.org](http://www.gemiini.org) [data dostępu: 2.04.2017].
- GRANDIN T., PANEK R.: *Mózg autystyczny. Podróż w głąb niezwykłych umysłów*. Przeł. K. MAZUREK. Konsult. K. WOŁOSZYN, M. HOHOL. Kraków, Copernicus Center Press 2016.
- HICKOK G.: *Mit neuronów lustrzanych*. Przeł. K. CIPORA, A. MACHNIAK. Kraków, Copernicus Center Press 2016.
- KWIATEK Ł.: *Neurony ostateczne*. 15.08.2015. <https://www.tygodnikpowszechny.pl/neurony-ostateczne-29642> [data dostępu: 2.04.2017].
- Dog says mama and baby can't* [film]. [https://www.youtube.com/watch?v=I\\_zW6APE1qQ](https://www.youtube.com/watch?v=I_zW6APE1qQ) [data dostępu: 2.04.2017].



MAGDALENA KWATERKIEWICZ  
Studentka logopedii z audiologią,  
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

## Wpływ ćwiczeń muzycznych i muzyczno-ruchowych na rozwój kompetencji prozodycznych dzieci pięcio- i sześciolletnich

### Influence of Music and Movement Exercises on the Development of Prosodic Competences in Five- and Six-year-old Children

**ABSTRACT:** This article presents the results of my study of the effect of music exercise and music and movement exercise on the development of prosodic competencies among five- and six-year-old children whose phonetic and phonological system is at the end of its dynamic development. This period is marked with very intensive development of the ability to perceive specific characteristics of prosodic speech units. The aim of the study was to evaluate this effect. The main objectives of conducted experiment were to examine the prosodic competences in terms of perception as well as to develop and implement a treatment program connected with shaping perception skills in terms of elements common to speech and music (such features as: height, volume, time and duration; and such phenomena as: speed, rhythm, melody, intonation), which in turn would lead to an increase in the level of prosodic competences. An experimental research method with the selection of a parallel group was applied in the experiment. The test procedure included a study on physiological hearing and an examination of the perception of prosodic speech in children from experimental and control groups.

**KEY WORDS:** prosodic speech, prosodic competences, logorhythmics, ways of improving prosody

Związek muzyki oraz mowy był znany uczonym już w starożytności. Faktem przemawiającym za związkiem muzyki oraz języka jest ich wspólne pochodzenie, gdyż „śpiew wywodzi się z potrzeby doskonalenia pozawerbalnego sposobu przekazywania idei, co pozwalał przekazywać emocje i wpływać na nie”<sup>1</sup>.

Wielu badaczy zaobserwowało analogie występujące w procesie analizy oraz syntezy dźwięków mowy, a także dźwięków muzyki, różnicowania rytmu czy

---

<sup>1</sup> M. GAMRAT: *Analogie między muzyką i językiem według „Encyclopédie pittoresque de la musique” (1835).* „Res Facta Nova” 2010. <http://www.lmm.edu.pl/pdf/0007.pdf> [data dostępu: 16.12.2015].

struktur o charakterze harmonicznym<sup>2</sup>. John A. Sloboda uważa, że mechanizmy odpowiedzialne za grupowanie oraz analizowanie muzyki są zbliżone do tych zachodzących w przypadku języka. Jest to możliwe dzięki związkowi istniejącemu pomiędzy muzyką i językiem, dla których wspólne są elementy takie, jak fonologia, semantyka oraz składnia. Zarówno spontaniczna mowa, jaki i spontaniczny śpiew ujawniają się między pierwszym a drugim rokiem życia dziecka, dzięki wrodzonej zdolności do przyswajania reguł językowych i muzycznych przez naśladownictwo<sup>3</sup>.

Znane jest również stanowisko badaczy, którzy uważają, że proces nabywania kompetencji językowych oraz muzycznych bazuje na tych samych mechanizmach uczenia się. Już u półtorarocznych dzieci można zauważyć, że mają one świadomość istnienia struktur muzycznych oraz prozodycznych<sup>4</sup>.

Włodzisław Duch w swoim artykule opisuje mechanizmy neuronalne percypowania fonemów w językach tonicznych oraz muzyki jako wspólne. O ich istnieniu świadczą wyniki pacjentów, u których zdiagnozowano agnozje słuchowe (amuzję). Wyniki eksperymentów wykazały, że identyfikowanie tonów leksykalnych było zaburzone w przypadku natywnych użytkowników języków tonicznych (przede wszystkim języka tajskiego oraz chińskiego), u których wcześniej zdiagnozowano amuzję<sup>5</sup>.

## Prozodia mowy

Istnieje wiele definicji prozodii, jednak zdecydowana większość badaczy określa prozodię mowy jako zespół cech elementów suprasegmentalnych: amplitudy drgań (odbieranej jako głośność), częstotliwości podstawowej (odbieranej jako wysokość głosu) oraz czasu trwania artykulacji, które pod wpływem odpowiedniej modulacji tworzą zjawiska suprasegmentalne. Do głównych zalicza się: intonację, akcent oraz rytm mowy (w języku polskim mające charakter fonologiczny). W niektórych ujęciach wskazuje się także iloczasy, wysokość głosu, tempo czy pauzy, jednak w języku polskim pełnią one jedynie funkcję ekspresywną<sup>6</sup>.

---

<sup>2</sup> M. WYSOCKA: *Prozodia mowy w percepcji dzieci*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012.

<sup>3</sup> J.A. SLOBODA: *Umysł muzyczny. Poznawcza psychologia muzyki*. Warszawa, Wydaw. Akademii Muzycznej im. Fryderyka Chopina 2002.

<sup>4</sup> M. WYSOCKA: *Prozodia mowy w percepcji dzieci...*

<sup>5</sup> W. DUCH: *Amuzja wyobrażeniowa*. „Neuroestetyka Muzyki” 2013, nr 2, s. 247–270.

<sup>6</sup> J. SZPYRA-KOZŁOWSKA: *Wprowadzenie do współczesnej fonologii*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2002; M. WYSOCKA: *Prozodia mowy – problemy opisu*. W: *Logopedia artystyczna*. Red. B. KAMIŃSKA, S. MILEWSKI. Gdańsk, Harmonia Universalis 2016,

Prozodia mowy odgrywa ogromną rolę podczas komunikacji językowej. Jest to jeden z pierwszych elementów, jaki dziecko przyswaja w procesie ontogenezy mowy, dzięki czemu może czerpać wiedzę na temat budowy podstawowych jednostek języka<sup>7</sup>. W trakcie odbioru mowy na początkowym etapie człowiek przywiązuje większą uwagę do struktury prozodycznej niż do struktury gramatycznej, a podczas percepcji wypowiedzi szybciej zauważa błędy prozodyczne<sup>8</sup>. Prozodii przypisać można trzy funkcje. Najważniejsza jest funkcja lingwistyczna, na którą składa się m.in. segmentacja ciągu mownego oraz wyróżnianie nowych elementów o istotnym znaczeniu (wyodrębnienie rematu wypowiedzi). Kolejną jest funkcja ekstralingwistyczna, która odnosi się do cech charakterystycznych nadawcy komunikatu, takich jak wiek, płeć czy status socjoekonomiczny. Ostatnią funkcją przypisaną prozodii mowy jest funkcja paralingwistyczna. Wyraża ona stosunek nadawcy do wypowiedzi oraz wiąże się z ekspresją emocji<sup>9</sup>.

Zjawiska prozodyczne są pierwszymi przyswajanymi elementami języka, które składają się na strukturę kompetencji komunikacyjnej<sup>10</sup>. W rozwoju prozodii mowy można wyróżnić poszczególne jej etapy, wśród których wyróżnia się: etap prenatalny, etap niemowlęcy i wczesnodziecięcy, etap przedoperacyjny oraz etap myślenia operacyjnego<sup>11</sup>. Większość pięcioletnich dzieci potrafi poprawnie rozróżnić określone przebiegi intonacyjne, różnicować i określać miejsce wystąpienia akcentu w zdaniu i prawidłowo identyfikować emocje zawarte w wypowiedzi, doskonaląc również umiejętności związane z percepcją oraz realizacją struktur intonacyjnych, a osiągnięty przez nie poziom jest bardzo wysoki<sup>12</sup>.

---

s. 213–231; EADEM: *Zaburzenia prozodii mowy*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, Z.M. KURKOWSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 165–181.

<sup>7</sup> M. WYSOCKA: *Prozodia mowy w percepcji dzieci...*

<sup>8</sup> M. WARYSAK: *Uwarunkowania wypowiedzi emocjonalnych osób w normie biologicznej i osób z zaburzeniami mowy*. „*Logopedia Silesiana*” 2014, s. 133–142.

<sup>9</sup> M. WYSOCKA: *Prozodia mowy w percepcji dzieci...*

<sup>10</sup> M. WYSOCKA: *Percepcja struktur prozodycznych i muzycznych w aspekcie rozwojowym*. W: *Język – interakcja – zaburzenia mowy. Metodologia badań*. Red. T. WOŹNIAK, A. DOMAGAŁA. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2007, s. 324–351.

<sup>11</sup> M. WYSOCKA: *Prozodia mowy w percepcji dzieci...*

<sup>12</sup> M. WYSOCKA: *Rozwój kompetencji prozodycznej*. W: *Język – człowiek – społeczeństwo*. Red. J. PANASIUK, T. WOŹNIAK. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2013, s. 861–874; K. WHALLEY, J. HANSEN: *The role of prosodic sensitivity in children's reading development*. „*Journal of Research in Reading*” 2006, vol. 29, no. 3, s. 288–303.

## Logorytmika

Muzyka jest jedną z form sztuki o najbardziej komunikatywnym charakterze. Pobudza wrażliwość muzyczną oraz wpływa na jej dalszy rozwój<sup>13</sup>. Istnienie wspólnych mechanizmów percepcji prozodii mowy oraz muzyki otwiera możliwości wykorzystania muzyki w stymulacji rozwoju mowy dziecka, w szczególności prozodii mowy<sup>14</sup>.

Pierwowzorem dla logorytmiki są dwie metody. Pierwsza z nich została opracowana przez Émile'a Jaques-Dalcroze'a, jej celem jest umuzykalnienie dzieci, wykształcenie u nich wrażliwości muzycznej oraz poczucia rytmu. Kontynuatorem idei wykorzystania muzyki w kształceniu dzieci był Carl Orff, który oparł swą koncepcję m.in. na zasadzie integracji muzyki, słowa i ruchu. Założenia metodyczne Dalcroze'a i Orffa przyczyniły się do powstania logorytmiki, metody o charakterze terapeutyczno-profilaktycznym. Głównym celem ćwiczeń muzyczno-ruchowych jest rozwinięcie u dziecka wrażliwości na elementy wspólne dla mowy oraz muzyki<sup>15</sup>.

Elżbieta Kilińska-Ewertowska dokonuje podziału ćwiczeń logorytmicznych na ćwiczenia: z zakresu techniki ruchu, kształtujące poczucie tempa, kształtujące poczucie metrum, rytmiczne, kształtujące szybką reakcję ruchową na sygnały muzyczne, muzykowanie oraz kształtujące formy ruchowo-przestrzenne<sup>16</sup>. Istotą ćwiczeń logorytmicznych jest pełne angażowanie dziecka w terapię poprzez muzykę oraz ruch. Ćwiczeniami najważniejszymi dla kształtowania prozodii mowy są te, które korzystnie wpływają na budowanie u dzieci wrażliwości na elementy wspólne dla mowy oraz muzyki (tempo, głośność i wysokość dźwięku, rytm, akcentowanie, artykulację, frazowanie), a więc ćwiczenia: kształtujące poczucie tempa, metrum, szybką reakcję ruchową na sygnały muzyczne oraz muzykowanie.

Zajęcia logorytmiczne mogą być prowadzone w formie zajęć indywidualnych bądź grupowych. Podczas zajęć indywidualnych w terapii logopedycznej dziecka z danym zaburzeniem wykorzystywane są jedynie elementy logorytmiki<sup>17</sup>. Forma grupowej terapii niesie z sobą wiele korzyści dla jej uczestników, przede wszyst-

---

<sup>13</sup> E. KILIŃSKA-EWERTOWSKA: *Badania nad zastosowaniem ćwiczeń muzyczno-ruchowych w rehabilitacji dzieci z zaburzeniami mowy*. Gdańsk, Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, Zakład Wydawnictw i Informacji Naukowej 1981.

<sup>14</sup> M. WYSOCKA: *Prozodia mowy w percepcji dzieci...*

<sup>15</sup> E. KILIŃSKA-EWERTOWSKA: *Logorytmika*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1987.

<sup>16</sup> Ibidem.

<sup>17</sup> Ibidem.

kim pełni funkcję uspołeczniającą<sup>18</sup>. Ważnymi kryteriami przydziału dziecka do konkretnej grupy terapeutycznej są: wiek, osiągnięty poziom psychomotoryczny oraz rodzaj i stopień występującego zaburzenia, które powinny mieć jednorodny charakter w całej grupie<sup>19</sup>. Wiekiem najodpowiedniejszym na rozpoczęcie zajęć logorytmicznych jest 3. lub 4. rok życia dziecka<sup>20</sup>. Czas trwania zajęć jest czynnikiem uzależnionym od wieku dzieci. Jest on zróżnicowany dla konkretnych grup wiekowych<sup>21</sup>.

## Metodyka badań własnych

Celem badań była ocena wpływu ćwiczeń muzycznych oraz muzyczno-ruchowych na rozwój kompetencji prozodycznych dzieci pięcio- i sześciolletnich. Do głównych założeń przeprowadzonego eksperymentu należało zbadanie kompetencji prozodycznych w zakresie jej percepcji oraz opracowanie i realizacja programu terapeutycznego, który umożliwiłby ich rozwój. Wybór problematyki badawczej był związany z tym, że zagadnienie to nie znalazło w literaturze przedmiotu dostatecznego opracowania.

W procedurze badawczej zastosowano metodę eksperymentalną z wyborem grup równoległych, pozwalającą pozyskać miarodajny materiał badawczy, a także wskazać relacje o charakterze przyczynowo-skutkowym pomiędzy analizowanymi zjawiskami<sup>22</sup>.

Do eksperymentu zakwalifikowano dwanaścioro dzieci będących w normie intelektualnej, słuchowej oraz ruchowej, uczęszczających do jednego z lubelskich przedszkoli. Dzieci zostały przyporządkowane do grupy kontrolnej oraz eksperymentalnej w sposób losowy. Do każdej grupy zakwalifikowano sześcioro dzieci, po trzy osoby z obu grup wiekowych. W grupie zarówno kontrolnej, jak i eksperymentalnej znalazło się sześcioro dzieci – trzy dziewczynki oraz trzech chłopców.

Przed przystąpieniem do eksperymentu przeprowadzono badanie słuchu fizycznego za pomocą Systemu Powszechnych Badań Słuchu „Słyszę”, opraco-

---

<sup>18</sup> J. STADNICKA, A. STADNICKI: *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1998.

<sup>19</sup> E. KILIŃSKA-EWERTOWSKA: *Logorytmika...*

<sup>20</sup> A. WALENCIK-TOPIŁKO: *Wykorzystanie elementów rytmiki w terapii logopedycznej*. W: *Rytymika w kształceniu muzyków, aktorów, tancerzy i w rehabilitacji*. Red. B. OSTROWSKA. Łódź, Akademia Muzyczna im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów 1999, s. 142–146.

<sup>21</sup> E. KILIŃSKA-EWERTOWSKA: *Logorytmika...*

<sup>22</sup> M. ŁOBOCKI: *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*. Kraków, Impuls 2001; A.W. MASZKE: *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Rzeszów, Wydaw. Uniwersytetu Rzeszowskiego 2008.



wanego przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu we współpracy z Katedrą Inżynierii Dźwięku Politechniki Gdańskiej (2007). Pozwoliło to wyeliminować z grupy badawczej osoby, u których występowały zaburzenia słuchu fizycznego. W celu oceny stanu kompetencji prozodycznych badanej grupy wykorzystano Test Percepcji Prozodii Mowy i Muzyki autorstwa Marty Wysockiej (2012). Badania przeprowadzono w wyciszonym przedszkolnym gabinecie logopedycznym, dzięki czemu w dużym stopniu ograniczono bodźce zakłócające prezentowane sygnały. Poszczególne zadania muzyczne oraz prozodyczne były prezentowane naprzemiennie, co pozwoliło ograniczyć męczliwość dzieci i podtrzymać ich zainteresowanie. Po wyodrębnieniu dwóch podgrup, do grupy eksperymentalnej wprowadzono czynnik eksperymentalny, jakim był specjalnie opracowany program terapeutyczny realizowany w ramach zajęć logorytmicznych. Po upływie dwóch miesięcy ponownie przeprowadzono badania za pomocą Testu Percepcji Prozodii Mowy i Muzyki (posttest) w grupie eksperymentalnej i kontrolnej. Procedura przeprowadzania badań była taka sama, jak w przypadku pretestu. Na podstawie różnic w wynikach obu grup możliwa była ocena wpływu ćwiczeń muzycznych i muzyczno-ruchowych na kompetencje prozodyczne dzieci przyporządkowanych do grupy eksperymentalnej.

### Program terapeutyczny

Głównym celem terapii logorytmicznej prowadzonej w ramach skonstruowanego programu było usprawnianie kompetencji prozodycznych w zakresie percepcji prozodii mowy, z wykorzystaniem ćwiczeń kształtujących te umiejętności (ćwiczenia percepcji i ekspresji prozodii mowy oraz ćwiczenia funkcji określania i różnicowania parametrów dźwięku wspólnych dla muzyki i mowy). Terapia miała charakter wielowymiarowy i oddziaływała również na wiele innych aspektów, takich jak sprawności: oddechowe, fonacyjne, aparatu artykulacyjnego, słuchowe w zakresie kształtowania poczucia rytmu, metrum, tempa oraz motoryczne. Ćwiczenia muzyczne angażujące pamięć, uwagę, myślenie, wyobraźnię oraz emocje wpływały również pośrednio na rozwój poznawczy, społeczny oraz emocjonalny dzieci. W programie wykorzystano ćwiczenia: oddechowe, rezonansu, fonacyjne, motoryki aparatu artykulacyjnego, z zakresu techniki ruchu, wyrabiające szybką reakcję ruchową na sygnały muzyczne i słowne (ćwiczenia pobudzająco-hamujące), kształtujące poczucie metrum, kształtujące poczucie tempa, rytmiczne, muzykowania oraz kształtujące inwencję twórczą.

Opracowany program terapeutyczny został dostosowany do wieku dzieci biorących udział w zajęciach logorytmicznych, ich aktualnych zainteresowań oraz do poziomu opanowanych przez nie umiejętności. Terapia była prowadzona

w formie zajęć grupowych i odbywała się raz w tygodniu przez 60 minut w sali rekreacyjnej przedszkola. Czas trwania zajęć logorytmicznych dla grupy pięcio- i sześciolatków zalecany przez Kilińską-Ewertowską to 30 minut, jednak został on znacznie wydłużony ze względu na duże zainteresowanie dzieci ćwiczeniami oraz wysoką efektywność ich pracy.

W ramach terapii wykorzystywano głównie ćwiczenia o charakterze muzyczno-ruchowym oraz muzycznym, z użyciem różnorodnych pomocy terapeutycznych (planszy, plakatów, rekwizytów itp.), przyrządów do ćwiczeń gimnastycznych (hula-hoopów, skakanek, pachołków, piłek itp.), instrumentów muzycznych (pianina, gitary, fletu poprzecznego i instrumentów dziecięcych) oraz utworów muzycznych.

Ćwiczeniami najważniejszymi z punktu widzenia przedmiotu badań były ćwiczenia doskonalące kompetencje prozodyczne w wypowiedziach słownych, przede wszystkim ćwiczenia różnicowania parametrów istotnych dla percepcji prozodii mowy (wysokości, napięcia, czasu trwania). Stanowiły one element każdego zajęcia i wymagały większej ilości czasu w stosunku do innych typów ćwiczeń prowadzonych w ramach programu.

W tabeli 1 prezentuję poszczególne typy ćwiczeń realizowane w ramach programu terapii logorytmicznej oraz rozwijane przez nie sprawności.

TABELA 1. Ćwiczenia wykorzystywane podczas terapii

Blok	Typ	Kształtowane sprawności i kompetencje
Ćwiczenia emisyjne oraz ćwiczenia motoryki aparatu artykulacyjnego	ćwiczenia oddechowe	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ poprawne oddychanie (torem całościowym)</li> <li>▪ podparcie oddechowe</li> </ul>
	ćwiczenia rezonansu	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rezonans nasady</li> </ul>
	ćwiczenia fonacyjne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ miękkie nastawienie głosowe</li> <li>▪ fonacja melodii o kierunku opadającym i wznoszącym</li> <li>▪ realizowanie wysokości głosu podczas fonacji oraz w wypowiedziach</li> </ul>
	ćwiczenia motoryki aparatu artykulacyjnego	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ usprawnianie motoryki języka, warg, podniebienia oraz żuchwy</li> </ul>
Ćwiczenia muzyczne i muzyczno-ruchowe	ćwiczenia z zakresu techniki ruchu	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kształtowanie techniki chodu, biegu, obrotów oraz sprężynowania</li> </ul>
	ćwiczenia kształtujące szybką reakcję ruchową na sygnały muzyczne i słowne (ćwiczenia hamująco-pobudzające)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kształtowanie reakcji na zróżnicowane tempo, rytm, napięcie oraz wysokość sygnału muzycznego lub słownego</li> </ul>
	ćwiczenia kształtujące poczucie metrum	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ realizowanie akcentu w przebiegach rytmicznych metrum dwu-, trzy-, czterodzielnego</li> <li>▪ ruchowa realizacja określonych grup rytmicznych</li> </ul>

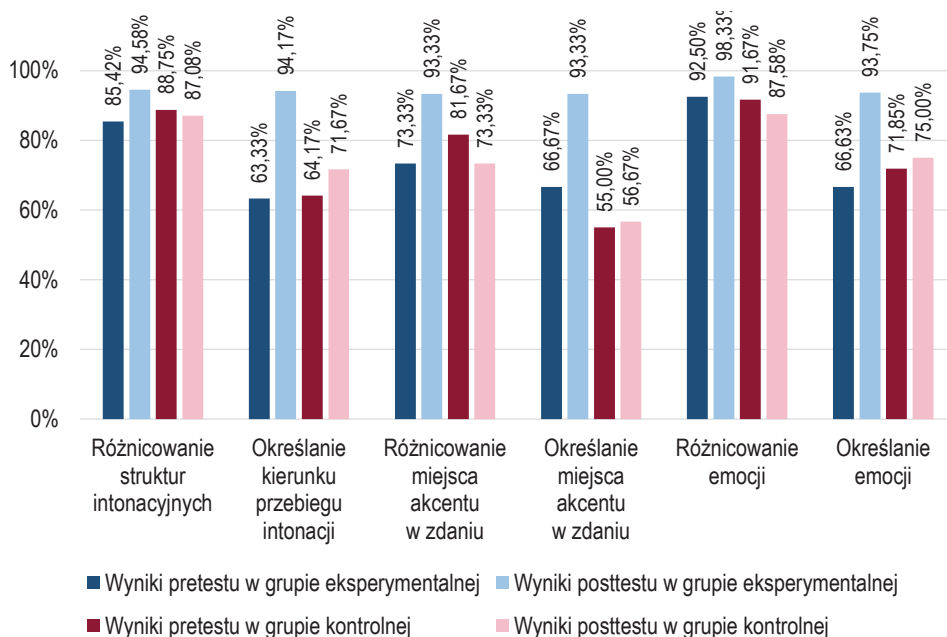
cd. tabeli 1

Ćwiczenia muzyczne i muzyczno-ruchowe (cd.)	ćwiczenia kształtujące poczucie tempa	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ różnicowanie tempa wolnego, szybkiego oraz umiarkowanego</li> <li>▪ realizacja ruchowa tempa wolnego, szybkiego oraz umiarkowanego</li> </ul>
	ćwiczenia rytmiczne	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ odtwarzanie prostych grup rytmicznych wartości jednorodnych za pomocą ruchu lub sygnałów słownych</li> </ul>
	muzykowanie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ różnicowanie brzmienia wybranych instrumentów muzycznych</li> <li>▪ muzykowanie na instrumentach perkusyjnych melodycznych i niemelodycznych (muzykowanie dowolne bądź według ustalonego schematu)</li> </ul>
	ćwiczenia kształtujące inwencję twórczą dzieci	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ formy ruchowe improwizacji przy akompaniamencie muzycznym</li> <li>▪ inscenizacja ruchowa piosenki</li> </ul>
	ćwiczenia funkcji określania i różnicowania parametrów dźwięku wspólnych dla muzyki i mowy	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ określanie i różnicowanie wysokości dźwięków muzyki i mowy</li> <li>▪ określanie i różnicowanie natężenia dźwięków muzyki i mowy</li> <li>▪ określanie i różnicowanie iloczasu dźwięków muzyki i mowy</li> <li>▪ określanie i różnicowanie barwy dźwięków muzyki i mowy</li> </ul>
Ćwiczenia kształtujące kompetencje prozodyczne	ćwiczenia percepcji i ekspresji prozodii mowy	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ percepcja i realizacja akcentu frazowego ze szczególnym uwzględnieniem parametru wysokości dźwięku</li> <li>▪ realizowanie wypowiedzi o kierunku wznoszącym i opadającym</li> <li>▪ różnicowanie i realizowanie wyrazów i wypowiedzi w różnorodnym tempie</li> <li>▪ różnicowanie i realizowanie wysokości wyrazów</li> <li>▪ akcentacja i rytmizacja wyrazów (dwu-, trzy- i wielosylabowych) oraz wypowiedzi (realizowanie, określanie oraz różnicowanie)</li> <li>▪ melodyzacja zdań oznajmujących, przeczących oraz pytających</li> <li>▪ określanie i różnicowanie wypowiedzi nacechowanej emocjonalnie</li> </ul>

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

## Wyniki eksperymentu

Uzyskane wyniki badań (wykres 1) pozwoliły wykazać wpływ ćwiczeń muzycznych i muzyczno-ruchowych na rozwój kompetencji prozodycznych dzieci pięciu i sześćioletnich.



WYKRES 1. Poprawność odpowiedzi dzieci z grupy eksperymentalnej oraz kontrolnej w testach prozodycznych

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Po przeanalizowaniu zebranych danych można stwierdzić, że największe różnice pomiędzy wynikami pretestu i posttestu zauważa się u dzieci z grupy eksperymentalnej. W wykonanych przez nie testach prozodycznych wyniki średnio wzrosły o 19,93%. Największy progres wyników po zakończeniu terapii logorytmicznej obserwuje się w zadaniu określania kierunku przebiegów intonacyjnych (średnia wartość wzrosła o 30,84%) oraz w zadaniu określania emocji zawartych w prozodii (średnia wartość wzrosła o 27,12%). W pozostałych zadaniach średnia wartość wzrosła: o 26,66% – w zadaniu określania miejsca akcentu w zdaniu; 20,00% – w zadaniu różnicowania miejsca akcentu w zdaniu; 9,16% – w zadaniu różnicowania struktur intonacyjnych i 5,83% – w zadaniu różnicowania emocji zawartych w prozodii.

Pomiędzy wynikami osiągniętymi przez dzieci z grupy kontrolnej w preteście oraz postteście nie obserwuje się tak dużych różnic. Jedynie w trzech typach

zadań zauważono nieznaczłą poprawę wyników w postteście: w zadaniu określania kierunku przebiegu intonacji – o 7,50%; w zadaniu określania miejsca akcentu w zdaniu – o 1,67% oraz w zadaniu określania emocji zawartych w prozodii – o 3,15%. W pozostałych zadaniach wyniki uległy minimalnemu obniżeniu: o 1,67% – w zadaniu różnicowania struktur intonacyjnych; 4,09% – w zadaniu różnicowania emocji oraz 8,34% – w zadaniu różnicowania miejsca akcentu w zdaniu. Analizując zebrane dane, można zauważyć, że poziom badanych sprawności prozodycznych w grupie kontrolnej ustalony na podstawie wyników posttestu jest niemal identyczny jak w przypadku pretestu.

Po przeanalizowaniu wszystkich danych zebranych w toku procedury badawczej można stwierdzić, że ćwiczenia muzyczne oraz muzyczno-ruchowe w bardzo dużym stopniu wpływają na stan kompetencji prozodycznych dzieci pięcio- i sześciolletnich. Zebrany materiał badawczy potwierdza, że muzyka odgrywa dużą rolę w kształtowaniu elementów prozodycznych wypowiedzi<sup>23</sup>. Wyodrębnienie w grupie badawczej dwóch podgrup (eksperymentalnej oraz kontrolnej) pozwoliło na kontrolę czynnika eksperymentalnego. Zaprezentowane wyniki badań pochodzą z pracy dyplomowej napisanej pod kierownictwem dr Marty Wysockiej<sup>24</sup>.

## Podsumowanie

Analiza zebranych danych umożliwiła wykazanie wpływu terapii logorytmicznej na rozwój kompetencji prozodycznych grupy eksperymentalnej. W omawianej grupie ćwiczenia muzyczne oraz muzyczno-ruchowe w bardzo dużym stopniu przyczyniły się do wzrostu wyników uzyskanych przez dzieci z grupy eksperymentalnej w teście prozodycznym przeprowadzonym po zakończeniu terapii. Zaobserwowano dynamiczny rozwój umiejętności określania kierunku przebiegów intonacyjnych, określania emocji zawartych w prozodii czy określania i różnicowania miejsca akcentu w zdaniu. U dzieci w okresie przedszkolnym prozodia mowy odgrywa niezwykle ważną rolę w rozwoju mowy (istnieją ściśle korelacje pomiędzy umiejętnością rozumienia struktur intonacyjnych a rozwojem języka). Ponadto osiągnięty poziom kompetencji prozodycznych w dużym stopniu wpływa na rozwój umiejętności komunikacyjnych i skuteczność procesu dydaktycznego, a w szczególności na opanowanie przez dziecko umiejętności czytania

---

<sup>23</sup> Por. A. KOWALSKA: *Metodyka kształtowania elementów prozodycznych w wypowiedziach dzieci z upośledzeniem słuchu*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1989.

<sup>24</sup> M. KWATERKIEWICZ: „Wpływ ćwiczeń muzycznych i muzyczno-ruchowych na rozwój kompetencji prozodycznych dzieci pięcio-, sześciolletnich” [praca licencjacka]. Opieka nauk. M. Wysocka. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej 2016.

ze zrozumieniem<sup>25</sup>. Zasadne staje się więc wykorzystanie ćwiczeń muzycznych i muzyczno-ruchowych w stymulacji rozwoju mowy dziecka.

Wyniki uzyskane w przedstawionym eksperymencie niewątpliwie pozwalają dostrzec rozliczne walory terapeutyczne logorytmiki i płynące z niej korzyści. Logorytmika kształtuje różne sfery rozwoju dziecka, takie jak sprawność motoryczna, percepcja słuchowa, sprawność aparatu artykulacyjnego. Wykorzystana w postępowaniu badawczym metoda znajduje również szerokie zastosowanie w terapii logopedycznej. Towarzysząca zajęciom muzyka stwarza przyjemną atmosferę, a także rozwija percepcję słuchową, kształcąc słuch mowny, muzyczny oraz prozodyczny. Logorytmika jako metoda terapeutyczna staje się więc pretekstem do dobrej zabawy dla dzieci, a przede wszystkim umożliwia wielowymiarowe oddziaływanie na różne sfery rozwoju dziecka.

## Bibliografia

- DUCH W.: *Amuzja wyobrażeniowa*. „Neuroestetyka Muzyki” 2013, nr 2, s. 247–270.
- GAMRAT M.: *Analogie między muzyką i językiem według „Encyclopédie pittoresque de la musique” (1835)*. „Res Facta Nova” 2010. <http://www.lmm.edu.pl/pdf/0007.pdf> [data dostępu: 16.12.2015].
- KANTYKA K.: *Logorytmika jako forma wsparcia dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*. „Terapia przez Sztukę” 2014, nr 1 (5), s. 13–19.
- KILIŃSKA-EWERTOWSKA E.: *Badania nad zastosowaniem ćwiczeń muzyczno-ruchowych w rehabilitacji dzieci z zaburzeniami mowy*. Gdańsk, Państwowa Wyższa Szkoła Muzyczna, Zakład Wydawnictw i Informacji Naukowej 1981.
- KILIŃSKA-EWERTOWSKA E.: *Logorytmika*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1987.
- KOWALSKA A.: *Metodyka kształtowania elementów prozodycznych w wypowiedziach dzieci z upośledzeniem słuchu*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1989.
- KWATERKIEWICZ M.: „Wpływ ćwiczeń muzycznych i muzyczno-ruchowych na rozwój kompetencji prozodycznych dzieci pięcioletnich, sześcioletnich” [praca licencjacka]. Opieka nauk. M. WYSOCKA. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej 2016.
- ŁOBOCKI M.: *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*. Kraków, Impuls 2001.
- MASZKE A.W.: *Metody i techniki badań pedagogicznych*. Rzeszów, Wydaw. Uniwersytetu Rzeszowskiego 2008.
- SŁOBODA J.A.: *Umysł muzyczny. Poznawcza psychologia muzyki*. Warszawa, Wydaw. Akademii Muzycznej im. Fryderyka Chopina 2002.
- STADNICKA J., STADNICKI A.: *Terapia dzieci muzyką, ruchem i mową*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1998.
- SZPYRA-KOZŁOWSKA J.: *Wprowadzenie do współczesnej fonologii*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2002.
- WALENCIK-TOPIŁKO A.: *Wykorzystanie elementów rytmiki w terapii logopedycznej*. W: *Rytmika w kształceniu muzyków, aktorów, tancerzy i w rehabilitacji*. Red. B. OSTROWSKA. Łódź, Akademia Muzyczna im. Grażyny i Kiejstuta Bacewiczów 1999, s. 142–146.

<sup>25</sup> K. WHALLEY, J. HANSEN: *The role of prosodic sensitivity...*

- WALENICK-TOPIŁKO A., WYSOCKA M.: *Logorytmika w terapii surdologopedycznej*. W: *Surdologopedia. Teoria i praktyka*. Red. E. MUZYKA-FURTAK. Gdańsk, Harmonia Universalis 2015, s. 343–353.
- WARYSZAK M.: *Uwarunkowania wypowiedzi emocjonalnych osób w normie biologicznej i osób z zaburzeniami mowy*. „Logopedia Silesiana” 2014, s. 133–142.
- WHALLEY K., HANSEN J.: *The role of prosodic sensitivity in children’s reading development*. “Journal of Research in Reading” 2006, vol. 29, no. 3, s. 288–303.
- WYSOCKA M.: *Prozodia mowy w percepcji dzieci*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012.
- WYSOCKA M.: *Percepcja struktur prozodycznych i muzycznych w aspekcie rozwojowym*. W: *Język – interakcja – zaburzenia mowy. Metodologia badań*. Red. T. WOŹNIAK, A. DOMAGAŁA. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2007, s. 324–351.
- WYSOCKA M.: *Prozodia mowy – problemy opisu*. W: *Logopedia artystyczna*. Red. B. KAMIŃSKA, S. MILEWSKI. Gdańsk, Harmonia Universalis 2016, s. 213–231.
- WYSOCKA M.: *Rozwój kompetencji prozodycznej*. W: *Język – człowiek – społeczeństwo*. Red: J. PANASIUK, T. WOŹNIAK. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2013, s. 861–874.
- WYSOCKA M.: *Zaburzenia prozodii mowy*. W: *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*. Red. S. GRABIAS, Z.M. KURKOWSKI. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2012, s. 165–181.

ANETA SYTA

Zakład Logopedii i Emisji Głosu, Uniwersytet Warszawski

## Dyslalia ankyloglosyjna – wpływ na wymowę sześciolatków

### Ankyloglossia – Its Influence on the Pronunciation in Six-year-olds

**ABSTRACT:** The authoress's main objective was to observe the relationship between the structure of frenulum in 6-year-olds and the children's pronunciation based on the carried-out research. The article discusses the influence of shortened lingual frenulum on the examined children's pronunciation, depending on the degree of shortening. What follows, the pronunciation of all the basic variants of Polish language phonemes as well as of consonant groups has been evaluated; moreover, the motility of speech organs has been studied as well as the phonemic hearing of the examined children. The results of own research have been presented against the background of various researchers' views on the influence of ankyloglossia on pronunciation.

**KEY WORDS:** dyslalia, ankyloglossia, six-year-old children

Prawidłowy przebieg procesu rozwoju mowy jest niezmiernie ważnym czynnikiem stanowiącym o jakości życia ludzkiego. Sprawny przebieg czynności budowania wypowiedzi umożliwia realizację potrzeb poznawczych człowieka, wchodzenie w interakcje z otoczeniem i właściwy poziom funkcjonowania społecznego. Zaburzenia mowy to pojęcie bardzo szerokie, które obejmuje wszelkie problemy związane z porozumiewaniem się językowym. W literaturze występuje wiele typów klasyfikacji zaburzeń mowy, z punktu widzenia zarówno objawów, jak i przyczyn. Jedną z wymienianych przyczyn zaburzeń mowy są nieprawidłowości w budowie aparatu artykulacyjnego, w tym krótkie wędzidełko języka – ankyloglosja.



## Ustalenia terminologiczne

Wędzidełko języka (*frenulum, linquae*) to fałd błony śluzowej wznoszący się w linii pośrodkowej dolnej części języka. Przyczepione jest na dnie jamy ustnej, między obu mięskami podjęzykowymi. Wędzidełko normalnej wielkości ogranicza nadmierny ruch końca języka ku tyłowi. Jeśli wędzidełko jest krótkie i przeszkadza przy wysuwaniu końca języka, można je usunąć zabiegiem operacyjnym<sup>1</sup>.

W *Polskim słowniku medycznym* czytamy, że „zdarzają się zaburzenia rozwojowe polegające na niedorozwoju wędzidełka języka i przyrośnięcie go do jamy ustnej, co utrudnia jego poruszanie, tak zwana ankyloglosja”<sup>2</sup>.

Barbara Ostapiuk definiuje ankyloglosję jako „zaburzenie rozwojowe polegające na niedorozwoju wędzidełka języka i przyrośnięciu go do dna jamy ustnej, co uniemożliwia (utrudnia) jego poruszanie”<sup>3</sup>.

Według Ireny Styczek, krótkie wędzidełko rzadko jest przyczyną wadliwej wymowy, aczkolwiek niekiedy może ono utrudniać artykulacje spółgłosek [r, ʂ, ʐ, tʂ, dʐ]. Podcinanie wędzidełka jest na ogół bezcelowe, gdyż nowopowstała bliźna jeszcze bardziej je skraca, a reedukacja mowy daje w przypadku ankyloglosji najczęściej dobre wyniki.

Zdaniem Anny Sołtys-Chmielowicz:

Głoska *r* należy do tych, które sprawiają najwięcej kłopotów. Jej specyficzna artykulacja (wibracja czubka języka) nie występuje przy żadnej innej głosce, dlatego jej brak powoduje wadę tylko jednej głoski, co w języku polskim jest możliwe jedynie jeszcze przy nieprawidłowej artykulacji samogłoski. Przyczyną braku właściwej wymowy *r* bywa:

a) zbyt krótkie wędzidełko językowe (brak możliwości uzyskania *r* może być wskazanem do podcięcia wędzidełka)<sup>4</sup>.

Halina Rodak wskazuje krótkie wędzidełko językowe jako jedną z przyczyn rotacyzmu, jednak w terapii tego zaburzenia nie wspomina o leczeniu chirurgicznym, koncentrując się wyłącznie na ćwiczeniach logopedycznych. Zgodnie z jej stanowiskiem:

[...] bezpośrednią przyczyną rotacyzmu bywa często niedostateczna sprawność ruchowa czubka języka, który nie wykonuje drobnych subtelných ruchów wibracyj-

<sup>1</sup> A. BOCHENEK: *Anatomia człowieka*. T. 2. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1969, s. 104.

<sup>2</sup> *Polski słownik medyczny*. Kol. red. D. ALEKSANDROW et al. Red. odp. T. RÓŻNIATOWSKI. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1981, s. 461.

<sup>3</sup> B. OSTAPIUK: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*. „Audiofonologia” 1997, t. 10, s. 132.

<sup>4</sup> A. SOŁTYS-CHMIELOWICZ: *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*. Kraków, Impuls 2008, s. 117.

nych, koniecznych do wytworzenia prawidłowego /r/. Istotne znaczenie ma również sama budowa anatomiczna języka. Jeśli jest on zbyt długi i gruby, ze zbyt krótkim wędzidełkiem podjęzykowym, to nie wykona ruchów koniecznych do prawidłowej wymowy /r/<sup>5</sup>.

Prezentowane przez Ostapiuk wyniki badań dotyczące wędzidełka językowego wskazują, że ankyloglosja dotyczy około 70% populacji (częściej ma postać nieznaczną – około 38%, rzadziej średnią – około 25%, najrzadziej znaczną – około 5%), co oznacza, że logopeda bardzo często obcuje z dyslalią ankyloglosyjną. Jeżeli bagatelizuje ankyloglosję i znaczenie jej chirurgicznego leczenia, równie często skazuje siebie i pacjenta na niepowodzenia w logopedycznej terapii, w najlepszym razie na jej wydłużenie i niepełne efekty<sup>6</sup>.

## Dyslalia ankyloglosyjna w klasyfikacjach zaburzeń mowy

W klasyfikacji zaburzeń mowy ICD-10 wady wymowy wpisane są w grupę zaburzeń rozwoju psychicznego (psychologicznego), pod ogólnym hasłem: specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F80), o których w opisie czytamy:

Zaburzenia te charakteryzują się upośledzeniem normalnych wzorców nabywania umiejętności językowych od wczesnych stadiów rozwoju. Stanów tych nie można bezpośrednio wiązać z zaburzeniami neurologicznymi, nieprawidłowościami mechanizmów mowy, zaburzeń sfery uczuciowej, upośledzeniem umysłowym lub czynnikami środowiskowymi. Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka często pociągają za sobą problemy, takie jak: trudności w czytaniu i ortografii, zaburzenie związków interpersonalnych oraz odchylenia w zakresie emocji i zachowania<sup>7</sup>.

Kod F80.0 obejmuje specyficzne zaburzenia artykulacji, wśród których zostały wymienione: rozwojowe zaburzenie artykulacji, rozwojowe zaburzenie fonologiczne, dyslalia, czynnościowe zaburzenie artykulacji, lambdacyzm. Kod F80.8 obejmuje inne zaburzenia rozwoju mowy i języka.

Trudno odnaleźć kryterium, które stało się podstawą tego (braku) porządku: wyróżniono (obok dyslalii i zaburzeń artykulacji) tylko lambdacyzm (F80.0) i osobno – w innym kodzie szczegółowym – tylko seplenienie (F80.8), którego

<sup>5</sup> H. RODAK: *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Warszawa, Wydaw. Uniwersytetu Warszawskiego 1997, s. 50.

<sup>6</sup> B. OSTAPIUK: *Dyslalia ankyloglosyjna. O krótkim wędzidełku języka, wadliwej wymowie i skuteczności terapii*. Szczecin, Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego 2013, s. 16–17.

<sup>7</sup> *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10*. Kraków, Vesalius 1994, s. 245.

nie ma wśród zaburzeń artykulacji, bo uznano je za zaburzenie rozwoju mowy i języka. Zrozumiałe, że dla wady wymowy spowodowanej krótkim wędzidełkiem języka w ICD-10 nie ma miejsca<sup>8</sup>.

W logopedycznej klasyfikacji zaburzeń mowy przedstawionej przez Stanisława Grabiasa nie znajdziemy terminu dyslalia ankyloglosyjna. Zaklasyfikowany został jedynie termin dyslalia, jako zaburzenie mowy związane z brakiem lub niedowładem sprawności realizacyjnych.

Przyczynowa klasyfikacja zaburzeń mowy, której autorką jest Irena Styczek, dzieli zaburzenia na wewnątrzpochodne i zewnątrzpochodne. Dyslalię ankyloglosyjną można przyporządkować do przyczyn wewnątrzpochodnych, a ściślej do nieprawidłowości w budowie anatomicznej narządów mowy powodujących dysglosję.

Natomiast według Leona Kaczmarka zaburzenia mowy można podzielić na trzy grupy: treści, formy językowej oraz substancji, te ostatnie – w dwóch płaszczyznach, suprasegmentalnej i segmentalnej. Dyslalię Kaczmarek zaliczył do zaburzeń substancji w płaszczyźnie segmentalnej<sup>9</sup>.

## Istota dysfunkcji oraz językowe możliwości człowieka w przypadku skróconego wędzidełka podjęzykowego

Dyslalia ankyloglosyjna reprezentuje typ dyslalii pierwotnej. Jej objawy (niepożądane dźwiękowe reprezentacje jednego lub więcej niż jednego fonemu w mówionych tekstach językowych) są następstwem ograniczonego zakresu ruchów języka, którego przyczyną jest krótkie wędzidełko językowe (*ankyloglossia*)<sup>10</sup>.

Według Romana Michałowskiego, „zrost języka z dnem jamy ustnej ogranicza mniej lub bardziej jego ruchy, a w szczególności uniemożliwia wysuwanie go ku przodowi”<sup>11</sup>. Badacz zaznacza również, że może to znacznie utrudniać ssanie oraz połykanie u niemowląt, natomiast u osób starszych – czynności mowy i żucia. Dodaje, że skrócone wędzidełko często występuje rodzinnie. Michałowski zaleca w przypadku bardzo krótkiego wędzidełka podcięcie go, co u dzieci pozwala uniknąć zaburzeń rozwojowych zębów, zaś u dorosłych poprawia wymowę.

<sup>8</sup> B. OSTAPIUK: *Standard postępowania logopedycznego w dyslalii ankyloglosyjnej*. „Logopedia” 2008, t. 37, s. 158–159.

<sup>9</sup> S. GRABIAS: *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*. W: *Zaburzenia mowy. Mowa – teoria – praktyka*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2001, s. 26–41.

<sup>10</sup> B. OSTAPIUK: *Standard postępowania logopedycznego...*, s. 158.

<sup>11</sup> R. MICHAŁOWSKI: *Choroby warg i błony śluzowej jamy ustnej*. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1981, s. 66.

Na podstawie przeprowadzonych badań Ostapiuk stwierdza, że krótkie wędzidełko przeszkadza w naturalnym i swobodnym tworzeniu spółgłosek i samogłosek. Tworzenie zrozumiałej mowy w ankyloglosji nie jest możliwe, gdyż inne narządy mogą częściowo wyręczyć język. Nieprawidłowe ruchy języka występujące nierozłącznie z ankyloglosją mogą powodować niepożądane pozycje i ruchy innych narządów kompensujących niedostatki języka w artykulacji, do których można zaliczyć:

- asymetrię warg;
- asymetrię żuchwy;
- nieopuszczanie żuchwy.

Ankyloglosja może również zniekształcać inne czynności wykonywane z udziałem języka (m.in. połykanie, ssanie), powodując zakłócenia w prawidłowym kształtowaniu układu stomatognatycznego (m.in. spoczynkowa pozycja języka, podniebienie, zgryz)<sup>12</sup>.

## Metodyka badań własnych

Celem przeprowadzonych badań było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, jaki jest stan realizacji systemu fonologicznego u dzieci sześciolatków ze skróceniem wędzidełka podjęzykowego i stąd z określonym ograniczeniem ruchomości języka. Badane dzieci ujęto w trzy grupy:

1. Dzieci z nieznacznym ograniczeniem ruchomości języka w pięciu ruchach.
2. Dzieci ze średnim ograniczeniem ruchomości języka w pięciu ruchach.
3. Dzieci ze znacznym ograniczeniem ruchomości języka w pięciu ruchach.

Na podstawie problemu głównego wyszczególniono dwa zagadnienia o węższym zakresie, a mianowicie:

1. Jak realizowana jest artykulacja poszczególnych głosek przez dzieci ze skróconym wędzidełkiem w różnym stopniu ograniczenia ruchomości języka?
2. Jak realizowane są grupy spółgłoskowe przez dzieci ze skróconym wędzidełkiem w różnym stopniu ograniczenia ruchomości języka?

Tym samym wysunięto główną hipotezę: stan realizacji systemu fonologicznego u dzieci sześciolatków ze skróconym wędzidełkiem jest zróżnicowany. Im ograniczenie prostych ruchów języka u dziecka jest większe, tym można zauważyć więcej wadliwych realizacji.

Do oceny wędzidełka podjęzykowego wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

---

<sup>12</sup> B. OSTAPIUK: *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*. Szczecin, Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego 2013, s. 183–184.

1. Autorski kwestionariusz obrazkowy uwzględniający:
  - realizację głosek ze względu na stopień otwarcia narządów mowy: zwarte, szczelinowe, zwarto-szczelinowe, półotwarte, otwarte;
  - występowanie badanych głosek w każdej pozycji struktury wyrazu: nagłos, śródgłos, wygłos;
  - realizację spółgłosek w obustronnym sąsiedztwie samogłosek.

2. Kwestionariusz do badania realizacji grup spółgłoskowych<sup>13</sup>.

W języku polskim występują grupy spółgłoskowe składające się z dwóch, trzech, czterech, a czasami pięciu spółgłosek. W trakcie badań oceniano realizację następujących grup spółgłoskowych:

- w nagłosie: lwy, rdza, cztery, szmata, sznurek, szlaczek, szron, szczupak, szkoła, szpak, sztaba, żmija, żniwa, żbik, żwir;
- w śródgłosie: torba, order, warga, warkocz, narty, Maria, urlop, berło, termos, sarna, sernik, serce, Marcin, tarcza, perfumy, borsuk, Warszawa, serweta, album, Waldek, wilga, balkon, palto, lilia, palma, kelner, kopalnia, palce, kolczyk, olcha, becзка, poczta, liczba, muszka, oszczep, kasztan, łyżwy;
- w wygłosie: park, karp, tort, alarm, teatr, cierń, mors, dorsz, wilk, film, walc, deszcz, maszt.

3. Kwestionariusz „Badanie sprawności motorycznej narządów mowy” w opracowaniu Zdzisława Marka Kurkowskiego i Tomasza Woźniaka.

Kwestionariusz ten składa się z sześciu części. Cztery pierwsze dotyczą oceny sprawności motorycznej języka, warg, żuchwy i podniebienia miękkiego. Część piąta dotyczy opisu budowy anatomicznej narządów mowy, natomiast na szóstą składa się zestawienie wyników wykonanych prób i ocena końcowa.

4. Kwestionariusz do badania słuchu fonematycznego autorstwa Bronisława Roślawskiego<sup>14</sup>.

Podczas badania wykorzystano wszystkie wyrazowe pary opozycyjne zawarte w kwestionariuszu, a także próbę sylab nagłosowych.

5. Metoda do oceny wędzidełka opracowana przez Barbarę Ostapiuk<sup>15</sup>.

Ostapiuk proponuje oceniać wędzidełko języka w następujących pięciu ruchach języka:

- „J I – unoszenie szerokiego języka za górny łuk zębowy przy maksymalnym odwiedzeniu żuchwy;
- J II – unoszenie szerokiego języka za górny łuk zębowy szpatułką, wymuszając wzniesienie grzbietu języka, przy maksymalnym odwiedzeniu żuchwy;

<sup>13</sup> S. MILEWSKI: *Lingwistyczne i dydaktyczne aspekty analizy fonemowej*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1999.

<sup>14</sup> B. ROŚLAWSKI: *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*. Gdańsk, Wydaw. Uniwersytetu Gdańskiego 1991.

<sup>15</sup> B. OSTAPIUK: *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią*. „Logopedia” 2002, t. 31, s. 148–149.

- J III – zakrywanie czerwieni górnej wargi grzbietową powierzchnią końcowej części szerokiego języka przy swobodnie rozchylonych wargach (bez kontaktu dolnej powierzchni języka z dolną wargą i dolnym łukiem zębowym);
- J IV – sięganie końcem języka w najdalszy zakątek jamy ustnej (za ostatni ząb dolnego łuku zębowego);
- J V – wysuwanie języka na brodę przy maksymalnym odwiedzeniu żuchwy<sup>16</sup>.

## Badane dzieci

Badaniem objęto 20 dzieci (12 chłopców oraz 8 dziewczynek) w wieku 6 lat. W badanej grupie znalazły się dzieci z nieznacznym, średnim i znacznym ograniczeniem ruchomości języka. O kwalifikacji dzieci do jednej z trzech wymienionych grup zdecydowały wyniki oceny wędzidełka języka w pięciu ruchach języka oraz przyjęte za Ostapiuk następujące kryteria oceny:

- „zakres ruchów (położenie różnych części języka względem różnych części jamy ustnej);
- kształt języka (położenie poszczególnych części języka względem siebie);
- zależność ruchów języka od ruchów warg i/lub żuchwy;
- stopień otwarcia jamy ustnej;
- napięcie wędzidełka języka (anemizacja tkanek miękkich, wgłobienia na czubku języka (tak zwane serduszko lub litera V), wgłobienia wzdłuż linii wędzidełka;
- ból lokalizowany przez pacjentów w miejscu przyczepów wędzidełka, w okolicy dna jamy ustnej.

O nieznacznym, średnim lub znacznym ograniczeniu ruchomości języka świadczą:

- nieznacznie, średnio lub znacznie ograniczony zakres ruchu i/lub
- nieznacznie, średnio lub znacznie odmienny kształt języka i/lub
- napięcie wędzidełka języka, anemizacja nagrzbiętowej lub dolnej powierzchni języka, wgłobienia (apeks, linia wędzidełka, brzeg języka) i/lub
- nieznaczna, średnia lub znaczna zależność ruchowa języka od warg lub żuchwy (trudności z wykonaniem ruchów przy jednoczesnym opuszczeniu żuchwy)<sup>17</sup>.

Na tej podstawie stwierdzono, że w dwudziestoosobowej własnej grupie badawczej: 8 dzieci (4 chłopców i 4 dziewczynki) reprezentuje obraz nieznacznego ograniczenia ruchomości języka w pięciu ruchach; 5 dzieci (4 chłopców

<sup>16</sup> Ibidem.

<sup>17</sup> B. OSTAPIUK: *Dyslalia ankyloglosyjna...*, s. 60–65.

i 1 dziewczynka) reprezentuje obraz średniego ograniczenia ruchomości języka w pięciu ruchach; 7 dzieci (5 chłopców i 2 dziewczynki) reprezentuje obraz znacznego ograniczenia ruchomości języka w pięciu ruchach.

## Organizacja i przebieg badania

Wszystkie badania odbyły się od października 2014 roku do kwietnia 2015 roku w dwóch lubelskich przedszkolach i jednej poradni psychologiczno-pedagogicznej. W przypadku każdego dziecka badania były prowadzone w oddzielnym pomieszczeniu przeznaczonym do terapii logopedycznej (gabinet taki posiadała każda ze wspomnianych placówek), z wykorzystaniem wszystkich opisanych narzędzi i prób. Oczywistym warunkiem przeprowadzenia badań było uzyskanie zgody rodziców dzieci oraz dyrekcji placówek.

## Prezentacja i analiza wyników badań

### Badanie sprawności motorycznej narządów mowy

Sześciolatki z nieznacznym stopniem skrócenia wędzidełka całkiem dobrze poradziły sobie z wykonaniem prób służących ocenie sprawności motorycznej narządów mowy. Dzieci miały jedynie nieznaczne problemy z uniesieniem grzbietu języka (koci grzbiet) oraz z wykonywaniem ruchów języka w płaszczyźnie pionowej (uniesienie języka do dziąseł oraz dotykania kolejno górnych zębów). Próby dotyczące oceny sprawności warg, żuchwy i podniebienia miękkiego wypadły bardzo dobrze.

W pięcioosobowej grupie dzieci ze średnim stopniem skrócenia wędzidełka problemy sprawiły wszystkie próby dotyczące oceny sprawności języka (szczególnie dotykanie kolejno górnych zębów, kłaskanie, unoszenie przedniej części języka do dziąseł). Natomiast, podobnie jak w grupie osób z niezacznym stopniem skrócenia wędzidełka, dzieci dobrze poradziły sobie z próbami dotyczącymi sprawności warg, żuchwy oraz podniebienia miękkiego.

Nieco inaczej przedstawiła się sytuacja u sześciolatków ze znacznym stopniem skrócenia wędzidełka. Ani jedno dziecko z siedmioosobowej grupy nie wykonało poprawnie prób dotyczących oceny języka. Dzieci nie były w stanie cofnąć języka ani oblizać językiem górnej wargi. Trudności sprawiało im ułożenie z języka miseczki oraz wysunięcie języka i utrzymanie go przez chwilę w tej pozycji. Troje

dzieci przy ocenie sprawności warg miało problem ze złapaniem zębami dolnej wargi i z gwizdaniem. U dwóch chłopców wystąpiły problemy z nałożeniem górnej wargi na dolną, a nawet z nadęciem policzków. Z próbami dotyczącymi oceny sprawności żuchwy i sprawności podniebienia miękkiego wszystkie badane dzieci w tej grupie poradziły sobie dobrze.

### Badanie słuchu fonematycznego

Podczas wykonywania całego testu wszystkie dzieci świetnie poradziły sobie z tym zadaniem, nie stwierdzono żadnych nieprawidłowości w funkcjonowaniu słuchu fonematycznego.

### Badanie artykulacji

Analiza wyników badania artykulacji – przeprowadzonego za pomocą autorskiego kwestionariusza obrazkowego – pozwoliła zaobserwować następującą prawidłowość: liczba nieprawidłowych realizacji fonemów jest proporcjonalna do zakresu ograniczenia ruchomości języka w pięciu ruchach. Oznacza to, że im większe jest ograniczenie ruchów języka, tym więcej można znaleźć wadliwych realizacji. Z badań wynika, że rzadko błędnie realizowane są fonemy dwuwarogowe: /p/, /b/, /m/ oraz tylnojęzykowe: /k/, /g/, /x/. Częściej można zaobserwować nieprawidłowości w artykulacji fonemu przedniojęzykowo-zębowych: /s/, /z/, /tʃ/, /dʒ/. Najczęściej niepoprawnie realizowane są (niezależnie od stopnia skrócenia wędzidełka) fonemy przedniojęzykowo-dziąsłowe /r/, /ʃ/, /z/, /tʃ/, /dʒ/, /l/ oraz palatalne /ç/, /j/, /ɲ/.

U dzieci z nieznacznym stopniem skrócenia wędzidełka niekiedy zdarzają się prawidłowe realizacje fonemu /r/ oraz /l/, rzadko występują elizje. Dzieci ze średnim stopniem ograniczenia ruchomości języka mają zdecydowanie więcej problemów z większością fonemów i rzadko zdarza się prawidłowa artykulacja wcześniej tu wymienionych. Natomiast w grupie sześciolatków ze znacznym ograniczeniem ruchomości w pięciu ruchach występują również elizje fonemów (szczególnie: /r/, /l/, /ʃ/, /z/, /tʃ/, /ç/, /tʃ/).

We wszystkich trzech grupach badanych dzieci najczęściej obserwowano substytucje wszystkich wymienionych fonemów. Powszechna była również artykulacja międzyzębowa, boczna lewostronna oraz przyzębowa.



## Badanie realizacji grup spółgłoskowych

Grupy spółgłoskowe zostały uporządkowane według ich pozycji w wyrazie, czyli w nagłosie, śródgłosie oraz wygłosie. Warto podkreślić, że jedną ze spółgłosek w grupie zawsze była przedniojęzykowo-dziąsłowa. Badane dzieci miały problemy z realizacją wszystkich ocenianych grup. Liczba nieprawidłowych realizacji rosła w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości języka, począwszy od nieznacznego, poprzez średnie i znaczne. Podobnie jak w badaniu z wykorzystaniem kwestionariusza obrazkowego, odnotowano najwięcej realizacji międzyzębowych, bocznych i przyzębowych, a ponadto – deformacje wargowo-zębowe oraz elizje grup spółgłoskowych. Najwięcej nieprawidłowych realizacji zaobserwowano w obrębie nagłosowych i śródgłosowych grup spółgłoskowych.

## Podsumowanie

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że im większe jest ograniczenie prostych ruchów języka u dziecka, tym więcej można zauważyć wadliwych realizacji. Fonemy, w których realizacji szczególnie wyraźnie manifestuje się ta prawidłowość, to: /l/ i /r/, jak również /ɲ/, /j/, /ç/. Należy wyraźnie podkreślić, że nie jest to jedyna grupa głosek, która ulega zaburzeniom w przypadkach skróconego wędzidełka językowego. Pomimo niepokojących danych statystycznych, o których pisze Ostapiuk w odniesieniu do populacji dotkniętej ankyloglosją, należy zwrócić uwagę na fakt, że wada ta w porównaniu do innych przyczyn anatomicznych nieprawidłowej wymowy jest stosunkowo łatwa do usunięcia. Warunkiem uzyskania pozytywnego efektu jest fachowo postawiona diagnoza, konsultacja i ewentualna interwencja laryngologiczna, a następnie prawidłowo zaprogramowany i przeprowadzony proces terapii.

## Bibliografia

- BOCHENEK A.: *Anatomia człowieka*. T. 2. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1969.
- GRABIAS S.: *Perspektywy opisu zaburzeń mowy*. W: *Zaburzenia mowy. Mowa – teoria – praktyka*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2001, s. 12–41.
- MACKIEWICZ B.: *Wybrane zagadnienia ortodontyczne dla logopedów*. Gdańsk, Wydaw. Uniwersytetu Gdańskiego 1983.

- MICHAŁOWSKI R.: *Choroby warg i błony śluzowej jamy ustnej*. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1981.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10*. Kraków, Vesalius 1994.
- MILEWSKI S.: *Lingwistyczne i dydaktyczne aspekty analizy fonemowej*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1999.
- OSTAPIUK B.: *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*. Szczecin, Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego 2013.
- OSTAPIUK B.: *Dyslalia ankyloglosyjna. O krótkim wędzidełku języka, wadliwej wymowie i skuteczności terapii*. Szczecin, Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego 2013.
- OSTAPIUK B.: *Dziecięca artykulacja czy wada wymowy – między fizjologią a patologią*. „Logopedia” 2002, t. 31, s. 95–156.
- OSTAPIUK B.: *Rodzaje i jakość dźwiękowych realizacji polskiego fonemu „r” w ankyloglosji*. „Logopedia” 2002, t. 30, s. 91–103.
- OSTAPIUK B.: *Standard postępowania logopedycznego w dyslalii ankyloglosyjnej*. „Logopedia” 2008, t. 37, s. 141–166.
- OSTAPIUK B.: *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*. „Audiofonologia” 1997, t. 10, s. 17–136.
- Polski słownik medyczny*. Kol. red. D. ALEKSANDROW et al. Red. odp. T. RÓŻNIATOWSKI. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Lekarskich 1981.
- RODŁAWSKI B.: *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*. Gdańsk, Wydaw. Uniwersytetu Gdańskiego 1991.
- RODAK H.: *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Warszawa, Wydaw. Uniwersytetu Warszawskiego 1997.
- SOŁTYS-CHMIELOWICZ A.: *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*. Kraków, Impuls 2008.
- STYCZEK I.: *Logopedia*. Warszawa, PWN 1979.



DOROTA KAMIŃSKA

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Ciechanowie  
Specjalistyczne Centrum Terapii Jąkania w Wodzisławiu Śląskim  
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

## Teoria ograniczeń (*Theory of Constraints – TOC*) w kontekście wspierania procesu terapii osób jąkających się

Theory of Constraints – TOC in the Context of Stammering Treatment Support

**ABSTRACT:** The article aims at presenting the practical aspects of the application of TOC (The Theory of Constraints) in the treatment offered to stuttering people. The issues described in the article refer to actions taken within the framework of methodological innovation: “I say what I think” – the TOC method used for training speech fluency and implemented during group therapy activities of stuttering children and youth organized by the Psychological and Pedagogical Clinic in Ciechanów. In her text, the authoress proposes to modify the use of three graphical TOC tools used in support of therapy for stuttering people, namely: the logical branch, the cloud and the ambitious target tree.

**KEY WORDS:** stuttering therapy, Theory of Constraints (TOC), support method

### Jąkanie i wynikające z niego ograniczenia

Granice mego języka oznaczają granice mego świata.

*Ludwig Wittgenstein*<sup>1</sup>

Jąkanie stanowi specyficzną barierę komunikacyjną ograniczającą skuteczne porozumiewanie się<sup>2</sup>. The Stuttering Foundation of America<sup>3</sup> definiuje jąkanie jako zaburzenia komunikacji, w której strumień mowy jest przerywany przez powtórzenia (np. „lu-lu-lubię to”), prolongacje (np. „lllllubię to”) lub nieprawidłowe wstrzymanie dźwięków. Podczas jąkania mogą wystąpić również nietypowe

<sup>1</sup> L. WITGENSTEIN: *Tractatus logico-philosophicus*. Przekład, wstęp B. WOLNIEWICZ. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2000, s. 64 [teza 5.6].

<sup>2</sup> Z. TARKOWSKI: *Psychosomatyka jąkania*. Wydaw. Fundacji „Orator” 2007, s. 31.

<sup>3</sup> The Stuttering Foundation of America – amerykańska fundacja działająca na rzecz pomocy osobom jąkającym się i ich rodzinom ([www.stutteringhelp.org](http://www.stutteringhelp.org)).

ruchy twarzy i ciała związane z wysiłkiem podczas mówienia<sup>4</sup>. Natomiast American Speech Language-Hearing-Association (ASHA)<sup>5</sup> podaje, że jąkanie (zwane także nie płynnością mowy) to zaburzenie utrudniające komunikację i charakteryzujące się zakłóceniami w produkcji dźwięków mowy<sup>6</sup>. Podobne ujęcie tego pojęcia znajdziemy w klasyfikacji American Psychiatric Association – DSM-5 (2013), zgodnie z którą jąkanie (F80.81) oznacza zaburzenie płynności mówienia z objawami typu: powtórzenia, przeciąganie i przerwy w mówieniu<sup>7</sup>.

Mimo że etiologia tego zjawiska nie jest jeszcze w pełni poznana, stan badań nad podłożem jąkania zaprezentowany przez Katarzynę Węsierską i Magdalenę Mazur (autorki oparły się na wynikach przedstawionych przez zespół Dennisa Drayny z Nationale Institute of Deafness and Other Communication Discors w Stanach Zjednoczonych) wskazuje na genetyczne podłoże tego zaburzenia (geny i ich mutacje)<sup>8</sup>. Badania przybliżone przez Tadeusza Woźniaka (przeprowadzone przez zespół amerykańskich badaczy z Uniwersytetu w Michigan i opublikowane w renomowanym czasopiśmie „Brain”) potwierdzają natomiast tezę o wielomiejscowym, strukturalnym i funkcjonalnym zaburzeniu połączeń w mózgu leżącym u podstaw jąkania<sup>9</sup>.

Według Barry’ego Guitara i Edwarda G. Conture’a jąkanie wiąże się z wzajemnym oddziaływaniem kilku czynników konstytucjonalnych i środowiskowych, w tym takich jak: rozwój dziecka, dynamika procesów rodzinnych, genetyka i neurofizjologia<sup>10</sup>. Zgodnie z podejściem strukturalno-systemowym, reprezentowanym przez m.in. Zbigniewa Tarkowskiego i Mieczysława Chęćka, jest to złożone zjawisko, na które składają się czynniki lingwistyczne (np. nie płynność mówienia), biologiczne (np. nadmierne napięcie mięśniowe), psychologiczne (np. lęk przed mówieniem) i społeczne (np. odbiór wypowiedzi nie płynnej przez rozmówców, izolowanie się) oraz relacje między nimi<sup>11</sup>.

<sup>4</sup> F. O’CONNOR: *Frequently Asked Questions About Stuttering*. New York, Rosen Publishing Group 2008, s. 4–5.

<sup>5</sup> American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) – stowarzyszenie zrzeszające logopedów, audiologów, naukowców i studentów, założone w 1925 roku ([www.asha.org](http://www.asha.org)).

<sup>6</sup> D.L. HOLTE: *Głos odzyskany. Poradnik dla rodziców dzieci jękających się*. Przeł. T. SOKAŁA, J. FERLIN. Kraków, Wydaw. Edukacyjne 2016, s. 70.

<sup>7</sup> American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5)*. Washington, American Psychiatric Association 2013.

<sup>8</sup> K. WĘSIERSKA, M. MAZUR: *Czynniki genetyczne w etiologii jąkania – doniesienia z badań*. „Forum Logopedyczne” 2012, nr 20, s. 90–94.

<sup>9</sup> T. WOŹNIAK: *Neuroanatomiczne przyczyny jąkania*. „Logopedia” 2016, t. 45, s. 175–187; por. IDEM: *Teorie pochodzenia jąkania oparte na dowodach*. W: „Logopedia Silesiana” 2015, nr 4, s. 72–80.

<sup>10</sup> B. GUITAR, E.G. CONTURE: *Dziecko, które się jąka. Informacje dla pediatri*. [Przeł. M. WĘSIERSKA]. Katowice, Centrum Logopedyczne 2012, s. 3.

<sup>11</sup> M. CHĘCIEK: *Jąkanie. Diagnoza – terapia – program*. Kraków, Impuls 2007, s. 48; por.: J. GÓRAL-PÓŁROLA: *Jąkanie. Analiza procesu komunikacji słownej*. Kraków, Impuls 2016, s. 65–66; E. KELMAN, A. NICHOLAS: *Praktyczna interwencja w jękaniu wczesnodziecięcym. Podejście inter-*

Ponadto, jak podają Elaine Kelman i Alison Whyte, nie ma dwóch identycznych przypadków jąkania, ponieważ jego objawy i ich nasilenie mogą zmieniać się w czasie (mogą pojawiać się i zanikać)<sup>12</sup>.

Reasumując rozważania, można stwierdzić, że jąkanie jest wieloaspektowym zaburzeniem komunikacji, o złożonej etiologii oraz szerokim spektrum symptomów (językowych, fizjologicznych, psychologicznych i społecznych), zakłócającym interakcje społeczne, i że zaburzenie to należy postrzegać i analizować (eksplorować) w kontekście indywidualnych problemów (ograniczeń) oraz potrzeb osób jąkających się (związanych m.in. z ich wiekiem, źródłem jąkania, rodzajem i stopniem nasilenia objawów, własną percepcją jąkania, a także indywidualnymi i społecznymi reakcjami na jąkanie).

Dla wielu osób dotkniętych tym problemem (zarówno dzieci, młodzieży, jak i dorosłych) stanowi on istotny fakt utrudniający prawidłowe funkcjonowanie w wielu sferach codziennego życia oraz wpływający na ich relacje z najbliższymi osobami: rodzeństwem, rodzicami czy też partnerami<sup>13</sup>. Jąkanie ogranicza bowiem możliwość wykorzystania w pełni swojego potencjału, co znajduje odzwierciedlenie w trudnościach z nawiązywaniem i utrzymywaniem satysfakcjonujących kontaktów interpersonalnych i może przekładać się na funkcjonowanie w środowisku szkolnym czy też zawodowym<sup>14</sup>.

Jąkanie to również trudny do ukrycia element wizerunku osobistego, co ma znaczenie szczególnie w okresie dojrzewania<sup>15</sup>. Wielu nastolatków czuje się odizolowanych z powodu swojego jąkania<sup>16</sup>. Jak pokazują wyniki badań, dzieci, które się jąkają, są bardziej narażone na mobbing szkolny, w tym dokuczanie, wyśmiewanie i znęcanie się<sup>17</sup>.

*akcyjne rodzic – dziecko – Palin PCI*. Przeł. M. KĄDZIOŁA. Gdańsk, Harmonia Universalis 2013, s. 17–25; Z. TARKOWSKI: *Dzieci z zaburzeniami zachowania, emocji i mowy*. Gdańsk, Grupa Wydawnicza Harmonia 2016, s. 183–184; IDEM: *Jąkanie*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 1999, s. 9–13; IDEM: *Psychosomatyka jąkania...*, s. 42–43.

<sup>12</sup> E. KELMAN, A. WHYTE: *Understanding Stammering or Stuttering (A Guide for Parents, Teachers and Other Professionals)*. Foreword M. PALIN. London–Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers 2012, s. 21–23.

<sup>13</sup> J. BEILBY: *Psychosocial impact of living with a stuttering disorder: Knowing is not enough*. „Seminars in Speech & Language” 2014, vol. 35, issue 2, s. 132–143; F. O’CONNOR: *Frequently asked questions...*, s. 4–7.

<sup>14</sup> M. LEARY, R.M. KOWALSKI: *Lęk społeczny*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2001, s. 130–131.

<sup>15</sup> Z. TARKOWSKI: *Zmiana postaw wobec jąkania*. Lublin, Wydaw. Fundacji „Orator” 2008, s. 72–73.

<sup>16</sup> F. O’CONNOR: *Frequently asked questions...*, s. 30

<sup>17</sup> G. BLOOD: *Bullying&SLPs. Enhancing our Roles as Advocates for Students who Stutter* [brozsura]. Memphis, The Stuttering Foundation. [https://www.stutteringhelp.org/sites/default/files/Bullying\\_Brochure\\_draft.pdf](https://www.stutteringhelp.org/sites/default/files/Bullying_Brochure_draft.pdf) [data dostępu: 18.03.2017]; tłum. polskie zob. G. BLOOD: *Logopedzi wobec mobbingu szkolnego. Wzmacnianie roli logopedów jako rzeczników uczniów jąkających się* [brozsura].

Obawa przed porażką i odrzuceniem powoduje nasilenie uczucia napięcia i bezsilności, jak też inności w stosunku do osób mówiących płynnie. Wpływa również negatywnie na samoocenę osób jękających się<sup>18</sup>. Ponadto stosowane często przez osoby jękające się różne strategie „kamuflowania” jękania (np. niemówienie tego, co w danej chwili powinno i chce się powiedzieć, lub omijanie trudnych głosek, słów i fraz) znacznie ograniczają sens ich wypowiedzi, wywołując przy tym swoisty niepokój i napięcie. Stres, poczucie niepewności i często towarzysząca osobom jękającym się tzw. logofobia, czyli lęk w sytuacjach komunikacyjnych (związanych m.in. z wypowiadaniem się na forum grupy, udziałem w dyskusji, publicznymi wystąpieniami czy też rozmową telefoniczną), zmniejszają skuteczność radzenia sobie w sytuacjach komunikowania się z innymi<sup>19</sup>. Dodatkowo stereotypowe postrzeganie problemu jękania i niezrozumienie ze strony otoczenia mogą skutkować nasilaniem się frustracji i niepokoju, a w konsekwencji prowadzić do pojawiania się reakcji wycofania, unikania mówienia oraz unikania interakcji społecznych<sup>20</sup>. Zdaniem Jane Fraser (prezydent The Stuttering Foundation of America), strach przed mówieniem może być tak przytłaczający, że będzie przysłał potrzebę komunikowania się<sup>21</sup>.

Ten niekorzystny wzorzec myślenia i działania ogranicza u osób jękających się pozytywne nastawienie do samego siebie i może hamować rozwój własny. Niestety człowiek bardzo często zamiast zmierzyć się ze swoimi obawami i lękami, poddaje się im i narzuca sobie krępujące ograniczenia<sup>22</sup>.

Zgodnie z podejściem NLP (*neuro-linguistic programming* – programowanie neurolingwistyczne) ważne jest również przyjęcie nowej perspektywy, czyli zmiana sposobu percepcji oraz nadanie problemowi jękania innego znaczenia, co spowoduje nowe reakcje i zachowania<sup>23</sup>. Kluczem do sukcesu jest więc

---

Przeł. Z. Byszewska, I. Michta. Konsult. K. Węsierska. Memphis, The Stuttering Foundation. [https://www.stutteringhelp.org/sites/default/files/bullying\\_polish.pdf](https://www.stutteringhelp.org/sites/default/files/bullying_polish.pdf) [data dostępu: 18.03.2017].

<sup>18</sup> J.L. ATEN: *Radzenie sobie z lękiem i napięciem w jękaniu*. W: *Jękanie – eksperci radzą*. Red. S.B. HOOD. Przeł. K. GAWEL, M. WĘSIERSKA. Katowice, Centrum Logopedyczne 2015, s. 57, 60.

<sup>19</sup> Z. TARKOWSKI: *Psychosomatyka jękania...*, s. 36; por. IDEM: *Kwestionariusz niepełności mówienia i logofobii (diagnoza i terapia jękania)*. Lublin, Wydaw. Fundacji „Orator” 2001; M. CHĘCIEK: *Jękanie. Diagnoza...*, s. 52–53.

<sup>20</sup> J. BEILBY: *Psychosocial impact of living...*, s. 132–143.

<sup>21</sup> Zob. [www.stutteringhelp.org](http://www.stutteringhelp.org) [data dostępu: 18.03.2017].

<sup>22</sup> N. VUJICIC: *Bez rąk, bez nóg, bez ograniczeń!* Przeł. M. STEGENKA. Wrocław, Aetos Media 2012, s. 150. Nick Vujicic cierpi na rzadkie schorzenie – fokomelię, objawiające się brakiem kończyn. Pomimo swojej choroby pokonał ograniczenia wynikające z jego niepełnosprawności (pływa, surfuje, prowadzi program radiowy i szkolenia biznesowe, angażuje się również w działalność charytatywną; jest także odtwórcą głównej roli w nagrodzonym wieloma prestiżowymi nagrodami krótkometrażowym filmie *Cyrk motyli*, ukazującym problemy braku samoakceptacji oraz poczucia własnej wartości). Jako tzw. mówca motywacyjny inspirował miliony ludzi na całym świecie do życia bez ograniczeń.

<sup>23</sup> H. PANKIN, U. ELSÄSSER: *NLP w logopedii*. Przeł. M. WOJDAK-PIĄTKOWSKA. Gdańsk, Harmonia Universalis 2012, s. 8, 12, 94.

zmiana postawy wobec samego siebie i własnego jąkania, jak też wobec swoich rozmówców.

Pierwszym krokiem w procesie terapeutycznym powinno być zrozumienie „ograniczenia”, jakim jest brak rzetelnej i wystarczającej wiedzy na temat problemu jąkania. Brak odpowiedzi na wiele nurtujących pytań stanowi często „środek odstrasający” od terapii<sup>24</sup>. Zdaniem Węsierskiej:

[...] jeśli nauczymy się głośno i szczerze rozmawiać o jąkanii, lepiej je zrozumiemy, a także szybciej odczarujemy i oswoimy, by osoby jąkające się mogły lepiej radzić sobie ze swoim problemem w komunikowaniu się, a logopedzi skuteczniej wspierać ich w osiąganiu kolejnych celów i realizacji nowych wyzwań oraz pomagać im żyć pełnią życia pomimo jąkania<sup>25</sup>.

Sukces terapeutyczny zależy w znacznym stopniu również od jakości relacji logopeda – pacjent<sup>26</sup>. Zdaniem Niny Reardon-Reeves i J. Scotta Yarussa, logopeda, chcąc pomagać osobie jąkającej się, musi wiedzieć, że „jąkanie to coś więcej niż tylko jąkanie”. Ważne jest zrozumienie, że dla osoby jąkającej się możliwość powiedzenia tego, co chce, wtedy, kiedy chce, i do kogośkolwiek chce, stanowi podstawę normalnego funkcjonowania<sup>27</sup>. Rozwijanie nowych wzorców myślowych i komunikacyjnych, które ułatwią płynne mówienie, redukcję napięcia i poczucia bezsilności, panowanie nad lękiem, a w konsekwencji swobodną komunikację, wymaga jednak kompleksowego podejścia do problemu jąkania i odpowiedniego zaplanowania procesu terapii<sup>28</sup>.

W ujęciu Woźniaka, terapia logopedyczna osób jąkających się powinna odbywać się w formie kompleksowych oddziaływań terapeutycznych, a jej program powinien być dostosowany indywidualnie do rodzaju i stopnia jąkania, przyczyn zaburzenia, a także specyfiki objawów w danym przypadku<sup>29</sup>. Chęć podkreśla natomiast znaczenie systemowej i ukierunkowanej terapii grupowej, nastawionej na trwały efekt w postaci bardziej płynnej mowy, utrwalonych pozytywnych

---

<sup>24</sup> C. STROMSTA: *Stuttering: Its Nature and Management*. Memphis, Stuttering Foundation of America 2008, s. 16.

<sup>25</sup> *Jąkanie – eksperci radzą...*, s. 188.

<sup>26</sup> K.A. CHMELA, N. REARDON: *Jak skutecznie pracować nad postawami i emocjami w terapii jąkania*. Red. L.A. SCOTT, Przeł. M. KĄDZIOŁA, M. WĘSIERSKA. Katowice, Centrum Logopedyczne 2014, s. 4.

<sup>27</sup> K. WĘSIERSKA: *Logopeda jako specjalista w dziedzinie zaburzeń płynności mowy*. W: *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka*. T. 1. Red. K. WĘSIERSKA. Katowice, Komlogo, Uniwersytet Śląski 2015, s. 103, 108–109.

<sup>28</sup> Przykładem mogą być metody realizowane w formie kompleksowych programów, m.in.: Charlesa Van Ripera, Zbigniewa Tarkowskiego, Mieczysława Chęcka, Wandy Kosteckiej, Doroty Kamińskiej oraz programy Palin PCI i Mini-KIDS.

<sup>29</sup> T. WOŹNIAK: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku jąkania*. „Logopedia” 2008, t. 37, s. 217, 223.

nawyków wspomagających prawidłową wymowę oraz umiejętności psychospołecznych ułatwiających kontakty interpersonalne i funkcjonowanie w grupie społecznej, z uwzględnieniem konsekwentnej współpracy z rodziną<sup>30</sup>. Zastosowanie odpowiednich strategii rodzinnych i interakcyjnych, w tym czynny udział i zaangażowanie bliskich osób w proces pomocy jękającym się, warunkuje skuteczność podejmowanych działań, w szczególności w przypadku dzieci<sup>31</sup>.

Według Dorothy Malyneaux i Very Lane, logopeda, aby być ekspertem w dziedzinie jękania, powinien korzystać z narzędzi adekwatnych do poziomu jego kompetencji i ułatwiających mu dążenie do doskonałości. Specyfika dyscypliny, jaką jest logopedia, wymaga także od logopedy gotowości do ciągłego rozwijania swoich kompetencji zawodowych, w tym kompetencji interpersonalnych, jak też otwartości, elastyczności i refleksyjności<sup>32</sup>. Zdaniem Olgi Przybyli i Tadeusza Woźniaka, jedynie ujednolicony całościowy zakres wiedzy, umiejętności i zdolności potrzebnych do wykonywania zawodu logopedy może umożliwić budowanie programów terapii osób z trudnościami w komunikowaniu się, w tym osób jękających się<sup>33</sup>. Warto przy tym pamiętać, że wybór konkretnych metod musi zależeć od potrzeb i problemów pacjenta, a nie indywidualnego przygotowania i upodobań terapeuty, stąd niezbędne jest tzw. myślenie terapeutyczne, obejmujące trzy elementy: praktyczność, inteligencję i doświadczenie<sup>34</sup>.

---

<sup>30</sup> M. CHĘCIEK: *Jękanie. Diagnoza...*, s. 93, 103; M. CHĘCIEK, E. BIJAK, D. KAMIŃSKA: *Jękanie. Skuteczne techniki płynnego mówienia. TPM i TDSM w Zmodyfikowanym Programie Psychofizjologicznej Terapii Jękających się*. Gdańsk, Harmonia Universalis 2014, s. 7, 10; D. KAMIŃSKA: *Wspomaganie płynności mowy dziecka – profilaktyka, diagnoza i terapia jękania wczesnodziecięcego*. Kraków, Impuls 2010, s. 12–13, 32.

<sup>31</sup> Por. programy terapii dla dzieci, m.in.: Lindcombe, Mini-KIDS i Palin PCI oraz strategia „DOM”, zaproponowana przez Katarzynę Węsierską i Barbarę Jeziorczak: K. WĘSIERSKA, B. JEZIORCZAK: *Czy moje dziecko się jąka? Przewodnik dla rodziców małych dzieci, które mają problem z płynnym mówieniem*. Katowice, Centrum Logopedyczne 2011, s. 9–27.

<sup>32</sup> K. WĘSIERSKA: *Logopeda jako specjalista...*, s. 103, 108.

<sup>33</sup> O. PRZYBYŁA, T. WOŹNIAK: *Projekt Network for Tuning Standards and Quality of Education Programmes for Speech and Language Therapists in Europe – cel i założenia*. „Logopedia Silesiana” 2012, t. 1, s. 213.

<sup>34</sup> Z. TARKOWSKI: *Jękanie...*, s. 219.



## Teoria ograniczeń w terapii osób jękających się

Każdy człowiek, który chce spełniać swoje marzenia, pragnie się rozwijać. Często ten potencjalnie nieograniczony rozwój coś blokuje, coś ogranicza...<sup>35</sup>.

Geneza teorii ograniczeń sięga lat siedemdziesiątych XX wieku. Początkowo teoria stosowana była jako koncepcja zarządzania ograniczeniami i dotyczyła wykorzystania TOC w procesie rozwiązywania problemów ekonomicznych przedsiębiorstw (m.in. General Motors, Philips, Procter&Gamble, Boeing, Ford Motor Company)<sup>36</sup>. Podstawą teorii jest koncentracja jednostki na procesie ciągłego doskonalenia (ang. *process of on going improvement*) i rozwijania swojego potencjału przez identyfikację i kontrolowanie ograniczeń, które występują w otaczającym nas świecie<sup>37</sup>.

Zdaniem autora prezentowanej teorii, Eliyahu M. Goldratta<sup>38</sup>, **ograniczenie** rozumiane jest jako czynnik, który blokuje lub spowalnia nasz rozwój, nasze osiągnięcia, realizację wyznaczonych celów. Ograniczenia hamujące rozwój jednostki tkwią najczęściej w niej samej, są to błędne przekonania na temat samego siebie, ludzi i otaczającego świata<sup>39</sup>. Termin „ograniczenie”<sup>40</sup> (ang. *constraint*), mający w języku potocznym negatywne konotacje, w teorii ograniczeń sugeruje inną perspektywę. Kluczem do sukcesu jest zrozumienie, jakie ograniczenia stojące na drodze do realizacji zamierzenia stanowią podstawę opracowania planu, strategii i taktyki, które pozwolą osiągnąć cel<sup>41</sup>.

<sup>35</sup> Źródło: TOC Consulting. [www.toc-consulting.pl](http://www.toc-consulting.pl) [data dostępu: 18.03.2017].

<sup>36</sup> Teoria ograniczeń jako koncepcja zarządzania ograniczeniami została po raz pierwszy opisana w 1984 roku w książce: E.M. GOLDRATT, J. COX: *The Goal*. New York, Croton-on-Hudson 1984 (wyd. polskie: EIDEM: *Cel I*. Przeł. M. DURAJ-CZYŻEWSKA. Warszawa, Mint Books 2008).

<sup>37</sup> R. GOLDRATT, N. WEISS: *Significant enhancement of academic achievement through application of the Theory of Constraints (TOC)*. „Human Systems Management” 2005, nr 24, s. 13–19.

<sup>38</sup> Eliyahu M. Goldratt (1947–2011) – izraelski pedagog, filozof, naukowiec, wykładowca na wielu uczelniach wyższych (w tym Politechnice Warszawskiej), autor licznych publikacji, międzynarodowy lider w rozwoju nowych filozofii i systemów zarządzania przedsiębiorstwem (współpracował z największymi korporacjami na świecie, m.in. takimi, jak Boeing, General Motors, Philips, Procter&Gamble). Całokształt jego pracy zapewnił mu miejsce w czołówce naukowców zajmujących się zarządzaniem w biznesie, a także tytuł Guru Biznesu, przyznany przez tygodnik „Forbes”. Goldratt odwiedził po raz pierwszy Polskę, kraj swoich przodków, w grudniu 2006 roku. Źródło: TOC – Theory of Constraints. [www.toc-goldratt.com](http://www.toc-goldratt.com) [data dostępu: 18.03.2017].

<sup>39</sup> E.M. GOLDRATT, J. COX: *Cel I...*

<sup>40</sup> Terminu „ograniczenia” użyli również autorzy publikacji: *Człowiek wobec ograniczeń*. Red. Z. TARKOWSKI J. JASTRZĘBOWSKA. Warszawa, Wydaw. Fundacji „Orator” 2002, w kontekście wybranych niepełnosprawności stanowiących istotne ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu osób nimi dotkniętych, w tym również w procesie komunikowania się.

<sup>41</sup> Y. ASHLAG: *Zasady TOC. Zarządzanie ograniczeniami rozwoju biznesu*. Przeł. M. KOWALCZYK. Warszawa, Mint Books 2015, s. 4.

Bazująca na teorii ograniczeń metoda TOC polega na wykorzystaniu trzech **myślowych narzędzi**: „chmurki” (ang. *cloud*), „gałęzi logicznej” (ang. *logical branch*) oraz „drzewka ambitnego celu” (ang. *ambitious target tree*). Ich upowszechnianiem w świecie edukacji zajmuje się założona w 1995 roku przez Goldratta prospołeczna i międzynarodowa organizacja TOCfE (ang. TOC for Education – TOC dla Edukacji)<sup>42</sup>. Dzięki wyposażeniu nauczycieli, rodziców i terapeutów w narzędzia TOC pomaga ona dzieciom i młodzieży w efektywnym komunikowaniu się, rozwiązywaniu problemów, osiągnięciu celów, a także podejmowaniu odpowiedzialności za własny rozwój osobowy i poznawczy<sup>43</sup>.

Graficzne schematy narzędzi TOC są proste w użyciu, a posługiwanie się nimi nie jest trudne<sup>44</sup>. Są na tyle uniwersalne, że można zastosować je zarówno w edukacji (na wszystkich poziomach nauczania), jak i w procesie terapii dzieci, młodzieży i osób dorosłych, w tym osób z niepełnosprawnością<sup>45</sup>. Zdaniem Debi Roberts (edukatora i trenera TOCfE z Wielkiej Brytanii), dzięki wykorzystaniu narzędzi TOC – graficznych organizatorów (GOS – ang. *graphic organisers*), ale w uproszczonej formie, pomagamy dzieciom i młodzieży w nauce praktycznych umiejętności przydatnych w ich późniejszym, dorosłym życiu<sup>46</sup>.

Poprzez wnikliwe analizowanie związków przyczynowo-skutkowych występujących podczas omawianych sytuacji, dotyczących np. treści opowiadań, utworów literackich czy też codziennego życia, a także przewidywania konsekwencji zdarzeń związanych z podjętymi decyzjami, narzędzia TOC („gałąź logiczna”) rozwijają umiejętność logicznego myślenia. Wpływają również pozytywnie na proces komunikowania się i relacje interpersonalne przez m.in. identyfikację, wyrażanie i analizę potrzeb oraz emocji, a także doskonalenie umiejętności rozwiązywania konfliktów („chmurka”). Uczą także samoregulacji, czyli świadomego i celowego planowania swojej pracy: wyznaczania celów (edukacyjnych, terapeutycznych i życiowych) i konstruowania planów działań, które pozwalają na osiągnięcie zamierzonych celów („drzewko ambitnego celu”)<sup>47</sup>.

---

<sup>42</sup> R. GOLDRATT, N. WEISS: *Significant enhancement...*, s. 13–19. W Polsce reprezentantem fundacji TOCfE jest TOCfE Polska (TOC dla Edukacji Polska); zob. [www.toc.edu.pl](http://www.toc.edu.pl) [data dostępu: 18.03.2017].

<sup>43</sup> A. DŁUŻNIEWSKA: *TOC – Theory of Constraints (teoria ograniczeń) – w wychowaniu ku wartościom*. „Meritum” 2008, nr 1 (8), s. 22.

<sup>44</sup> A. GONZALEZ et al.: *Success... an adventure. Learning to think for yourself and to work with others*. USA, Sirias Consulting 2007, s. 95.

<sup>45</sup> K. SUERKEN: *Techniki aktywizujące myślenie – TOC*. Warszawa, MSCDN & TOCfE 2009; V. WEISSBOIM, N. WEISS: *Wielozakresowy Organizator Wiedzy. Przełom w przekazie treści nauczania według TOC Teoria Ograniczeń*. Fundacja Teorii Ograniczeń dla Edukacji 2000.

<sup>46</sup> D. ROBERTS: *Storytelling for better behavior. Using traditional tales to explore responsibility, decision making and conflict resolution*. UK, Speechmark 2012, s. 8–9.

<sup>47</sup> D. KAMIŃSKA: *Jak bawić się i uczyć z pasją. Zastosowanie narzędzi myślowych TOC w pracy z dziećmi*. Kraków, Centrum Edukacji „Bliżej Przedszkola” 2017, s. 15.

Aktualnie TOCfE obejmuje swoim zasięgiem działania ponad 250 tys. edukatorów i 8 mln dzieci i młodzieży, w ponad 20 państwach na całym świecie, w tym Polsce, Wielkiej Brytanii, Holandii, na Litwie, w Rosji, Serbii, USA, Kolumbii, Meksyku, Brazylii, Peru, na Filipinach, w Izraelu i Republice Południowej Afryki. Honorowym Prezydentem organizacji jest pedagog i trener TOCfE Kathy Suerken (USA)<sup>48</sup>.

Propagowany przez fundację program edukacyjny oparty na metodzie TOC stanowi wsparcie dla dzieci i młodzieży m.in. w procesie nabywania umiejętności jasnego komunikowania się z innymi, określania i wyrażania własnych potrzeb, wyznaczania i realizacji celów oraz przewidywania konsekwencji zdarzeń związanych z podejmowanymi decyzjami w każdym aspekcie życia<sup>49</sup>.

Przeprowadzone dotychczas, zarówno w Polsce, jak i na świecie, badania naukowe potwierdzają skuteczność metody TOC w różnych obszarach tematycznych, w tym w edukacji i terapii dzieci i młodzieży. Przykładem mogą być badania Edyty Sinackiej-Kubik dotyczące efektywności programu zarządzania ograniczeniami w pracy z dziećmi niedostosowanymi społecznie w wieku 10–13 lat (z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego)<sup>50</sup> oraz badania przeprowadzone przez Hewilię Hetmańczyk-Bajer (z Katedry Pedagogiki Wczesnoszkolnej i Pedagogiki Mediów Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach), potwierdzające skuteczność teorii ograniczeń w procesie kształtowania kompetencji społecznych uczniów w młodszym wieku szkolnym<sup>51</sup>, jak też doświadczenia związane z zastosowaniem narzędzi TOC w kształtowaniu kompetencji społecznych u osób niepełnosprawnych zaprezentowane przez Agnieszkę Dłużniewską (z Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie)<sup>52</sup>.

Pionierską inicjatywę w zakresie zastosowania metody TOC w terapii logopedycznej stanowi autorska propozycja (metodyczna innowacja pedagogiczna): „**Mówię TO Co myślę**” – **trening płynnej mowy z zastosowaniem metody TOC (Theory of Constraints)**<sup>53</sup>, realizowana w okresie od 21 listopada 2013 do 30 czerwca 2015 roku w ramach grupowych zajęć dla dzieci i młodzieży jękających się zorganizowanych w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ciechanowie. Innowacja poprzedzona została pilotażowymi działaniami prowadzonymi w okresie:

<sup>48</sup> Źródło: [www.tocforeducation.com](http://www.tocforeducation.com) [data dostępu: 18.03.2017].

<sup>49</sup> V. WEISSBOIM, N. WEISS: *Wielozakresowy Organizator Wiedzy...*, s. 4–5, 8–9; K. SUERKEN: *Techniki aktywizujące myślenie...* [okładka książki].

<sup>50</sup> E. SINACKA-KUBIK: *Zarządzanie ograniczeniami – jak pomóc dziecku z trudnościami w funkcjonowaniu społecznym?* „Dysleksja. Biuletyn Polskiego Towarzystwa Dysleksji” 2011, nr 2 (10).

<sup>51</sup> H. HETMAŃCZYK-BAJER: *Teoria ograniczeń w kontekście szeroko pojętych działań oświatowych*. „Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych” 2013, nr 1, s. 47–68; EADEM: *Wykorzystanie Teorii Ograniczeń w procesie kształtowania kompetencji społecznych uczniów w młodszym wieku szkolnym*. „Chowanna” 2012, nr 2 (39), s. 225–236.

<sup>52</sup> A. DŁUŻNIEWSKA: *Narzędzia TOC w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi*. „Meritum” 2009, nr 2 (13), s. 44–47; A. DŁUŻNIEWSKA: *TOC – Theory of Constraints...*, s. 21–25.

<sup>53</sup> Innowacja zarejestrowana w Mazowieckim Kuratorium Oświaty w Warszawie (nr 1562).

wrzesień 2010 – czerwiec 2013 roku. Jej głównym celem było doskonalenie kompetencji komunikacyjnych i umiejętności interpersonalnych u uczestników zajęć przez włączenie w proces terapii metody TOC.

Zajęcia realizowane w ramach innowacji odbywały się raz w tygodniu (1 godzina), w czterech grupach wiekowych (5–23 lat) liczących od 2 do 7 osób i były odpowiednio dostosowane do wieku, potrzeb i możliwości psychofizycznych uczestników. W sumie w realizacji innowacji uczestniczyło w roku szkolnym 2013/2014 – 26 osób i w roku szkolnym 2014/2015 – 20 osób (z czego 9 osób przez okres dłuższy niż 1 rok szkolny). W proces terapii włączeni byli również rodzice i opiekunowie.

Zastosowana metoda TOC, realizowana z wykorzystaniem autorskich modyfikacji narzędzi: „gałęzi logicznej”, „chmurki” i „drzewka ambitnego” celu, stanowiła metodę wspierającą proces terapii logopedycznej. Wiodącymi programami realizowanymi w ramach zajęć były m.in.: Zmodyfikowany Program Psychofizjologicznej Terapii Jąkających się (autorstwa Chęćka)<sup>54</sup>, autorski program Wspomaganie płynności mowy dziecka – profilaktyka, diagnoza i terapia jąkania wczesnodziecięcego<sup>55</sup>, a także elementy programów: Palin-PCI<sup>56</sup> i Mini-KIDS. Ponadto, podczas terapii wykorzystano elementy metod i technik aktywizujących mowę i myślenie, takich jak: drama, logorytmika, śpiewoterapia, bajkoterapia, metoda KLANZY<sup>57</sup>, trening twórczości oraz metoda twórczego rozwiązywania problemów – Sześć myślowych kapeluszy, stworzona przez E. de Bono<sup>58</sup>. W dalszej części artykułu zaprezentowano opis trzech narzędzi TOC oraz praktyczne przykłady ich zastosowania w procesie terapii dzieci i młodzieży jąkających się.

## „Drzewko ambitnego celu”

„Drzewko ambitnego celu” ułatwia osiągnięcie wyznaczonego celu przez opracowanie planu działań (z podziałem na etapy), w którym zostają uwzględnione przeszkody uniemożliwiające osiągnięcie tego celu, a także sposoby ich przezwyciężania (rozwiązania)<sup>59</sup>. Narzędzie to pomaga w kształtowaniu umiejętności

<sup>54</sup> M. CHĘCIEK: *Jąkanie. Diagnoza...*, s. 90–104; M. CHĘCIEK, E. BIJAK, D. KAMIŃSKA: *Jąkanie...*, s. 27–40.

<sup>55</sup> D. KAMIŃSKA: *Wspomaganie płynności mowy...*, s. 11–24, 30–35.

<sup>56</sup> E. KELMAN, A. NICHOLAS: *Praktyczna interwencja w jąkaniu...*

<sup>57</sup> Metoda KLANZY: [www.klanza.org.pl/METODA\\_KLANZY](http://www.klanza.org.pl/METODA_KLANZY) [data dostępu: 18.03.2017].

<sup>58</sup> E. DE BONO: *Sześć myślowych kapeluszy*. [Przeł. J. KRZEMIEŃ-RUSCHE]. Gliwice, Helion 2008. Por. D. KAMIŃSKA: *Psychoterapia i socjoterapia w pracy z osobami jąkającymi się*. „Logopedia Silesiana” 2014, nr 3, s. 266–270.

<sup>59</sup> K. SUERKEN: *Techniki aktywizujące myślenie...*, s. 13.

definiowania celów (indywidualnych i grupowych) oraz uczy odpowiedzialności za ich realizację. Wykorzystanie „drzewka” rozwija również zdolności organizacyjne, przygotowując do świadomego planowania pracy<sup>60</sup>.

**Ambitny cel** to zamierzenie, które jest trudne do realizacji. Jasno sprecyzowany cel pomaga w prowadzeniu dyskusji na temat **przeszkód** (wewnętrznych i zewnętrznych), takich jak brak informacji, umiejętności, określonych zasobów, czasu, bądź też na temat sytuacji, która utrudnia jego realizację, a także w ich analizowaniu oraz wyjaśnianiu. Skupia również myślenie na elementach niezbędnych do osiągnięcia ambitnego celu. Kolejnym krokiem jest sformułowanie **celów pośrednich**, czyli poszukiwanie sytuacji, które ułatwią przezwycięzenie trudności, oraz zaproponowanie **działań** potrzebnych do osiągnięcia każdego celu pośredniego. W zależności od ich rodzaju niekiedy, aby pokonać konkretną przeszkodę, można potrzebować jednej lub więcej propozycji działań<sup>61</sup>.

CEL:		
PRZESZKODY	CELE POŚREDNIE	DZIAŁANIA

ILUSTRACJA 1. Etapy konstruowania „drzewka ambitnego celu”

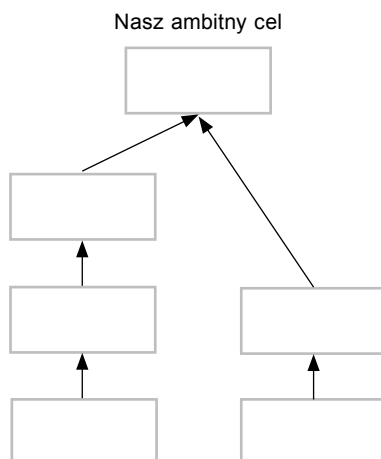
ŹRÓDŁO: Za: K. SUERKEN: *Techniki aktywizujące myślenie – TOC*. Warszawa, MSCDN & TOCfE 2009, s. 24, 27.

Ostatnim etapem tworzenia „drzewka” jest uporządkowanie i ułożenie zaproponowanych działań w wymaganej kolejności, czyli opracowanie **harmonogramu działań** związanych z wdrażaniem poszczególnych rozwiązań<sup>62</sup>.

<sup>60</sup> A. GONZALEZ et al.: *Success...*, s. 94.

<sup>61</sup> K. SUERKEN: *Techniki aktywizujące myślenie...*, s. 13, 22.

<sup>62</sup> D. KAMIŃSKA: *Jak bawić się i uczyć z pasją...*, s. 18.



ILUSTRACJA 2. Schemat graficzny „drzewka ambitnego celu” – harmonogram działań

ŹRÓDŁO: Za: K. SUERKEN: *Techniki aktywizujące myślenie – TOC*. Warszawa, Wyd. MSCDN & TOCfE 2009, s. 16.

Jąkanie stanowi istotną przeszkodę w realizacji pewnych celów<sup>63</sup>, stąd „drzewko ambitnego celu” może stanowić skuteczne narzędzie pomocne w planowaniu procesu terapii logopedycznej, w szczególności w identyfikacji (ustaleniu) jej celów oraz opracowaniu planu działań terapeutycznych<sup>64</sup>. Warto przy tym pamiętać, że sprecyzowanie celu jest ważnym krokiem w drodze do przezwycięzania trudności (przeszkód, ograniczeń) towarzyszących osobie jąkającej się. Wyznaczane cele nie mogą być jednak ani nierealne, ani zaniżone<sup>65</sup>, aby uczestnicy terapii widzieli jej sens i rozumieli zasadność każdego ćwiczenia i działania.

Dochodzenie do celu głównego odbywa się w drodze analizy przeszkód uniemożliwiających jego osiągnięcie. Zarówno cel, jak i przeszkody (problemy, ograniczenia) mogą być różne w przypadku poszczególnych uczestników terapii, gdyż wynikają z indywidualnych potrzeb i możliwości, adekwatnych do wieku, rodzaju i stopnia nasilenia objawów jąkania, konkretnych sytuacji oraz etapu terapii. Mogą one również stanowić podstawę rozmów na temat potrzeb i emocji towarzyszących różnym trudnościom, a w efekcie opracowania planu (harmonogramu) działań spójnego z programem terapii, zawierającego propozycje konstruktywnych rozwiązań. Szczegółowy plan umożliwia monitorowanie realizacji działań oraz ich weryfikację i modyfikowanie, zgodnie z aktualnymi potrzebami uczestników zajęć oraz wyznaczonymi celami terapii. Zaprezentowane na ilustracjach „drzewka ambitnego celu” stanowią przykłady praktycznego zastosowania narzędzia podczas grupowej terapii jąkania (w ramach realizowanej innowacji).

<sup>63</sup> Z. TARKOWSKI: *Zmiana postaw...*, s. 72.

<sup>64</sup> Zob. A. DŁUŻNIEWSKA: *TOC – Theory of Constraints...*, s. 21–25.

<sup>65</sup> L.M. HULIT: *Straight Talk on Stuttering: Information, Encouragement, and Counsel for Stutterers, Caregivers, and Speech-Language Clinicians*. Springfield, Charles C. Thomas 1996, s. 174.

**MOJ AMBITNY CEL:** płynna mowa

PRZESZKODY:	ROZWIĄZANIA
<p>niepłynna mowa (zakamienie)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>czasem boję się mówić ponieważ boję się że będę nie jasna</li> <li>czuję się wyjątkowa przed klasą</li> <li>czekanie uwagi przez mamę: (mów wolniej)</li> <li>strach przed osobą rozmawiającą z nieznanymi osobami</li> <li>zamieszanie porolków w rewalutacji</li> </ol> <p>Paulina, 10 lat, klasa 4b</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>poznać technik które pomogą mi mówić płynnie</li> <li>będę chodziła na zajęcia z innymi dziećmi które nie gają</li> <li>będę inicjowała wystąpienia przed grupą</li> <li>Poproszę mamę aby tego nie robiła bo tego nie lubię</li> <li>nie unikam takich rozmów a wręcz odlegam się</li> <li>wybrnę się do rewalutacji z rodzicami i rozmówię dla nich deser żeby przetrwać swój lek</li> </ol>

ILUSTRACJA 3. „Drzewko ambitnego celu” (Paulina, l. 10)

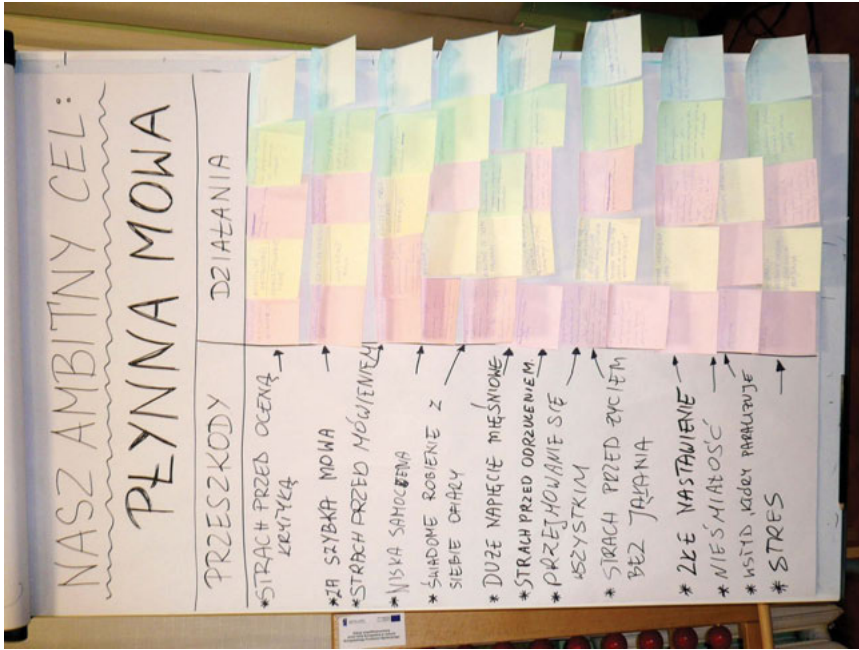
ŹRÓDŁO: Archiwum autorki.

**NASZ AMBITNY CEL:** Płynne czytanie na głos

PRZESZKODY	ROZWIĄZANIA ( DZIAŁANIA )
<p><b>LENISTWO!!!</b></p> <p>(niechęć czytania na głos.)</p> <p>Lęk przed rozgłoszeniem.</p> <p>Niska wiara w swoje możliwości.</p>	<p>Fejki i ciekawe książki.</p> <p>Sam czytani na głos.</p> <p>Zastosowanie technik płynnego mówienia.</p>

ILUSTRACJA 4. „Drzewko ambitnego celu” (Mikołaj, l. 13)

ŹRÓDŁO: Archiwum autorki.



ILUSTRACJA 6. „Drzewko ambitnego celu” (praca grupowa)  
Źródło: Archiwum autorki.

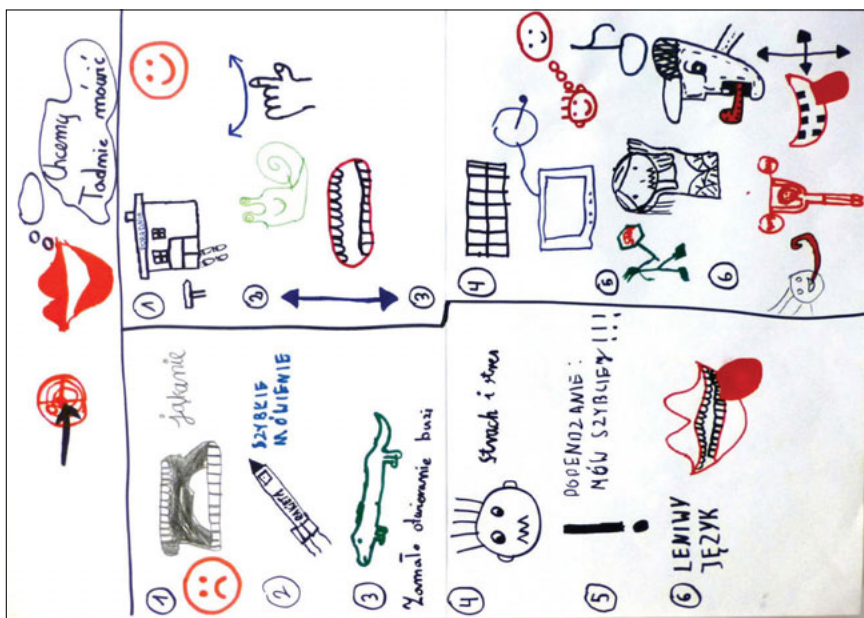


ILUSTRACJA 5. „Drzewko ambitnego celu” (praca grupowa)  
Źródło: Archiwum autorki.





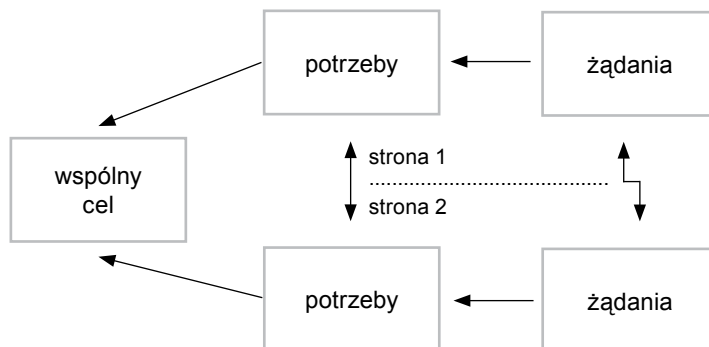
ILUSTRACJA 8. „Drzewko ambitnego celu” (praca grupowa)  
 Źródło: Archiwum autorki.



ILUSTRACJA 7. „Drzewko ambitnego celu” (praca grupowa)  
 Źródło: Archiwum autorki.

## „Chmurka”

„Chmurka” jest narzędziem myślowym, które służy do rozwiązywania konfliktów poprzez dogłębną analizę i zrozumienie ich przyczyny. Jej graficzna forma przenosi koncentrację na potrzeby wynikające z konkretnych żądań stron pozostających w konflikcie<sup>66</sup>. Wykorzystana w schemacie narzędzia symboliczna złamana strzałka określa możliwość istnienia dwóch przeciwstawnych stwierdzeń – sprzecznych żądań, które nie mogą być spełnione w tym samym czasie i w tym samym miejscu. Dzięki odpowiedzi na pytania: „Czego dotyczy konflikt?”, „Czego żąda każda ze stron?”, „Jaki jest powód tego żądania?” narzędzie umożliwia sprecyzowanie wspólnego celu dla stron konfliktu<sup>67</sup>. Przy czym konflikt może mieć charakter zewnętrzny, gdy dotyczy żądań przynajmniej dwóch osób, lub wewnętrzny, np. w sytuacji wymagającej podjęcia określonej decyzji<sup>68</sup>.



ILUSTRACJA 9. Schemat graficzny „chmurki”

ŹRÓDŁO: Za: K. SUERKEN: *Techniki aktywizujące myślenie – TOC*. Warszawa, MSCDN & TOCfe 2009, s. 54.

Zastosowanie graficznego schematu „chmurki” umożliwia logiczną analizę motywów działań, ukierunkowanych na zaspokojenie potrzeb obu stron. Uczy empatii i zrozumienia, że potrzeby innych są równie ważne jak własne, pomagając zdefiniować problem z perspektywy wszystkich stron, danej sytuacji i zagadnienia. Pokazuje także możliwość znajdowania alternatywnych sposobów zaspokajania istotnych potrzeb<sup>69</sup>.

Analizowane potrzeby mogą dotyczyć m.in. sfery bezpieczeństwa, fizjologii, przynależności do grupy społecznej, szacunku, miłości lub samorealiza-

<sup>66</sup> K. SUERKEN: *Techniki aktywizujące myślenie...*, s. 37, 40.

<sup>67</sup> V. WEISSBOIM, N. WEISS: *Wielozakresowy Organizator Wiedzy...*, s. 5.

<sup>68</sup> M. ADAMS: *Myślenie pytaniami*. Przeł. A. WOJTASZCZYK. Warszawa, Studio Emka 2007, s. 67–69.

<sup>69</sup> A. DŁUŻNIEWSKA: *TOC – Theory of Constraints...*, s. 23.

cji<sup>70</sup>. W przypadku, gdy zostanie zaspokojona potrzeba tylko jednej ze stron, wspólny cel nie zostanie osiągnięty, a rozwiązanie konfliktu nie będzie najlepszym z możliwych. Należy przy tym pamiętać, że nie ma „złych” potrzeb, jednak czasami można obserwować destruktywne formy ich zaspokajania<sup>71</sup>.

Zastosowanie „chmurki” w procesie edukacyjnym i terapeutycznym umożliwia doskonalenie kompetencji komunikacyjnych i społecznych oraz umiejętności interpersonalnych, co stanowi podstawę budowania pozytywnych relacji z innymi ludźmi, opartych na zaufaniu, skutecznej komunikacji oraz twórczym rozwiązywaniu problemów i konfliktów.

W procesie terapii osób jękanących się istotną rolę odgrywa odpowiednia **motywacja do terapii**, gdyż uczestnicy terapii potrzebują wiary w jej sens oraz skuteczność, a także społecznego wsparcia<sup>72</sup>. Określenie głównego celu terapii (dzięki zastosowaniu wcześniejszego narzędzia – „drzewka ambitnego celu”) oraz sformułowanie problemów (trudności, ograniczeń) nie determinuje jeszcze gotowości do ich rozwiązania.

Zdaniem Bogdana Adamczyka, motywacja stanowi najważniejszy czynnik terapeutyczny. Osiągnięcie płynnego mówienia przez osoby jękanące się nie jest trudnym zadaniem, jednak niezbędna do tego jest odpowiednia motywacja<sup>73</sup>. Według Tarkowskiego, motywacja jest uzależniona od wielu czynników, m.in. wieku, płci, samooceny i oceny jękania oraz sposobu radzenia sobie ze stresem. Jest ona prawidłowa, gdy terapeuta motywuje osobę jękanącą się, a ta odwzajemnia się mobilizacją i zaangażowaniem. Motywacja zwiększa się, jeśli na sile przybierają takie czynniki, jak chęć zmiany istniejącego stanu, gotowość do poniesienia kosztów leczenia oraz dobra ocena dotychczasowych prób, a także wysoki poziom optymizmu i wsparcia społecznego<sup>74</sup>.

Philip G. Zimbardo wyróżnia dwa rodzaje motywacji: wewnętrzną, gdy występuje tendencja do podejmowania i kontynuowania aktywności ze względu na treść i działanie, a nie jej skutki, np. nagrodę, oraz zewnętrzną, jeżeli

---

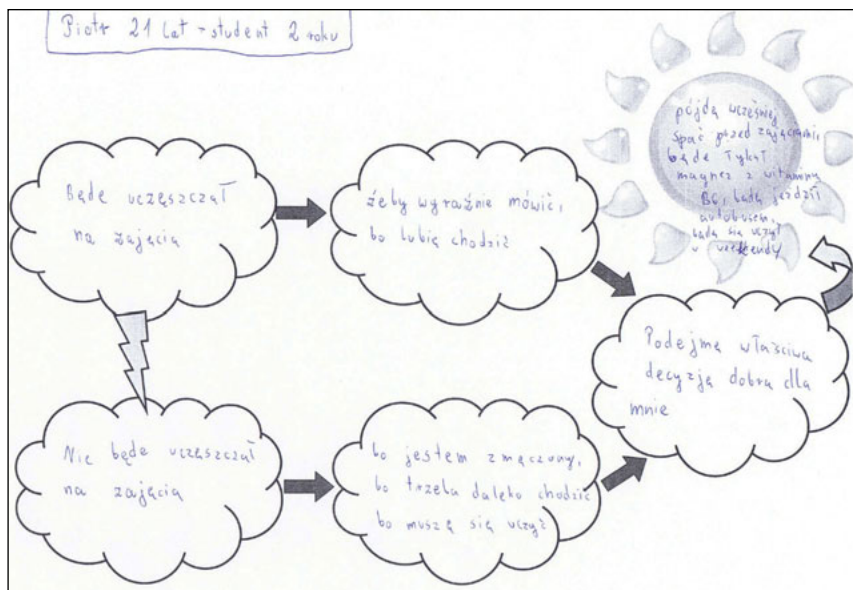
<sup>70</sup> A. MASŁOW: *Motywacja i osobowość*. [Przeł. J. RADZICKI]. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2009, s. 62–71.

<sup>71</sup> V. WEISSBOIM, N. WEISS: *Wielozakresowy Organizator Wiedzy...*, s. 7.

<sup>72</sup> Z. TARKOWSKI: *Psychosomatyka jękania...*, s. 166.

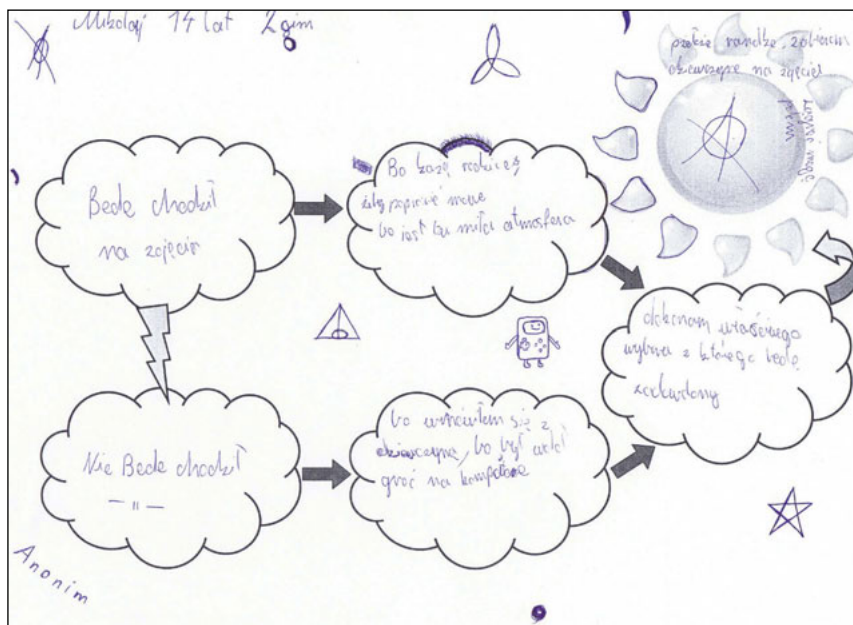
<sup>73</sup> B. ADAMCZYK: *Mój permanentny konflikt z dorosłymi jękanącymi się. Chodzi o motywację*. „Logopedia” 2002, t. 30, s. 213–216; H. GREGORY: *Jękanie: Gdzie jesteśmy? Dokąd zmierzamy?* „Logopedia” 1994, t. 21, s. 25–29.

<sup>74</sup> Z. TARKOWSKI, J. GÓRAL-PÓŁROLA: *Skala motywacji do terapii jękania*. Lublin, Wydaw. Fundacji „Orator” 2012, s. 7; Por. M. CHĘCIEK, E. BIJAK: *Fragmentaryczne wyniki badań nad motywacją do terapii jękania uczniów szkoły średniej*. W: „Logopedia Silesiana” 2015, nr 4, s. 158–169. Autorzy prezentują w artykule wyniki badania ankietowego przeprowadzonego w 2014 roku w grupie uczniów szkół średnich. Jak wskazują uzyskane wyniki, najważniejszymi osobistymi czynnikami motywującymi do terapii są m.in.: niska samoocena, brak postępów w dotychczasowej terapii i brak akceptacji siebie. Natomiast w końcowej fazie nauki największym motywatorem do wyboru odpowiednich metod terapii jękania jest internet.



ILUSTRACJA 10. „Chmurka” – rozwiązanie konfliktu wewnętrznego (Piotr, l. 21)

ŹRÓDŁO: Archiwum autorki.



ILUSTRACJA 11. „Chmurka” – rozwiązanie konfliktu wewnętrznego (Mikołaj, l. 14)

ŹRÓDŁO: Archiwum autorki.

działanie jest podejmowane i kontynuowane ze względu na zewnętrzne korzyści, np. pochwałę<sup>75</sup>.

Kluczowym zadaniem w początkowej fazie terapii jest więc ocena poziomu motywacji do podjęcia terapii jąkania i udziału w niej<sup>76</sup>, a także analiza indywidualnych potrzeb związanych z gotowością do tego oraz identyfikacja czynników determinujących poziom tej motywacji.

Zdarza się dosyć często, że różne czynniki odciągają osobę jąkającą się od uczestnictwa w terapii lub, poprzez wprowadzenie w stan konfliktu, przeważnie wewnętrznego (np. „pójść dziś na zajęcia, czy oglądać TV?”, „poczytać interesującą książkę lub iść z koleżanką do kina?”), zaburzają jej motywację do udziału w terapii. Wówczas wnikliwa analiza potrzeb stojących za określonymi żądaniem może ułatwić znalezienie konstruktywnych i skutecznych rozwiązań, w rezultacie których wzrośnie poziom motywacji oraz zaangażowania w proces terapii. W tym celu pomocne może być zastosowanie drugiego narzędzia z metody TOC, jakim jest „chmurka”.

### „Gałąź logiczna”

„Gałąź logiczna” to narzędzie używane w celu ukazania łańcucha powiązań przyczynowo-skutkowych<sup>77</sup>. Narzędzie to wspiera proces uczenia się, w tym umiejętność logicznego myślenia, poprzez tworzenie oraz rozumienie związków i zależności przyczynowo-skutkowych („jeśli..., to wtedy...”) oraz ich konsekwencji<sup>78</sup>. Umożliwia lepsze zrozumienie zasad naukowych i matematycznych, a także kreatywne analizowanie treści opowiadań, utworów literackich czy też wydarzeń z życia.

Schemat „gałęzi logicznej” niezwykle przejrzysto ukazuje związki przyczynowo-skutkowe między działaniem i jego konsekwencją. Zestawienie dwóch opcji daje możliwość dokonywania wyboru oraz uczy samodzielnego podejmowania decyzji i odpowiedzialności za swoje działania. Pozwala również dostrzec potencjalne, często nieuświadomione zagrożenia (ograniczenia) w przypadku realizacji określonych zamierzeń, przez co pomaga lepiej zrozumieć analizowaną

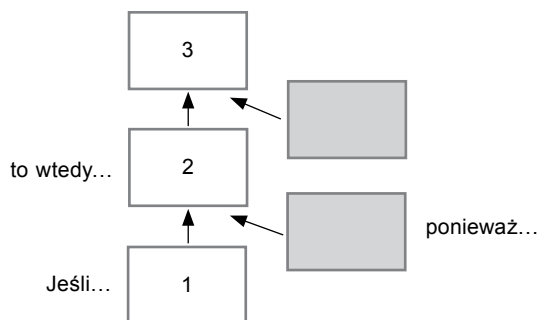
---

<sup>75</sup> P.G. ZIMBARDO, R.L. JOHNSON, V. McCANN: *Psychologia. Kluczowe kompetencje. Motywacja i uczenie się*. T. 2. Przeł. M. GUZOWSKA-DĄBROWSKA, J. RADZICKI, E. CZERNAWSKA. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2012, s. 62.

<sup>76</sup> Z. TARKOWSKI, J. GÓRAL-PÓŁROLA: *Skala motywacji...*

<sup>77</sup> A. DŁUŻNIEWSKA: *TOC – Theory of Constraints...*, s. 24.

<sup>78</sup> D. MEYER: *The Why and How of Thinking in School*. USA, Published by D. Meyer 2011, s. 55–56.



ILUSTRACJA 12. Schemat graficzny „gałęzi logicznej”

ŹRÓDŁO: Za: K. SUERKEN: *Techniki aktywizujące myślenie – TOC*. Warszawa, MSCDN&TOCFE 2009, s. 89.

sytuację<sup>79</sup>, określony sposób postępowania oraz negatywne lub pozytywne konsekwencje określonych zachowań<sup>80</sup>.

Zastosowanie w terapii jąkania „gałęzi logicznej” (pozytywnej i negatywnej) pomaga więc w nabywaniu umiejętności przewidywania zmian i następstw zdarzeń, co znajduje odzwierciedlenie w zachowaniu czy też podejmowanych decyzjach<sup>81</sup>. Osobom uczestniczącym w terapii umożliwia wizualizację oraz poznanie postaw i odczuć towarzyszących jąkaniu. To dla nich zarazem skuteczny trening interpretacji emocji związanych z konkretnymi sytuacjami, co z kolei terapeutycie pozwala na identyfikację oraz modyfikowanie tych emocji w zależności od wieku i potrzeb uczestników terapii.

Natomiast wizualizacja tego, czego pragnie osoba jąkająca się (np. zobaczenie siebie w wyobraźni jako osoby mówiącej płynnie i bez napięć) pomaga wytworzyć pozytywne nastawienie<sup>82</sup>. Istotne jest jednak, aby w procesie analizowania sytuacji i zachowań związanych z jąkaniem unikać sformułowań jednoznacznie oceniających płynność jako coś dobrego, a niepłynność jako coś złego<sup>83</sup>.

Praca terapeutyczna z wykorzystaniem „gałęzi logicznej” umożliwia również stosowanie i utrwalanie w praktycznym działaniu zasad i technik płynnego mówienia, m.in. techniki przedłużonego mówienia (TPM).

Płynność mowy jest sprawnością, która rozwija się stopniowo i czasem wymaga zastosowania odpowiedniego modelowania. Wolniejsze tempo mówienia przyczynia się do zwiększenia płynności mówienia. Jest również pomocne dzieciom z problemami językowymi, ponieważ wiadomości zaprezentowane w wolniejszym tempie są lepiej przyswajane<sup>84</sup>.

<sup>79</sup> A. DŁUŻNIEWSKA: *TOC – Theory of Constraints...*, s. 24.

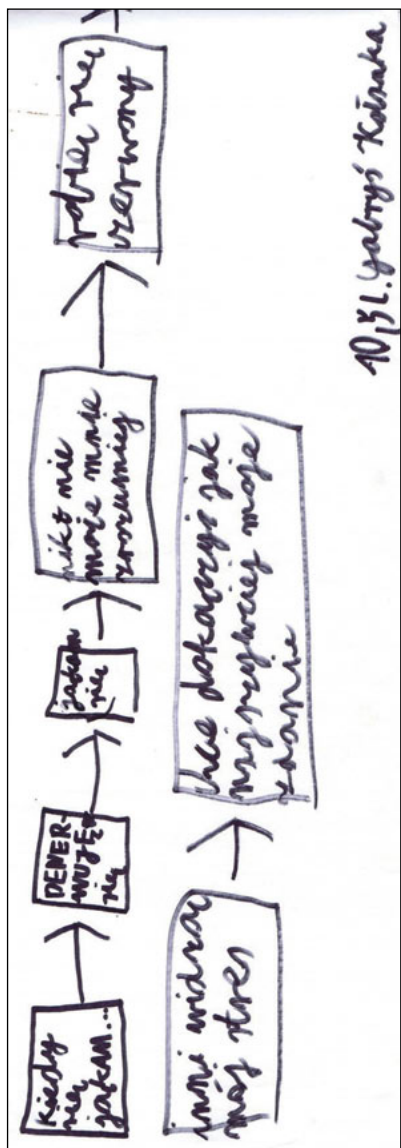
<sup>80</sup> D. KAMIŃSKA: *Jak bawić się i uczyć z pasją...*, s. 15–16.

<sup>81</sup> K. SUERKEN: *Techniki aktywizujące myślenie...*, s. 89.

<sup>82</sup> *Jąkanie...*, s. 108.

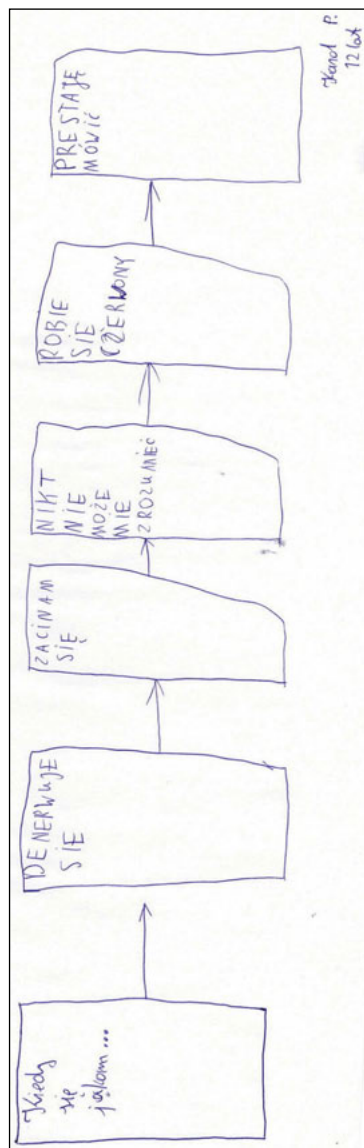
<sup>83</sup> C.W. DELL: *Terapia jąkania u dzieci w młodszym wieku szkolnym*. Kraków, Impuls 2008, s. 47.

<sup>84</sup> E. KELMAN, A. NICHOLAS: *Praktyczna interwencja w jąkaniu...*, s. 49, 133–134.



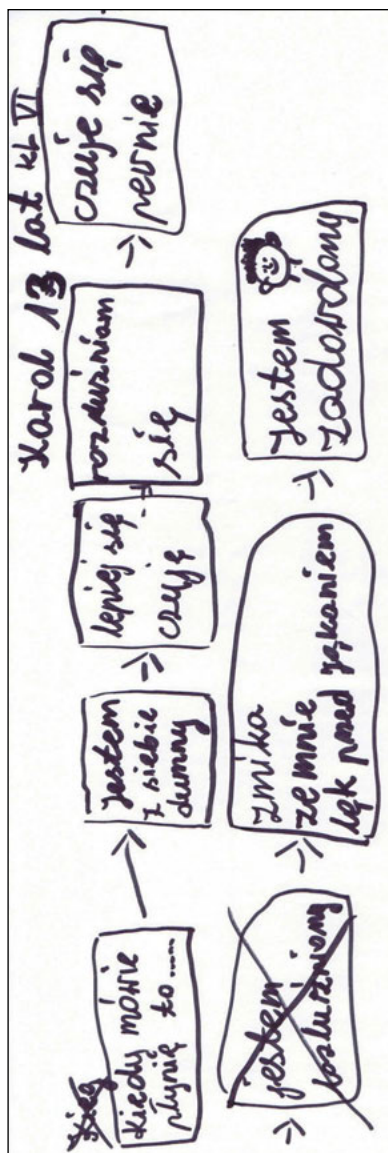
ILUSTRACJA 13. „Gałąź logiczna” – negatywna (Gabryś, l. 10)

Źródło: Archiwum autorki.

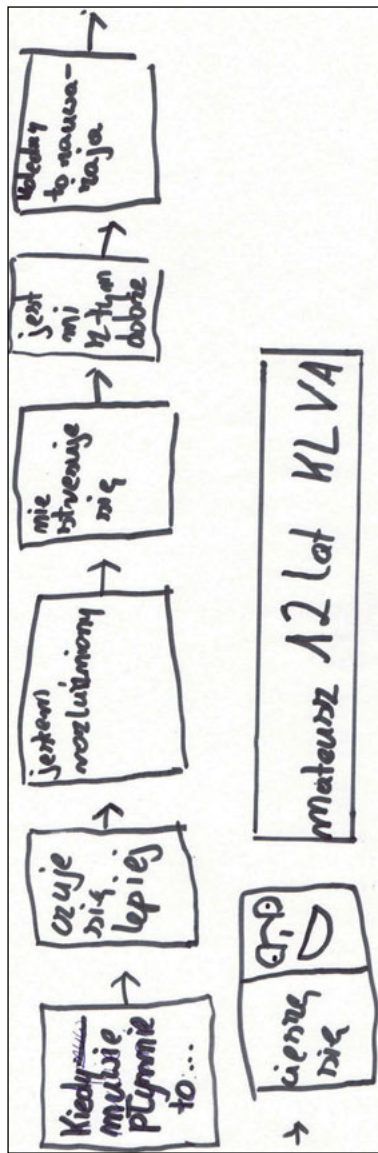


ILUSTRACJA 14. „Gałąź logiczna” – negatywna (Karol, l. 12)

Źródło: Archiwum autorki.



ILUSTRACJA 15. „Gałąź logiczna” – pozytywna (Karol, 1. 13)  
 Źródło: Archiwum autorki.



ILUSTRACJA 16. „Gałąź logiczna” – pozytywna (Mateusz, 1. 12)  
 Źródło: Archiwum autorki.



Według Chęćka, zastosowanie TPM poprawia znacząco płynność mówienia, szczególnie u osób z przyspieszonym bądź zbyt szybkim tempem mówienia. W początkowej fazie ćwiczeń zaleca się zwolnienie tempa mowy (do około 30–40 słów na minutę), natomiast na dalszych etapach ćwiczeń, gdy płynność mowy jest już odpowiednia – przyspieszenie tempa do zbliżonego do naturalnego (około 100–110 słów na minutę). Zwolnienie tempa mówienia podnosi u osób jękających się świadomość w zakresie poprawności brzmienia głosek i zachęca do naturalnego pauzowania pomiędzy wyrazami czy też frazami w zdaniu. W przypadku osób z tendencją do przyspieszania mowy podczas momentów blokowania umożliwi również kontrolę nad płynnością mówienia<sup>85</sup>.

Podczas ćwiczeń mowa nie powinna jednak przypominać mowy robota, powinna mieć zachowaną melodię i zbliżoną do naturalnej intonację. Dopasowanie tempa mowy do własnych potrzeb – poprzez zwiększenie częstotliwości stosowania pauz pomiędzy frazami i zdaniami oraz przed rozpoczęciem wypowiedzi – daje czas na zaplanowanie i realizację wypowiedzi (rozpoczęcie, rozwinięcie i zakończenie wypowiedzi). To mobilizuje również do konstruowania coraz dłuższych zdań i wypowiedzi oraz używania nowych słów<sup>86</sup>.

Bazą do ćwiczeń nad płynnością mowy z wykorzystaniem „gałęzi logicznej” mogą być różnorodne teksty literackie, bajki, baśnie, wiersze, lektury szkolne, a także twórcze opowiadania itp. Warto przy tym zadbać o to, aby język tekstu nie był „zbyt trudny”, adekwatnie do wieku i możliwości uczestników terapii. Dodatkowym atutem będzie również wykorzystanie mowy teatralnej, humoru oraz efektu zaskoczenia, zwiększające koncentrację i utrzymanie uwagi na tym, co się mówi i robi, oraz wpływające na bardziej świadome utrzymywanie kontaktu wzrokowego z rozmówcą.

Ponadto istotne jest odpowiednie zadawanie pytań, czyli sposób ich formułowania, w celu aktywizowania procesu myślenia i zachęcania do udzielania odpowiedzi. Pytania inspirują do dyskusji i wymiany poglądów na dany temat, podczas której należy promować również kreatywność i autonomię prezentowanych argumentów czy też pomysłów. Należy jednak unikać pytań zamkniętych, sugerujących konkretną odpowiedź i zapewnić odpowiednią ilość czasu na jej udzielenie<sup>87</sup>.

Niestety w trakcie rozmowy w grupie odpowiedzi poszczególnych osób często nakładają się na siebie, a osoba jękająca się spieszy się z odpowiedzią, aby nikt jej nie przerwał. W celu zapewnienia komfortu i swobody rozmowy ważne jest wówczas wprowadzenie zasady mówienia po kolei<sup>88</sup>.

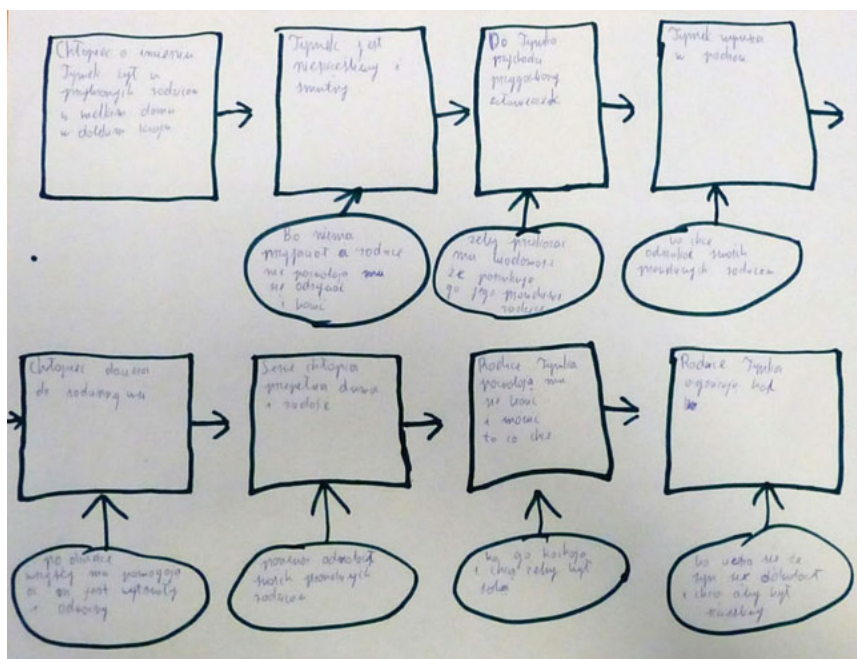
---

<sup>85</sup> M. CHĘĆEK: *Podejście do terapii jękania jako zaburzenia kognitywno-lingwistycznego*. W: *Diagnoza i terapia w logopedii*. Red. J. PORAYSKI-POMSTA. W: „Z Prac Towarzystwa Kultury Języka”. T. 7. Warszawa, Towarzystwo Kultury Języka Sekcja Logopedyczna, Elipsa 2008, s. 261–262.

<sup>86</sup> E. KELMAN, A. NICHOLAS: *Praktyczna interwencja w jękananiu...*, s. 132–133.

<sup>87</sup> *Ibidem*, s. 51; por. D. KAMIŃSKA: *Jak bawić się i uczyć z pasją...*, s. 39–40.

<sup>88</sup> E. KELMAN, A. NICHOLAS: *Praktyczna interwencja w jękananiu...*, s. 132–33.



ILUSTRACJA 17. „Gałąź logiczna” do opowiadania *O chłopcu, który się jękał*<sup>89</sup> (Karol, l. 13)

ZRÓDŁO: Archiwum autorki.

Zdaniem Danuty Pluty-Wojciechowskiej, posługiwanie się językiem to nie tylko warstwa dźwiękowa (segmentalna i suprasegmentalna), ale również kształt i struktura budowania tekstów werbalnych, stąd nie powinno się sprowadzać opisu mowy osób jękających się wyłącznie do analizy zniekształceń substancji fonicznej wypowiedzi. Każda wypowiedź jest strukturą, zorganizowaną wewnętrznie całością myślową. Struktura tekstu odzwierciedla strukturę myślową wypowiedzi. Każda dłuższa wypowiedź, a szczególnie wypowiedź narracyjna, powinna posiadać więc swoją ramę, mieć wyodrębniony początek i koniec, przy czym najważniejsze informacje powinny być zawarte w początku i końcu tekstu. Wynika to przede wszystkim z funkcjonowania aparatu poznawczego człowieka, który najlepiej zapamiętuje i wyodrębnia elementy na końcach ciągu<sup>90</sup>.

Reasumując, użycie „gałęzi logicznej” to swoisty trening kreatywnego myślenia rozwijający kompetencje językowe i komunikacyjne oraz kształtujący umiejętność wyrażania myśli, uczuć i ocen, a także tworzenia narracji o zdarzeniach.

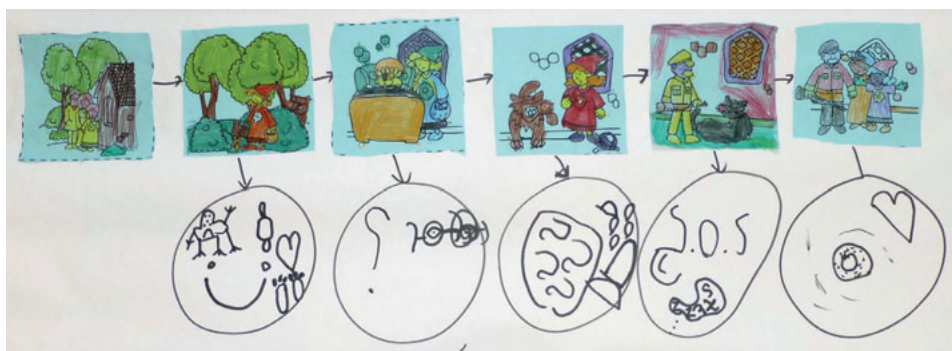
<sup>89</sup> Opowiadanie w: E. DE GEUS: *Czasami po prostu się jękam. Książka dla dzieci w wieku od 7 do 12 lat*. Przeł. M. WĘSIERSKA. Katowice, Centrum Logopedyczne 2013.

<sup>90</sup> M. FAŚCISZEWSKA: *Swoiste zjawiska językowe występujące w tekstach dialogowych i narracyjnych tworzonych przez osoby jękające się*. W: *Zaburzenia płynności mówienia – teoria i praktyka*. T. 1. Red. K. WĘSIERSKA. Katowice, Komlogo, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Katowice 2015, s. 23, 25.

## Zastosowanie narzędzi TOC w terapii dzieci z nie płynnością mowy

Nieco inaczej wygląda proces zastosowania narzędzi TOC w terapii dzieci z nie płynnością mowy (szczególnie tych, które nie posiadają jeszcze umiejętności czytania i pisania). W dostosowaniu procesu terapeutycznego do potrzeb i możliwości psychofizycznych dziecka kluczowe i zarazem niezbędne jest posiadanie wiedzy dotyczącej poziomu jego rozwoju intelektualnego i poznawczego, w tym kompetencji językowych i komunikacyjnych. Ze względu na inną niż w przypadku młodzieży i dorosłych specyfikę pracy terapeutycznej (w tym: metody, formy i cele terapii) powstała zmodyfikowana wersja narzędzi TOC bazująca na umownych, graficznych symbolach (piktogramach i schematycznych obrazkach)<sup>91</sup>. Zastosowanie w niej tzw. pisma obrazkowego umożliwia swobodne komunikowanie się z dzieckiem podczas terapii z wykorzystaniem metody TOC, co odzwierciedlają ilustracje.

Wykorzystane w metodzie TOC trzy narzędzia graficzne: „gałąź logiczna”, „chmurka”, „drzewko ambitnego celu” rozwijają umiejętność identyfikowania i definiowania problemów (ograniczeń), a także poszukiwania oraz realizacji konstruktywnych i twórczych rozwiązań. Pomagają w odpowiedzi na pytania pojawiające się w każdym aspekcie życia, w tym także terapii jąkania: „Co należy zmienić?”, „W co to zmienić?”, „Jak spowodować zmianę?”<sup>92</sup>.



ILUSTRACJA 18. „Gałąź logiczna” (indywidualna) do bajki *Czerwony Kapturek*  
 ŹRÓDŁO: Archiwum autorki.

<sup>91</sup> Więcej informacji na temat modyfikacji narzędzi TOC oraz zastosowania ich w pracy z dziećmi w młodszym wieku można znaleźć w cytowanej wcześniej publikacji: D. KAMIŃSKA: *Jak bawić się i uczyć z pasją...* oraz w cyklu artykułów autorstwa Kamińskiej opublikowanych na łamach miesięcznika „Bliżej Przedszkola”: 2011, nr 9.120; 2011, nr 11.122; 2012, nr 7–8.130–131; 2012, nr 9.132; 2012, nr 10.133; 2013, nr 2.137.

<sup>92</sup> K. SUERKEN: *Techniki aktywizujące myślenie...*, s. 9–13; Por. S. BORISAVLJEVIC: *Materiały szkoleniowe TOCfE*. Przeł. M. PIERNIKOWSKA. Gdańsk, Transfer Learning 2006.

ILUSTRACJA 19. „Gałąź logiczna” (indywidualna) do bajki *Czerwony Kapturek*

ŹRÓDŁO: Archiwum autorki.

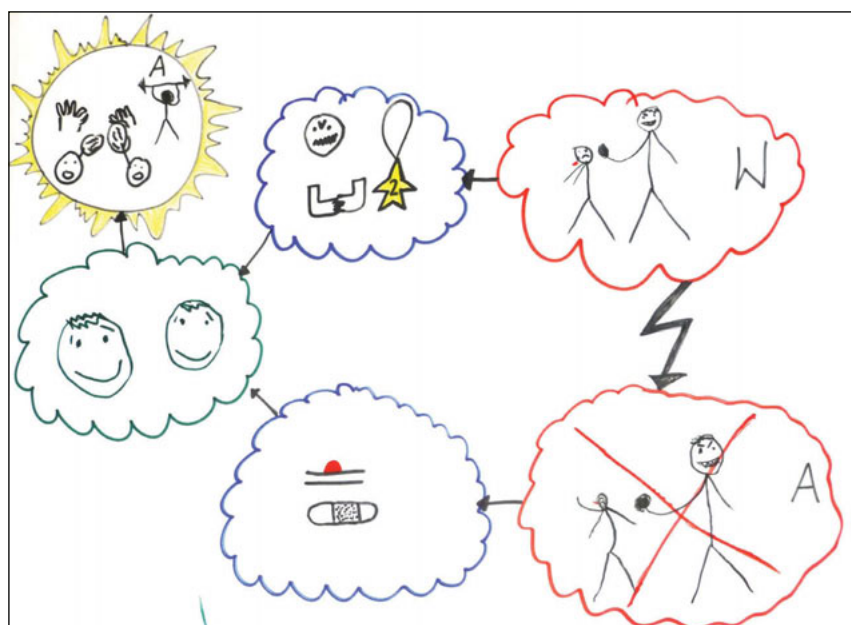
ILUSTRACJA 20. „Gałąź logiczna” (grupowa – przestrzenna) do bajki *Czerwony Kapturek*

ŹRÓDŁO: Archiwum autorki.



ILUSTRACJA 21. Zastosowanie „chmurki” w rozwiązaniu konfliktu zewnętrznego (praca grupowa)

ŹRÓDŁO: Archiwum autorki.



ILUSTRACJA 22. Zastosowanie „chmurki” w rozwiązaniu konfliktu zewnętrznego (praca grupowa)

ŹRÓDŁO: Archiwum autorki.

W tabeli 1 pokazano proces zmiany z zastosowaniem teorii ograniczeń w kontekście wybranych aspektów terapii osób jękających. Jest to autorskie podejście do zagadnienia, opracowane na bazie dostępnej literatury przedmiotu, a także własnych obserwacji i doświadczeń związanych z pracą z osobami jękającymi się i wykorzystaniem narzędzi TOC.

TABELA 1. Proces zmiany z zastosowaniem teorii ograniczeń w kontekście wybranych aspektów terapii osób jękających się

OGRANICZENIA (PROBLEMY, PRZESZKODY) „Co należy zmienić?”	ROZWIĄZANIE PROBLEMU „W co należy to zmienić?”	WDROŻENIE ROZWIĄZANIA – ZASTOSOWANE NARZĘDZIA TOC „Jak spowodować zmianę?”
NIEWŁAŚCIWA PERCEPCJA JĘKANIA PRZEZ OSOBĘ JĘKAJĄCĄ SIĘ (ranga problemu; postawa wobec jękania)	REALNE POSTRZEGANIE PROBLEMU JĘKANIA: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ umiejętność identyfikowania i wyrażania własnych potrzeb i emocji towarzyszących jękanii;</li> <li>■ analiza i rozumienie konsekwencji zachowań;</li> <li>■ zmiana postaw wobec jękania;</li> <li>■ wyznaczenie indywidualnych celów i kierunku terapii;</li> <li>■ wybór odpowiednich metod, technik i form terapeutycznych dostosowanych do indywidualnych potrzeb oraz możliwości osoby jękającej się.</li> </ul>	Gałąź logiczna Chmurka Drzewko ambitnego celu
NIEPŁYNNA MOWA (częstotliwość i charakter niepłynności; reakcje indywidualne towarzyszące jękanii)	SWOBODNE MÓWIENIE: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ mówienie bardziej płynne (zastosowanie metod i technik upłynniających mowę);</li> <li>■ jękanie bardziej płynne (modyfikacja jękania);</li> <li>■ redukcja objawów współwystępujących z jękanii;</li> <li>■ mówienie bez „kamufażu”;</li> <li>■ zastosowanie nabytych umiejętności w codziennych sytuacjach komunikacyjnych.</li> </ul>	Drzewko ambitnego celu Chmurka Gałąź logiczna
LOGOFOBIA (lęk związany z mówieniem; reakcje unikania)	NIEOGRANICZONE KOMUNIKOWANIE SIĘ W RÓŻNYCH SYTUACJACH: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ umiejętne identyfikowanie, nazywanie i wyrażanie indywidualnych emocji oraz potrzeb towarzyszących różnym sytuacjom komunikacyjnym;</li> </ul>	Drzewko ambitnego celu Chmurka Gałąź logiczna

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zwiększenie gotowości do komunikowania się poprzez doskonalenie kompetencji komunikacyjnych;</li> <li>▪ desensytyzacja, tzw. odczulanie, redukcja lęku;</li> <li>▪ możliwość wyrażania siebie.</li> </ul>	
<p>OGRANICZONE UMIEJĘTNOŚCI INTERPERSONALNE (trudności w budowaniu poprawnych relacji z innymi osobami; reakcje na negatywne zachowania ze strony innych osób, np. dokuczanie, wyśmiewanie, znęcanie się)</p>	<p>WZROST UMIEJĘTNOŚCI INTERPERSONALNYCH:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ skuteczna komunikacja (poprawa kontaktów interpersonalnych);</li> <li>▪ umiejętne identyfikowanie, nazywanie i wyrażanie potrzeb i emocji;</li> <li>▪ radzenie sobie z emocjami;</li> <li>▪ umiejętność asertywnego zachowania się;</li> <li>▪ rozwiązywanie konfliktów wewnętrznych (osobistych) i zewnętrznych (w środowisku rodzinnym, grupie rówieśniczej, szkole, pracy itp.);</li> <li>▪ analiza i rozumienie konsekwencji zachowań.</li> </ul>	<p>Chmurka Gałąź logiczna Drzewko ambitnego celu</p>
<p>NISKA SAMOOCENA I NISKIE POCZUCIE WŁASNEJ WARTOŚCI</p>	<p>WZROST SAMOOCENY I POCZUCIA WŁASNEJ WARTOŚCI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ umiejętność identyfikacji, rozumienia i wyrażania własnych potrzeb i emocji;</li> <li>▪ umiejętne radzenie sobie z trudnymi emocjami;</li> <li>▪ rozwiązywanie konfliktów wewnętrznych (osobistych) i zewnętrznych;</li> <li>▪ rozumienie konsekwencji zachowań;</li> <li>▪ pozytywne myślenie o sobie.</li> </ul>	<p>Chmurka Gałąź logiczna Drzewko ambitnego celu</p>
<p>ZBYT NISKI POZIOM LUB BRAK MOTYWACJI DO PODJĘCIA I AKTYWNEGO UDZIAŁU W TERAPII</p>	<p>GOTOWOŚĆ I ODPOWIEDNI POZIOM MOTYWACJI DO UDZIAŁU W TERAPII:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ analiza indywidualnych potrzeb i emocji związanych z udziałem w terapii;</li> <li>▪ umiejętność rozwiązywania konfliktów wewnętrznych (osobistych) i zewnętrznych oparta na zaspokajaniu potrzeb;</li> <li>▪ rozumienie konsekwencji podejmowanych decyzji;</li> <li>▪ wyznaczanie indywidualnych celów terapii.</li> </ul>	<p>Chmurka Gałąź logiczna Drzewko ambitnego celu</p>

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Analizując proces zmiany, nie należy skupiać się na kolejności prezentowanych zagadnień (problemów, ograniczeń). Poszczególne elementy tego procesu mogą bowiem osiągać różną pozycję w randze wartości osób jąkających się, gdyż odnoszą się do indywidualnych problemów (ograniczeń), które nie u wszystkich wystąpią lub też mogą wystąpić w różnym stopniu nasilenia. Stanowią one jedynie pewną strategię w przewycięzaniu ograniczeń w kontekście wieloaspektowości problemu jąkania.

## Podsumowanie

[...] każda sytuacja może być znacząco poprawiona.  
[...] każdy człowiek może osiągnąć pełnię życia.

*Eliyahu M. Goldratt*

Ograniczenie możliwości porozumiewania się, jakie niesie z sobą jąkanie, ma różnorakie konsekwencje, m.in. istotnie utrudnia osobie jąkającej się wyrażanie siebie, swoich potrzeb, emocji i uczuć, a także przeżyć i upodobań. Szczególnym następstwem trudności komunikacyjnych wynikających z niepełnej mowy jest jednak ograniczenie dotyczące wchodzenia w interakcje z innymi, werbalizowania własnych myśli, a zatem podstawowego wymiaru człowieczeństwa – bycia istotą społeczną. Teoria ograniczeń to pewna filozofia, w której ważny jest punkt widzenia danej kwestii (porównanie do okularów, przez które widzimy świat), w jaki sposób ją postrzegamy oraz jaką postawę przyjmujemy wobec problemów, konfliktów, możliwości, zagrożeń i niepewności. Nieodpowiednia postawa może bowiem spowodować, że będziemy koncertowali uwagę i siły na dążeniu do celu stojącego poniżej naszych możliwości lub rezygnowali z rozwoju<sup>93</sup>.

Przy czym pamiętajmy, że użyty w artykule termin „ograniczenie” (kojarzony zwykle z czymś negatywnym) w teorii ograniczeń otwiera zupełnie inną perspektywę, wskazuje bowiem te elementy (ograniczenia) w życiu, które stoją na drodze do osobowego rozwoju oraz realizacji ambitnych celów i stanowią zarazem podstawę do opracowania konstruktywnego planu działań pozwalającego na ich osiągnięcie.

Trzeba także pamiętać o tym, że osoba z niepełnością mowy, być może, będzie się jąkać do końca swojego życia, gdyż nie ma pewności, że jej się uda całkowicie wyleczyć jąkanie, może jednak nauczyć się radzenia sobie z nim do tego stopnia, że przestanie być ono dla niej istotnym problemem<sup>94</sup>.

<sup>93</sup> Y. ASHLAG: *Zasady TOC...*, s. VII.

<sup>94</sup> *Jąkanie – eksperci radzą...*, s. 182.



Zaprezentowane w artykule zastosowanie teorii ograniczeń, oparte na trzech graficznych narzędziach – „gałęzi logicznej”, „chmurce” i „drzewku ambitnego celu”, stanowi autorską i innowacyjną inicjatywę w zakresie wspierania procesu grupowej terapii osób jąkających się. Pozwala na niwelowanie przedstawionych w artykule problemów (ograniczeń), z którymi borykają się na co dzień osoby jąkające się. Efektywność i skuteczność zastosowania metody TOC w terapii jąkania potwierdzają m.in. wyniki diagnozy logopedycznej (wstępnej i końcowej), przeprowadzonej z wykorzystaniem: „Karty badania mowy i oceny efektów terapii” (oprac. własne na podstawie „Kwestionariusza Cooperów do oceny jąkania” w polskiej adaptacji M. Chęćka<sup>95</sup>), „Skali samooceny i oceny jąkania”<sup>96</sup> (J. Góral-Półrola, Z. Tarkowski), „Skali motywacji do terapii jąkania”<sup>97</sup> (J. Góral-Półrola, Z. Tarkowski), „Kwestionariusza Cooperów do oceny jąkania – Próba III. Ocena reakcji unikania” (polska adaptacja – M. Chęćek), a także kart diagnostycznych: „Obraz mojej mowy”, „Jak widzę swoje jąkanie”, „Co pasuje do Ciebie?”, „Nie liczcie na mnie”<sup>98</sup> (ocena stosunku dziecka do swojej mowy i jąkania oraz reakcji unikania) oraz „Jaki jestem?” (analiza samooceny i poczucia własnej wartości – opracowanie własne). Wyniki wskazują na pozytywny wpływ metody TOC m.in. na rozwój kompetencji komunikacyjnych i społecznych, w tym umiejętności interpersonalnych dzieci i młodzieży uczestniczących w grupowej terapii jąkania. W szczególności zaobserwowano:

- zwiększenie gotowości do komunikowania się;
- redukcję lęku i reakcji unikania w trudnych sytuacjach komunikacyjnych;
- swobodniejsze komunikowanie się w różnych sytuacjach;
- poprawę płynności mowy;
- wzrost samooceny i samoakceptacji;
- zwiększenie poczucia własnej wartości;
- lepsze radzenie sobie z emocjami i stresem;
- umiejętne rozwiązywanie problemów i konfliktów wewnętrznych (osobistych) i zewnętrznych (z innymi osobami);
- poprawę relacji z innymi osobami (w tym z rówieśnikami, rodzeństwem, rodzicami czy opiekunami, nauczycielami), zwiększenie asertywności;
- podejmowanie bardziej odpowiedzialnych decyzji;
- zwiększenie motywacji i zaangażowania w proces terapii (m.in. dzięki nabywaniu umiejętności: analizowania indywidualnych potrzeb związanych z terapią; identyfikowania i eliminacji różnych czynników – trudności,

<sup>95</sup> M. CHĘCIEK: *Kwestionariusz Cooperów do oceny jąkania. Zarys terapii*. Lublin, Wydaw. Fundacji „Orator” 2001.

<sup>96</sup> Z. TARKOWSKI, J. GÓRAL-PÓŁROLA: *Skala samooceny i oceny jąkania*. Lublin–Kielce, Wydaw. Fundacji „Orator”, Wydaw. Wyższej Szkoły Ekonomii, Turystyki i Nauk Społecznych w Kielcach, 2012.

<sup>97</sup> Z. TARKOWSKI, J. GÓRAL-PÓŁROLA: *Skala motywacji...*

<sup>98</sup> *Jak skutecznie pracować...*, s. 63, 73, 25, 56.

ograniczeń – zakłócających ten proces; przewidywania konsekwencji swoich zachowań).

Ponadto, dzięki wykorzystaniu wizualnych schematów myślowych TOC, możemy wpływać pozytywnie na poprawę koncentracji uwagi, a przy tym spowodować, że żmudny proces terapii będzie ciekawszy i atrakcyjniejszy dla jej uczestników.

Należy jednak pamiętać, że samo zastosowanie metody TOC w procesie terapii nie rozwiązuje wszystkich problemów osób jękających się. Stanowi tylko jedną z metod wspierających proces terapeutyczny.

Co powinniśmy zatem zrobić, aby osiągnąć sukces terapeutyczny?

Droga do sukcesu jest wybrukowana wieloma wyzwaniem, ale dzięki praktyce i nieustannym ćwiczeniom osoby mówiące nie płynnie mogą stanąć w szeregach osób, które prowadzą zupełnie typowe i szczęśliwe życie<sup>99</sup>.

Zdaniem Tarkowskiego, proces diagnostyczno-terapeutyczny stanowi ciąg wysuwanych hipotez, które powinny podlegać wnikliwej, empirycznej weryfikacji przez terapeutę. Nie ma jednej skutecznej metody terapii osób jękających się (a metoda terapeutyczna to również hipoteza). Terapeuta ma do wyboru wiele metod, a w przypadku, gdy zastosowana przez niego metoda nie przynosi zakładanych rezultatów, powinien poszukać innej, efektywniejszej<sup>100</sup>.

## Bibliografia

- ADAMCZYK B.: *Mój permanentny konflikt z dorosłymi jękającymi się. Chodzi o motywację*. „Logopedia” 2002, t. 30. Lublin, s. 213–216.
- ADAMS M.: *Myślenie pytaniami*. Przeł. A. WOJTASZCZYK. Warszawa, Studio Emka 2007.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5)*. Washington, American Psychiatric Association 2013.
- ASHLAG Y.: *Zasady TOC. Zarządzanie ograniczeniami rozwoju biznesu*. Przeł. M. KOWALCZYK. Warszawa, Mint Books 2015.
- ATEN J.L.: *Radzenie sobie z lękiem i napięciem w jękaniu*. W: *Jękanie – eksperci radzą*. Red. S.B. HOOD. Przeł. K. GAWEL, M. WĘSIERSKA. Katowice, Centrum Logopedyczne 2015, s. 57–61.
- BEILBY J.: *Psychosocial impact of living with a stuttering disorder: Knowing is not enough*. „Seminars in Speech & Language” 2014, vol. 35, issue 2, s. 132–143.
- „Bliżej Przedszkola”: 2011, nr 9.120; 2011, nr 11.122; 2012, nr 7–8.130–131; 2012, nr 9.132; 2012, nr 10.133; 2013, nr 2.137.
- BLOOD G.: *Bullying&SLPs. Enhancing our Roles as Advocates for Students who Stutter* [broszura]. Memphis, The Stuttering Foundation. [https://www.stutteringhelp.org/sites/default/files/Bullying\\_Brochure\\_draft.pdf](https://www.stutteringhelp.org/sites/default/files/Bullying_Brochure_draft.pdf) [data dostępu: 18.03.2017].

<sup>99</sup> F. O’CONNOR: *Frequently asked questions...*, s. 32.

<sup>100</sup> Z. TARKOWSKI: *Jękanie...*, s. 219.

- BLOOD G.: *Logopedzi wobec mobbingu szkolnego. Wzmacnianie roli logopedów jako rzeczników uczniów jękających się* [broszura]. Przeł. Z. BYSZEWSKA, I. MICHTA. Konsult. K. WĘSIERSKA. Memphis, The Stuttering Foundation. [https://www.stutteringhelp.org/sites/default/files/bullying\\_polish.pdf](https://www.stutteringhelp.org/sites/default/files/bullying_polish.pdf) [data dostępu: 18.03.2017].
- BONO E. DE: *Sześć myślowych kapeluszy*. [Przeł. J. KRZEMIEŃ-RUSCHE] Gliwice, Helion 2008.
- BORISAVLJEVIC S.: *Materiały szkoleniowe TOCfE*. Przeł. M. PIERNIKOWSKA. Gdańsk, Transfer Learning 2006.
- CHMELA K.A., REARDON N.: *Jak skutecznie pracować nad postawami i emocjami w terapii jękania*. Red. L.A. SCOTT. Przeł. M. KĄDZIOŁA, M. WĄSIERSKA. Katowice, Centrum Logopedyczne 2014.
- CHĘCIEK M.: *Jękanie. Diagnoza – terapia – program*. Kraków, Impuls 2007.
- CHĘCIEK M.: *Kwestionariusza Cooperów do oceny jękania. Zarys terapii*. Lublin, Wydaw. Fundacji „Orator” 2001.
- CHĘCIEK M.: *Podejście do terapii jękania jako zaburzenia kognitywno-lingwistycznego*. W: *Diagnoza i terapia w logopedii*. Red. J. PORAYSKI-POMSTA. W: „Z Prac Towarzystwa Kultury Języka”. T. 7. Warszawa, Towarzystwo Kultury Języka Sekcja Logopedyczna, Elipsa 2008, s. 243–270.
- CHĘCIEK M., BIJAK E.: *Fragmentaryczne wyniki badań nad motywacją do terapii jękania uczniów szkoły średniej*. W: „Logopedia Silesiana” 2015, nr 4, s. 158–169.
- CHĘCIEK M., BIJAK E., KAMIŃSKA D.: *Jękanie. Skuteczne techniki płynnego mówienia. TPM i TDSM w Zmodyfikowanym Programie Psychofizjologicznej Terapii Jękających się*. Gdańsk, Harmonia Universalis 2014.
- Człowiek wobec ograniczeń*. Z. TARKOWSKI J. JASTRZĘBOWSKA. Warszawa, Wydaw. Fundacji „Orator” 2002.
- DELL C.W.: *Terapia jękania u dzieci w młodszym wieku szkolnym*. Kraków, Impuls 2008.
- DEUŻNIEWSKA A.: *Narzędzia TOC w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi*. „Meritum” 2009, nr 2 (13), s. 44–47.
- DEUŻNIEWSKA A.: *TOC – Theory of Constraints (teoria ograniczeń) – w wychowaniu ku wartościom*. „Meritum” 2008, nr 1 (8), s. 21–25.
- FĄCISZEWSKA M.: *Swoiste zjawiska językowe występujące w tekstach dialogowych i narracyjnych tworzonych przez osoby jękające się*. W: *Zaburzenia płynności mówienia – teoria i praktyka*. T. 1. Red. K. WĘSIERSKA. Katowice, Komlogo, Uniwersytet Śląski w Katowicach 2015.
- GEUS E. de: *Czasami po prostu się jękam. Książka dla dzieci w wieku od 7 do 12 lat*. Przeł. M. WĘSIERSKA. Katowice, Centrum Logopedyczne 2013.
- GOLDRATT E.M., COX J.: *Cel I*. Przeł. M. DURAJ-CZYŻEWSKA. Warszawa, Mint Books 2008.
- GOLDRATT E.M., COX J.: *The Goal*. New York, Croton-on-Hudson, 1984.
- GOLDRATT R., WEISS N.: *Significant enhancement of academic achievement through application of the Theory of Constraints (TOC)*. „Human Systems Management” 2005, nr 24, s. 13–19.
- GONZALEZ A. et al.: *Success... an adventure. Learning to think for yourself and to work with others*. USA, Sirias Consulting 2007.
- GÓRAL-PÓŁROLA J.: *Jękanie. Analiza procesu komunikacji słownej*. Kraków, Impuls 2016.
- GREGORY H.: *Jękanie: Gdzie jesteśmy? Dokąd zmierzamy?* „Logopedia” 1994, t. 21, s. 25–29.
- GUITAR B., CONTURE E.G.: *Dziecko, które się jęka. Informacje dla pediatry*. [Przeł. M. WĘSIERSKA]. Katowice, Centrum Logopedyczne 2012.
- HETMAŃCZYK-BAJER H.: *Teoria ograniczeń w kontekście szeroko pojętych działań oświatowych*. „Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych” 2013, nr 1, s. 47–68.
- HETMAŃCZYK-BAJER H.: *Wykorzystanie Teorii Ograniczeń w procesie kształtowania kompetencji społecznych uczniów w młodszym wieku szkolnym*. „Chowanna” 2012, nr 2 (39), s. 225–236.
- HOLTE D.L.: *Głos odzyskany. Poradnik dla rodziców dzieci jękających się*. Przeł. T. SOKAŁA, J. FERLIN. Kraków, Wydaw. Edukacyjne 2016.

- HULIT L.M.: *Straight Talk on Stuttering: Information, Encouragement, and Counsel for Stutterers, Caregivers, and Speech-Language Clinicians*. Springfield, Charles C. Thomas 1996.
- Jąkanie – eksperci radzą. Red. S.B. HOOD. Przeł. K. GAWĘŁ, M. WĘSIERSKA. Katowice, Centrum Logopedyczne 2015.
- KAMIŃSKA D.: *Jak bawić się i uczyć z pasją. Zastosowanie narzędzi myślowych TOC w pracy z dziećmi*. Kraków, Centrum Edukacji „Bliżej Przedszkola” 2017.
- KAMIŃSKA D.: *Psychoterapia i socjoterapia w pracy z osobami jękającymi się*. „Logopedia Silesiana” 2014, nr 3, s. 266–270.
- KAMIŃSKA D.: *Wspomaganie płynności mowy dziecka – profilaktyka, diagnoza i terapia jękania wczesnodziecięcego*. Kraków, Impuls 2010.
- KELMAN E., WHYTE A.: *Understanding Stammering or Stuttering (A Guide for parents, Teachers and Other Professionals)*. Foreword M. PALIN. London–Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers 20123.
- KELMAN E., NICHOLAS A.: *Praktyczna interwencja w jękaniu wczesnodziecięcym. Podejście interakcyjne rodzic – dziecko – Palin PCI*. Przeł. M. KĄDZIOLA. Gdańsk, Harmonia Universalis 2013.
- LEARY M., KOWALSKI R.M.: *Lęk społeczny*. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2001.
- MASLOW A.: *Motywacja i osobowość*. [Przeł. J. RADZICKI]. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2009.
- Metoda „KLANZY”: [www.klanza.org.pl/METODA\\_KLANZY](http://www.klanza.org.pl/METODA_KLANZY) [data dostępu: 18.03.2017].
- MEYER D.: *The Why and How of Thinking in School*. USA, Published by D. Meyer 2011.
- O’CONNOR F.: *Frequently Asked Questions About Stuttering*. New York, Rosen Publishing Group 2008.
- PANKIN H., ELSÄSSER U.: *NLP w logopedii*. Przeł. M. WOJDAK-PIĄTKOWSKA. Gdańsk, Harmonia Universalis 2012.
- PRZYBYLA O., WOŹNIAK T.: *Projekt Network for Tuning Standards and Quality of Education Programmes for Speech and Language Therapists in Europe – cel i założenia*. „Logopedia Silesiana” 2012, t. 1. Katowice, s. 212–213.
- ROBERTS D.: *Storytelling for better behavior. Using traditional tales to explore responsibility, decision making and conflict resolution*. UK, Speechmark 2012.
- SINACKA-KUBIK E.: *Zarządzanie ograniczeniami – jak pomóc dziecku z trudnościami w funkcjonowaniu społecznym? „Dysleksja. Biuletyn Polskiego Towarzystwa Dysleksji”* 2011, nr 2 (10), s. 1–14.
- STROMSTA C.: *Stuttering: Its Nature and Management*. Memphis, Stuttering Foundation of America 2008.
- The Stuttering Foundation of America. [www.stutteringhelp.org](http://www.stutteringhelp.org) [data dostępu: 18.03.2017].
- SUERKEN K.: *Techniki aktywizujące myślenie – TOC*. Warszawa, MSCDN & TOCfE 2009.
- TARKOWSKI Z.: *Dzieci z zaburzeniami zachowania, emocji i mowy*. Gdańsk, Grupa Wydawnicza Harmonia 2016.
- TARKOWSKI Z.: *Jąkanie*. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 1999, s. 9–13.
- TARKOWSKI Z.: *Kwestionariusz niepłynności mówienia i logofobii (diagnoza i terapia jękania)*. Lublin, Wydaw. Fundacji „Orator” 2001.
- TARKOWSKI Z.: *Psychosomatyka jękania*. Wydaw. Fundacji „Orator” 2007.
- TARKOWSKI Z.: *Zmiana postaw wobec jękania*. Lublin, Wydaw. Fundacji „Orator” 2008.
- TARKOWSKI Z., GÓRAL-PÓŁROLA J.: *Skala motywacji do terapii jękania*. Lublin, Wydaw. Fundacji „Orator” 2012.
- TARKOWSKI Z., GÓRAL-PÓŁROLA J.: *Skala samooceny i oceny jękania*. Lublin–Kielce, Wydaw. Fundacji „Orator”, Wydaw. Wyższej Szkoły Ekonomii, Turystyki i Nauk Społecznych w Kielcach, 2012.
- TOC – Theory of Constraints. [www.toc-goldratt.com](http://www.toc-goldratt.com) [data dostępu: 18.03.2017].
- TOC Consulting. [www.toc-consulting.pl](http://www.toc-consulting.pl) [data dostępu: 18.03.2017].

- TOC for Education. [www.tocforeducation.com](http://www.tocforeducation.com) [data dostępu: 18.03.2017].
- TOCfE Polska (TOC dla Edukacji Polska). [ww.toc.edu.pl](http://ww.toc.edu.pl) [data dostępu: 18.03.2017].
- VUJICIC N.: *Bez rąk, bez nóg, bez ograniczeń!* Przeł. M. STEGENKA. Wrocław, Aetos Media 2012, s. 150.
- WEISSBOIM V., WEISS N.: *Wielozakresowy Organizator Wiedzy. Przełom w przekazie treści nauczania według TOC Teoria Ograniczeń*. Fundacja Teorii Ograniczeń dla Edukacji 2000.
- WĘSIERSKA K.: *Logopeda jako specjalista w dziedzinie zaburzeń płynności mowy*. W: *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka*. T. 1. Red. K. WĘSIERSKA. Katowice, Komlogo, Uniwersytet Śląski 2015, s. 101–113.
- WĘSIERSKA K., JEZIORCZAK B.: *Czy moje dziecko się jąka? Przewodnik dla rodziców małych dzieci, które mają problem z płynnym mówieniem*. Katowice, Centrum Logopedyczne 2011.
- WĘSIERSKA K., MAZUR M.: *Czynniki genetyczne w etiologii jąkania – doniesienia z badań*. „Forum Logopedyczne” 2012, nr 20, s. 90–94.
- WITTTGENSTEIN L.: *Tractatus logico-philosophicus*. Przekład, wstęp B. WOLNIEWICZ. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2000.
- WOŹNIAK T.: *Neuroanatomiczne przyczyny jąkania*. „Logopedia” 2016, t. 45, s. 175–187.
- WOŹNIAK T.: *Standard postępowania logopedycznego w przypadku jąkania*. „Logopedia” 2008, t. 37, s. 217–226.
- WOŹNIAK T.: *Teorie pochodzenia jąkania oparte na dowodach*. W: „Logopedia Silesiana” 2015, nr 4, s. 72–80
- ZIMBARDO P.G., JOHNSON R.L., McCANN V.: *Psychologia. Kluczowe kompetencje. Motywacja i uczenie się*. T. 2. Przeł. M. GUZOWSKA-DĄBROWSKA, J. RADZICKI, E. CZERNAWSKA. Warszawa, Wydaw. Naukowe PWN 2012.

ANETA SYTA

Zakład Logopedii i Emisji Głosu, Uniwersytet Warszawski

## Głos w pracy pedagoga Znaczenie, problemy i profilaktyka oraz propozycja ćwiczeń logopedycznych

### Voice in Teacher's Work. Significance, Issues, Prophylaxis and Proposal of Speech Therapy Exercises

**ABSTRACT:** Care for the vocal apparatus and ability to use it are prerequisites for maintaining its good condition for a long time. The article discusses issues related to the correct voice emission in the educator's work and draws attention to the threats the voice is exposed to in this profession. The importance of preventive measures to avoid voice-related problems and diseases among teachers has been demonstrated and logopaedic exercises have been proposed to allow this group of professionals to keep their voices and articulation apparatuses in good condition.

**KEY WORDS:** voice emission, voice hygiene, voice diseases, teacher, educator, speech therapy

Głos od początku istnienia ludzkości był jednym z podstawowych narzędzi komunikacji werbalnej i wokalne. W ciągu wieków stał się dla wielu ludzi narzędziem pracy, stanowiącym jej istotny element, jak w przypadku zawodu pedagoga. Środowiskiem pracy nauczyciela są z reguły klasy i szkoły bądź też inne miejsca w instytucjach pełniących funkcje edukacyjne, na przykład warsztaty, świetlice w placówkach kulturalno-oświatowych, sale gimnastyczne, laboratoria. Między innymi w tych miejscach dochodzi do interakcji między nauczycielami a uczniami. Ważnym elementem w tych interakcjach jest, niewątpliwie, sposób operowania przez nauczyciela głosem<sup>1</sup>.

Jednym z najważniejszych terminów, które należy omówić, poruszając temat zasadności ćwiczenia głosu w pracy, jaką wykonuje nauczyciel, jest głos ludzki, który Bogumiła Tarasiewicz definiuje, jako: „[...] swego rodzaju instrument muzyczny. Część tego instrumentu ma budowę daną przez naturę, ale na wiele

---

<sup>1</sup> Por. O. PRZYBYŁA: *Mówi się?! – fonetyka w kształceniu polonistycznym*. „Język Polski w Szkole IV–VI” 2008/2009, nr 2, s. 28–39.

składowych jego działania możemy mieć wpływ. Możemy – jak wytrawny muzyk – zagrać tak, by zabrzmiał jak najwspanialej<sup>2</sup>. Nieco inną definicję proponuje Mirosław Kisiel:

[...] głos, jako mowa dźwiękowa posiada charakterystyczne cechy fizyczne takie jak: natężenie, wysokość, barwę, a będąc również swoistym instrumentem muzycznym, uzewnętrznia dodatkowe elementy prozodyczne w postaci: akcentu, melodii i rytmu. Bogactwo i różnorodność elementów głosu mówionego i śpiewanego pozwala każdej jednostce posługiwać się niepowtarzalnym, aczkolwiek charakterystycznym dla siebie głosem<sup>3</sup>.

Na wstępie rozważań warto także wyjaśnić, czym jest emisja głosu. Emisja głosu (od łac. *emissio* – wypuszczanie) to „zespolona czynność oddychania, fonacji i artykulacji w połączeniu ze zjawiskiem rezonansu w przestrzeniach rezonacyjnych klatki piersiowej, krtani i nasady<sup>4</sup>”, a także wydobywanie głosu na zewnątrz; nauka wydobywania głosu „polegająca na skoordynowanej pracy aparatu głosowego i mięśni oddechowych w celu uzyskania rezonansu<sup>5</sup>”.

Kolejne bardzo ważne pojęcie to higiena głosu, która jest po prostu niczym innym jak wszystkimi czynnościami, jakie można wykonać, aby zadbać o głos. Higiena głosu to także aktywność fizyczna danej osoby, zbilansowana dieta, a także pamiętanie o tym, aby odpowiednio nawilżać śluzówkę krtani<sup>6</sup>.

## Techniki oddychania jako ważny aspekt pracy nad głosem

Pedagog pracujący na co dzień w szkole musi się nauczyć prawidłowego sposobu oddychania, aby ekonomicznie gospodarować wydychanym powietrzem, co skutkuje dobrą modulacją głosu i brakiem zapowietrzeń w mowie. Oddychanie w emisji głosu jest bardzo ważne, inaczej oddychamy, mówiąc, a inaczej podczas śpiewu itp. Ważny jest wypracowanie i nawyk używania odpowiedniego toru oddechowego.

---

<sup>2</sup> B. TARASIEWICZ: *Mówię i śpiewam świadomie. Podręcznik do emisji głosu*. Kraków, Universitas 2003, s. 17.

<sup>3</sup> M. KISIEL: *Emisja i higiena głosu w pracy dydaktyczno-wychowawczej nauczyciela*. Dąbrowa Górnicza, Wydaw. Wyższej Szkoły Biznesu 2012, s. 9.

<sup>4</sup> M. ŚLIWIŃSKA-KOWALSKA: *Głos narzędziem pracy. Poradnik dla nauczycieli*. Łódź, Instytut Medycyny Pracy 1999, s. 44.

<sup>5</sup> Ibidem, s. 45.

<sup>6</sup> O. PRZYBYŁA: *Mówi się?!...*, s. 32–35.

Wskazuje się trzy sposoby oddychania. Pierwszym z nich jest oddychanie żebrowo-brzuszne głębokie. Jest to rodzaj oddychania najczęściej używany i charakterystyczny dla zawodowych śpiewaków. Drugim sposobem oddychania jest oddychanie z przewagą żebrową. Ten sposób oddychania wyróżnia większość kobiet. Oddychanie z przewagą żebrową nie powinno odbywać się z udziałem unoszenia ramion. Ruch ten przebiega równocześnie ze skurczem mięśni szyi i krtani, co zakłóca swobodne tworzenie głosu. Oddychanie z przewagą oddychania brzusznego zachodzi wtedy, gdy podczas wdechu dolne żebra minimalnie się ruszają, natomiast przepona lekko przesuwana się ku dołowi i kurczy.

Różne te sposoby mogą być stosowane przez poszczególnych śpiewaków i adoptowane do ich własnego mechanizmu głosowego. Najważniejszą sprawą jest koordynowanie oddychania piersiowego z brzuszny, które w postaci beznaganej zachowane jest u zwierząt, dzieci i ludzi niewypaczonych cywilizacją<sup>7</sup>.

Dla nauczycieli te podstawowe informacje są niezbędne, pozwalają im na doskonalenie umiejętności panowania nad własnym głosem podczas interakcji z innymi ludźmi, a zatem uczniami oraz innymi nauczycielami. Nauczyciele oprócz tego, że nieumiejętnie dysponują wydychanym powietrzem, często niewłaściwie używają głosu, forsując go do granic wytrzymałości, co może prowadzić do wielu problemów, a także chorób.

## Problemy i choroby związane z narządem głosu

### Dieta i używki

Choroby i problemy dotyczące narządu głosu mogą dotknąć każdego, jednak to pedagodzy są szczególnie na nie narażeni. Jednym z najgroźniejszych czynników powodujących uszczerbek w sferze głosu jest stres: „[...] brzmienie głosu zdradza stan emocjonalny człowieka. Na tej podstawie jesteśmy w stanie stwierdzić, w jakim nastroju znajduje się jego właściciel, jakich emocji właśnie doznaje”<sup>8</sup>. Stres to ogromna mobilizacja organizmu spowodowana oddziaływaniem na niego silnych bodźców fizycznych lub psychicznych. Jeżeli oddziaływanie to trwa długi czas, może doprowadzić do zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu i chorób psychosomatycznych.

<sup>7</sup> M. ŁĄCZKOWSKA: *Z zagadnień fizjologii, patologii i higieny głosu*. „Logopedia” 1969, t. 8/9, s. 47.

<sup>8</sup> M. KISIEL: *Emisja i higiena głosu...*, s. 34.



Drugim bardzo ważnym czynnikiem, którego absolutnie nie można bagatelizować, jest utrzymanie odpowiedniej diety. Spożywanie pokarmów to jedna z podstawowych czynności życiowych, należy dbać o to, by dostarczać organizmowi odpowiednią ilość witamin i mikroelementów. To, w jaki sposób człowiek się odżywia, ma wpływ na funkcjonowanie jego organizmu, a więc i na aparat głosowy. Warto w związku z tym zapoznać się z informacjami dotyczącymi wpływu spożywania określonych produktów żywnościowych na aparat głosowy.

Woda i pozostałe napoje są podstawowym składnikiem diety człowieka. Woda korzystnie wpływa na aparat głosowy, w przypadku pracujących głosem zaleca się picie wody mineralnej niegazowanej. Często występującym w naszej diecie produktem jest cukier, lecz trzeba pamiętać, że spożywanie go w nadmiarze może doprowadzić do wielu chorób. Osoby pracujące głosem powinny ograniczać ilość spożywanego cukru także dlatego, że jego nadmiar powoduje wytwarzanie dużej ilości flegmy i konieczność częstego odchrząkiwania. Słodkocze – czekolady i toffi zaklejają krtań i fałdy głosowe, uniemożliwiając ich właściwą pracę. Należy się także wystrzegać żucia gumy. Częste i długotrwałe żucie gumy nie ma dobrego wpływu na aparat głosowy. Podczas żucia zwiększa się ilość produkowanej śliny, a samo żucie utrwała tendencję do szczękocisku. Kolejnym niewskazanim produktem spożywczym są lody, szczególnie podczas upałów, gdyż gwałtowne zmiany temperatury są niekorzystne dla aparatu głosowego. Nabiał jest produktem często występującym w naszej diecie. Wartość odżywcza tego typu produktów jest powszechnie znana i doceniana, lecz w przypadku osób pracujących głosem może wystąpić pewien problem. Następnym produktem spożywczym wartym omówienia – w kontekście diety przeznaczonej dla nauczycieli – jest czerwone mięso i potrawy ciężkostrawne. Niewątpliwie są one uciążliwe dla układu pokarmowego. Powodują, że cała energia organizmu zostaje przeznaczona na ich trawienie, a nie na pracę mięśni. Osoby pracujące głosem powinny spożywać posiłki lekkostrawne.

Odpowiednia dieta oraz pozostałe wspomniane zasady postępowania składają się na kulturę pracy nauczyciela, która zapewnia wysoki komfort jej wykonywania. Używki z całą pewnością nie należą do czynników pomagających nauczycielowi zwiększać komfort swojej pracy. Używką jest to produkt spożywczy, który działa pobudzająco na organizm ludzki.

[...] do grona używek można zaliczyć: kawę, herbatę, tytoń, napoje alkoholowe, napoje energetyzujące, cukier spożywczy i afrodyzjaki. Używkami mogą być również narkotyki lub tzw. dopalacze, które w mniejszym lub większym stopniu są w stanie zmienić stan świadomości człowieka. Większość używek posiada moc uzależnienia, o czym przekonują się po pewnym czasie osoby zażywające je. Do najczęściej stosowanych przez nauczycieli używek należy herbata i kawa. Obydwa napoje posiadają wiele pozytywnych zalet dla konsumpcji, ale równocześnie przy braku zachowania

ostrożności, mogą stać się źródłem problemów zdrowotnych zwłaszcza aktywnych głosowo pedagogów<sup>9</sup>.

Wykonując zawód nauczyciela, należy wykluczyć stosowanie takich używek, jak papierosy i alkohol. Nie przestrzegając tej zasady, nauczyciel przekazuje uczniom negatywny wzorzec zachowania, a jednocześnie dym papierosowy i alkohol szkodliwie oddziałują na jego organizm, w tym na narząd głosu. Spośród używek można wymienić jeszcze narkotyki, a także napoje energetyzujące. Zarówno narkotyki, jak i napoje energetyzujące źle oddziałują na aparat głosowy oraz na cały organizm. Mogą powodować rozkojarzenie, a także nadpobudliwość. Ich długie używanie prowadzi do uzależnień.

### Choroby

Choroby, jakie czyhają na zdrowie osób pracujących głosem, w tym nauczycieli, to przede wszystkim:

[...] guzki głosowe twarde, które są małymi, okrągłymi tworami występującymi w przedniej i środkowej części fałdów (strun) głosowych. Powodują one drżenie głosu i chrypkę po dłuższym mówieniu. Wtórne zmiany przerostowe fałdów głosowych – powodujące pogrubienie strun głosowych lub ograniczone zmiany przerostowe, np. polipy krtani; charakteryzują się chrypką i obniżeniem głosu, a także niedowład mięśni przywodzących i napinających fałdy głosowe z niedomykalnością fonacyjną głośni i trwałą dysfonią – zaburzenia polegające na niepełnym zwarciu strun głosowych podczas fonacji; objawiają się stałą chrypką oraz czasowym bezgłosem<sup>10</sup>.

Osoby uczące w szkole powinny bacznie przyjrzeć się swojemu trybowi życia.

Praca nauczyciela ma charakter statyczny, dlatego też szczególnie istotna jest dbałość o sprawność fizyczną. Poprawia ona koordynację oddechowo-ruchową i ogólną wydolność układu oddechowego. Zdrowy głos i sprawne nim operowanie wiąże się nierozdzielnie ze zdrowym ciałem i umysłem. Ciało powinno zawsze wspierać krtani w wydobywaniu dźwięków. Aby tak się działo, musi być sprawne i wolne od napięć, bo przecież zdrowe ciało to również zdrowy głos. Dobra sprawność fizyczna poprawia koordynację oddechowo-ruchową i ogólną wydolność układu oddechowego. Wpływa na postawę ciała, daje lepsze samopoczucie. Swoboda ruchów, plastyczność ciała i rozluźnienie umożliwiają dotarcie do otwartego i pełnego głosu<sup>11</sup>.

<sup>9</sup> K. DURAJ-NOWAKOWA: *Nauczyciel. Kultura – osoba – zawód*. Kielce, Mediator 2000, s. 25.

<sup>10</sup> *Emisja głosu*. [http://www.staff.amu.edu.pl/~emisja/index.php?option=com\\_content&task=view&id=26&Itemid=47](http://www.staff.amu.edu.pl/~emisja/index.php?option=com_content&task=view&id=26&Itemid=47) [data dostępu: 1.12.2014].

<sup>11</sup> K. DURAJ-NOWAKOWA: *Nauczyciel...*, s. 32.

Kisiel, pisząc o profilaktyce, zaznacza:

[...] w zakresie emisji głosu jest działaniem mającym na celu zapobieganie powstawaniu chorobom głosu, poprzez utrzymanie narządu głosotwórczego i całego organizmu w dobrej kondycji zdrowotnej, a także wczesne wykrycie i leczenie chorób. Działania profilaktyczne w zakresie choroby zawodowej nauczycieli obejmują: zapewnienie obowiązkowego kształcenia w zakresie emisji głosu (na studiach i cyklicznie w trakcie kariery zawodowej), zapewnienie regularnych konsultacji foniatrycznych, ograniczenie liczebności klas, zapewnienie prawidłowej organizacji pracy uwzględniającej przerwy w wysiłku głosowym, wyposażenie klas w mikrofony i sprzęt nagłaśniający, zapewnienie komfortu pracy głosem (prawidłowy mikroklimat i jakość powietrza)<sup>12</sup>.

Najważniejsza jest świadomość wśród nauczycieli tego, jakie powinny być działania prozdrowotne. Jeśli zaś chodzi o terapię głosu, świetnym jej elementem są warsztaty głosowe, podczas których działania profilaktyczne i terapeutyczne zostają wzmoczone. Obecnie warsztaty głosowe są bardzo popularną formą doskonalenia zawodowego i można je znaleźć w ofercie coraz większej liczby ośrodków, które zajmują się kształceniem głosu. Samo pojęcie warsztatu często jest stosowane i używane do określania wielu typów działania:

Termin „warsztaty” jest bardzo nośny ze względu na swoją pojemność. W encyklopedycznym znaczeniu jest to spotkanie, które ma na celu uaktywnienie uczestników edukacyjnego zjazdu. Aktywność ta nie musi być związana tylko i wyłącznie z działaniem. Może być również intelektualną interpretacją i realizacją poruszanego zagadnienia. Warsztaty stwarzają ogromne możliwości poznawcze. Podczas ich trwania poznaje się nie tylko grupę osób, z którymi prowadzone są zajęcia i ich umiejętności, ale również samego siebie<sup>13</sup>.

W trakcie realizacji zadań warsztatowych z zakresu emisji głosu prowadzona jest praca zarówno profilaktyczna, jak i terapeutyczna. Działania profilaktyczne są ściśle powiązane z zapobieganiem chorobom poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie.

Bardzo ważny jest również urlop, jako czas, w którym głos nauczyciela może odpocząć. Należy pamiętać, że nauczyciel może skorzystać z renty głosowej:

[...] aby ją uzyskać, potrzebna jest już systematyczna konsultacja foniatryczna oraz diagnoza głosu przeprowadzona w Instytucie Medycyny Pracy. Nauczyciele, poza prawem do świadczeń zdrowotnych z ubezpieczenia zdrowotnego, w takim samym zakresie, jak inni pracownicy, mają dodatkowo prawo do profilaktycznej opieki zdrowotnej na zasadach określonych w Kodeksie Pracy<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> M. KISIEL: *Emisja i higiena głosu...*, s. 121–122.

<sup>13</sup> Ibidem, s. 131.

<sup>14</sup> Ibidem, s. 138.

Ważne jest, aby nauczyciel dbał o samokształcenie, które należy rozumieć nie tylko jako poszerzanie wiedzy, ale również jako dbanie o głos. Samokształcenie bez względu na to, jaką definicję się przyjmuje (a jest ich wiele i nie są jednoznaczne), wyróżnia się kilkoma cechami, którymi są „dobrowolność w działaniu, określanie celów i wybór wzorców”<sup>15</sup>. Nauczyciel powinien ustalić zasady zdrowego życia, określić cele, jakie chce osiągnąć przez zdrowe nawyki, oraz wybrać wzorce, które pomogą mu w dbaniu o piękny, dźwięczny głos i życie bez chorób dotyczących układu oddechowego. Zgodnie z tą myślą w kolejnym podrozdziale omówiono ćwiczenia artykulacyjne, oddechowe oraz relaksacyjne bardzo pomocne w pracy nauczyciela, ponieważ pozwalają mu uzyskać lepszą wyrazistość mowy, a co za tym idzie zapewniają skuteczniejsze przekazywanie wiedzy uczniom.

### Ćwiczenia artykulacji oraz ćwiczenia oddechowe jako ważne aspekty w pracy nauczyciela Propozycje ćwiczeń

„Od szkoły oczekuje się dostarczania wzorów odpowiedniego posługiwania się polszczyzną”<sup>16</sup>. Chodzi tu oczywiście o polszczyznę zgodną z normą językową i regułami konwersacyjnymi, a także o wspomnianą wyrazistość wypowiedzi<sup>17</sup>, która zależy od sprawności aparatu artykulacyjnego. Ponadto należy pamiętać, że język nauczyciela w dużej mierze decyduje o skuteczności porozumiewania się w sytuacji szkolnej, podczas prowadzenia lekcji przez nauczyciela, w szczególności sposób, ponieważ „na jakość wzajemnego porozumiewania się na lekcji wpływają umiejętności językowe nauczycieli: staranność artykulacyjna, płynność mowy”<sup>18</sup>.

Wymawianiu poszczególnych dźwięków mowy towarzyszy poruszanie się warg, języka, podniebienia miękkiego i żuchwy. Ruchy te muszą być bardzo dokładne, tzn. powinny być wykonywane w ściśle określony sposób, a także w danym miejscu jamy ustnej. Na przykład realizacja głoski [s] wymaga zbliżenia siekaczy do siebie, co możliwe jest tylko przy prawidłowym zgryzie. Dla poprawnego artykułowania dźwięków mowy jest więc konieczna zarówno sprawność, jak i prawidłowa budowa aparatu artykulacyjnego.

<sup>15</sup> T. MIELNIK: *Kultura pedagogiczna nauczycieli praktycznego nauczania zawodu*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1991, s. 141.

<sup>16</sup> E. WOLAŃSKA: *Polszczyzna publiczna początku XXI wieku*. Warszawa, Rada Języka Polskiego przy Prezydium PAN 2007, s. 29–30.

<sup>17</sup> Por. O. PRZYBYŁA: *Mówi się?!...*, s. 30–38.

<sup>18</sup> E. WOLAŃSKA: *Polszczyzna publiczna...*, s. 31.

Ćwiczenia aparatu artykulacyjnego mają na celu między innymi usprawnienie języka, warg, podniebienia miękkiego i żuchwy (tzw. szczęki dolnej, ruchomej). Pozwalają również na opanowanie umiejętności świadomego kierowania ruchami narządów artykulacyjnych, wypracowanie wrażliwości miejsc i ruchów w jamie ustnej, istotnych dla prawidłowego wymawiania dźwięków, oraz usprawnienie koordynacji ruchowej w zakresie aparatu artykulacyjnego. Zestaw i proporcje ćwiczeń są zazwyczaj uzależnione od wyznaczonego celu.

W terapii logopedycznej nauczyciel powinien wykonywać takie ćwiczenia kilka razy w ciągu dnia przez 5–10 minut. Trzeba jednak pamiętać, że czas trwania i liczbę powtórzeń powinien dostosować do swoich indywidualnych możliwości.

Ćwiczenia należy urozmaicać, nie można wykonywać cały czas tych samych. Na początku należy ćwiczyć przed lustrem, a kiedy już potrafi się wykonać określone ruchy bez kontroli, można wykorzystywać każdą nadarzącą się okazję, np. spacer czy jazdę samochodem. Ćwiczenia artykulacyjne powinny być wykonane dokładnie, dlatego nie jest wskazany pośpiech ani zbyt duża liczba powtórzeń w ciągu jednej sesji. Korzystniej jest powtarzać je przy różnych okazjach, aż zostanie osiągnięta precyzja i szybkość ruchów narządów artykulacyjnych. Artykulatory miękkie to język, wargi, żuchwa, podniebienie miękkie. W dalszej części artykułu przedstawiono propozycję ćwiczeń logopedycznych dla nauczycieli, która jest oparta na własnych materiałach, jak również materiałach dostępnych na stronie internetowej poświęconej logopedii<sup>19</sup>.

### Ćwiczenia warg:

- nadymanie policzków, usta ściągnięte;
- wciąganie ust w głąb jamy ustnej;
- parskanie wargami;
- chwytanie ustami drobnych cukierków, chrupek, kawałków skórki chleba itp.;
- napinanie warg w pozycji rozciągniętej – dwie osoby siedzące naprzeciw siebie trzymają ustami kartkę papieru i każda ciągnie w swoją stronę;
- powolne otwieranie i zamykanie warg tworzących kształt koła, zęby „zamknięte”;
- wysuwanie obu warg do przodu, tak by tworzyły „ryjek świnki”;
- wysunięcie warg jak przy wymawianiu [u], położenie na górnej wardze słomki lub ołówka i próby jak najdłuższego utrzymania przedmiotu.

---

<sup>19</sup> Ćwiczenia aparatu artykulacyjnego. <http://www.logopedia.net.pl/artykuly/65/cwiczenia-aparatu-artykulacyjnego.html> [data dostępu: 11.02.2015].

### Ćwiczenia języka:

- obliżywanie warg przy otwartych ustach – ruch okrężny;
- obliżywanie zębów przy zamkniętych ustach – ruch okrężny;
- kłaskanie;
- uderzanie językiem o podniebienie twarde;
- dotykanie językiem nosa, brody, w kierunku lewego ucha, a potem prawego;
- wypychanie policzków językiem;
- „malowanie” swojego podniebienia, począwszy od zębów, w stronę gardła;
- dotykanie językiem nosa, brody, w kierunku lewego ucha, a potem prawego;
- przesuwanie wysuniętym językiem poziomo z jednej strony na drugą;
- wysuwanie języka na zewnątrz i cofanie go w głąb jamy ustnej – językiem powinno się poruszać poziomo (ze skrajnej pozycji przedniej do skrajnej tylnej).

### Ćwiczenia podniebienia miękkiego:

- język wysunięty z szeroko otwartych ust, wdychanie i wydychanie powietrza ustami;
- nabieranie powietrza ustami, zatrzymanie w policzkach, następnie wypuszczanie nosem;
- płukanie gardła ciepłą wodą.

### Ćwiczenia żuchwy:

- opuszczanie żuchwy – należy powoli i spokojnie opuszczać żuchwę, starając się jak najszerzej otworzyć buzię;
- ziewanie – świetne ćwiczenie na rozluźnienie stawu;
- robienie kółek żuchwą – raz w prawo, raz w lewo;
- przeżuwanie – ruszanie buzią tak, jak podczas jedzenia.

Kolejnymi ćwiczeniami pomocnymi w pracy nauczyciela są ćwiczenia oddechowe. Odpowiedni oddech związany jest z pracą płuc, co omówiono w poprzednim podrozdziale. Celem zaproponowanych ćwiczeń jest wyrobienie nawyków oddechowych, tzn. wyćwiczenie właściwego toru oddechowego. Zasady wykonywania ćwiczeń oddechowych są dosyć proste i każdy pedagog powinien je z łatwością zapamiętać:

- „ćwiczenia należy wykonywać przynajmniej dwa razy dziennie,
- ćwiczenia należy wykonywać przed jedzeniem lub przynajmniej godzinę po posiłku,

- przed przystąpieniem do ćwiczeń oddechowych należy rozluźnić mięśnie szyi (swobodne skręty głowy w prawo i w lewo, ruch okrężny głową, chowanie głowy w ramionach),
- podczas ćwiczeń należy zachować swobodną pozycję ramion i barków (bez czynnego unoszenia ramion),
- podczas ćwiczeń nie należy odchyłać głowy do tyłu; głowa powinna być lekko pochylona do przodu,
- nigdy nie należy wydychać całego nabranego powietrza<sup>20</sup>.

Zaproponowane zestawy ćwiczeń narządów mowy oraz przedstawione zasady ćwiczeń oddechowych mają istotne znaczenie, jeśli chodzi o wypowiedzi słowne nauczyciela. Jedną z najczęściej tego typu wypowiedzi stosowanych w szkole jest opowiadanie. Opowiadanie ma dużą wartość, „wprowadza ucznia w świat obiektywnych zjawisk i działań, wpływa na jego emocje i ożywia przekazywanie treści”<sup>21</sup>. Żeby opowiadanie było wyartykułowane w taki właśnie żywy sposób i aby poruszyło uczniów do myślenia i aktywnego uczestnictwa w zajęciach, nauczyciel musi władać dobrą dykcją, a tą z kolei zapewni mu wykonywanie ćwiczeń narządów mowy i odpowiedniego oddechu.

## Podsumowanie

Zaprezentowana w artykule analiza poszczególnych zagadnień dotyczących narządu głosu miała na celu ukazanie zagrożeń dla jego funkcjonowania w kontekście pracy nauczyciela. Ponadto wykazanie roli profilaktyki i ćwiczeń utrzymujących sprawność aparatu artykulacyjnego może służyć jako wskazówka postępowania dla nauczycieli. Każdy pedagog posiadający tę wiedzę może odpowiednio dostosować swoje zachowanie i sposób postępowania tak, aby zachować głos w dobrej kondycji przez jak najdłuższy czas. Dzięki temu będzie miał również możliwość przekazywania uczniom treści dydaktycznych w sposób nienaganny.

---

<sup>20</sup> Programy zdrowotne: <http://www.programyздrowotne.pl/programypowrotudopracy/glos/Programnaukiemisjogosu/Default.aspx> [data dostępu: 1.12.2014].

<sup>21</sup> S. NALASKOWSKI: *Metody nauczania*. Toruń, Wydaw. Adam Marszałek 1998, s. 86.

## Bibliografia

- Ćwiczenia aparatu artykulacyjnego*. <http://www.logopedia.net.pl/artykuly/65/cwiczenia-aparatu-artykulacyjnego.html> [data dostępu: 11.02.2015].
- DURAJ-NOWAKOWA K.: *Nauczyciel. Kultura – osoba – zawód*. Kielce, Mediator 2000.
- Emisja głosu*. [http://www.staff.amu.edu.pl/~emisja/index.php?option=com\\_content&task=view&id=26&Itemid=47](http://www.staff.amu.edu.pl/~emisja/index.php?option=com_content&task=view&id=26&Itemid=47) [data dostępu: 1.12.2014].
- KISIEL M.: *Emisja i higiena głosu w pracy dydaktyczno-wychowawczej nauczyciela*. Dąbrowa Górnicza, Wydaw. Wyższej Szkoły Biznesu 2012.
- ŁĄCZKOWSKA M.: *Z zagadnień fizjologii, patologii i higieny głosu*. „Logopedia” 1969, t. 8/9, s. 20–27.
- MIELNIK T.: *Kultura pedagogiczna nauczycieli praktycznego nauczania zawodu*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1991.
- NALASKOWSKI S.: *Metody nauczania*. Toruń, Wydaw. Adam Marszałek 1998.
- Programy zdrowotne: <http://www.programyzdrowotne.pl/programypowrotudopracy/glos/Programnaukiemisjigosu/Default.aspx> [data dostępu: 1.12.2014].
- PRZYBYŁA O.: *Mówi się?! – fonetyka w kształceniu polonistycznym*. „Język Polski w Szkole IV–VI” 2008/2009, nr 2, s. 28–39.
- ŚLIWIŃSKA-KOWALSKA M.: *Głos narzędziem pracy. Poradnik dla nauczycieli*. Łódź, Instytut Medycyny Pracy 1999.
- TARASIEWICZ B.: *Mówię i śpiewam świadomie. Podręcznik do emisji głosu*. Kraków, Universitas 2003.
- WOLAŃSKA E.: *Polszczyzna publiczna początku XXI wieku*. Warszawa, Rada Języka Polskiego przy Prezydium PAN 2007.





CZEŚĆ TRZECIA

# Pomoce, recenzje

Logopedia  
Silesiana  
6





JOANNA BŁĄŻEJEWSKA-ZIORA

Poradnia Logopedyczna w Katowicach

Szkoła Podstawowa nr 58 z Oddziałami Integracyjnymi im. Marii Dąbrowskiej w Katowicach

Niepubliczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna „Terapis” w Mikołowie

## Narzędzie diagnostyczne do wykorzystania we wczesnej interwencji neurologopedycznej – kwestionariusz do oceny funkcjonowania małego dziecka do 12. miesiąca życia na podstawie wywiadu z rodzicami

Diagnostic tool for use in early neurologopedic intervention –  
questionnaire to assess the functioning of a small child  
up to 12 months of life based on an interview with parents

ABSTRACT: The aim of the article is to submit a diagnostic proposal for use in early neurologopedic intervention. The questionnaire presents a diagnostic procedure, which is based on a detailed interview with parents regarding the motor, cognitive, social and communication development of the child.

KEY WORDS: early intervention, questionnaire for the assessment of a small child, interview, diagnostic tool

Wczesnodziecięca interwencja neurologopedyczna w przypadku dzieci, których rozwój jest w pewnym stopniu zaburzony, wymaga współpracy specjalistów różnych dyscyplin naukowych z rodzicami, którzy grają najważniejszą rolę w niesieniu pomocy we wczesnym okresie życia dziecka. Dużo dyskutuje się o potrzebie współpracy rodzic – terapeuta na drodze oddziaływań terapeutycznych. Zapominamy jednak, jak istotne znaczenie w diagnozie małego dziecka ma odwołanie się do wiedzy rodzica. Tylko rodzic, opiekun, który spędza dużo czasu z dzieckiem, jest nam w stanie szczegółowo odpowiedzieć na pytania dotyczące rozwoju psychoruchowego swojej pociechy. Stąd też pomysł stworzenia narzędzia diagnostycznego, które w dużej mierze opierać się będzie na wywiadzie z rodzicami.

Prezentowane narzędzie to kwestionariusz składający się z dwóch części. Pierwsza część przeznaczona jest dla rodziców. Pytania zostały tak sformułowane, aby przeciętny rodzic udzielił rzetelnej odpowiedzi dotyczącej rozwoju psychoruchowego niemowlęcia, który został podzielony na trzy kategorie: rozwój motoryczny (motoryka duża i mała), rozwój poznawczy i społeczny oraz rozwój umiejętności komunikacyjnych.

Pytania o okres prenatalny oraz perinatalny nakierowują odpowiedź rodzica na najważniejsze z punktu widzenia etiologii kwestie. Rodzic skupia się przede wszystkim na konkretnym, bieżącym miesiącu życia niemowlęcia. Odpowiadając na pytania dotyczące wcześniejszych miesięcy życia, przyczyni się do określenia schematu rozwojowego dziecka. Forma pytań umożliwia odpowiedzenie dwojako na pytania. Odpowiedź potwierdzająca informuje o tzw. normie rozwojowej. Odpowiedź przecząca wskazuje na pewne dysharmonie rozwojowe, które jednak nie muszą świadczyć o jakimś zaburzeniu.

W narzędziu istotną rolę pełni również część dotycząca karmienia niemowlęcia. Zwraca się uwagę nie tylko na różnicowanie karmienia naturalnego od sztucznego, ale też na istotność akcesoriów używanych w karmieniu, schematów żywieniowych czy stosowanych diet.

Drugą część kwestionariusza wypełnia neurologopeda, którego zadaniem jest przeprowadzenie badania diagnostycznego oraz naniesienie wyników na arkusz. Część dla terapeuty jest schematycznym zapisem badania neurologopedycznego. W skład badania wchodzi ocena symetrii i napięcia ciała, budowy aparatu orofacjalnego, rozwoju psychoruchowego oraz karmienia. Narzędzie nie narzuca stosowania określonego badania diagnostycznego dotyczącego rozwoju psychoruchowego. Nie jest również sprzeczne z jakąkolwiek diagnostyką rozwojową.

Przedstawione narzędzie pozwala dokonać szczegółowej diagnozy funkcjonowania dziecka, wykryć ewentualne zaburzenia rozwojowo-funkcjonalne oraz zaplanować rzetelne oddziaływanie profilaktyczne lub terapeutyczne.

## Kwestionariusz do oceny funkcjonowania małego dziecka do 12. miesiąca życia na podstawie wywiadu z rodzicami

Data.....

### CZĘŚĆ I

*Wypełnia rodzic*

Imię i nazwisko dziecka .....

Data urodzenia..... Wiek badanego w miesiącach.....

Choroby i urazy.....

.....

Informacje o rodzinie

Imię matki ..... Wiek..... Wykształcenie .....

Zawód..... Stan zdrowia.....

Imię ojca..... Wiek..... Wykształcenie .....

Zawód..... Stan zdrowia.....

Rodzeństwo (imię, wiek oraz stan ogólnego rozwoju psychoruchowego) .....

.....

.....

.....

.....

Wady i choroby występujące w bliskiej i dalszej rodzinie.....

.....

.....

.....

.....

### Okres prenatalny i perinatalny

1. Czy w okresie ciąży wystąpiły jakieś komplikacje (choroby, urazy)? Jeżeli tak, to jakie?

.....

.....

.....

.....

2. Czy w okresie ciąży były zażywane jakieś leki lub używki? Jeżeli tak, to jakie?

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

3. Czy poród nastąpił o czasie siłami natury? Czy były użyte kleszcze, vacuum lub zdecydowano się na cesarskie cięcie? Jeżeli tak, to jaka była tego przyczyna?

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

4. Jak oceniono noworodka tuż po porodzie (pierwsze badania, w tym badanie przesiewowe słuchu, skala Apgar)?

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

5. Czy coś zaniepokoiło rodziców lub lekarzy w funkcjonowaniu noworodka w pierwszych dniach życia? Jeżeli tak, to kto zwrócił uwagę na niepokojące objawy? Jakie to były objawy?

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

6. Czy w pierwszych dobach życia były podawane dziecku leki? Jeżeli tak, to jakie?

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

7. Czy w pierwszych dniach życia niemowlę było karmione naturalnie? Jeżeli nie, to z jakiego powodu zdecydowano się na inną formę karmienia? Jaką formę karmienia zastosowano?

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

## Okres postnatalny

1. ROZWÓJ MOTORYCZNY * Proszę podać informacje dotyczące aktualnego wieku badanego dziecka oraz udzielić odpowiedzi na pytania dotyczące wcześniejszych etapów rozwojowych, które Państwo pamiętają	Tak	Nie
<p><b>Czy w 1. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Odwraca głowę na bok w leżeniu na plecach .....</li> <li>2. Utrzymuje głowę wzdłuż osi tułowia .....</li> <li>3. Utrzymuje głowę w górze przez 3 sekundy w leżeniu na brzuchu ...</li> <li>4. Porusza naprzemiennie nogami i rękami .....</li> <li>5. Utrzymuje zgięciową pozycję ciała .....</li> <li>6. Wykonuje symetryczne ruchy .....</li> <li>7. Dłonie ma przeważnie zamknięte .....</li> <li>8. Ręce są w częstym ruchu, dziecko bada otoczenie .....</li> <li>9. Potrafi włożyć kciuk do ust .....</li> <li>10. Może pociągać kocyk, którym jest przykryte .....</li> </ol>		
<p><b>Czy w 2. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leżąc na brzuchu, unosi głowę pod kątem 45 stopni .....</li> <li>2. Trzymane na rękach potrafi utrzymać głowę przez kilkanaście sekund .....</li> <li>3. Ssie własny kciuk .....</li> <li>4. Potrafi się przeturlać po powierzchni, na której leży .....</li> <li>5. Coraz częściej otwiera dłoń podczas czuwania .....</li> <li>6. Krótco trzyma przedmiot włożony w dłoń .....</li> <li>7. Przesuwa do ust przedmioty włożone w rękę .....</li> <li>8. Wkłada palce do ust .....</li> <li>9. Próbuje sięgnąć po zabawkę .....</li> </ol>		
<p><b>Czy w 3. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leżąc na brzuchu, unosi głowę pod kątem 45–90 stopni i utrzymuje ją w górze około minuty .....</li> <li>2. Głowa nie opada do tyłu przy podnoszeniu .....</li> <li>3. Leżąc na brzuchu, krótco podpira się na przedramionach .....</li> </ol>		



1. ROZWÓJ MOTORYCZNY – ciąg dalszy	Tak	Nie
4. Wykonuje energiczne ruchy rąk i nóg ..... 5. Podtrzymywane dotyka podłoża zgiętymi nogami ..... 6. Potrafi przemieszczać się w łóžeczku ..... 7. Wyciąga dłonie w kierunku przedmiotu ..... 8. Dłonie są na wpeł rozchylone podczas czuwania ..... 9. Ogląda swoje dłonie i wkłada je do ust ..... 10. Ścisła zabawkę włożoną do ręki i usiłuje włożyć ją do ust .....		
<b>Czy w 4. miesiącu życia dziecko:</b> 1. Podczas podciągania za ręce próbuje unosić głowę i zginać nogi .... 2. Pewnie utrzymuje głowę i odwraca ją we wszystkich kierunkach .. 3. Leżąc na brzuchu, pewnie podpira się na przedramionach ..... 4. Leżąc na brzuchu, prostuje nogi ..... 5. Zaczyna przewracać się z brzucha na plecy ..... 6. Zrzuca pieluchę, kocyk z twarzy ..... 7. Siedzi podparte z tyłu ..... 8. W ściśniętej dłoni ma kciuki wyciągnięte na zewnątrz ..... 9. Bawi się własnymi rękami ..... 10. Wkłada ręce i przedmioty do ust ..... 11. Chwyta świadomie ..... 12. Stara się chwycić zabawkę w dłoń ..... 13. Macha przedmiotem, który trzyma w ręce ..... 14. Lubi zabawy wodą, potrafi ją rozchlapywać ..... 15. Wie, jak bawić się daną zabawką .....		
<b>Czy w 5. miesiącu życia dziecko:</b> 1. Utrzymuje głowę, jeśli jest przechyłane na boki ..... 2. Podtrzymywane za ramiona unosi głowę i pewnie ją utrzymuje .... 3. Leżąc na brzuchu, odrywa przedramiona od podłoża i prostuje nogi ..... 4. Leżąc na brzuchu, potrafi podeprzeć się na otwartych dłoniach .... 5. Aktywnie przewraca się z brzucha na plecy .....		

I. ROZWÓJ MOTORYCZNY – ciąg dalszy	Tak	Nie
6. Leżąc na plecach, unosi nogi i aktywnie nimi kopie ..... 7. Leżąc, potrafi wyzwolić się z pieluszki okrywającej twarz ..... 8. Odkrywa się, wykonując gwałtowne ruchy pedałowania ..... 9. Pewnie siedzi podparte z tyłu ..... 10. Próbuje pełzać po podłodze ..... 11. Podtrzymywane opiera się na czubkach palców ..... 12. Prowadzi rękę do ust pod kontrolą wzrokową ..... 13. Stara się dotknąć zabawki ..... 14. Pewnie chwytą przedmioty i sprzeciwia się, gdy dorosły chce je zabrać ..... 15. Utrzymuje małą zabawkę w dłoni ..... 16. Wykonuje pierwsze próby sięgania po przedmioty pod kierunkiem wzroku ..... 17. Upuszcza jeden przedmiot, jeśli zainteresował go drugi .....		
<b>Czy w 6. miesiącu życia dziecko:</b>		
1. Podnoszone za przedramiona dobrze kontroluje głowę ..... 2. Leżąc na brzuchu, podpira się na prostych przedramionach i otwartych dłoniach ..... 3. Podciągane za dłonie w pozycji leżącej lekko ugina ramiona ..... 4. Przewraca się z pleców na brzuch i odwrotnie ..... 5. Może chwilę siedzieć bez podparcia ..... 6. Zaczyna przygotowywać się do raczkowania, podciągając kolano do brzuszka ..... 7. Wykonuje dynamiczne ruchy ciałem, aby się przemieścić po podłożu ..... 8. Podtrzymywane prostuje nogi w kolanach ..... 9. Celnie chwytą zabawkę podawaną w dłoń używa obu rąk i przekłada przedmiot z ręki do ręki ..... 10. Przedmiot trzymany jest całą dłonią z wyprostowanym kciukiem ..... 11. Chwyta rączkami swoje stopy .....		

1. ROZWÓJ MOTORYCZNY – ciąg dalszy	Tak	Nie
<p><b>Czy w 7. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leżąc na brzuchu, potrafi podnieść rękę na kilka sekund .....</li> <li>2. Przewraca się sprawnie z pleców na brzuch .....</li> <li>3. Leżąc na plecach, bawi się nóżkami .....</li> <li>4. Potrafi samo się podciągać do siadu .....</li> <li>5. Odwraca się, kiedy jest posadzone .....</li> <li>6. Siedząc, potrafi zrzucić pieluszkę z głowy .....</li> <li>7. Podciąga jedno kolano do brzuszka i pełza w przód .....</li> <li>8. Podciągnięte do stania stoi przez chwilę, jeśli jest podtrzymywane .....</li> <li>9. Podtrzymywane „sprężynuje” na twardym podłożu .....</li> <li>10. Chwyta każdą ręką po jednym przedmiocie .....</li> <li>11. Pojawia się chwyt nożycowy .....</li> <li>12. Stara się sięgać po oddalony przedmiot .....</li> <li>13. Pewniej trzyma przedmioty, rzadziej je wypuszcza .....</li> </ol> <p><b>Czy w 8. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leżąc na plecach, podciąga się do siadu .....</li> <li>2. Leżąc na brzuchu, potrafi ściągnąć pieluszkę z głowy .....</li> <li>3. Sprawnie przewraca się z pleców na brzuch .....</li> <li>4. Siedzi samodzielnie .....</li> <li>5. Pełza w tył i w przód .....</li> <li>6. Próbuje podciągać się do stania .....</li> <li>7. Stoi, trzymając się poręczy .....</li> <li>8. Podtrzymywane przez dorosłego stoi na obu stopach .....</li> <li>9. Chwyta przedmioty do obu rąk jednocześnie i potrafi mocno je trzymać .....</li> <li>10. Chwyta nożycowo .....</li> <li>11. Sięga po przedmioty i potrafi przyciągnąć zabawkę umocowaną na sznurku .....</li> <li>12. Świadomie zamyka i otwiera dłonie .....</li> <li>13. Rzuca przedmiotami .....</li> </ol>		

I. ROZWÓJ MOTORYCZNY – ciąg dalszy	Tak	Nie
14. Próbuje sięgnąć po przedmiot, który znajduje się w oddali .....		
15. Poszukuje ukrytych przedmiotów .....		
16. Poznaje przedmioty, których nie widziało kilka dni .....		
17. Wskazuje na przedmioty .....		
18. Bawi się kubkiem i łyżeczką i potrafi utrzymać kubek przy ustach .....		
19. Naśladuje prezentowane mu działania na przedmiotach .....		
20. Otwiera i zamyka książkę .....		
21. Potrafi toczyć piłkę .....		
22. Bawi się kilkoma przedmiotami jednocześnie .....		
<b>Czy w 9. miesiącu życia dziecko:</b>		
1. Siedzi swobodnie i może bawić się w takiej pozycji .....		
2. Siedząc, potrafi położyć się na brzuchu .....		
3. Siedząc, potrafi ściągnąć pieluszkę zarzuconą na głowę .....		
4. Pełza w przód i wokół własnej osi .....		
5. Sprawnie raczkuje .....		
6. Samo wstaje, gdy dorosły podaje mu rękę .....		
7. Podpierane utrzymuje ciężar własnego ciała .....		
8. Stojąc, podtrzymywane potrafi podnieść jedną nogę .....		
9. Chodzi podtrzymywane pod pachy .....		
10. Pojawia się chwyt pęsetowy (chwytanie małych przedmiotów końcówką palca wskazującego i kciuka) .....		
11. Celowo upuszcza przedmioty i żąda natychmiastowego podania ...		
12. Manipuluje przedmiotami pod kontrolą wzroku .....		
13. Potrafi chwycić drobne przedmioty i wkłada je do ust .....		
14. Sięga po sięga po przedmioty schowane do otwartego pojemnika .....		
15. Wyraża prośbę o przedmiot, wskazując na coś, i podaje przedmiot innej osobie .....		
16. Potrafi dzwonić dzwoneczkiem .....		
17. Sprawdza, czy nie da się odczepić wystających części zabawek .....		

1. ROZWÓJ MOTORYCZNY – ciąg dalszy	Tak	Nie
<p><b>Czy w 10. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Samo siada z leżenia na plecach, jeśli może się czegoś przytrzymać .....</li> <li>2. Siedzi z wyprostowanymi nogami i prostymi plecami .....</li> <li>3. Raczkuje i próbuje wspiąć się na stopnie .....</li> <li>4. Kołysze się podparte na dłoniach i kolanach .....</li> <li>5. Stoi samodzielnie, trzymając się .....</li> <li>6. Stoi z pomocą i potrafi podnieść jedną nogę .....</li> <li>7. Doskonali chwyt pęsetowy (chwytanie małych przedmiotów końcówką palca wskazującego i kciuka) .....</li> <li>8. Uderza przedmiotami trzymanymi w dłoniach .....</li> <li>9. Celowo rzuca zabawkami .....</li> <li>10. Potrafi trzymać dwie małe zabawki w jednej ręce .....</li> <li>11. Wkłada przedmioty do pojemników o odpowiednim kształcie .....</li> <li>12. Dotyka palcem wskazującym drobnych elementów przedmiotów .....</li> </ol> <p><b>Czy w 11. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zachowuje równowagę w siadzie prostym .....</li> <li>2. Siedząc, potrafi obracać się dookoła własnej osi .....</li> <li>3. Raczkuje na rękach i kolanach z koordynacją skrzyżną .....</li> <li>4. Podciąga się samodzielnie do stania .....</li> <li>5. Stojąc, potrafi się schylić .....</li> <li>6. Potrafi wykonać przysiad z pomocą opiekuna .....</li> <li>7. Podtrzymywane kroczy w miejscu lub w bok .....</li> <li>8. Trzymane za obie ręce stawia kroki do przodu .....</li> <li>9. Może chodzić samo, pchając wózek .....</li> <li>10. Pojawia się chwyt szczypcowy (precyzyjne trzymanie małych przedmiotów) .....</li> <li>11. Rzuca przedmiotami i spogląda za nimi .....</li> <li>12. Dotyka przedmiotów palcem wskazującym .....</li> <li>13. Potrząsa grzechoczącymi przedmiotami i nasłuchuje .....</li> <li>14. Poszukuje przedmiotów w zamkniętych pojemnikach .....</li> </ol>		

1. ROZWÓJ MOTORYCZNY – ciąg dalszy	Tak	Nie
15. Próbuje włożyć mniejszy przedmiot do większego .....		
16. Buduje wieżę z dwóch klocków .....		
17. Wskazuje na przedmioty leżące daleko .....		
18. Podnosi i nakłada pokrywkę na naczynia .....		
19. Potrafi wprawić w ruch dwa przedmioty .....		
<b>Czy w 12. miesiącu życia dziecko:</b>		
1. Pewnie raczkuje na rękach i kolanach .....		
2. Utrzymuje równowagę, siedząc .....		
3. Samodzielnie wstaje .....		
4. Stoi samodzielnie .....		
5. Stojąc, schyla się po przedmioty .....		
6. Chodzi przy meblach .....		
7. Trzymane za jedną rękę stawia kroki do przodu .....		
8. Próbuje wspiąć się na schody .....		
9. Doskonali chwyt szczypcowy (precyzyjne trzymanie małych przedmiotów) .....		
10. Potrafi przyciągnąć zabawkę za sznurek .....		
11. Toczy piłkę .....		
12. Bawi się klockami .....		
13. Wrzuca przedmioty do pojemnika, jeśli mu się pokaże .....		
14. Potrafi wyjmować przedmioty z pudełek .....		
15. Zna zastosowanie przedmiotów codziennego użytku i próbuje ich używać .....		
16. Potrafi włożyć klocki do przestrzeni o tym samym kształcie .....		
17. Wprawia w ruch przedmioty wydające dźwięki .....		
18. Manipuluje trzymanym przedmiotem .....		
19. Bazgrze kredką po papierze .....		
20. Miesza łyżeczką w kubeczku .....		
21. Trzymając dwa przedmioty, potrafi chwycić trzeci .....		

2. ROZWÓJ POZNAWCZY I SPOŁECZNY * Proszę podać informacje dotyczące aktualnego wieku badanego dziecka oraz udzielić odpowiedzi na pytania dotyczące wcześniejszych etapów rozwojowych, które Państwo pamiętają	Tak	Nie
<p><b>Czy w 1. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uspokaja się wzięte na ręce lub pod wpływem dotyku matki .....</li> <li>2. Niecierpliwi się w reakcji na silny bodziec dźwiękowy i świetlny...</li> <li>3. Odwraca się od nieprzyjemnych zapachów .....</li> <li>4. Odwraca się w kierunku dźwięku .....</li> <li>5. Rozróżnia głos matki od innych dźwięków .....</li> <li>6. Rozgląda się .....</li> <li>7. Zwraca głowę w kierunku światła .....</li> <li>8. Koncentruje wzrok na przedmiocie o barwie białej, czarnej lub czerwonej oddalonym o około 25 cm .....</li> </ol> <p><b>Czy w 2. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fiksuje wzrok na czerwonym przedmiocie i podąża za nim wzrokiem .....</li> <li>2. Nieruchomieje na widok twarzy .....</li> <li>3. Spogląda na swoje dłonie .....</li> <li>4. Kieruje wzrok w stronę źródła światła lub dźwięku .....</li> <li>5. Reaguje na zniknięcie bliskiej osoby .....</li> <li>6. Uspokaja się pod wpływem głosu matki lub dotyku .....</li> </ol> <p><b>Czy w 3. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nieruchomieje na dźwięk dzwonka .....</li> <li>2. Śledzi poruszającą się twarz .....</li> <li>3. Pojawia się uśmiech .....</li> <li>4. Noszone obserwuje otoczenie .....</li> <li>5. Wkłada dłonie do ust .....</li> <li>6. Lubi, gdy mu się śpiewa .....</li> <li>7. Stara się zwrócić uwagę dorosłych .....</li> <li>8. Mimiką wyraża uczucia .....</li> <li>9. Naśladuje zachowania dorosłych .....</li> </ol>		

2. ROZWÓJ POZNAWCZY I SPOŁECZNY – ciąg dalszy	Tak	Nie
<p><b>Czy w 4. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Podąża wzrokiem za przedmiotem, nie ruszając głową .....</li> <li>2. Obserwuje trzymaną w ręce zabawkę .....</li> <li>3. Zaczepiane śmieje się głośno .....</li> <li>4. Reaguje radością na znane przedmioty, wie, jak się nimi bawić ...</li> <li>5. Zauważa swoje odbicie w lustrze .....</li> </ol> <p><b>Czy w 5. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zwraca uwagę na słabe bodźce akustyczne .....</li> <li>2. Odróżnia surowy ton od łagodnego .....</li> <li>3. Prowadzi rękę do ust pod kontrolą wzroku .....</li> <li>4. Utrzymuje małą zabawkę w dłoni .....</li> <li>6. Trzymając jeden przedmiot, potrafi patrzeć na drugi .....</li> <li>7. Sprzeciwia się przy zabieraniu zabawki .....</li> <li>8. Potrafi bawić się przez chwilę samo .....</li> <li>9. Wie, czego nie chce, i potrafi to pokazać, np. przy karmieniu zaciska usta .....</li> </ol> <p><b>Czy w 6. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Szuka wzrokiem przedmiotu, który mu upadł .....</li> <li>2. Odróżnia osoby znajome od obcych .....</li> <li>3. Rozpoznaje się na fotografiach .....</li> <li>4. Obserwuje nieznajome osoby .....</li> <li>5. Zaczyna rozumieć zakazy .....</li> <li>6. Reaguje na własne imię .....</li> <li>7. Zaczyna celowo bawić się zabawkami .....</li> </ol> <p><b>Czy w 7. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sięga po zabawkę, zmieniając pozycję ciała .....</li> <li>2. Interesuje się swoim odbiciem w lustrze .....</li> <li>3. Celowo bawi się zabawką tak, aby wydała dźwięk .....</li> <li>4. Bada palcami twarz innych i swoją .....</li> </ol>		



2. ROZWÓJ POZNAWCZY I SPOŁECZNY – ciąg dalszy	Tak	Nie
5. Obserwuje czynności osób dorosłych ..... 6. Rozumie zakazy ..... 7. Reaguje na proste polecenia ..... 8. Samo bawi się zabawkami .....		
<b>Czy w 8. miesiącu życia dziecko:</b> 1. Obserwuje dorosłych przy ich pracy ..... 2. Bawi się w „ku-ku” ..... 3. Krzyczy, jeżeli chce na siebie zwrócić uwagę ..... 4. Okazuje uczucia ..... 5. Boi się obcych osób ..... 6. Pojawia się sprzeciw przed rozstaniem z matką .....		
<b>Czy w 9. miesiącu życia dziecko:</b> 1. Sięga po zabawkę do pudełka ..... 2. Bawi się w chowanego, chowa twarz ..... 3. Zna pierwsze zabawy paluszkowe: „Kosi-osi”, „Warzyła sroczka kaszkę” ..... 4. Ma ulubione gry i zabawy ..... 5. Zaciekawione jest innymi dziećmi .....		
<b>Czy w 10. miesiącu życia dziecko:</b> 1. Odrzuca przedmioty ..... 2. Bada przedmioty dotykiem ..... 3. Sprzeciwia się próbie zabrania zabawki ..... 4. Porusza się w rytm muzyki ..... 5. Odwraca kartki w książkach ..... 6. Reaguje na pytanie „Gdzie jest...?” ..... 7. Przerywa czynność, kiedy się do niego mówi .....		

3. ROZWÓJ UMIEJĘTNOŚCI KOMUNIKACYJNYCH * Proszę podać informacje dotyczące aktualnego wieku badanego dziecka oraz udzielić odpowiedzi na pytania dotyczące wcześniejszych etapów rozwojowych, które Państwo pamiętają	Tak	Nie
<p><b>Czy w 1. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ssie .....</li> <li>2. Mlaszcze nie tylko w sytuacjach związanych z posiłkiem .....</li> <li>3. Połyka automatycznie .....</li> <li>4. Wydaje dźwięki przypominające samogłoski lub spółgłoski .....</li> <li>5. Reaguje krzykiem lub płaczem w sytuacji niezadowolenia .....</li> <li>6. Używa różnie brzmiących krzyków na określenie zadowolenia, niepokoju, bólu czy głodu .....</li> </ol> <p><b>Czy w 2. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reaguje na ludzki głos .....</li> <li>2. Nawiązuje „dialog”, wydając dźwięki .....</li> <li>3. Werbalizuje dźwięki gardłowe <i>h, rh</i> .....</li> </ol> <p><b>Czy w 3. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bawi się językiem, ustami .....</li> <li>2. Werbalizuje w odpowiedzi na zaczepki słowne .....</li> <li>3. Wydaje wibracyjny dźwięk przypominający głoskę <i>r</i> .....</li> <li>4. Wydaje dźwięki gardłowe: <i>e-eche, ek-che, e-rrhe</i> .....</li> <li>5. Tworzy łańcuchy sylabowe .....</li> <li>6. Wydaje minimum dwa zróżnicowane ciągi dźwięków, np. samogłoskowe .....</li> </ol> <p><b>Czy w 4. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Werbalizuje różne dźwięki .....</li> <li>2. Nawiązuje dialog z dorosłymi .....</li> <li>3. Wypowiada dźwięki przypominające głoski wargowe <i>p, b, m</i> .....</li> </ol> <p><b>Czy w 5. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiada rytmiczne ciągi sylab: <i>mamama, tatata</i> (gaworzy) .....</li> <li>2. Wypowiada dźwięki przypominające głoski wargowo-zębowe <i>v, f</i> .....</li> </ol>		

3. ROZWÓJ UMIEJĘTNOŚCI KOMUNIKACYJNYCH – ciąg dalszy	Tak	Nie
3. Naśladuje mimikę osoby, która do niego mówi ..... 4. Stara się naśladować usłyszane dźwięki ..... 5. Odpowiada dźwiękiem na zaczepkę słowną .....		
<b>Czy w 6. miesiącu życia dziecko:</b>		
1. Gaworzy ..... 2. Interesuje się mową osoby dorosłej ..... 3. Prowadzi dialog z osobą dorosłą .....		
<b>Czy w 7. miesiącu życia dziecko:</b>		
1. Gaworzy, wykorzystując więcej głosek ..... 2. Żuje różne przedmioty ..... 3. Naśladuje osoby dorosłe, które jedzą, tj. wykonuje takie same ruchy buzią ..... 4. Wydaje dźwięki o zmiennej sile dźwięku i wysokości tonu .....		
<b>Czy w 8. miesiącu życia dziecko:</b>		
1. Przysłuchuje się rozmowie ..... 2. Naśladuje usłyszane dźwięki ..... 3. Usłyszane sylaby powtarza wielokrotnie, łącząc je w łańcuchy ..... 4. Słucha swojego głosu ..... 5. Szepcze ..... 6. Odpowiada na pytania gestami i mimiką .....		
<b>Czy w 9. miesiącu życia dziecko:</b>		
1. Zwiększa zakres sylabowy podczas gaworzenia ..... 2. Wypowiada pierwsze proste dwusylabowe wyrazy ..... 3. Dialoguje z osobami dorosłymi .....		
<b>Czy w 10. miesiącu życia dziecko:</b>		
1. Powtarza sylaby za osobą dorosłą ..... 2. Chętnie „uczestniczy” w rozmowach osób dorosłych ..... 3. Wypowiada proste dwusylabowe wyrazy ..... 4. Spełnia proste polecenia .....		

3. ROZWÓJ UMIEJĘTNOŚCI KOMUNIKACYJNYCH – ciąg dalszy	Tak	Nie
<p><b>Czy w 11. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypowiada długie ciągi sylabowe .....</li> <li>2. Wypowiada proste wyrazy .....</li> <li>3. Reaguje na zakazy .....</li> </ol> <p><b>Czy w 12. miesiącu życia dziecko:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Używa poprawnie kilku słów .....</li> <li>2. Zwraca się do rodziców: <i>mama, tata</i> .....</li> <li>3. Używa odgłosów dźwiękonaśladowczych .....</li> <li>4. Rozumie polecenia, zapytanie szuka znanej osoby lub znanego przedmiotu, odwracając głowę .....</li> </ol>		

#### 5. AKTUALNE KARMIENIE DZIECKA

a) W jaki sposób dziecko jest karmione?

.....

b) Czy rozpoczął się proces rozszerzania diety? Jeżeli tak, to kiedy?

.....

c) Czy dziecko nie toleruje wybranych pokarmów? Jeżeli tak, to jakich?

.....

d) Czy dziecko próbuje być samodzielne w trakcie karmienia (łapie rączkami piers lub butelkę, chwyta za łyżkę, samodzielnie wkłada łyżkę do buzi)?

.....

e) Jak wygląda dzienny schemat żywienia dziecka?

.....

f) Czy stosowana jest jakaś dieta w karmieniu niemowlęcia? Jeżeli tak, to jaka?  
Jaki jest powód prowadzonej diety?

.....

.....

## CZĘŚĆ II

### Wypełnia neurologopeda podczas badania

1. Symetria ułożeniowa:  
norma / asymetria prawostronna / asymetria lewostronna
2. Symetria twarzoczaszki:  
norma / asymetria (zapis na rycinie)



ŹRÓDŁO: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Cr%C3%A2nio#/media/File:Human\\_skull\\_front\\_suturas.svg](https://pt.wikipedia.org/wiki/Cr%C3%A2nio#/media/File:Human_skull_front_suturas.svg).  
Autor: LadyofHats.

3. Napięcie mięśniowe: norma / obniżone / wzmożone
4. Dysmorfia twarzoczaszki: występuje (jaka?) ..... / brak
5. Budowa aparatu orofacjalnego:
  - a) wargi.....
  - b) dziąsła, zęby.....
  - c) wędzidło wargowe .....
  - d) język .....
  - e) wędzidło podjęzykowe.....
  - f) podniebienie twarde.....
  - g) podniebienie miękkie.....
6. Oddychanie w spoczynku:.....
7. Połykanie:.....

8. Rozwój funkcji psychomotorycznych:	Wcześniejsze opanowanie umiejętności	Norma	Opóźnienie lub brak funkcji
Raczkowanie			
Siadanie			
Chodzenie			
Chwytywanie			
Percepcja: wzrok słuch			
Rozwój mowy (nadawanie i odbiór)			
Zachowania społeczne			

9. Odruchy niemowlęce ze sfery ustno-twarzowej:	Obecny	Nie występuje
a) babkina		
b) otwierania ust		
c) ssania		
d) przełykania		
e) szukania		
f) wymiotny		
g) kąsania		
h) żucia		
i) nasycenia		
j) ryjkowy		

## 10. Karmienie dziecka:

## a) ssanie:

piers / butelka

funkcjonalne / zaburzone

akcesoria prawidłowo dobrane: tak / nie

## b) ściąganie pokarmu z łyżeczki:

funkcjonalne / zaburzone

akcesoria prawidłowo dobrane: tak / nie

## c) picie z kubka:

funkcjonalne / zaburzone

akcesoria prawidłowo dobrane: tak / nie

## d) odgryzanie i gryzienie:

funkcjonalne / zaburzone

## e) żucie:

funkcjonalne / zaburzone

## f) karmienie alternatywne:

brak / PEG / PEJ / zgłębnik nosowo-żołądkowy / inne

## Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Wnioski z dokumentacji medycznej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Bibliografia

- BANASZEK G.: *Rozwój niemowląt i jego zaburzenia a rehabilitacja metodą Vojty*. Bielsko-Biała, Alfa Medica Press 2004.
- BORKOWSKA M.: *Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Usprawnianie ruchowe. Cz. 2*. Warszawa, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1997.
- CZOCHAŃSKA J.: *Badanie i ocena neurorozwojowa niemowląt. Wytyczne dla lekarzy Instytutu Matki i Dziecka*. Warszawa, Promed-Imid 1991.
- CZOCHAŃSKA J.: *Badanie i ocena neurorozwojowa niemowląt i noworodków*. Lublin, Folium 1995.
- DOŁĘGA Z.: *Promowanie rozwoju mowy w okresie dzieciństwa – prawidłowości rozwoju, diagnozowanie i profilaktyka*. Katowice, Wydaw. Uniwersytetu Śląskiego 2003.
- DOMAGALSKA M.: *Rozwój koncepcji usprawniania neurorozwojowego NDT-Bobath*. W: *Neurofizjologiczne metody usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwoju*. Red. L. SADOWSKA. Wrocław, Wydaw. Akademii Wychowania Fizycznego 2004, s. 75–141.
- DZIERŻANKA-WYSZYŃSKA A.: *Rozwój psychomotoryki małego dziecka, kształtowanie nawyków posługiwania się przedmiotami*. Warszawa, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych 2003.
- EISENBERG A., MURKOFF H.E., HATHAWAY S.E.: *Pierwszy rok życia dziecka. Poradnik dla matek i ojców*. Przeł. M. CZUBAK, H. ELANDT-POGODZIŃSKA, M. HORAŁA. Poznań, Rebis 2004.
- FRANUS E.: *Sprawdziany rozwoju dziecka od urodzenia do szóstego roku życia*. Warszawa, Nasza Księgarnia 1975.
- FRANUS E.: *Treningi niemowlęcia*. Warszawa, Nasza Księgarnia 1970.
- HELLBRÜGGE T. et al.: *Monachijska Funkcjonalna Diagnostyka Rozwojowa. Pierwszy rok życia*. Przeł. K. KOŁODZIEJ, G. BANASZEK. Wrocław, Fundacja „Promyk Słoića” 2013.
- HELLBRÜGGE T., WIMPFEN J.H. VON: *Pierwsze 365 dni życia dziecka. Rozwój niemowlęcia*. Przeł. K. KOŁODZIEJ. Warszawa, Fundacja na Rzecz Dzieci Niepełnosprawnych 1995.
- KOŚCIELSKA M.: *Psychologia kliniczna dziecka*. W: *Psychologia*. T. 3. Red. J. STRELAU. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne 2001, s. 623–648.
- KUŁAKOWSKA Z.: *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*. Lublin, Folium 2003.
- MASGUTOWA S., REGNER A.: *Rozwój mowy dziecka w świetle integracji sensomotorycznej*. Wrocław, Continuo 2009.
- PRZYBYŁA O.: *Postępowanie logopedyczne w przypadku noworodków i niemowląt*. W: *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*. Red. S. GRABIAS, J. PANASIUK, T. WOŹNIAK. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 2015, s. 555–599.
- STRĄBMEIER W.: *Interwencja wczesnodziecięca. 260 praktycznych ćwiczeń dla małych dzieci z trudnościami w rozwoju*. Gdańsk, Harmonia Universalis 2012.
- Wybrane metody diagnozowania i prognozowania rozwoju dziecka do lat trzech*. Red. M. JOHN-BORYS. Katowice, Wydaw. Uniwersytetu Śląskiego 1997.
- ZALESKI T.: *Opóźniony rozwój mowy*. Lublin, Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej 1993.



**Recenzja**  
**Zbigniew Tarkowski: *A New Approach***  
***to Stuttering Diagnosis and Therapy***  
**New York, Nova Sciences Publishers 2017, 207 stron**

Jest to pierwsza monografia polskiego patologa mowy i logopedy wydana na rynku amerykańskim przez prestiżowe wydawnictwo naukowe. Z tego chociażby względu publikacja zasługuje na wyróżnienie i pochwałę. Jej autor, profesor Zbigniew Tarkowski, zabiera głos często w sposób świadomie polemiczny lub kontrowersyjny po to, aby zainspirować do poważnych rozważań lub pogłębionych badań. Tym razem wypowiedział się na temat jąkania, w którym się specjalizuje i w tej dziedzinie jest uznawany za międzynarodowy autorytet. W przedmowie recenzowanej monografii wyraźnie polemizuje z amerykańskimi ekspertami w dziedzinie jąkania, których poglądy zostały przedstawione w książce pod redakcją Stephena B. Hooda *Jąkanie – eksperci radzą. Z doświadczeń własnych i zawodowych 28 specjalistów* (2015). Są one w Polsce upowszechniane, choć stoją w sprzeczności z polską tradycją myśli naukowej w tym zakresie. To zadziwiające, że importujemy poglądy z Zachodu, nadając im pochopnie statut nowoczesnych i nowatorskich, natomiast Tarkowski upowszechnia na forum międzynarodowym idee wypracowane na polskim gruncie i okazuje się, że cieszą się one dużym zainteresowaniem.

Należy podkreślić, że poglądy dotyczące diagnozy i terapii jąkania na Zachodzie są zdominowane przez myśl amerykańskich ekspertów, z Charlesem Van Riperem na czele. Nawiązując do własnych doświadczeń, twierdzą oni, że zaburzenie to należy zaakceptować oraz „upłynnić”. Innymi słowy, proponują płynne jąkanie jako zamierzony, właściwy rezultat terapii. Z tym poglądem wyraźnie polemizuje Tarkowski. Nawiązując do wschodniej tradycji, jest zdania, że jąkania nie należy akceptować, że celem terapii jest płynne mówienie, a akceptacja jąkania wyzwala nihilizm terapeutyczny, jest wyrazem bezradności oraz obniża motywację do leczenia, bo uczestnik terapii nie odczuwa potrzeby dokonywania zasadniczych zmian. Należy oczywiście akceptować osobę jąkającą się, ale akceptacja jąkania może wystąpić jedynie w początkowej fazie terapii. Potem należy mobilizować jąkającego się do walki z zaburzeniem, utrudniającym komunika-

cję interpersonalną, oraz kształtować odpowiedni poziom motywacji. Zalecane przez wspomnianych ekspertów płynne jąkanie to nic innego jak zastępowanie nie płynności napiętej przez nienapiętą. Ta technika nie jest żadnym odkryciem, ponieważ ma swoją długą historię. Jeżeli celem terapii jest osiągnięcie stadium płynnego jąkania, to jak można mierzyć efekty terapii? Taka postawa ogranicza badania nad skutecznością terapii, co ma bardzo złe przełożenie na potrzeby praktyki. O ile polscy badacze na ogół znają publikacje zachodnich specjalistów, o tyle nie następuje transmisja w odwrotnym kierunku. Dlatego Tarkowski omawia w swojej monografii przede wszystkim autorów z Europy Wschodniej i Środkowej, którzy są nieznani zachodniemu czytelnikowi. Stanowi ona zatem swoistą promocję osiągnięć rosyjskich, czeskich, słowackich a przede wszystkim polskich specjalistów. Te osiągnięcia są znaczące, ale niestety nie doceniane przez tych, którzy fascynują się zachodnimi nowinkami terapeutycznymi.

Monografia składa się z przedmowy, pięciu rozdziałów oraz aneksu. W rozdziale pierwszym, *Wprowadzenie do diagnozy i terapii osób jękających się*, autor przedstawia klasyfikację nie płynności mówienia oraz omawia istotę jąkania. Ukazuje własną systemową koncepcję tego zaburzenia. Według niej, jąkanie jest zaburzeniem psychosomatycznym posiadającym strukturę składającą się z elementów (czynników) lingwistycznych, biologicznych, psychologicznych i społecznych oraz relacji między nimi. Do podstawowych czynników lingwistycznych Tarkowski zalicza: typ, frekwencje i lokalizację nie płynności mówienia, długość, strukturę i spójność wypowiedzi. Wśród czynników biologicznych wyróżnia: asymetrię mózgową, dyskoordynację oddechowo-fonacyjno-artykulacyjną, skurcze kloniczne i toniczne, współruchy, dziedziczność, objawy wegetatywne. Do czynników psychologicznych zalicza: samoocenę, lęk, frustrację, stres, agresję. Wśród czynników społecznych wyróżnia: sytuacje komunikacyjne, odbiór wypowiedzi, audytorium, bariery komunikacyjne i gotowość do komunikowania się. Opisanie poszczególnych czynników oraz określenie relacji między nimi pozwala wyjaśnić różne typy jąkania.

W rozdziale drugim, *Diagnoza osób jękających się*, Tarkowski wyjaśnia rodzaje, cel, etapy oraz znaczenie postępowania diagnostycznego. Pokazuje różnice między diagnozą naukową, nastawioną najczęściej na samo poznanie, a diagnozą praktyczną, dostosowaną do potrzeb pacjenta, służącą określeniu problemu i opracowaniu odpowiedniej terapii. Omawia własny model diagnozy osoby jękającej się. Zakłada w nim występowanie pewnych etapów, które dotyczą kolejno: 1) symptomatyki, 2) etiologii, 3) patomechanizmu, 4) diagnozy różnicowej, 5) nozologii oraz 6) opiniowania. Prezentuje także własne metody diagnostyczne, wśród których omawia między innymi takie, jak:

- Kwestionariusz Zaburzeń Płynności Mówienia, który jest metodą jakościowej oceny dysfunkcji występujących u dzieci, młodzieży i dorosłych. Służy do rozpoznania typu nie płynności mówienia oraz przypisaniu jej do określonej jednostki zaburzenia mowy.

- Kwestionariusz Niepłynności Mówienia i Logofobii, oparty na założeniu, że jękanie jest funkcją niepłynności mówienia, logofobii oraz współruchów w sytuacji komunikacyjnej.
- Skala Reakcji na Niepłynność Mówienia, która pozwala określić reakcje poznawcze, behawioralne i emocjonalne rodziców i nauczycieli na niepłynność mówienia dziecka. Wymienione reakcje tworzą styl reagowania na zaburzenia płynności.
- Skala Samooceny i Oceny Jękania (współautorka: Jolanta Góral-Półrola), która pozwala określić strukturę jękania w ujęciu systemowym. Wymienione czynniki podlegają zarówno samoocenie osoby jękającej się, jak i ocenie jego środowiska społecznego.
- Skala Motywacji do Terapii Jękania (współautorka: Jolanta Góral-Półrola), służąca do oceny podstawowych składników motywacji do leczenia, takich jak: nieakceptowanie jękania, koszty terapii, jej przebieg, wiara w powodzenie terapii i wsparcie.

Należy pokreślić, że trzy ostatnie z wymienionych metod zostały wystandaryzowane i znormalizowane na podstawie badań przeprowadzonych wśród dużej populacji osób jękających się, co znacznie podnosi wartość tych narzędzi pomiaru i świadczy pozytywnie o polskich osiągnięciach w zakresie diagnostyki zaburzeń mowy.

W kolejnym rozdziale, *Terapia osób jękających się*, autor przedstawia własny model leczenia w ujęciu systemowym. Nawiązuje w nim do struktury jękania oraz kładzie nacisk na tworzenie powiązań między różnymi podejściami terapeutycznymi, z dostosowaniem ich do specyfiki jękania. Według Tarkowskiego, terapia jest naturalnym eksperymentem, podczas którego weryfikuje się różne hipotezy dotyczące zależności między czynnikami jękania. Jej realizacja wymaga posiadania różnych umiejętności terapeutycznych (głównie myślenia kreatywnego i empatii) i nie polega jedynie na prowadzeniu ćwiczeń. Postulowana przez autora systemowa terapia ma na celu rozwiązanie problemu osoby jękającej się, a o jej przebiegu decydują czynniki: czas, miejsce, wiek osoby, rodzaj jękania i jego głębokość, motywacja, związek terapeutyczny, intensywność treningu, komunikacja, organizacja. Wiele uwagi poświęca Tarkowski omówieniu różnorodnych metod terapii oraz motywowania do niej.

Rozdział czwarty, *Farmakologiczne podstawy terapii osób jękających się – przeszłość, terażniejszość i przyszłość*, został napisany przez dwóch znanych farmakologów Dariusza Pawlaka i Tomasza Kamińskiego. Autorzy przedstawiają historię, stan obecny i prognozowany rozwój farmakoterapii osób jękających się. Zapoznają czytelnika z najnowszymi doniesieniami naukowymi i badaniami dotyczącymi wynaleźienia „leku na jękanie”. Podkreślają, że farmakoterapia osób jękających się nie eliminuje terapii logopedycznej i psychologicznej, a jedynie je wzmacnia.

W rozdziale piątym, *Studia przypadków i wywiady*, Tarkowski omawia interesujące prace dotyczące: odróżnienia rozwojowej niepłynności mówienia od jękania

wczesnodziecięcego (list napisany przez matkę logopedę); jąkania postrzeganego jako „choroba winy” (fragmenty dziennika studenta jąkającego się); jąkania stanowiącego fascynującą zagadkę (wywiad z profesorem Bogdanem Adamczykiem, fizykiem i terapeutą, twórcą metody „Echo”); akceptacji jąkania (wywiad z parą jąkających się, którzy są małżeństwem). Na szczególną uwagę zasługuje studium przypadku jąkającego się chłopca oraz recenzja filmu *Jak zostać królem*.

Reasumując, należy podkreślić, że przedstawiona monografia ma duże walory poznawcze i praktyczne, które skłoniły nowojorskie wydawnictwo do opublikowania jej. Mijmy nadzieję, że zostanie w niedługim czasie przetłumaczona i trafi do rąk polskich czytelników.

*Agnieszka Okraśńska*

## Recenzja

### *Patologia mowy.* Red. nauk. Zbigniew Tarkowski Harmonia Universalis, Gdańsk 2017, 477 stron

We wprowadzeniu Zbigniew Tarkowski i Jolanta Góral-Półroła omawiają przedmiot i zakres patologii mowy, działy patologii mowy i jej specjalizacje oraz różnice między patologią mowy a logopedią. Autorzy definiują patologię mowy jako samodzielną dyscyplinę naukową i praktyczną, zajmującą się osobami z zaburzeniami mowy w różnym wieku. Proponują, aby odejść od nazw „logopedia” i „logopeda”, a przyjąć określenia „patologia mowy” i „patolog”. Tłumaczą, że patolog kojarzy się ze znawcą, natomiast logopeda – z wykonawcą. Wyjaśniają, jak jest pojmowana istota zaburzeń mowy (objaw, wada, zaburzenie, choroba, niepełnosprawność) oraz przedstawiają ich ujęcie strukturalno-systemowe oraz komunikacyjne. Podają też zarys diagnozy i terapii w podejściu systemowym oraz piszą o rynku i marketingu usług świadczonych przez patologa mowy.

Ta obszerna monografia została podzielona na cztery części: I *Afazjologia*, II *Balbutologia*, III *Logopedia rozwojowa*, IV *Terapia*, w skład których wchodzi dziewiętnaście rozdziałów. Oto ich autorzy oraz tytuły: 1. Beata Daniluk *Afazja*; 2. Zbigniew Tarkowski, Agnieszka Okraśńska *Dyzartria*; 3. Ewa Humeniuk *Zaburzenia mowy w podeszłym wieku*; 4. Zbigniew Tarkowski *Jąkanie*; 5. Zbigniew Tarkowski *Mutyzm psychogenny*; 6. Zbigniew Tarkowski, Jolanta Góral-Półroła, Isabella Reichel *Mowa bezładna*; 7. Zbigniew Tarkowski, Ewa Humeniuk, Jolanta Dunaj-Tarkowska *Porozumiewanie się z osobami chorymi psychicznie w instytucjach totalnych*; 8. Zbigniew Tarkowski *Prosty opóźniony rozwój mowy*; 9. Iwona Loewe *Kontekst kulturowy bilingwizmu a językowy obraz świata*; 10. Zbigniew Tarkowski, Hanna Protas *Zaburzenia mowy towarzyszące upośledzeniu umysłowemu*; 11. Małgorzata Młynarska, Tomasz Smereka *Zaburzenia mowy w autyzmie*; 12. Aneta R. Borkowska *Zaburzenia językowe w nadpobudliwości psychoruchowej*; 13. Jolanta Góral-Półroła, Monika Romaniec *Zaburzenia mowy u osób z uszkodzonym narządem słuchu*; 14. Grażyna Krasowicz-Kupis *Zaburzenia mowy towarzyszące dysleksji*; 15. Monika Łuszczuk *Zaburzenia zgryzu, czynności prymarnych*

*a zaburzenia artykulacji*; 16. Hanna Protas, Agnieszka Okraśńska *Zaburzenia artykulacji*; 17. Dariusz Pawlak, Tomasz Kamiński *Farmakoterapia zaburzeń mowy*; 18. Włodzimierz Piątkowski, Zbigniew Tarkowski *Leczenie niemedyczne*; 19. Ewa Humeniuk, Zbigniew Tarkowski *Psychoterapia osób z zaburzeniami mowy*.

Daniluk przedstawia historię terminu „afazja”, wyjaśnia patomechanizm, przyczyny tego zaburzenia oraz podaje klasyfikacje kliniczno-neuropsychologiczne i neurolingwistyczne (afazje płynne, afazje niepłynne, afazja dziecięca). Badaczka omawia również procedurę diagnozy zawierającą ocenę lingwistyczną, neuropsychologiczną, pragmatyczną. Dzieli się swoimi doświadczeniem klinicznym oraz podaje literaturę niezbędną przy zaplanowaniu terapii pacjenta z afazją.

Tarkowski i Okraśńska przedstawiają dyzartrię w ujęciu systemowym. Tekst ma przejrzystą konstrukcję, co jest jego niewątpliwym atutem. Autorzy zebrali najistotniejsze informacje dotyczące dyzartrii i przedstawili je w zwięzły i przystępny sposób. Każdy szukający informacji na temat tego zaburzenia znajdzie w rozdziale odpowiedzi na nurtujące go pytania.

Szczególnie bliski wielu czytelnikom ze względów osobistych będzie pewnie rozdział poświęcony zaburzeniom mowy w podeszłym wieku. Humeniuk zwraca uwagę, że to, co może się wydawać dziwactwem, jest często objawem demencji. Autorka wyjaśnia zjawiska dotyczące podeszłego wieku – zmiany w procesach poznawczych i intelektualnych, fizjologiczne zmiany w mowie i języku osób starszych, zaburzenia mowy w wybranych chorobach układu nerwowego oraz trudności, jakie możemy napotkać w komunikacji z osobą starszą.

Tarkowski przedstawia jąkanie w ujęciu systemowym. Omawia jego czynniki lingwistyczne, biologiczne, psychologiczne i społeczne oraz powiązania między nimi. Przedstawia etapy i metody diagnozowania osób jękających się, w tym znormalizowane skale, a także dwa zasadnicze podejścia terapeutyczne, określone jako jednoczynnikowe i wieloczynnikowe. Podsumowuje ponadto wyniki badań nad efektywnością terapii jąkania.

Opisując mutyzm psychogeny, Tarkowski słusznie zauważa, że brak jasnych kryteriów odróżniających to zaburzenie od nieśmiałości, fobii szkolnej i przed-szkolnej, bierności i opóźnionego rozwoju mowy, co prowadzi do częstych błędów diagnostycznych i zawyżania statystyk. Autor polemizuje z tymi, którzy główną przyczynę mutyzmu wybiórczego upatrują w lęku. Jego zdaniem jest to nadmierne uproszczenie wieloczynnikowej etiologii tego „modnego” ostatnio zaburzenia.

Tarkowski, Góral-Półtola i Reichel podjęli się trudnego zadania przybliżenia tematyki gielkotu (mowy bezładnej), który nadal budzi wiele wątpliwości oraz jest wyzwaniem nawet dla doświadczonych terapeutów. Badacze przedstawiają istotę, symptomatologię, etiologię tego zaburzenia oraz podają model jego diagnozy i terapii.

Jeszcze trudniejszym i rzadko podejmowanym zagadnieniem jest porozumiewanie się z osobami chorymi psychicznie w instytucjach totalnych. Poświęcony mu rozdział jest tym ciekawszy, że autorzy – Tarkowski, Humeniuk – analizują

wypowiedzi mieszkańców domu pomocy społecznej oraz podają zasady komunikowania się z nimi.

Tarkowski pisze o opóźnionym rozwoju mowy w ujęciu systemowym. Twierdzi, że SLI to nic innego jak dobrze już rozpoznany prosty niedorozwój języka. Podaje różne metody oceny rozwoju językowego (analiza próbek mowy, wywiad, znormalizowane testy), a także metody jego stymulacji.

Loewe porusza kwestię kontekstu kulturowego bilingwizmu. Już od kilku lat możemy obserwować wzrastające zainteresowanie nie tylko wielojęzycznością, ale także towarzyszącą jej wielokulturowością. Autorka omawia przykład bilingwizmu w granicach jednego kraju, co może szczególnie zainteresować osoby pochodzące z regionów cechujących się w wymiarze kulturowym silną tożsamością zbiorową, na którą składa się m.in. funkcjonowanie nie w jednej, ale w dwóch rzeczywistościach językowych – języka narodowego oraz gwary.

Większość logopedów spotyka na swojej drodze zawodowej osoby z niepełnosprawnością intelektualną, dlatego rozdział poświęcony towarzyszącym jej zaburzeniom mowy polecam szczególnie, zwłaszcza początkującym specjalistom. Tarkowski i Protas wyjaśniają, czym jest upośledzenie umysłowe (sama opowiadam się jednak za stosowaniem określenia „niepełnosprawność intelektualna”), jaka jest jego struktura oraz zaburzenia sprzężone. To, co najcenniejsze dla logopedów, to dokładny opis stymulacji mowy oraz pracy z rodziną.

Młynarska i Smereka omawiają zaburzenia mowy towarzyszące autyzmowi. Szczególną uwagę poświęcają teorii umysłu (o której coraz głośniej w Polsce) oraz metodzie Dyna-Lingua M.S. Zaletą tekstu są opisy przypadków i zastosowanej terapii, które mogą zainspirować terapeutów do bliższego zaznajomienia się z założeniami tej metody.

Interesujący i potrzebny rozdział autorstwa Borkowskiej jest poświęcony zaburzeniom mowy u dzieci z nadpobudliwością psychoruchową, która nie jest częstym tematem opracowań naukowych. Autorka omawia wpływ objawów nadpobudliwości na funkcjonowanie językowe i komunikacyjne oraz przedstawia proces diagnozy i terapii.

Zaburzenia mowy u osób z uszkodzonym narządem słuchu przedstawiają Góral-Półrola i Romaniec. W rozdziale, podobnie jak w poprzednich, możemy znaleźć wskazówki, jak trafnie postawić diagnozę oraz zaprogramować terapię.

Dysleksja w powszechnej opinii to specyficzne zaburzenie uczenia się, a więc dotyczące dzieci w wieku szkolnym, jednak zależności między rozwojem mowy i języka a umiejętnością czytania i pisania ujawniają się już w okresie wczesnego dzieciństwa. Krasowicz-Kupis omawia zaburzenia mowy towarzyszące dysleksji (również zaburzenia będące symptomem ryzyka dysleksji). Badaczka dokonuje szczegółowej analizy związku między SLI a dysleksją oraz, co najcenniejsze, wskazuje możliwe konsekwencje tych związków dla procesu diagnostyczno-terapeutycznego.

Monika Łuszczuk dokonuje syntezy wpływu zaburzeń zgryzu i czynności prymarnych na zaburzenia artykulacji. Jest to kwestia dość oczywista dla każ-

dego logopedy, ale trudno znaleźć artykuł, który w tak uporządkowany sposób przedstawiałby informacje na ten temat.

Protas i Okraśńska wyjaśniają, czym są zaburzenia artykulacji, oraz przywołują znane klasyfikacje. Badaczki opisują także proces diagnozy, prezentują wybrane metody postępowania diagnostycznego, jak również metody terapeutyczne. Rozdział ten stanowi podsumowanie dotychczasowych ustaleń w zakresie zaburzeń artykulacji.

Farmakoterapia zaburzeń mowy budzi kontrowersje, m.in. dlatego, że brakuje leków o udowodnionej skuteczności, co potwierdzają Pawlak i Kamiński. Leki te są stosowane jako środki wspomagające w terapii jąkania, afazji, nadpobudliwości psychoruchowej, autyzmu oraz w leczeniu zaburzeń mowy o etiologii neurodegeneracyjnej. Na razie jednak, jak podają autorzy, nie można wskazać leku na konkretne zaburzenie mowy.

Piątkowski i Tarkowski wyjaśniają aspekty prawne i socjologiczne leczenia niemedycznego oraz problemy regulacji prawnych tych oddziaływań. Wyjaśniają również, czym jest zooterapia, na czym polegał fenomen Kaszpirowskiego i jak wyplatanie koszyków przyczynia się do złagodzenia jąkania. Autorzy prezentują niezwykle potrzebne zdroworozsądkowe podejście do coraz powszechniejszych propozycji terapii, które nie mają podstaw naukowych.

W rozdziale ostatnim Tarkowski i Humeniuk przedstawiają różne szkoły i metody psychoterapii, które są wykorzystywane w kompleksowej terapii osób z zaburzeniami mowy.

Recenzowana praca to pierwsza polska monografia poświęcona patologii mowy napisana przez interdyscyplinarny zespół w duchu skłaniającym do dyskusji. W mojej ocenie jest to obowiązkowa lektura dla logopedy, psychologa, lekarza oraz każdego, któremu bliskie są problemy osób z zaburzeniami mowy.

*Dorota Wiewióra*





## Noty o autorach

JOANNA BŁAŻEJEWSKA-ZIORA, absolwentka Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach oraz Akademii Medycznej we Wrocławiu; pedagog, logopeda, neurologopeda kliniczny, surdologopeda. Od lat specjalizuje się w diagnostyce i terapii mowy oraz komunikacji dzieci i osób dorosłych, prowadząc poradnię logopedyczną i neurologopedyczną w Katowicach. Terapię dzieci z zaburzeniami mowy o podłożu neurologicznym zajmuje się w ramach pracy w Szkole Podstawowej nr 58 z Oddziałami Integracyjnymi im. Marii Dąbrowskiej w Katowicach, gdzie prowadzi oddział specjalny dzieci z afazją. Współpracuje z Centrum Logopedii Uniwersytetu Śląskiego.

MAGDALENA BURY-KAMIŃSKA, absolwentka psychologii oraz logopedii z audiologią na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, obecnie jest asystentem w Instytucie Psychologii UMCS, pracuje również w Centrum Terapii i Diagnostyki Inicjatywa w Puławach. Autorka i współautorka publikacji naukowych z zakresu psychoonkologii, neuropsychologii, logopedii oraz pomocy terapeutycznych *Ćwiczenia sprawności komunikacyjnych, Trenuj mózg z Neuronkiem. Jesienne przygody w Neuronkowym Lesie.*

URSZULA CISZEWSKA-PSUJEK, logopeda, glottodydaktyk, absolwentka studiów magisterskich na kierunku logopedia z audiologią Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie oraz studiów magisterskich na kierunku filologia polska ze specjalnością glottodydaktyczną Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Obecnie jest doktorantką w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS oraz pełni funkcję sekretarza „Biuletynu Logopedycznego”.

ANNA CZYŻ, doktor nauk humanistycznych w dyscyplinie pedagogika, surdopedagog, audiofonolog – logopeda, protetyk słuchu. Zawodowo związana z Uniwersytetem Pedagogicznym im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, gdzie zajmuje się szeroko rozumianą rehabilitacją osób z uszkodzonym narządem słuchu. Autorka prac badawczych z zakresu terapii słuchu i mowy z wykorzystaniem nowoczesnych zdobyczy technologicznych.

KAMIŁA DĘBIŃSKA-GUSTAW, magister logopedii z audiologią, doktorantka w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lu-

blinie. Jej zainteresowania naukowe dotyczą problematyki diagnozy i terapii opóźnionego rozwoju mowy oraz zaburzeń mowy o podłożu neurologicznym u dzieci. Na co dzień prowadzi terapię logopedyczną dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym wieku szkolnym z opóźnionym rozwojem mowy, pracuje także jako diagnosta słuchu.

ANNA GAJDA, absolwentka psychologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Związana z Centrum Terapii i Diagnozy „Inicjatywa” w Puławach.

EWA HRYCYNA, doktor nauk humanistycznych w zakresie językoznawstwa polskiego, logopeda, etnolingwista, adiunkt w Instytucie Polonistyki i Logopedii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. Autorka publikacji naukowych dotyczących językowego obrazu świata, gatunków mowy, gatunków folkloru, zaburzeń mowy. Interesuje się szczególnie zaburzeniami mowy na poziomie semantycznym i pragmatycznym.

KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY, doktor nauk humanistycznych w zakresie językoznawstwa, neurologopeda, adiunkt w Katedrze Logopedii Uniwersytetu Gdańskiego, kierownik Podyplomowych Studiów Wczesnej Interwencji Logopedycznej oraz Podyplomowych Studiów Oligofrenologopedycznych. Swoje zainteresowania naukowe koncentruje na problematyce rozwoju mowy i jej zaburzeń występujących u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, niepełnosprawnością sprzężoną oraz z uszkodzeniem narządu wzroku, na wczesnej interwencji logopedycznej, a także gerontologopedii. Autorka publikacji o tej tematyce, m.in. książek *Wyrażenia przyimkowe w mowie dzieci z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym i lekkim* (2013), *Kompetencja i sprawność językowa dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym, umiarkowanym i lekkim* (2017). Współredaktorka pięciu tomów wydanych w serii „Logopedia XXI Wieku”.

BARBARA KAMIŃSKA, doktor nauk humanistycznych, pracuje w Katedrze Logopedii Uniwersytetu Gdańskiego. Kierownik Podyplomowych Studiów Surdologopedycznych oraz Podyplomowych Studiów Logopedii Medialnej. Autorka i współautorka opracowań i artykułów z zakresu logopedii i logopedii artystycznej. Interesuje się zagadnieniami z zakresu fonetyki i fonologii współczesnej polszczyzny, poprawności językowej, estetyki wypowiedzi, uwarunkowań biologicznych i socjofonetycznych wymowy poprawnej i zaburzonej.

DOROTA KAMIŃSKA, magister pedagogiki, logopeda, absolwentka studiów podyplomowych o kierunku neurologopedia Uniwersytetu SWPS w Warszawie, doktorantka Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, wykładowca Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Ciechanowie. Terapeuta mowy podczas turnusów terapeutycznych dla osób jękających się organizowanych przez Specjalistyczne Centrum Terapii Jękania w Wodzisławiu Śląskim (od 2008). Prowadzi terapię jękania dla dzieci i młodzieży w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ciechanowie. Certyfikowany Trener międzynarodowego programu TOCfE (Theory of Constraints for Education). Autorka publikacji z zakresu terapii jękania i edukacji, m.in. *Wspomaganie płynności mowy dziecka – profilaktyka diagnoza i terapia jękania wczesnodziecięcego* (2010); *Jak bawić się i uczyć z pasją? Zastosowanie narzędzi myślowych TOC w pracy z dziećmi* (2012, 2017), oraz współautorka publikacji *Jękanie. Skuteczne techniki płynnego mówienia*.

MONIKA KOWALSKA, magister pedagogiki, asystent w Instytucie Pedagogiki Przedszkolnej i Szkolnej Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie. Zainteresowania naukowo-badawcze koncentruje wokół wielowymiarowej diagnozy zdolności dziecka, a także sposobów dostosowania procesu nauczania do specjalnych potrzeb edukacyjnych dzieci zdolnych oraz dzieci z trudnościami edukacyjnymi. Instruktor zajęć rytmicznych i logorytmicznych w instytucji Muzyka dla Smyka.

MAGDALENA KWATERKIEWICZ, studentka II roku logopedii z audiologią na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Aktywna członkini Naukowego Koła Logopedów i Audiologów UMCS oraz Studenckiej Poradni Logopedycznej UMCS.

WOJCIECH LIPSKI, doktor nauk humanistycznych, językoznawca, logopeda, pracownik naukowo-dydaktyczny w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, prowadzi terapię logopedyczną osób z zaburzeniami mowy i języka w Pracowni Logopedycznej ZLiJS UMCS. Zainteresowania naukowe: psychogenne zaburzenia mowy, zaburzenia mowy w schizofrenii, w ADS, zaburzenia płynności mówienia, obraz zaburzeń psychicznych w literaturze i filmie. Sekretarz Zarządu Głównego (2011–2014) i Przewodniczący Komisji Rewizyjnej (2014–2017, 2017–2020) Polskiego Towarzystwa Logopedycznego.

LUIZA MACKIEWICZ, logopeda, audiolog, terapeuta zaburzeń przetwarzania słuchowego, terapeuta ręki. Absolwentka studiów magisterskich na kierunku logopedia z audiologią w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Pracuje jako logopeda w przedszkolu terapeutycznym dla dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwoju i w Centrum Kompleksowej Terapii Psychologiczno-Pedagogicznej „Spektrum” w Grodzisku Mazowieckim. Jest organizatorem turnusów rehabilitacyjnych dla dzieci z wadą słuchu. Doświadczenie w pracy z osobami z zaburzeniami słuchu i mowy zdobywała także w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym dla Dzieci i Młodzieży niesłyszącej i słabo słyszącej w Lublinie oraz Międzynarodowym Centrum Słuchu i Mowy w Kajetanach. Jej zainteresowania naukowe dotyczą problematyki zaburzeń przetwarzania słuchowego oraz wykorzystania muzyki w terapii logopedycznej.

AGNIESZKA OKRASIŃSKA, doktor nauk humanistycznych, wykładowca zatrudniony w Zakładzie Patologii i Rehabilitacji Mowy Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz logopeda szkolny. Autorka kilku rozdziałów i artykułów. Prowadzi terapię jąkających się dzieci i młodzieży.

JOLANTA PANASIUK, dr hab. prof. UMCS i UWM, zatrudniona w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Wykładowca w zakresie neurologopedii w kilku ośrodkach naukowych w Polsce kształcących logopedów. Prowadzi badania naukowe z zakresu teorii komunikacji, tekstologii i neurologopedii, których wyniki prezentowała na wielu konferencjach naukowych w kraju i za granicą. Specjalizuje się w diagnozie i terapii zaburzeń językowych u dzieci i dorosłych ze schorzeniami neuropsychiatrycznymi. Autorka ponad dwustu pięćdziesięciu publikacji naukowych. Uczestniczyła w pracach Komisji Rozwoju i Zaburzeń Mowy PAN, była członkiem

grupy ekspertów tworzący obowiązuje program specjalizacji w neurologopedii, pełniła obowiązki krajowego konsultanta w dziedzinie neurologopedii przy Ministerstwie Zdrowia. Przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Logopedycznego, członek Zespołu Ekspertów do spraw specjalizacji w zakresie neurologopedii, działa w Sekcji Psychologii Klinicznej i Edukacji Zdrowotnej Komisji Nauk Medycznych lubelskiego oddziału PAN, należy do komitetów redakcyjnych i rad recenzentek kilku czasopism naukowych oraz Rady Patronackiej Fundacji 21. Odznaczona Brązowym Krzyżem Zasługi za pracę na rzecz środowiska logopedycznego. Za książkę *Afazja a interakcja. TEKST – metaTEKST – konTEKST* (2012) otrzymała nagrodę Prezesa Rady Ministrów RP (2014), a za pracę dydaktyczną – Medal Komisji Edukacji Narodowej (2016).

OLGA PRZYBYŁA, doktor nauk humanistycznych, językoznawca, logopeda, terapeuta integracji sensorycznej, adiunkt w Katedrze Dydaktyki Języka i Literatury Polskiej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, kierownik Centrum Logopedii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach w latach 2008–2017 kierownik Studiów Podyplomowych Kwalifikacyjnych Logopedii i Medialnej Emisji Głosu. Autorka kilkudziesięciu publikacji z zakresu językoznawstwa, edukacji polonistycznej oraz logopedii, w tym monografi *Akty mowy w języku nauczycieli* (2004). Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół zaburzeń komunikacji językowej, szczególnie u dzieci oraz młodzieży z zaburzeniami słuchu i uszkodzeniami mózgu, oraz diagnozy i terapii logopedycznej z elementami integracji sensorycznej. Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Logopedycznego w Lublinie, pełniła funkcję koordynatora projektu „NetQues” w Polsce w ramach „Network for Tuning Standards & Quality of Educ. progs. for SLT in Europe”, którego partnerem był Uniwersytet Śląski. Redaktor naczelna „Logopedii Silesiany”, członek Komitetu Naukowego „Biuletynu Logopedycznego”.

ANETA SYTA, neurologopeda, absolwentka filologii polskiej ze specjalnością logopedyczną Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, a obecnie doktorantka w Zakładzie Logopedii i Emisji Głosu Instytutu Polonistyki Stosowanej Uniwersytetu Warszawskiego. Specjalizuje się w problematyce afazji, prognozi oraz technik neuro-muzykoterapeutycznych.

DOROTA WIEWIÓRA, dyplomowany logopeda pracujący z dziećmi dwujęzycznymi, afatycznymi, autystycznymi, zagrożonymi niepełnosprawnością. Absolwentka filologii polskiej na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach oraz Studiów Podyplomowych z Logopedii oraz Emisji Głosu UŚ, a także studiów podyplomowych w zakresie wczesnego wspomaganie rozwoju, rewalidacji i terapii pedagogicznej dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w Wyższej Szkole Lingwistycznej. W 2015 roku otworzyła przewod doktorski na Uniwersytecie Wrocławskim. Autorka artykułów poświęconych bilingwizmowi oraz rozwojowi mowy dzieci dwujęzycznych. Obecnie pracuje w Specjalistycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej Persevere w Katowicach.

KATEŘINA VITÁSKOVÁ, docent w Instytucie Pedagogiki Specjalnej Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Pałackiego w Ołomuńcu, pedagog specjalny – specjalizacja w dziedzinie logopedii, pedagogiki specjalnej dla upośledzonych słuchowo i z niepełnosprawnością

intelektualną, kierownik Działu Logopedii i Studiów Procesu Komunikacji, Pion Czynności Naukowo-Badawczych w Instytucie Pedagogiki Specjalnej Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Palackiego, przewodnicząca Educational Committee for Speech Language Pathology International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP), członek Czeskiego Stowarzyszenia Wokologicznego i innych stowarzyszeń naukowych, a także kolegiów redakcyjnych fachowych czasopism. Uczestniczy w pracach grantowych, m.in. jako członek komisji naukowych. Swoją działalność naukowo-badawczą skupia na diagnostyce w dziedzinie zaburzeń zdolności komunikacyjnych, m.in. z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi badawczych, na poradnictwie i terapii w dziedzinie patologii mowy, głosu i słuchu dzieci i dorosłych, wczesnej opiece surdologopedycznej, specyficznych trudnościach w uczeniu się oraz problematyce spektrum autyzmu.

MARTA WYSOCKA, doktor nauk humanistycznych w zakresie językoznawstwa, adiunkt w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Autorka monografii dotyczącej roli prozodii w rozwoju mowy (*Prozodia mowy w percepcji dzieci*, 2012) oraz licznych artykułów na temat uwarunkowań zachowań prozodycznych, zaburzeń prozodii, diagnozy i terapii dysprozodii, wykorzystania muzyki w terapii logopedycznej oraz zaburzeń głosu.

ANNA ŻYWOT, doktor nauk humanistycznych, logopeda, oligofrenopedagog. Prowadzi diagnozę i terapię logopedyczną dzieci z głębokimi zaburzeniami mowy i języka. Autorka i współautorka pomocy logopedycznych z serii „Powtarzam. Rozumiem. Nazywam” oraz artykułów w czasopismach naukowych. Jej zainteresowania zawodowe dotyczą szczególnie specyfiki funkcjonowania językowego dzieci z niedokształceniem mowy o typie afazji oraz z SLI.



# Streszczenia

KATEŘINA VITÁSKOVÁ

## **Ocena zdolności motorycznej i umiejętności oromotorycznych w kontekście diagnostyki pragmatyki komunikacyjnej u dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, lekkim upośledzeniem umysłowym, zaburzeniami mowy wśród typowej populacji**

**STRESZCZENIE:** Naśladownictwo jest jednym z głównych mechanizmów rozwoju pragmatycznych zachowań komunikacyjnych. Zakłócenie umiejętności naśladowania może odgrywać bardzo ważną rolę w diagnostyce zaburzeń językowych u dzieci z różnych grup zagrożonych zmianami fizjologicznymi w rozwoju mowy. Zaburzenia te mogą wynikać z pierwotnej niepełnosprawności, włącznie z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. W ramach fazy związanej z projektowaniem i weryfikacją nowych narzędzi służących do oceny postrzegania pragmatycznych zdolności językowych u osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, autorka oceniła zdolność naśladownictwa w zakresie motoryki i oromotoryki wśród dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, konkretnymi zaburzeniami językowymi (dysfazją rozwojową), z lekkim upośledzeniem umysłowym wobec dzieci z typowej populacji. W pracy przedstawiono wstępne wyniki badań oraz omówiono ich ewentualne zastosowania dla oceny pragmatycznych umiejętności językowych wśród dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu z punktu widzenia logopedy.

**SŁOWA KLUCZOWE:** naśladownictwo, język pragmatyczny, zaburzenie ze spektrum autyzmu, logopedia, upośledzenie umysłowe, upośledzenie mowy

JOLANTA PANASIUK

## **Dysocjacja czy neurodegeneracja Problemy diagnozy, leczenia i terapii**

**STRESZCZENIE:** Różnicowanie objawów dysocjacji i neurodegeneracji u chorych w okresie adolescencji nastrocza wielu problemów. Kryteria diagnostyczne jednoznacznie wskazują, że zaburzenia dysocjacyjne



należy rozpoznawać jedynie po wykluczeniu przyczyn ogólnomedycznych, neurologicznych i skutków działania substancji psychoaktywnych. Za rozpoznaniem dysocjacji przemawia występowanie objawów konwersyjnych lub nawracających skarg somatycznych w związku czasowym z czynnikiem stresogennym ich dynamika obrazu klinicznego. Celem artykułu jest określenie psychopatologicznego obrazu neurodegeneracji u 18-letniej uczennicy, u której błędnie rozpoznano zaburzenia dysocjacyjne. Wyniki poszerzonych badań genetycznych przeprowadzone po ośmiu latach bezskutecznego leczenia i terapii wykazały dziedziczną postać neurodegeneracji. Choroba, choć z różnym nasileniem, ujawniła się także u babki, matki i siostry badanej kobiety w różnych okresach ich życia.

**SŁOWA KLUCZOWE:** łagodne zaburzenia poznawcze, otępienie, dyzartria, konwersja, porażenie cztero-kończynowe, zespół pozapiramidowy

BARBARA KAMIŃSKA, KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY

### **Przyczyny i konsekwencje zmian w narządzie żucia u osób starszych**

**STRESZCZENIE:** W artykule omówione zostały zjawiska związane z fizjologicznymi zmianami zachodzącymi w układzie stomatognatycznym u osób w podeszłym wieku. Wskazano na ich związek z czynnościami żucia i połykania oraz ogólnym stanem zdrowia i funkcjonowania społecznego starszych osób. Znajomość referowanych zagadnień jest istotna nie tylko dla lekarzy stomatologów i geriatrów, ale także dla logopedów oraz innych specjalistów pracujących z seniorami.

**SŁOWA KLUCZOWE:** gerontologopedia, układ stomatognatyczny, narząd żucia

WOJCIECH LIPSKI

### **Wieloznacznosc terminu „konotacja” i jego aplikatywnosc w badaniach nad zaburzeniami mowy**

**STRESZCZENIE:** W artykule autor dokonuje przeglądu rozumienia terminu *konotacja* z uwzględnieniem najnowszych, wiodących prym kierunków w nauce. Autor wskazuje bardzo ważny kierunek rozwoju stosowania tego pojęcia w opisie zaburzeń językowych w schizofrenii, afazji i demencji.

**SŁOWA KLUCZOWE:** konotacja, schizofrenia, afazja, demencja

EWA HRYCYNA

### **Rozwijanie słownictwa u dzieci w wieku przedszkolnym z zaburzeniami ekspresji werbalnej Problemy teoretyczne**

**STRESZCZENIE:** Artykuł dotyczy teoretycznych problemów związanych z rozwijaniem słownictwa u dzieci przedszkolnych z zaburzeniami ekspresji werbalnej. Autorka podkreśla ważność podejmowanego problemu, wynikającą z roli, jaką odgrywa słownictwo w rozwoju społecznym, edukacyjnym, kulturowym. Podejmuje próbę scharakteryzowania kompetencji językowej na poziomie semantyczno-leksykalnym. W tym celu odnosi się do dotychczasowych badań na temat rozwoju mowy, dotyczących słownika dziecka. Omawia dwa podstawowe wymiary słownika dziecka – ilościowy i jakościowy i podkreśla ważność ich obu. Szczególny nacisk kładzie na omówienie aspektu jakościowego. W tym celu analizuje – w świetle wybranych wątków teorii lingwistycznych – pojęcie: znaku językowego, zna-

czenia (pojęcia) podstawowego i przenośnego, definicji kognitywnej. Odwołuje się do pojęcia kategorii semantycznych i części mowy. Porusza kwestię łączliwości semantycznej, pragmatyki oraz refleksji metajęzykowej. Wymienione zjawiska językowe konfrontuje z przykładami możliwych zaburzeń.

**SŁOWA KLUCZOWE:** słownictwo, rozwój mowy dziecka, aspekt ilościowy, aspekt jakościowy, znak językowy, znaczenie, definicja kognitywna, kategorie semantyczne, części mowy, łączliwość semantyczna, pragmatyka, metajęzyk

MARTA WYSOCKA, LUIZA MACKIEWICZ

### **Odbiór emocji wyrażonych w prozodii przez dzieci z uszkodzonym narządem słuchu**

**STRESZCZENIE:** Uszkodzenie narządu słuchu wpływa na powstawanie trudności w odbiorze nie tylko elementów segmentalnych mowy, ale także struktur suprasegmentalnych. W rezultacie wiele funkcji pełnionych przez prozodię mowy, a ważnych dla rozumienia i interpretacji komunikatów językowych jest dla osób z zaburzonym słuchem niedostępnych. W artykule zaprezentowano wyniki badań własnych nad percepcją zakodowanych w prozodii mowy emocji (radości, smutku i złości) przez dzieci z prelingwalnym uszkodzeniem narządu słuchu. Uzyskane wyniki wskazują na znacznie u nich obniżoną, względem dzieci słyszących, sprawność w odbiorze wyrażonych prozodycznie emocji. Trudności w tym zakresie rosną wraz ze stopniem ubytku słuchu.

**SŁOWA KLUCZOWE:** prozodia, uszkodzenie narządu słuchu, percepcja zjawisk prozodycznych

ANNA CZYŻ

### **Wsparcie osób niesłyszących w rozumieniu treści przekazu za pomocą SignWritingu**

**STRESZCZENIE:** W artykule przedstawiono kwestię wsparcia możliwości komunikacyjnych osób z uszkodzonym narządem słuchu. Autorka skupia się na osobach posługujących się językiem migowym jako pierwszym, które powinny opanować system języka polskiego przynajmniej w piśmie, by móc samodzielnie i niezależnie funkcjonować w społeczeństwie. Badania mają na celu zweryfikowanie skuteczności wsparcia za pomocą SignWritingu rozumienia tekstu czytanego zapisanego w systemie języka polskiego. Posłużono się metodą quasi-eksperymentu prowadzonego w dwóch grupach osób niesłyszących (eksperymentalnej i kontrolnej), do weryfikacji efektów zastosowano statystyki opisowe i nieparametryczne testy statystyczne. Ponieważ dostrzega się deficyt umiejętności posługiwania się systemem fonicznego języka polskiego u osób niesłyszących, należy dołożyć wszelkich starań, by ułatwić im nabywanie i posługiwanie się językiem narodowym. Signwriting może okazać się dobrą alternatywą dla tradycyjnych metod lub środkiem wspomagającym nauczanie osób niesłyszących fonicznego języka polskiego.

**SŁOWA KLUCZOWE:** Polski Język Migowy, SignWriting, wsparcie rozwoju, niesłyszący, edukacja rehabilitacja

KAMILA DĘBIŃSKA-GUSTAW

### **Badanie alalii prolongaty – propozycja metodologiczna**

**STRESZCZENIE:** Zagadnienie opóźnionego rozwoju mowy stanowi problem, który wymaga pogłębionych badań. Szacuje się, że opóźniony rozwój mowy (ORM) dotyczy około 10% dzieci. Jest to więc zaburzenie powszechnie występujące, ale nadal niedostatecznie zbadane i opisane. W obrębie opóźnionego rozwoju mowy wyróżnia się zaburzenie określane mianem alalii prolongaty, obejmujące przypadki występowania opóźnień w rozwoju językowym, mimo braku uchwytnych przyczyn tego stanu. Artykuł jest propozycją metody badań własnych dotyczących stanu sprawności językowych dzieci z alalią prolongatą na tle dzieci w normie biologicznej w szóstym roku życia. Przedstawiono w nim stan badań nad opóźnionym rozwojem mowy oraz przyjęte na potrzeby badań własnych założenia teoretyczne. Prezentowana metoda polega na zastosowaniu własnego narzędzia do oceny sprawności językowych dzieci z opóźnionym rozwojem mowy, a także dzieci w normie biologicznej. Takie postępowanie badawcze umożliwi wykazanie głębokości dysproporcji w rozwoju językowym dzieci w tym samym wieku i pozwoli na pełną diagnozę dzieci z alalią prolongatą.

**SŁOWA KLUCZOWE:** opóźniony rozwój mowy, alalia prolongata, badanie sprawności językowych, językowa sprawność systemowa, metodologia badań logopedycznych

MAGDALENA BURY-KAMIŃSKA, ANNA GAJDA

### **Dwutorowe programowanie terapii logopedycznej z wykorzystaniem metod komunikacji wspomagającej i alternatywnej (AAC)**

**STRESZCZENIE:** Dwutorowe (symultaniczne) programowanie sprawności językowych i komunikacyjnych składa się zarówno z usprawniania produkcji i rozumienia mowy, jak i nauki wspomagających (*augmentative communication*) metod komunikacji. Jest to ważny element terapii logopedycznej. Wprowadzenie alternatywnego środka komunikacji jest częścią procesu służącego rozwojowi mowy. Może on stanowić swoistą bazę budowania języka w umyśle. Celem autorek jest podkreślenie zasadności dwutorowego programowania terapii logopedycznej. Wczesne zapewnienie dziecku środków komunikacji rozwija sprawność komunikacyjną i językową.

**SŁOWA KLUCZOWE:** dwutorowe programowanie terapii, terapia logopedyczna, metody AAC, komunikacja symultaniczna

URSZULA CISZEWSKA-PSUJEK

### **Sprawność narracyjna w chorobie alkoholowej**

**STRESZCZENIE:** Uzależnienie od alkoholu jest przewlekłą chorobą powodującą wieloukładowe i wielonarządowe uszkodzenia. Toksyczne oddziaływanie alkoholu na ośrodkowy układ nerwowy prowadzi do trwałego zmniejszenia się liczby i rozmiaru neuronów oraz połączeń neuronalnych, szczególnie w obrębie struktur czołowych, układu limbicznego i mózdzku, a w konsekwencji do zaburzeń poznawczych, w tym funkcji wykonawczych i pamięci oraz zaburzeń przetwarzania informacji emocjonalnych. Powstałe dysfunkcje poznawcze wpływają na sposób pojmowania rzeczywistości oraz na możliwość reprezentowania jej w zachowaniach językowych. Diagnoza zaburzeń mowy osób uza-

leźnionych od alkoholu może dokonać się poprzez ocenę sprawności narracyjnych, które odzwierciedlają tkwiącą w ludzkim umyśle wiedzę o świecie, czyli sposób poznawczego reprezentowania świata.

**SŁOWA KLUCZOWE:** alkoholizm, funkcje poznawcze, funkcje wykonawcze, zaburzenia funkcji poznawczych, narracja, sprawności narracyjne

MONIKA KOWALSKA

### **Diagnoza sprawności komunikacyjnej osoby dorosłej z niepełnosprawnością sprzężoną Studium przypadku**

**STRESZCZENIE:** W artykule omówiono rozwój komunikacji mężczyzny z niepełnosprawnością sprzężoną: autyzmem i umiarkowaną niepełnosprawnością intelektualną. Analizie zostały poddane deficyty mowy spowodowane niepełnosprawnością. Na wstępie nakreślono teoretyczne podstawy omawianego problemu.

**SŁOWA KLUCZOWE:** autyzm, deficyty, kontakt wzrokowy, koncentracja, komunikacja

ANNA ŻYWOT

### **„Imituję, więc jestem” – kilka uwag dotyczących kluczowego procesu w nabywaniu języka w świetle metody wideomodelowania Gemiini jako narzędzia wspomagającego rozwój mowy**

**STRESZCZENIE:** Artykuł zawiera rozważania na temat znaczenia imitacji w rozwoju języka. Autorka stawia tezę, że przyczyną deficytów językowych może być wadliwe działanie systemów sensorycznych mózgu człowieka. Podaje również propozycję terapii tych trudności w postaci opisu metody wideofilmowania Gemiini.

**SŁOWA KLUCZOWE:** imitacja, system sensoryczny w mózgu, system motoryczny mózgu, neurony lustrzane, neurony kanoniczne, nadwrażliwość sensoryczna, zaburzenia rozwoju językowego, wideomodelowanie, system Gemiini

MAGDALENA KWATERKIEWICZ

### **Wpływ ćwiczeń muzycznych i muzyczno-ruchowych na rozwój kompetencji prozodycznych dzieci pięcio- i sześcioletnich**

**STRESZCZENIE:** W artykule prezentuję wyniki badań własnych dotyczących wpływu ćwiczeń muzycznych i muzyczno-ruchowych na rozwój kompetencji prozodycznych dzieci pięcio-sześcioletnich, u których system fonetyczno-fonologiczny kończy swój dynamiczny rozwój. W tym okresie bardzo intensywnemu rozwojowi ulega zdolność do percypowania określonych cech jednostek prozodii mowy. Celem badań była ocena wpływu ćwiczeń muzycznych oraz muzyczno-ruchowych na rozwój kompetencji prozodycznych dzieci w wieku pięciu i sześciu lat. Do głównych założeń przeprowadzonego eksperymentu należało zbadanie kompetencji prozodycznych w zakresie jej percepcji oraz opracowanie

i realizacja programu terapeutycznego, którego celem było kształtowanie sprawności percepcyjnych w zakresie elementów wspólnych dla mowy i muzyki (cechy: wysokość, głośność, czas oraz długość trwania oraz zjawiska: tempo, rytm, melodia, intonacja), co w konsekwencji miało doprowadzić do wzrostu poziomu kompetencji prozodycznych. W postępowaniu badawczym zastosowano metodę eksperymentalną z wyborem grup równoległych. Procedura badań objęła badanie słuchu fizjologicznego oraz badanie percepcji prozodii mowy dzieci z grupy eksperymentalnej i kontrolnej.

SŁOWA KLUCZOWE: prozodia mowy, kompetencje prozodyczne, logorytmika, metody usprawniania prozodii

ANETA SYTA

### Dyslalia ankyloglosyjna – wpływ na wymowę sześciolatków

STRESZCZENIE: Głównym celem autorki było uchwycenie, na podstawie przeprowadzonych badań, relacji między postacią wędzidełka a wymową u dzieci sześciolatków. Omówiono wpływ skróconego wędzidełka językowego na wymowę badanych dzieci, w zależności od stopnia jego skrócenia. W związku z tym oceniono realizację wszystkich podstawowych wariantów fonemów języka polskiego, realizację grup spółgłoskowych, sprawdzono również motorykę narządów mowy, a także poddano ocenie słuch fonematyczny badanych dzieci. Wyniki badań własnych przedstawiono na tle poglądów różnych badaczy na zagadnienie wpływu ankyloglosji na wymowę.

SŁOWA KLUCZOWE: dyslalia, ankyloglosja, dzieci sześciolatków

DOROTA KAMIŃSKA

### Teoria ograniczeń (*Theory of Constraints* – TOC) w kontekście wspierania procesu terapii osób jękających się

STRESZCZENIE: W artykule został przybliżony praktyczny aspekt zastosowania Teorii Ograniczeń (ang. *Theory of Constraints* TOC) w terapii osób jękających się. Zaprezentowane zagadnienia dotyczą działań podjętych m.in. w ramach innowacji metodycznej: „Mówię TO Co myślę» – trening płynnej mowy z zastosowaniem metody TOC (*Theory of Constraints*), realizowanej podczas grupowych zajęć terapii jękania dla dzieci i młodzieży zorganizowanych w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Ciechanowie. Stanowią autorską propozycję modyfikacji i zastosowania trzech graficznych narzędzi TOC: „gałęzilogicznej”, „chmurki” i „drzewka ambitnego celu” w procesie wspierania terapii osób jękających się.

SŁOWA KLUCZOWE: terapia jękania, teoria ograniczeń (TOC), metoda wspierająca

ANETA SYTA

### Głos w pracy pedagoga Znaczenie, problemy i profilaktyka oraz propozycja ćwiczeń logopedycznych

STRESZCZENIE: Dbalność o aparat głosowy i umiejętność posługiwania się nim są warunkiem zachowania jego dobrej kondycji przez długi czas. W artykule omówiono zagadnienia z zakresu prawidłowej emisji głosu w pracy pedagoga, zwrócono również uwagę na zagrożenia dla głosu związane z tym zawodem. Wykazano znaczenie profilaktyki w zapobieganiu problemom i chorobom głosu wśród

nauczycieli, a także zaproponowano ćwiczenia logopedyczne pozwalające im na utrzymanie w dobrej kondycji aparatu głosowego i artykulacyjnego.

**SŁOWA KLUCZOWE:** emisja i higiena głosu, choroby głosu, nauczyciel, terapia logopedyczna

JOANNA BŁAŻEJEWSKA-ZIORA

**Narzędzie diagnostyczne  
do wykorzystania we wczesnej interwencji neurologopedycznej –  
kwestionariusz do oceny funkcjonowania małego dziecka do 12. miesiąca życia  
na podstawie wywiadu z rodzicami**

**STRESZCZENIE:** W artykule została przedłożona propozycja diagnostyczna dotycząca wczesnej interwencji neurologopedycznej. Kwestionariusz przedstawia schemat postępowania diagnostycznego, który opiera się na szczegółowym wywiadzie z rodzicami dotyczącym rozwoju motorycznego, poznawczego, społecznego i komunikacyjnego dziecka.

**SŁOWA KLUCZOWE:** wczesna interwencja, kwestionariusz do oceny małego dziecka, wywiad, narzędzie diagnostyczne

Redakcja  
Anna U. Piłśniak

Redakcja tekstów w języku angielskim  
Dominika Pieczka

Projekt okładki, stron tytułowych i działowych  
Paulina Dubiel

Korekta  
Marzena Marczyk

Łamanie  
Alicja Załęcka

Copyright © 2017 by  
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego  
Wszelkie prawa zastrzeżone

Creative Commons  
Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Bez utworów zależnych  
4.0 Międzynarodowe  
Attribution-NonCommercial-NoDerivatives  
4.0 International



ISSN 2300-5246  
(wersja drukowana)

ISSN 2391-4297  
(wersja elektroniczna)

Wydawca  
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego  
ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice  
[www.wydawnictwo.us.edu.pl](http://www.wydawnictwo.us.edu.pl)  
e-mail: [wydawus@us.edu.pl](mailto:wydawus@us.edu.pl)

---

Wydanie I. Nakład: 50 + 50 egz. Ark. druk. 20,5.  
Ark. wyd. 24,0. Papier offset, kl. III, 90 g  
Cena 28 zł (+ VAT)

---

Druk i oprawa: „TOTEM.COM.PL Sp. z o.o.” Sp.K.  
ul. Jacewska 89, 88-100 Inowrocław

Cena 28 zł (+ VAT)

ISSN 2391-4297

7 5



9 772391 429708

Więcej o książce

