

Logopedia Silesiana 8



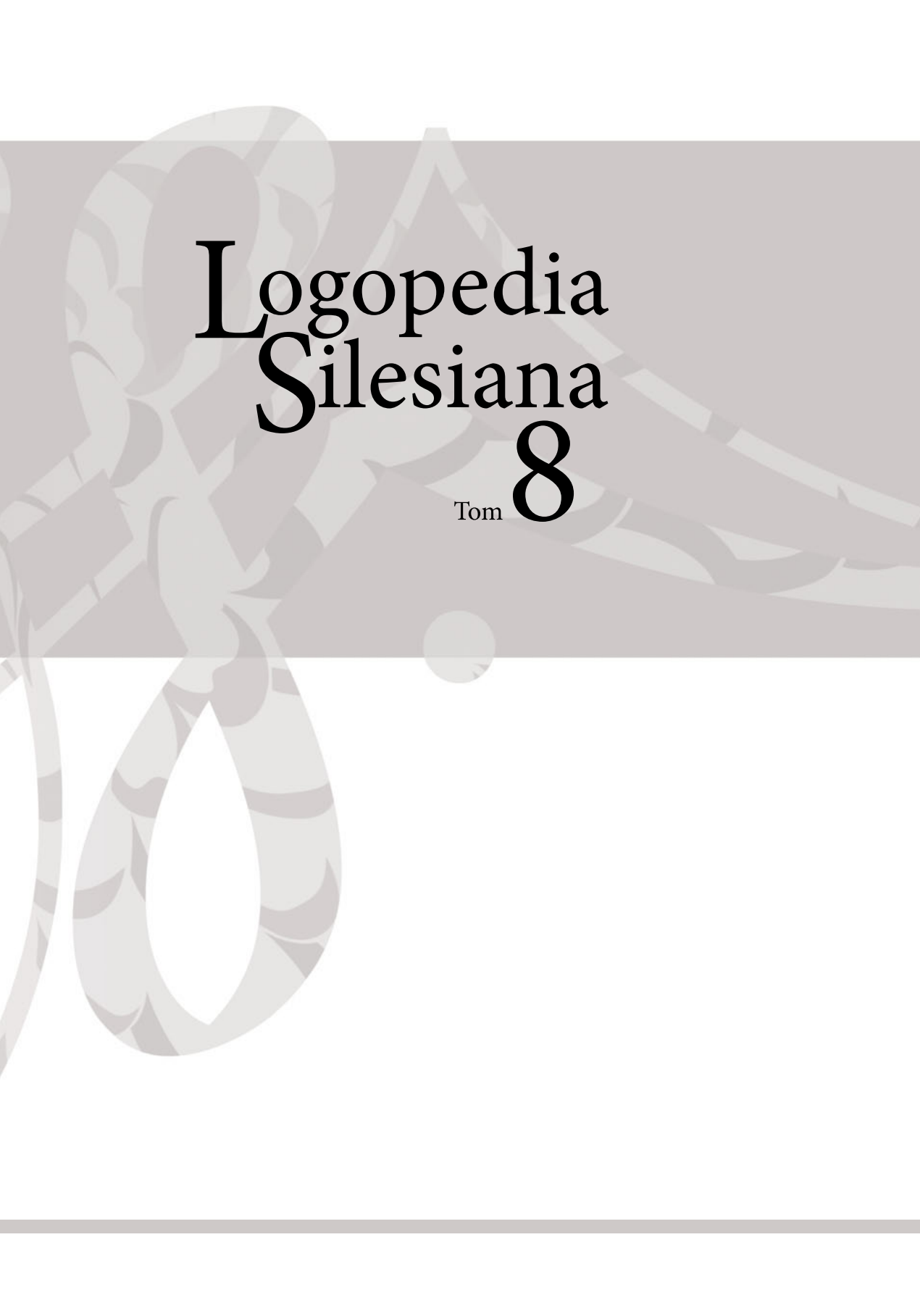
WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU ŚLĄSKIEGO

Tradycyjnie tematykę „Logopedii Silesiany” wyznaczają doświadczenia naukowo-badawcze i zawodowe autorów, których łączy idea rozpoznawania natury zaburzeń mowy.

Rozwiązywanie kwestii poznawczych, podejmowanie bardziej szczegółowych prób opisu konkretnych przypadków, dążenie do uchwycenia w kontekście aktualnej i zmieniającej się refleksji naukowej tego, co jest istotą porozumienia między pacjentem i jego językowym terapeutą – nad tymi wieloaspektowymi zagadnieniami pochylają się teoretycy i praktycy komunikacji językowej z kraju i zagranicy.

Prezentowane prace teoretyczno-kazuistyczne przyczynią się do doskonalenia terapeutycznego warsztatu i rozwijają stan wiedzy o języku, mowie i mówieniu dzięki zastosowaniu odpowiednich metodologii i najnowszych instrumentariów badawczych.

Prof. dr hab. Marian Kisiel
Przewodniczący Rady Naukowej „Logopedii Silesiany”

The background features a large, stylized illustration of a scorpion and a snake. The scorpion is positioned in the upper left, and the snake is coiled in the lower left. The illustration is rendered in a light gray, semi-transparent style against a white background. A horizontal gray band is present across the middle of the page, behind the text.

Logopedia Silesiana 8

Tom





Logopedia Silesiana 8

Tom

pod redakcją Olgi Przybyli

Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Katowice 2019

KOMITET REDAKCYJNY • EDITORIAL BOARD

Redaktor Naczelny • Editor-in-Chief

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

Sekretarz • Secretary

KATARZYNA NIESPOREK (Uniwersytet Śląski w Katowicach – 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

MIECZYŚLAW CHĘCIEK (Staropolska Szkoła Wyższa w Kielcach), GRAŻYNA JASTRZĘBOWSKA (Uniwersytet Opolski), KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY (Uniwersytet Gdański), BARBARA KASICA (Specjalistyczny Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji dla Dzieci i Młodzieży z Wadą Słuchu PZG w Katowicach), KATARZYNA KACZOROWSKA-BRAY (Uniwersytet Gdański); TATIANA LEWICKA (Uniwersyteckie Centrum Medyczne im. prof. Kornela Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach), ALINA MACIEJEWSKA (Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Kielcach), JOANNA SIUDA (Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach)

RADA NAUKOWA • EDITORIAL COMMITTEE

MARIAN KISIEL (Uniwersytet Śląski w Katowicach) – Przewodniczący Rady Naukowej
PAUL CORTHALS (University College Ghent, Health Care Department, Belgia), DOBRINKA GEORGIEWA (South-West University, Department of Logopedie, Błagowgrad, 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 PORAWSKI-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 VITAŠKOVA (Uniwersytet Palackiego, Olomuniec, Republika Czeska), TOMASZ WOŹNIAK (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie)

RADA RECENZyjNA • REVIEWERS COMMITTEE

JACEK BŁESZYŃSKI (Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika w Toruniu), JOLANTA BUJAK-LECHOWICZ (PEDAGOGIUM, Wyższa Szkoła Nauk Społecznych w Warszawie), PAUL CORTHALS (University College Ghent, Health Care Department, Belgia), EWA CZAPLEWSKA (Uniwersytet Gdański), DOBRINKA GEORGIEWA (South-West University, Department of Logopedie, Błagowgrad, Bułgaria), HELEN GRECH (University of Malta, Malta), JOLANTA GÓRAL-PÓLROLA (Staropolska Szkoła Wyższa w Kielcach), OLGA JAUER-NIWOROWSKA (Uniwersytet Warszawski), DAIVA KAIRIENĖ (Siauliai University, Litwa) ZDZISŁAW M. KURKOWSKI (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie), LILIANA MADELSKA (Uniwersytet Wiedeński, Austria), MIROŚLAW MICHALIK (Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie), AGNIESZKA MYSZKA (Uniwersytet Rzeszowski) KAZIMIERZ OZÓG (Uniwersytet Rzeszowski), JOLANTA PANASIUK (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie), MARTA PANČIKOVA, Uniwersytet Ostrawski, Republika Czeska); KATARZYNA PLUTECKA (Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie); JANA RAČLAVSKÁ (Uniwersytet w Ostrawie, Republika Czeska) MAŁGORZATA ROCLAWSKA-DANILUK (Uniwersytet Gdański), BAIBA TRINITE (Uniwersytet Lipawski, Łotwa), KATEŘINA VITAŠKOVÁ (Uniwersytet Palackiego, Olomuniec, Republika Czeska)

Adres Redakcji • Contact

pl. Sejmu Śląskiego 1, 40-032 Katowice, www.logopedia.us.edu.pl

Publikacja jest dostępna także w wersji internetowej:

Central and Eastern European Online Library

www.cceol.com

Spis treści

Wprowadzenie (OLGA PRZYBYŁA)	13
--	----

Część pierwsza

Prace naukowo-badawcze

DOBRINKA GEORGIEVA, ZHIVKO ZHEKOV The History of Logopedics in Bulgaria: Challenges from a Global European Union Perspective	21
CVETLANA M. VALYAVKO О поведенческом подходе в работе логопедов: исторический экскурс и современная ситуация в российской логопедии	34
EWA HRYCYNA Opieka logopedyczna w przebiegu zaburzeń psychicznych – kwestie teoretyczne	47
TOMASZ NOWAK Gramatyka języka w komputerze mózgu i programie umysłu. W poszukiwaniu realnego cerebralnie i mentalnie modelu składni	57
TOMASZ NOWAK Parser gramatyczny i jego strategie poznawcze. Kilka uwag na temat syntaksy i percepcji	80
JACEK BŁESZYŃSKI Samocena autyzmu – jak osoby ze spektrum zaburzeń autyzmu odbierają autyzm. Badania netnograficzne	110
EWA BINKUŃSKA Tendencje rozwojowe artykulacji głosek szczelinowych i zwarto-szczelinowych w grupach CCV-, -VCC- oraz -VCC w wymowie dzieci trzy-, cztero- oraz pięcioletnich	123

KATARZYNA ITA BIEŃKOWSKA, AGNIESZKA JEDLIŃSKA, DOROTA LIPIEC, IZABELA WIĘCEK-POBORCZYK	
Dyslalia słuchowa a zaburzenia artykulacji o innej etiologii u dzieci z uszkodzeniem słuchu	143
MARTA KRAKOWIAK	
Umiejętność analizy fonemowej dzieci z alkoholowym zespołem płodowym . . .	158
LUCIE VÁCLAVIKOVÁ, JITKA KAULFUSS	
Afaziologický screeningový test – ASTcz (česká verze Aphasia Schnell Test) . . .	173
MAGDALENA KOKOT	
Kategoryzowanie u osób z afazją – badania z wykorzystaniem procedury DRM, czyli tworzenia się fałszywych wspomnień	179
ANNA GUZY	
Wybrane czynniki psychospołeczne a występowanie trudności głosowych wśród nauczycieli	195

Część druga

Studia z praktyki logopedycznej

EWA DZIĘCIOŁ-CHLIBIUK	
Realizacja struktury opisu na podstawie wypowiedzi ustnych i pisanych osób z usz- kodzonym słuchem	209
OLGA PRZYBYŁA	
Facilitated Communication in Autism. Case Study	233
ANETA SYTA, KINGA ZIOBROWSKA	
Wpływ ankyloglosji na funkcje prymarne	245
BEATA SZEWCZYK	
Diagnoza i terapia zaburzeń oddechowo-fonacyjnych w dyszartrii. Studia indywidu- alnych przypadków	264
RAFAŁ MŁYŃSKI, MARYIA REDKVA	
Diagnoza logopedyczna kompetencji językowych u wielojęzycznych dzieci z Ukrainy	282
BOŻENA MIKŁASZ-SENDECKA, OLGA PRZYBYŁA	
Dwujęzyczność wczesnodziecięca. Studium przypadku	295
ANETA SYTA	
Wybrane techniki kognitywne muzykoterapii neurologicznej w terapii afazji akustyczno-mnesticznej. Opis przypadku	321

Część trzecia

Materiały, recenzje, pomoce, sprawozdania

MARCELI KLIMKOWSKI

Recenzja: Jolanta Panasiuk: *Język a komunikacja w afazji*. Lublin, Wydawnictwo

UMCS 2019 337

Noty o autorach 339

Streszczenia 345

Contents

Wprowadzenie (OLGA PRZYBYŁA)	13
--	----

Part One Scientific Research

DOBRINKA GEORGIEVA, ZHIVKO ZHEKOV The History of Logopedics in Bulgaria: Challenges from a Global European Union Perspective	21
CVETLANA M. VALYAVKO On Behaviourism in Speech Therapy: An Excursus on Russian Speech Therapy and Russian Logopaedia Today	34
EWA HRYCYNIA Speech Therapy Care in Mental Illnesses – Theoretical Issues	47
TOMASZ NOWAK Language Grammar in the Brain of the Computer and the Programme of the Mind. In Search of a Real Cerebral and Mental Model of Syntax	57
TOMASZ NOWAK A Grammar Parser and Its Cognitive Strategies. Some Comments on Syntax and Perception	80
JACEK BŁESZYŃSKI Autistic Self-perception: How Do the ASD Individuals Perceive Autism? A Netno- graphic Study	110
EWA BINKUŃSKA Developmental Tendencies of Articulation of Slit and Compact-slot Sounds in CCV-, -VCC- and -VCC Groups in the Pronunciation of Three-, Four- and Five-year- old Children	123

KATARZYNA ITA BIEŃKOWSKA, AGNIESZKA JEDLIŃSKA, DOROTA LIPIEC, IZABELA WIĘCEK-POBORCZYK	
Auditory Dyslalia and Articulation Disorders of Varying Aetiology in Children with Hearing Impairment	143
MARTA KRAKOWIAK	
Phoneme Analysis Ability in Children with the Fetal Alcohol Syndrome	158
LUCIE VÁCLAVIKOVÁ, JITKA KAULFUSS	
Aphasia screening test - ASTcz (Czech version of the Aphasia Schnell Test)	173
MAGDALENA KOKOT	
Categorising in People with Aphasia – The Research Using the DRM procedure, or on Creating False Memories	179
ANNA GUZY	
Selected Psychosocial Factors and Voice Difficulties among the Teachers	195

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

EWA DZIĘCIOŁ-CHLIBIUK	
Implementation of the Description Structure Based on Spoken and Written Statements of Hearing Impaired Persons	209
OLGA PRZYBYLA	
Facilitated Communication in Autism. Case Study	233
ANETA SYTA, KINGA ZIOMBROSKA	
Influence of Ankyloglossia on Primary Functions	245
BEATA SZEWCZYK	
Diagnosis and Therapy of Respiratory and Phonatory Disorders in Dysarthria. Case Studies	264
RAFAŁ MEYŃSKI, MARYIA REDKVA	
Speech-language Diagnosis of Linguistics Competences of Multilingual Children from Ukraine	282
BOŻENA MIKŁASZ-SENDECKA, OLGA PRZYBYLA	
Early childhood bilinguality. Case Study	295
ANETA SYTA	
Selected Cognitive Techniques of Neurological Music Therapy in Acoustic-Amnesic Aphasia Therapy. Case Study	321

Part Three
Supporting Materials and Reviews

MARCELI KLIMKOWSKI

Review: Jolanta Panasiuk: Język a komunikacja w afazji. Lublin, Wydawnictwo UMCS 2019	337
Notes on contributors	339
Summaries	345



Wprowadzenie

Rocznik „Logopedia Silesiana” jest czasopismem wydawanym przez Uniwersytet Śląski w Katowicach od 2012 roku, poświęconym kulturze języka i biologicznym uwarunkowaniom rozwoju i zaburzeń mowy. Przedmiot logopedycznych, naukowych dociekań sprawia, że czasopismo ma charakter interdyscyplinarny. W opisie normy języka i zaburzeń językowych rysują się bowiem perspektywy psychologiczna, medyczna, lingwistyczna i pedagogiczna.

Od lat Autorzy „Logopedii Silesiany” – reprezentujący różne dyscypliny naukowe – rozwijają stan wiedzy o języku, mowie i mówieniu w perspektywie rozmaitych koncepcji teoretycznych, z zastosowaniem odpowiednich metodologii i najnowszych instrumentarium badawczych. Z erudycją i naukowym zaangażowaniem każdorazowo dążą do tego, by przedstawiane wyniki badań, analizy i wnioski znajdowały aplikację w ocenie, diagnozie i terapii osób z różnymi trudnościami w komunikacji językowej.

Odzwierciedleniem rangi i uznania wagi periodyku jest uzyskanie rekomendacji w ramach programu MNiSW „Wsparcie dla czasopism naukowych”. Szczególnie godne podkreślenia w wysokiej ocenie recenzentów jest zaliczenie „Logopedii Silesiany” do najbardziej uznanych tytułów poświęconych badaniom logopedycznym, ze wskazaniem, że na jej łamach zamieszczają swoje prace wybitni przedstawiciele danej dziedziny. Istotne jest także zwrócenie przez recenzentów programu uwagi na fakt rozpoznawalności rocznika i docenienie jego zasięgu oddziaływania oraz niewątpliwego wpływu na rozwój reprezentowanych w nim dyscyplin naukowych.

Z zaszczytem i przyjemnością oddajemy w ręce Czytelników kolejny, ósmy tom „Logopedii Silesiany”. W zebranych w nim pracach naukowych oraz studiach przypadków cenieni i uznani Autorzy z kraju i zagranicy podejmują się szerokiego omówienia różnorodnych zagadnień dotyczących diagnozy i terapii logopedycznej. Każdorazowo pogłębiona refleksja naukowa łączy się ze wskazy-

waniem metodologicznych uzasadnień dla prawideł komunikowania się, w tym nade wszystko komunikowania się językowego, oraz z tworzeniem podstaw dla nowych formuł postępowania logopedycznego.

Język bowiem odgrywa w procesie porozumiewania się zasadniczą rolę. Co istotne, zarówno teoretycy, jak i praktycy logopedii patrzą na język nie jako na system złożony z podsystemów, ale jako na narzędzie budowania tożsamości i walencji kulturowej, gdyż jest on w swej istocie elementem konstytutywnym bycia człowiekiem. Nabycie określonych wzorów językowych determinuje postawę poznawczą jednostki wobec otaczającej rzeczywistości, a „ujęzykowanie głowy ludzkiej za pomocą więcej niż jednego myślenia językowego wprowadza do niej coś całkiem nowego”¹. Za pomocą słów i budowanych z nich struktur poznajemy, przeżywamy, interpretujemy i oceniamy świat. Po raz kolejny obserwacja słowa w różnych jego realizacjach i odkrywanie przyczyn sprawiających, że człowiek zaczyna używać języka w taki a nie inny sposób, znajdują odzwierciedlenie w logopedycznej debacie nad naturą ludzkiego porozumiewania się – podejmowaniu przez badaczy opisu mowy w rozwoju i w zaburzeniach.

* * *

Zgodnie z tradycją pisma naukowo-kazuistycznym dociekaniami w zakresie opanowywania i doskonalenia reguł przyswajania i odzyskiwania mowy towarzyszy dialogowo rozumiany proces postępowania terapeutycznego. Tom otwierają artykuły wybitnych specjalistów z Bułgarii i z Rosji.

Profesorowie Dobrinka Georgieva i Zhivko Zhekov przedstawiają przegląd literatury specjalistycznej dotyczącej początków logopedii w Bułgarii oraz wskazują i analizują wyzwania stojące przed logopedią, widziane z perspektywy Unii Europejskiej. Zwracają uwagę na znaczenie edukacji studentów logopedii oraz podkreślają rangę badań naukowych, a także współpracy specjalistów – podejmowaną niezależnie od administracyjnych granic – w budowaniu wspólnych regulacji, opartych nie tylko na dziedzictwie kulturowo-naukowym narodów, lecz także na rozporządzeniach prawnych, z mocą ustaw obowiązujących na całym świecie.

Co ważne, tożsamość zawodową logopedów tworzą wielorakie teoretyczno-kazuistyczne idee. O wpływie teorii behawioralnej na logopedię w swoim artykule pisze Svetłana Valyavko, profesor psychologii klinicznej oraz psychologii specjalnej w Moskiewskim Uniwersytecie Państwowym. Badaczka opisuje wpływ zastosowania technik behawioralnych w interwencji logopedycznej i na tej podstawie formułuje indywidualne plany dla logopedów i terapeutów. Przedstawiony w artykule rys historyczny łączy się z indywidualnymi programami edukacji korekcyjnej, powszechnymi w rosyjskim systemie szkolnictwa.

¹ J.I.N. Baudouin de Courtenay: *Charakterystyka psychologiczna języka polskiego*. W: Idem: *O języku polskim*. Warszawa, PWN 1984 [1904], s. 142.

Problemom opieki logopedycznej poświęciła swoją uwagę Ewa Hrycyna. Autorka omawia zaburzenia psychiczne, które są w sposób szczególny związane z zaburzeniami języka i komunikacji. Różnicuje charakter zaburzeń mowy w psychiatrii (wskazując na korelację między nasiloną patologią a odmiennymi sposobami myślenia i mówienia) oraz podejmuje się omówienia roli logopedy w szeroko pojętym procesie diagnostycznym i terapeutycznym w psychiatrii. Codziennością logopedów jest bowiem współpraca w ramach zespołu interdyscyplinarnego, któremu przyświeca idea zrównoważonej oceny możliwości diagnostycznych i terapeutycznych.

Dwa naukowe szkice Tomasza Nowaka poświęcone są rozważaniom nad ludzką percepcją i językiem. Autor porusza zagadnienie gramatyki ludzkiego języka z punktu widzenia kilku dyscyplin naukowych: lingwistyki teoretycznej i matematycznej oraz psycholingwistyki i neurolingwistyki. Przedmiot prac stanowi parser gramatyczny, a szczególnie ograniczenia, jakie narzucają na jego strukturę i funkcję takie czynniki, jak mózg i umysł, komputer i program. Celem podjętych działań jest próba dowiedzenia, że teoria percepcyjnych strategii rozumienia mowy nie pozwala opisywać procesów przetwarzania trudniejszych zdań.

Na naturę, jakość i stan umiejętności komunikowania się człowieka z otaczającą go rzeczywistością wpływają różne czynniki, w związku z czym niezwykle ważne jest uwzględnianie szerokiej perspektywy podejścia do samego poznawania jako procesu pozyskiwania informacji. Problemowi poszukiwania optymalnych możliwości poznania poświęcił uwagę Jacek Błeszyński, który przedstawia zainicjowane badania dotyczące osób dorosłych z diagnozą autyzmu. Ideą tego wielokierunkowego i wieloetapowego przedsięwzięcia jest zarówno dokonanie rewizji dotychczasowej wiedzy na temat nozologicznej jednostki, jak i określenie działań w inkluzji społecznej osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju.

W polu zainteresowań Autorów ósmego tomu „Logopedii Silesiany” znalazły się także zagadnienia poświęcone diagnozie stanu artykulacji oraz sprawności fonologicznej. Na temat przeprowadzonych analiz tendencji rozwojowych artykulacji głosek szczelinowych i zwarto-szczelinowych w grupach CCV-, -VCC- oraz -VCC w wymowie dzieci trzy-, cztero- oraz pięcioletnich pisze w swoim artykule Ewa Binkuńska. Wyniki badań empirycznych przeprowadzonych w celu oceny potencjalnych, innych niż słuchowe przyczyn występujących u dzieci niesłyszących wad artykulacyjnych omawiają we współautorskim artykule Katarzyna Ita Bieńkowska, Agnieszka Jedlińska, Dorota Lipiec oraz Izabela Więcek-Poborczyk. Badaczki wskazują potrzebę pogłębionej diagnozy stanu artykulacji niesłyszących pacjentów (m.in. ustalenia patomechanizmów zakłóceń w realizacji dźwięków mowy) oraz konieczności włączenia w proces terapii działań z zakresu szeroko rozumianej profilaktyki logopedycznej. Z kolei Marta Krakowiak przedstawia stan umiejętności analizy fonemowej dzieci z alkoholowym zespołem płodowym. Na podstawie empirycznych danych autorka prezentuje różnice w rozwoju dzieci z FAS oraz wykazuje, że występujące u nich problemy z zapamiętywaniem

brzmienia i linearnym porządkowaniem słów skutkują trudnościami w czytaniu i pisaniu.

Codziennosc praktyki logopedycznej wiąże się z zaburzeniami językowymi towarzyszącymi uogólnionej deterioracji umysłowej. Mimo intensyfikacji badań nad diagnostyką schorzeń mózgowych, umożliwiającą szybkie rozpoznawanie zmian ogniskowych i zlateralizowanych zmian zwyrodnieniowych mózgu, terapeuta mowy i języka staje w obliczu odkrywania tajemnicy umysłu i stawia sobie za cel wsparcie pacjenta. Ocenie i wykorzystaniu narzędzi badawczych możliwych do zastosowania w zakresie procedur badania logopedycznego osób z uszkodzeniami mózgu i afazją poświęcone są kolejne artykuły tomu. Lucie Vaclavikova i Jitka Kaulfuss omawiają czeską wersję niemieckiego testu Aphasie-Schnell-Test. W artykule zostały przedstawione wyniki weryfikacji właściwości psychometrycznych testu (tj. trafność, rzetelność i zdolność dyskryminacyjna), które potwierdzają jego bardzo wysoką użyteczność w praktyce klinicznej. Natomiast Magdalena Kokot prezentuje wyniki badań dotyczących wykorzystania procedury DRM, czyli efektu wywoływania fałszywych wspomnień, w grupie osób z afazją ruchową oraz grupie kontrolnej bez tego typu zaburzeń.

Zagadnienia z zakresu zaburzeń emisji głosu podjęła Anna Guzy. Autorka przedstawia wyniki badań własnych nad zależnością niepełnosprawności głosowej występującej u nauczycieli od czynników psychospołecznych.

Studia z praktyki logopedycznej obejmują propozycje sposobów postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, które w założeniu mają przyczynić się do podejmowania działań wspomagających pracę z osobami z zaburzeniami rozwoju mowy i języka. Ewa Dziecioł-Chlibiuk przedstawia sposoby realizacji struktury opisu na podstawie wypowiedzi ustnych i pisemnych osób z uszkodzonym słuchem. Z kolei Olga Przybyła prezentuje studium przypadku szesnastoletniej niemówiącej dziewczynki z autyzmem, komunikującej się jedną z alternatywnych i wspomagających metod – metodą ułatwionej komunikacji.

Autorzy szkiców zebranych w drugiej części tomu łączą teoretyczną podbudowę oraz koncepcje diagnostyczno-terapeutycznego postępowania. Aneta Syta i Kinga Ziobrowska omawiają wpływ ankyloglosji na funkcje prymarne na podstawie literatury przedmiotu oraz badań własnych. Z kolei Beata Szewczyk koncentruje się na ocenie możliwości oddechowych i fonacyjnych pacjentów z dyszartrią.

W obszarze zainteresowań znalazły się także zagadnienia społecznych aspektów komunikowania się, w tym problematyka diagnozy logopedycznej dzieci wychowujących się w środowisku wielojęzycznym. Rafał Młyński i Maryia Redkva wskazują dezyderaty światowych standardów postępowania, stosowanych w przypadku oceny mowy i języka u dzieci dwujęzycznych. Natomiast Bożena Mikłasz-Sendecka i Olga Przybyła przedstawiają studium przypadku wczesnej, naturalnej dwujęzyczności.

Efekty terapeutycznych oddziaływań z wykorzystaniem technik kognitywnych muzykoterapii neurologicznej w leczeniu pacjenta z afazją akustyczno-mnestyczną prezentuje Aneta Syta.

Ostatnią, trzecią część tomu stanowi recenzja pióra wybitnego profesora neuropsychologii Marcelego Klimkowskiego, który pochylił się z uznaniem nad kolejną pracą nieocenionej badaczki zaburzeń afatycznych, profesor Jolanty Panasiuk.

* * *

Mam nadzieję, że zebrane w ósmym tomie artykuły o interdyscyplinarnym charakterze, będące syntezą osiągnięć językoznawstwa, nauk medycznych, psychologii i pedagogiki w odniesieniu do problemów mowy, jej rozwoju i zaburzeń, spotkają się z uznaniem Czytelników. Wyniki wielu badań mają charakter aplikacyjny i znajdują swoje zastosowanie w ocenie, diagnozie i terapii osób z zaburzeniami komunikacji językowej, profilaktyce logopedycznej czy też w kształtowaniu wzorcowej wymowy.

Składam serdeczne podziękowania Autorom, Recenzentom oraz Redaktorom za ich nieoceniony wkład w powstanie tomu.

Olga Przybyła



CZĘŚĆ PIERWSZA

Prace naukowo-badawcze

Logopedia
Silesiana
8



DOBRINKA GEORGIEVA

South-West University “Neofit Rilski,” Blagoevgrad, Bulgaria

0000-0001-5029-9723

ZHIVKO ZHEKOV

Medical University “Prof. Dr. Paraskev Stoyanov”, Varna, Bulgaria

The History of Logopaedics in Bulgaria: Challenges from a Global European Union Perspective

ABSTRACT: The present article summarises the specialised literature related to foundation of logopaedics and the key stages of its development in Bulgaria. Five main stages in development have been identified: the first “pseudo-medical” period, the second period marked by first individual steps, the third period of formative years (<1900–1945), the processing period (1945–1989), and the contemporary transition period (1989–present). Challenges from a Global European Union Perspective are also described and analysed. Students training in the field of logopaedics as well as research and international collaboration are an essential part of the article. It could be said that the history of the discipline and education in logopaedics in Bulgaria is a relatively young yet dynamic and growing field.

KEY WORDS: logopaedics, speech language therapy, history, development, Bulgaria

Introduction

Human communication and its disorders have been studied around the world for millennia. Scientists, philosophers, and others have explored the origins of human language since ancient times. It has only been in the last century that the field has become formalised into a scientific discipline. The present article is summarising key developments in the field in Bulgaria. The intent is to pay attention to important advances in other parts of the world and try to understand how communication disorders have been interpreted.

Speech language therapy (SLT), known as logopaedics in certain European countries including Bulgaria, is an internationally respected profession much to the credit of clinicians and researchers who continuously aim to improve quality of life for individuals with communication and swallowing disorders.

Historical background

The iconographic data showed that the period of the Middle Ages in Bulgaria is characterised by high morbidity, frequent and severe outbreaks of diseases and psychophysical disabilities. The church paid special attention to persons with: (i) mental disorders (*rabid and insane*), (ii) sensory disorders (*blind and deaf*), (iii) speech pathology (*dumb and “logopathic”*), and (iv) motor disorders (*crippled, limping, disabled, and paralytic*). In descriptions of the lives of the saints of this period, it has been noted that some clergymen were medically treating patients (later some physicians were canonised).

As defined by Prof. S. Mutafov (1992, pp. 97–98), “medical iconography” refers to main information sources represented by miniatures, paintings, carvings, prints, and fittings. Icons provide information from birth to death and include details about the anthropological and ethnographic characteristics of the era. Iconographic sources provide information about normal morphology and psychophysical development, but also describe the existing medical doctrine, sanitation, scenes and images of the treatment of sick people, and the type of care for persons with disabilities. Based on hagiographic material the Orthodox Church, icons and paintings, one can define concepts of a doctor and a healer (Mutafov, 1992; Todorova, 2015).



FIGURE 1. St. Panteleimon, one of the saint healers in the Eastern Orthodox religion, as depicted at the Rila Monastery in Bulgaria

SOURCE: Courtesy of Prof. R. Orlikoff.

Mutafov (1992) reported that 4 gospels describe 50 cases of healings made personally by Christ and so-called saints-healers such as St. Nicholas, St. Mina, St. Ekaterina, St. Kozma and Damian, St. Spyridon, St. Panteleimon, and others.

The authors classified different groups of conditions treated by the saint healers, including psycho-neurological diseases, sensorimotor disorders, speech disorders (stuttering), persons with cerebral palsy, etc.

Purpose of the study

This article summarises literature sources related to the foundation and the key stages of logopaedics development in Bulgaria. The study is a theoretical overview of the existing historic sources and published literature during last 100 years.

Methods

The historical approach was used. It includes biographical, ethnographic, iconographic, and archives analyses.

Discussion

Five main periods related with foundation and historical development of logopaedics in Bulgaria were identified.

The **first period** is associated with the “treatment” of quacks, medicine women, fortune-tellers, conjurers, imams, priests, monks, and healers. These all tried to use various pseudo-medical ways to eliminate the communication problems. One example was sending the kids to pee over a special white stone. The next case was described by the famous Bulgarian writer Yordan Radichkov (1988): “When some little child from my birth village had speech difficulties (e.g. Language delay) they gave him to drink water from a bell. After dinking it the child started to speak with ringing voice.”

The above description of “medical” techniques was observed during and after the long years of Turkish domination (500 years from 14th to 19th century).

Due to big changes in everyday life in Bulgaria towards the end of the 19th century, especially after the Russian–Turkish war in 1878–1879, ordinary people could afford more professional treatment of speech disorders.

The **second period (first individual steps)** includes individual attempts from the end of the 19th century and the beginning of the 20th century when people became more interested in the ideas of the Enlightenment and started attending to the education of children. Some pedagogues and medical workers tried individually to find ways to correct stuttering (Andreev, Dr. Tonchev, Tomov, and Vodenicharov). They had no special theoretical and practical training in the field of communication disorders, but were very well trained specialists in the field of education and/or medicine.

D. Andreev (1864–1967) was a giant in the profession of logopaedics in Bulgaria (Stamov, 1989, p. 91).



FIGURE 2. Dimitar Andreev (1864–1967) and his wife Stefana

SOURCE: Courtesy of Prof. R. Orilkoff.

He served as a crucial bridge between Western European and Russian schools at the end of 19th century to the 1930s. Andreev received his educational degree in 1884 in Edirne high school (Turkey), at which time he began his distinguished 40-year career in teaching, retiring in 1927. He entered the field at a time when in Europe there was considerable interest in new theories and approaches to the management of speech, language, and hearing disorders. Andreev translated the article “Заикание и его лечение” written by the Russian Андрес (1894) and

published it with revisions and comments in the Bulgarian journal *Училищен преглед* (Andreev, 1897). Andreev was also strongly influenced by representatives of German and Vienna schools, such as Liebmann, Gutzmann, and Froeschels.

In 1893, Andreev specialised as a teacher in Chur, Switzerland and started to promote stuttering treatment, drawing from various international sources. Between 1895 and 1900 he offered the first logopaedics treatment courses for children with stuttering in Kazanluk, Bulgaria (Georgieva, 2009).

Andreev's professional career was developed under the strong influence of the leading European school. It is important to note that, following five centuries of Turkish influence and economic dominance, Bulgaria's development was slow and chaotic before suffering the cruel consequences of the First World War. The years of the Andreev's active professional career coincided with this severe historical and economic period of the Bulgarian development.

The **third period (formative years <1900–1945)** is a period of systematic care for children with communication disorders related to the activities of Ferdinand Urbih in Bulgaria (1861–1945) and some Bulgarian specialists working in the logopaedics field. Urbih was a qualified German pedagogue on hearing impairments, and he came to Bulgaria as a theoretically trained surdo-pedagogue. He founded the first school for deaf-mute children in 1898. In 1906, the private school was transformed into the State Institute for the Deaf, with Urbih serving as its first director. It is interesting to note that in 1906 Urbih published a special report concerning this school's activities in the country for the period from 1898 to 1905. It was a report to the Minister of Education in Bulgaria. In the report he mentions his experience with individual cases of the rehabilitation of deaf children, as well as children with stuttering and with language disorders. It is as late as in 1904 that there was the first mention of logopaedics in Bulgaria and, from that period on, interest in communication disorders increased markedly. This period is also associated with works of the next Bulgarian logopaedists: Mednikarov, Kazakov, Schminkov, Ivanchev, Drumev, Georgiev, Traikov, Traikova, Slavova, and Dobrev, who were trained abroad, primarily in Russia, Germany, and Austria.

A teacher of the deaf, Kandov also performed very important work with hearing impaired children. He was a teacher and later became a Director of the Deaf Institute in Varna (1927–1937) and in Sofia (1938–1945). In 1930 he started to explore more communication disorders outside the area of hearing.

Another special educator, Prof. Denev started his activity as a teacher of the deaf in 1930 in Varna, and from 1939 on he pursued a scientific career. He earned a PhD and later became a full professor in Special Education at Sofia University. Later he was head of the Department of Special Education at South-West University in Blagoevgrad.

The **fourth period is the processing period (1945–1989)**. After 1945, the logopaedical care system in the country was totally reorganised. In 1952, in addition

to the Scientific and Research Institute in Neurology and Psychiatrics, Assoc. Prof. Dimitar Daskalov and Lidia Stoyanova (1901–1988) opened the first logopaedics room in a clinical setting (Ivanov, 1973, p. 38). During the 1945–1968 period, Stoyanova became one of the first pedagogues involved in stuttering and aphasia treatment in Bulgaria. Her achievements and merit for organisation and enlargement of the logopaedic service for different age groups of clients with communication disorders are indisputable.

Stoyanova was involved later as a speech-language pathologist and worked for a long period as a part of Daskalov's team. She started her career as a teacher of mentally retarded children (from 1923 until 1953). As a humanist, she had a special interest in the training of children with different communication disorders and disabilities. In 1924, she specialised in Paris and Brussels. In Belgium, she met the philanthropist Decroly and was trained to apply his global reading method. Later, she implemented Decroly's method in her practice in Bulgaria based on children centres of interest and educative games. In Rome in 1930, she was one of the first Bulgarians trained in Maria Montessori's child-centred educational approach method based on the scientific observations of children.

Daskalov and Stoyanova offered the first course on stuttering treatment for adults who stutter in 1953, at which time both specialists began to offer training for logopaedists outside of the university system. In 1954–1955, Daskalov established a special division of logopaedics within the Research Institute of Neurology and Psychiatrics at Pavlovo, Sofia. Maintaining a leading role in stuttering research related to the pharmacological treatment of adults who stutter, in 1961 Daskalov obtained a M.D. degree with a dissertation entitled: "The base principles and methods of stuttering treatment"; in 1974 he defended a second dissertation on pharmacotherapy. His studies on stuttering pharmacotherapy method were very popular in Eastern Europe (Van Riper, 1973, p. 162). From 1974 through 1976, he maintained an appointment as a professor in logopaedics at the Pedagogical Faculty of Humboldt University in Berlin, Germany.

The first speech therapy room in educational setting in Bulgaria was opened in 1952 in the capital, Sofia, where, two years later, the first logopaedical school was established.

In 1960, Prof. Maximov – an internationally recognised voice specialist – obtained a PhD degree with an emphasis on functional aphonias and their treatment. He established the field of phoniatics in Bulgaria in 1952 with his article "Functional paralysis of musc. Transverses larynges." Maximov was also a founder and member of the Union of European Phoniaticians and was awarded the Hermann Gutzmann medal. His research was popular and continued to be very influential in many European countries, such as Russia, France, Italy, Germany, and Bulgaria (Maximov, 1981).

The processing period is marked by the start of university training in special education in 1959 at Sofia University at the Faculty of Philosophy and, in

1986, at South-West University in Blagoevgrad. This period is associated with the teaching and research activities of Mutafov, Angushev, Dobrev, Denev, Stamov, and Miliev, as well as other Bulgarian university lecturers who worked to establish student training in the so-called defectology (special education) specialty at these universities. Prof. Mutafov (1925–2010) was the first head of the section of defectology within the Department of Pedagogy at the Faculty of Philosophy at Sofia University, founding the first Department of Defectology there in 1987. Unfortunately, while student training included two or three basic courses in communication disorders, the emphasis remained on special education. The Bulgarian educational model employed the ex-Soviet Union tradition during this period. Logopaedics was classified as a part of special education, and logopaedists were considered teachers. It caused the isolation of Bulgarian logopaedics from the European tradition for the ensuing 45-year period. Logopaedics understood as a profession did not exist in the national classification of the professions and, as a specialty, was regarded to be a part of special education (defectology) with a main orientation towards the assessment and treatment of children with communication disorders. Logopaedics was thus very well established in the state educational system; as a consequence, adolescents and adults were largely isolated from logopaedics treatment.

The **fifth period** of Bulgarian logopaedics development is the **contemporary transition period (1989–present)**. During the period of transition, Bulgarian logopaedics lost its ideological bases and began to be influenced by the behaviour model of communication disorders. The tendency for logopaedics to be treated as a health profession specialty was reborn in the beginning of the 20th century (Georgieva, 2000a; 2000b; 2010, Georgieva et al., 2014).

In 2002, after achieving positive evaluation and accreditation, two state institutions – South-West University and Sofia University – created a new major, “pure” logopaedics, outside of special education. In 2009 SWU received the first positive accreditation of logopaedics specialty in public health professional area for the 3 training levels: BA, MA, and PhD. In 2014 New Bulgarian University (a private institution) also obtained a positive accreditation of logopaedics specialty in public health area. In 2017 Medical University at Varna also provided student training in logopaedics in public health area (for BA students) after very successful evaluation and accreditation. Georgieva (2010) identified that all SLT programmes in Bulgaria must improve the quality of programmes to guarantee the excellence of professional education by:

- creating continuing education programmes, workshops, and seminars;
- extending the traditional role of SLT and developing new communication sub-specialisations grounded upon evidence-based practice concept;
- putting a special accent and emphasis on Medical SLT and also increasing attention to cultural and linguistic diversity; and
- conducting research.

There has been more recent growth in the field of communicative disorders in Bulgaria. As in the USA, these areas of practice include augmentative and alternative communication and various methods of communication that implement technology (e.g., picture boards, computer screens, speech generation devices), attention deficit / hyperactivity disorder, learning disability, cluttering, and autism spectrum disorder. In the present century, speech language therapy is a dynamic and dramatically growing field in the world. That is why in Bulgaria the challenges in a Global European Union Perspective are related with:

- increases in the scope of practice (logopaedists must develop a broader scientific understanding and maintain competency in a huge range of disorder areas, and university programmes must provide broad-based academic and clinical education);
- a lack of logopaedics care in a clinical setting for people over 15 years of age (medical speech language therapy needs to be developed as well as involvement of numerous new areas like swallowing / dysphagia, infant feeding / nutrition, respiratory dysfunction, etc.);
- a lack of health organisations / institutions / clinical units / hospitals that offer specialised logopaedics diagnostics and therapy (in Bulgaria, logopaedics care continues to be well developed only in the educational setting, such as schools, kindergartens, and partially in the recently opened daily care social and resource centres);
- limited development of private practice (there are no still regulations of that process); and
- a shortage of professional specialists in logopedics (one Bulgarian logopaedist has to take care of 16.000 people; to compare, in Belgium, for example, which is similar to Bulgaria in territory and population, the proportion is 1:900).

Students training in the field of logopaedics

In Bulgaria, logopaedists were trained within the framework of special education training programmes. However, in 2009, South-West University (SWU) established the first logopaedics programmes (at the BA, MA, and PhD levels) within the area of public health in Bulgaria. In 2013/2014 the New Bulgarian University in Sofia and in 2017/2018 the Medical University in Varna also developed logopaedics in public health field.

The Bulgarian Society of Logopaedics has not established standards for the education (and continuing education) of speech therapists yet. In the European Union countries, CPOLO standards and the IALP revised guidelines for the initial training of students in speech language therapy (Cheng, 2006; 2010) have been

accepted. There is no Council for Clinical Certification, and there are no implemented standards for clinical supervision (as there are in the USA). Guidelines for student training in logopaedics have been developed individually by each university (according to IALP standards first published in 1995). According to the IALP guidelines (Cheng, 2010), the BA degree programmes at the three Bulgarian universities include linguistic, behavioural, biomedical, and ethical issues courses. In addition, all types of communication disorders courses are covered in the curriculum. The total number of hours related with obligatory, elective, and facultative courses is between 2200 and 3000 hours spread over 240 credits (Georgieva, 2010; Georgieva et al., 2014). The practical work includes observations, clinical practicum, and clinical state practice ranging between 400 and 600 hours.

Research and international collaboration in logopaedics field

Limited long-term sustained research in several areas of logopaedics has been carried out in Bulgaria. The focus of the research topics concerns primarily hearing, fluency, child language disorders, and articulation disorders (Georgieva, 1998; 2001). There are still no PhD studies on adult neurologic language disorders, voice disorders, cleft palate, cluttering, dysphagia (swallowing disorders), and communication problems in emotional-behavioural disorders or specific learning difficulties.

During the last decade we observed an increased interest in communication disorders involving cochlear implants, autism spectrum disorder, and stuttering-cluttering as fluency disorders. Bulgaria was the host organiser of the First World Conference on Cluttering (Bakker, Raphael, & Myers, 2007). The research team from South-West University started with the IPATS project (1999–2007), an international initiative launched in 1999 by Kenneth St. Louis. The project incorporated long range objectives and initial planning for a collaborative international project to design a public opinion survey instrument on fluency disorders. The purpose of the instrument was to collect data on cross-cultural beliefs about stuttering (and cluttering), attitudes toward those who stutter, and the culture-specific nature of information on stuttering and cluttering (St. Louis et al., 2011).

The Bulgarian researchers are part of European scientific and educational programmes such as: COST actions (TD1309) – *Play for Children with Disabilities 2014–2018* (LUDI), NetQues project – *Network for Tuning Standards & Quality of Educational Program for Speech Language Therapists in Europe” 2010–2013, 177075-LLp-1-2010-1-FR-EARSMUSENWA* <http://www.netques.eu/>, developed by Standing Liaison Committee of Speech and Language Therapists / Logopedists in the European Union (CPLOL).

The specific modern infrastructure of research in communicative disorders is still not well founded, but the first steps have been taken. In 2003–2004, South-West University, the Ministry of Education, and the World Bank initiated a 2-year project, *New educational technologies in the students training in Logopedics* (project number 12069). Later, in 2005–2006, the South-West University Stuttering Research Centre obtained a grant by the National Scientific Research Fund for unique scientific equipment – a computerised speech lab (CSP) – *contract project Д01-421/22.12.2005*.

International collaboration within Erasmus and Erasmus+ European Union programme began in 2003 in the area of logopaedics, resulting in the current effective cooperation with more than 15 EU universities, including Poland (Instytut Języka Polskiego im. Ireny Bajerowej, Uniwersytet Śląski w Katowicach).

Bulgarian universities and especially South-West University established partner projects with universities in the USA to create unique, international collaborations within Fulbright and Erasmus+ programmes to disseminate research and evidence-based practice in Bulgaria. The goal of such international collaboration was to improve overall competence of Bulgarian logopaedists by increasing knowledge and skills within the areas of fluency disorders and voice disorders. Seven institutions across the USA have collaborated with South-West University in Blagoevgrad, Bulgaria within Fulbright and Erasmus+ programmes: Michigan State University, East Carolina University, the University of Pittsburgh, West Virginia University, Vanderbilt University, the University of Cincinnati, and Minnesota State University-Mankato. A total of 39 members of academic staff, administrative staff, and students completed successful collaborations for the 4-year period between 2017 and 2020. The main purpose of the cooperation was to provide continuing education for students and university lecturers to increase their knowledge and skills in the areas of communication disorders.

Students had the opportunity to gain culturally and linguistically diverse perspectives as they relate to European / American culture and the field of SLT abroad. These students were exposed to different billing models, an international perspective, and a smaller scope of practice that focuses on school-aged children.

Administrative exchange has provided department chairs and programme directors, along with staff members who oversee international affairs, who learn about functioning of American and European institutions (Georgieva, Spray, Yaruss, Orlikoff, & Delijski, 2018).

Conclusion

To summarise, it could be said that the history of the discipline and education in logopaedics in Bulgaria is relatively young, but it is a dynamic and growing field. Consequently, the clinical aspect of logopaedics has not yet made a sufficient impact on the general public. No speech clinics have been established in Bulgaria. There is no law recognising the specialty of logopedics. There is a pressing need to remodel the existing educational and research infrastructure at the Bulgarian universities to guarantee special facilities for IT format provision (Georgieva, Stoilova, 2018).

As Cheng (2006) wrote, “The development of Speech Therapy education differs from area and from region to region”. Bulgarian logopaedics is facing a major challenge of modernisation, related to recognising its status as a scientific applied major on one hand, and as a health profession on the other. At present, all efforts remain concentrated on the future development of Bulgarian medical SLT and on putting it on the European map of countries in the area of health professions.

Acknowledgements

The authors acknowledge Prof. R.F. Orlikoff for his support writing this article (within EU project Erasmus + KA 107 2017-1-BG01-KA107-035621: cooperation between South-West University, Bulgaria and East Carolina University, USA).

References

- Andreev, D. (1897). Stuttering and its treatment according to didactic approach. *School Review Journal*, July-August, pp. 857–877. [In Bulgarian: Андреев, Д. (1897). Заекване (пелтеченье) и неговото лекуване по дидактически способъ. Сп. *Училищен преглед*, юли-август, стр. 858–877].
- Bakker, K., Raphael, L.J., & Myers, F.L. (Eds.). (2007). Proceedings of the First World Conference on Cluttering. Available at <https://associations.missouristate.edu/ICA/Resources/Books%20Manuscripts/Katarino%20Proceedings%20Final%204-14-2010.pdf>.
- Cheng, L.R.L. (2006). Global Perspective of Speech Pathology Education. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 58(1), 5–6.
- Cheng, L.R.L. (2010). Revised IALP education guidelines (September 1, 2009): IALP guidelines for initial education in Speech-Language Pathology. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 62(5), 210–217.

- CPLOL, 1988–1998. 10 years of activities, Standing Liaison Committee of Speech and Language Therapists or Logopedists of European Union, pp. 13–45.
- Daskalov, D. (1962). *Speech Impairments: Nature, Causes, Treatment*. Sofia: Medicine and Sport. [In Bulgarian: Даскалов, Д. (1962). *Речеви разстройства: Същност, причини, лечение*. София: Медицина и физкултура].
- Georgieva, D. (1998). Professional awareness of cluttering: A comparative study. Paper presented at the 24th Congress of the IALP, Amsterdam, The Netherlands.
- Georgieva, D. (2000a). The Speech and Language Therapy: Special Education or...? A Comparative Study in Historical Aspect and European Perspective – part one. *Journal of Special Education*, June, pp. 32–44. [In Bulgarian: Георгиева, Д. (2000a). Логопедията – специална педагогика или...? Сравнително изследване в исторически аспект и с оглед на европейската перспектива – част първа. Сп. *Специална педагогика*, юни, стр. 32–44].
- Georgieva, D. (2000b). The Speech and Language Therapy: Special Education or...? A Comparative Study in Historical Aspect and European Perspective – part two. *Journal of Special Education*, June, pp. 47–51. [In Bulgarian: Георгиева, Д. (2000b). Логопедията – специална педагогика или...? Сравнително изследване в исторически аспект и с оглед на европейската перспектива – част втора. Сп. *Специална педагогика*, декември, стр. 47–51].
- Georgieva, D. (2001). Professional awareness of cluttering: A comparative study (Part two). In: H.G. Bosshardt, J.S. Yaruss, & H.F.M. Peters (Eds.), *Fluency Disorders: Theory, research, treatment and self-help. Proceedings of the Third World Congress on Fluency Disorders in Nyborgg, Denmark, International Fluency Association* (pp. 630–635). Nijmegen, the Netherlands: Nijmegen University Press.
- Georgieva, D. (2009). Dimitar Andreev – founder of Logopedics in Bulgaria (new reading). *Asklepios Journal*, III(XXII), 147–153. [In Bulgarian: Георгиева, Д. (2009). Димитър Андреев – основоположник на логопедията в България (нов прочит). Сп. *Асклепий*, III(XXII), 147–153].
- Georgieva, D. (2010). Education of Logopedists or Speech Language-Pathologists in Bulgaria, Greece, Macedonia, Poland and Russia. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 62(5), 217–222.
- Georgieva, D., & Stoilova, R. (2018). A Clinical Training Model for Students: Intensive Treatment of Stuttering Using Prolonged Speech. *CoDAS Journal*, 30(5), e20170259.
- Georgieva, D., Spray, G., Yaruss, J.S., Orlikoff, R.F., & Deliyiski, D. (2018). From Fulbright to Erasmus+: A Bulgarian-American Speech Language Pathology Collaboration. ASHA Annual Convention, November 15–17, 2018, Boston Convention & Exhibition Center (BCEC), Boston, Massachusetts, USA.
- Georgieva, D., Woźniak, T., Topbash, S., Vitaskova, K., Vukovic, M., Zemva, N., & Duranovic, M. (2014). Education of Speech Language Therapists in some Central and Southeast European Countries. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 66(4–5), 183–196.
- IALP Education Committee (1995): Guidelines for initial education in logopaedics (speech/language pathology/therapy). *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 47, 296–301.
- Ivanov, V. (1973). *Logopedics*. Sofia: Science and Art. [In Bulgarian: Иванов, В. (1973). *Логопедия*. София: Наука и изкуство].
- Maximov, I. (1981). *Bases of Phoniatics*. Sofia: Medicina i Fizkultura. [In Bulgarian: Максимов, Ив. (1981). *Основи на фоониатрията*. София: Медицина и физкултура].
- Mutafov, S. (1992). *Medicine in a Bulgarian Icon Painting*. Sofia: Art, Bulgarian Academy of Science. [In Bulgarian: Мутафов, Ст. (1992). *Медицината в българската иконопис*. София: Изкуство, БАН].
- St. Louis, K.O., Filatova, Y., Coşkun, M., Topbaş, S., Özdemir, S., Georgieva, D., McCaffrey, E., & George, R.D. (2011). Public attitudes toward cluttering and stuttering in four countries. In: Simon E.L. (Ed.), *Psychology of stereotypes* (pp. 81–113). New York: Nova Science Publishers. Available online at https://www.novapublishers.com/catalog/product_info.php?products_id=23253.

-
- Stamov, V. (1989). *Logopedics*. Blagoevgrad. [In Bulgarian: Стамов, В. (1989). *Логопедия*, Благоевград].
- Todorova, E. (2015). Saint-healers and mental illnesses during the Middle ages. *Littera et Lingua Journal*, 11(4). [In Bulgarian: Тодорова, Ек. (2015). Светци-лечители и психични болести през Средновековието. *Littera et Lingua*, 11(4)].
- Van Riper, Ch. (1973). *The Treatment of Stuttering*. New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.



ВАЛЯВКО С.М.
ИПССО ГАОУ ВО МГПУ
ID 0000-0001-7195-6374

О поведенческом подходе в работе логопедов Исторический экскурс и современная ситуация в российской логопедии

On Behaviourism in Speech Therapy: An Excursus on Russian Speech Therapy and Russian Logopaedia Today

ABSTRACT: The article discusses the influence of behaviorist theory on logopedic science. Describes the historical experience in the application of behavioral techniques speech therapy intervention and formation on its basis of individual plans of impact specialists and speech therapists. Such an excursion seems to be relevant in connection with the introduction of individual programs of correctional work into Russian education. The results of the author's study of the experience of using different types of reinforcements in the modern activities of speech therapists in Russia are discussed.

KEY WORDS: behaviorism, behavioral theory, conditioned reflex therapy, behavioral techniques, reinforcement, speech therapy, speech therapy intervention, Individualized Education Plans (IEPs), The Program of correctional work

Бихевиоризм и его роль в американской психологии

Для исследования столь сложного предмета, как человеческое поведение, совершенно необходимо наличие аргументированной теоретической базы. В силу недостаточности теоретических разработок, некоторые формы человеческого поведения в течение долгого времени не становились предметом научного изучения. Американская психология как самостоятельная наука начала развиваться позднее, чем европейская. Благодаря работам психологов во главе с У. Джемсом она привлекает к себе внимание мирового психологического сообщества, а позднее, с появлением работ К. Л. Моргана и Э. Торндайка, все больше определяет научную атмосферу психологии конца XIX и первой половины XX века. Господствующее положение в ней занял классический бихевиоризм Дж. Уотсона. Его представители считали, что научному изучению подлежат объекты непосредственного наблюдения.

По их мнению, только этот путь был единственным для того, чтобы психология стала истинной наукой. Все феномены иного, невидимого плана, недоступные инструментальному оцениванию, не получают признания. Предметом психологии, таким образом, становится поведение, а не сознание (психика). В этом и заключалось кредо нового направления – бихевиоризма (от англ. Behavior – поведение). Девизом бихевиоризма, как отмечал М.Г. Ярошевский (1996), стало «понятие о поведении как объективно наблюдаемой системе реакций организма на внешние и внутренние стимулы» (с. 215). Это понимание зародилось в трудах русских ученых И.М. Сеченова, И.П. Павлова и В.М. Бехтерева, которые предложили инновационный путь изучения взаимодействия организма со средой с опорой на объективные методы. В этой связи особенно ценен научный вклад И.П. Павлова в становлении практики поведенческой терапии, учитывающей воздействие механизмов описанных им феноменов генерализации стимулов, различения стимулов и угасания условной реакции. Бихевиористы пошли дальше – к девальвации и игнорированию влияния когнитивных функций, принципиальному предпочтению в изучении открытых, доступных непосредственному наблюдению действий и зависимости этих действий от этой среды, ее объективный детерминизм. Причем конгруэнтность поведения со средой осуществляется на вероятностной основе – идея, пришедшая позднее на смену классической оперантной обусловленности.

Выдающиеся работы Э. Толмена, К. Халла обогатили теорию бихевиоризма включением в сферу исследовательского интереса особых опосредующих процессов, названных посредниками («промежуточные переменные»), содержанием которых выступали уже сложные психологические образования. Внимание, мотивы, цели, различного рода отношения, представления и т. д. «встраивались» между стимулами и ответными реакциями, что позволило провести переоценку бихевиористической концепции Дж. Уотсона, смягчив тем самым серьезную критику бихевиоризма со стороны многочисленных его противников, в основном, в лице гештальтпсихологов и психоаналитиков (Романовой, Рыжова, Рябова, & Кезиной, 2007).

Центральное место в теории бихевиоризма и необихевиоризма отводится работам Б.Ф. Скиннера, определившего главенствующую роль культуры как непосредственного фактора воздействия на поведение человека, что в дальнейшем рассматривалось им в контексте оперантного обуславливания. Учение об оперантном обуславливании позволило сформулировать тезис о принципиальной возможности контролируемого отстраивания человеческого поведения в заданных образцах – моделях (Романовой и др., 2007). А. Бандура, напротив, подчеркивал особое значение роли когнитивных факторов в формировании поведения человека, считая, что они участвуют в оценке сигналов, исходящих от других людей, и служат ориентиром для коррекции собственного поведения. В дальнейшем теоретические

положения бихевиоризма нашли свое продолжение в теориях социального научения, социального бихевиоризма (А. Бандура, Дж. Роттер, Дж. Мид, Д. Доллард и т.д.) и др.

По мнению известного российского историка психологии М.Г. Ярошевского именно бихевиоризм определил «лицо» американской психологии прошлого столетия. Поведенческий подход как научно-обоснованный и доказавший свою практическую эффективность стал широко использоваться не только в психологии, но и в американской медицине (психотерапии), образовании и бизнесе (Романовой и др., 2007; Ярошевский, 1996; Klein & Moses, 1999).

Поведенческое направление в разных отраслях человеческого знания

В психотерапии популярность поведенческого подхода способствовали как усиливающаяся неудовлетворенность психоанализом, как методом коррекционного воздействия, так и относительно быстрая и видимая положительная динамика поведенческого воздействия.

Современная психология и психотерапия, особенно детская, широко применяет поведенческие техники. Поведенческое направление представлено и в зарубежной, особенно американской, логопедии (speech therapy), которая базируется на поведенческой основе. Как отмечали Harriet B. Klein и Nelson Moses и др., бихевиоральная теория не была доминирующей парадигмой в коррекции речевой патологии до 1960-х годов (Hanson, 1983; Klein & Moses, 1999). Как указывали авторы, в последние несколько десятилетий прошлого века существовало не менее пяти психологических теорий, которые оказали сильное влияние на модель логопедического вмешательства: психолингвистическая, когнитивная и пр. Однако обзор этих процессов влияния на профессиональную сферу логопедии справедливо начать с поведенческой теории, «потому, что хотя есть и другие примеры, он (бихевиоризм – С.В.) возможно больше, чем другие парадигмы, дал для переосмысления планирования вмешательства в случаях речевых недостатков» (Klein & Moses, 1999, с. 46–47)¹.

Практически во всей англоязычной логопедической литературе, доступной нам, до сих пор используются дефиниции бихевиоральных терминов или бихевиоральный тезаурус (Berry, 1980; Berry & Eisensen, 1956; Hanson, 1983; Winitz, 1969). Надо подчеркнуть, что наряду с классическим поведен-

¹ stright Перевод наш – С.В.

ческим направлением (radical behaviorism), в котором ребенок воспринимался как «чистый лист» от рождения, а далее как реагирующий организм и результат условного воздействия (Skinner, 1957), в современной американской и европейской науке становится все более популярным подход, менее жесткий и более эклектичный по своему характеру. Некоторые логопеды стали использовать в качестве основы и другие научные традиции, в частности, когнитивную теорию (Ferguson, 1978; Reid & Hresko, 1981). Вместо элиминирования определенного поведения допускается, что ребенок имеет свои потребности и мотивы, а также особенности темперамента и личностного реагирования. С.Н. Шаховская (2001) в своем обзоре указала, что иностранные методисты «отмечают роль сознательности, самостоятельности и организованности ребенка» (с. 250), а «в ряде работ основной акцент смещается с метода логопедического воздействия на личность ребенка с нарушениями речи» (с. 251). Отметим, что в отечественной логопедии личностно-ориентированный подход имеет более давние традиции.

Современные программы изменения речевого поведения, которые базировались на общих бихевиоральных принципах обучения, все больше адаптируются к конкретному пациенту. В своем труде «Articulation» Marvin L. Hanson (1983) привел краткий обзор таких программ и сообщил данные об их эффективности. По его сведениям, использование принципов поведенческого подхода при нарушениях произношения дает положительный результат от 50 до 90% случаев. Автором достаточно подробно описывается техника и стратегия изменения речевого поведения. От пациента не ожидается, что он сможет освоить определенный артикуляционный уклад (или желаемое речевое поведение) за один большой шаг, это происходит пошагово. Каждый небольшой шаг селективно подкрепляется. Неподходящие реакции игнорируются либо лишаются поощрения. Нужные, ведущие к намеченной цели, вознаграждаются. Таким образом, логопед использовал как негативное, так и позитивное подкрепление. Каждый раз, когда пациент произносил звук точнее, ближе к эталонному звуку, чем раньше, он получал подкрепление, приятные для него. Постепенно артикуляционные движения пациента все больше и больше становились похожими на желаемый образец. Шаги, ведущие к желаемому поведению, а также вся процедура по его формированию называются *успешным приближением*. Логопеду важно обеспечить подкрепление каждого такого шага. Пациент не получает подкрепления, пока не продемонстрирует каждый следующий освоенный шаг речевого поведения. Соответственно, специалисту необходимо внимательно наблюдать за ним и фокусироваться на позитивном подкреплении.

Автор указывал, что в отношении подкреплений существуют определенные рекомендации. Подкрепление наиболее эффективно, когда оно следует немедленно за реакцией, т.е. подкрепляется каждая желательная реакция. С прогрессом логопедического воздействия положительные стимулы дают-

ся через большие промежутки времени – это так называемое *прерывистое подкрепление* (Hanson, 1983).

Выделяют *первичные (инициальные) подкрепления*, которые связаны с такими биологическими потребностями, как пища и физический комфорт. *Вторичные подкрепления* представляют приобретенную систему ценностей (жетонов, знаков, оценочных символов). Их так и называют – *символические подкрепления*. С маленькими детьми предпочтительнее используют первичные подкрепители, по меньшей мере, в начале коррекции. Вторичные подкрепления считаются более сильными, они ускоряют логотерапевтический прогресс в большей степени.

Фактически способы и варианты использования данной стратегии ограничены только креативностью специалиста. Он вовлекает в процедуру коррекции родителей, сверстников, лиц ближайшего окружения. Сами подкрепители (вознаграждение) должны быть подобраны индивидуально, путем соответствующего отбора. Среди требований к их подбору – однозначность, т.е. положительный стимул должен восприниматься именно как положительный, адресованный лично. Его нельзя получить другим способом, он должен постоянно сохранять личностную значимость. Вознаграждение может быть *не материальным, а поведенческим*. Например, разрешение посмотреть мультфильм, возможность дополнительного внимания, социального взаимодействия и т.д. Это считается средствами, формирующими желаемое поведение ребенка, активизирующими его. Однако, как отмечает С.Н. Шаховская (2001), не все зарубежные методисты разделяют эту точку зрения, считая практику подкрепления в виде «поощрения – отсутствия поощрения» источником постоянного напряжения ребенка.

Другие авторы, подчеркивали значимость *социальных подкреплений*. Например, Mildred Fieburg Berry (1980) писала, что материальные награды со временем стали менее необходимыми в коррекционном процессе, а словесная похвала и одобрение людей вне круга значимых других (иногда подстроенное) становились эффективным подкреплением. Если же ребенок стал более успешным в устной речи, его достижения становились мотивирующей силой, т.е. самоподкреплением. Ребенок приобретает чувство самоценности, собственного достоинства, он осознает, что в силах контролировать свою речь и, что наиболее существенно, таким образом, он принимает на себя ответственность за свое собственное обучение. Следовательно, через генезис различных подкреплений можно, по мнению исследователей, выйти на внутреннюю мотивацию ребенка к коррекции его речевого дефекта.

Влияние поведенческого подхода на методологию логопедического вмешательства

Первый американский билль о правах лиц с ограниченными возможностями PL-94-142 был принят в 1975 г. Это закон требовал, чтобы для детей с недостатками развития, получающих субсидированные образовательные услуги на федеральном уровне, были разработаны индивидуальные учебные планы (Individualized Education Plans, далее по тексту IEPs). Врачи и педагоги, участники этого процесса, должны были конкретизировать цели вмешательства, процедуры и критерии для оценки достижения поставленных целей и задач (с указанием даты оценки). Индивидуальные учебные планы (IEPs), регламентирующие управление коррекционной работой, функционируют как официальный документ (Benner, 1992; Bigge, 1988; Cook, Tessier, & Klein, 1992; Reid, Hresko, 1981).

Поскольку поведенческая психотерапия к этому времени была полностью оформленным самостоятельным научным направлением, и существовали успешные примеры прямого приложения поведенческой теории к практике в ряде отраслей (например, в финансовом менеджменте и т.д.), ее применили также в педагогике, в отношении формирования языковых компетенций. Так, в американской логопедии теория бихевиоризма оказала влияние на то, как IEPs были реализованы в соответствии с требованиями подотчетности закона PL-94-142 и последующего законодательства. Особенно она повлияла на формулирование целей коррекционного воздействия. Под влиянием поведенческой теории были сформулированы следующие принципы IEPs:

1. Цели воздействия должны быть написаны со ссылкой на выполнение функциональных задач (например, «чистка зубов», «говорить предложениями»).

2. При разработке образовательных целей задачи должны быть проанализированы и представлены как последовательность маленьких, управляемых навыков (эти навыки представляют собой восприятие шагов, необходимых для выполнения этой задачи.). В задаче следовало представлять один уровень цели; шаги, ведущие к достижению задач, являются вторым уровнем цели.

3. Цели должны быть записаны в терминах наблюдаемого поведения, а также должны быть определены критерии эффективности их достижения.

4. Постановка цели должна включать контекст, в котором вызывается определенное целевое поведение.

5. Принципы 1–4 применяются к формулировке целей, независимо от расстройства в стадии рассмотрения.

Помимо влияния на формулирование цели, бихевиоризм, как теоретическая основа профессиональной деятельности, определял принципы, которые повлияли на планирование процесса логопедического воздействия. Эти принципы поставили врачей-логопедов перед осознанной необходимостью решения критической проблемы, каким образом дети овладевают языком. Основная поведенческая предпосылка этого важного вопроса состояла в том, что языковое поведение формируется процессуально и последствия этого формирования могут контролироваться через наблюдаемые события, реакции во внешней среде. Кроме того, действуют законы оперантного обуславливания (англ. Operant – образец поведения). Во-первых, «Закон упражнения» (англ. Law of exercise): повторение определенного поведения способствует тому, что это поведение будет в дальнейшем воспроизводиться с все более высокой вероятностью. Во-вторых, «Закон эффекта» (англ. Law of effect): паттерн поведения, получающий положительный результат (позитивное подкрепление) в будущем будет встречаться с более высокой вероятностью, и наоборот, если действие приводит к неприятным последствиям или отсутствию результата, будет проявляться реже и может совсем исчезнуть (Hayes & Hayes, 1992; Skinner, 1957). Положительные результаты, которые увеличивают вероятность того, что поведение будет использоваться, снова являются подкреплениями. По Скиннеру эта закономерность называется «Законом выгоды» (англ. Law of profit). Так, логопед специально формирует «целевое» поведение, т.е. позитивно подкрепляет желательные поведенческие паттерны.

Для предупреждения субъективности и неопределенности американскими методологами были введены принципы планирования вмешательства, взятые из поведенческой теории. Это привело к пяти значительным изменениям в осмыслении и формулировании целей и выбора методов (методик) воздействия.

Во-первых, был сделан отход от ориентации на ненаблюдаемые процессы. Например, «различение звуков речи на слух» (цель, предложенная в классическом пособии М. Berry & J. Eisensen) является внутренним процессом, т.е. ненаблюдаемым. Поэтому в поведенческих терминах эту цель нужно сформулировать следующим образом: «Джоан поднимет руку в ответ на слова, начинающиеся с «К», когда они произносятся в паре слов, начинающихся с «G» (Berry & Eisensen, 1956).

Во-вторых, была предпринята попытка рассмотреть контекст, в котором ставилась цель воздействия. Цель, ставившаяся логопедами до «поведенческого» периода, не указывала условий ее реализации, т.е. этапа формирования навыка. Использование поведенческой терминологии просто предписывало делать это в обязательном порядке. Согласно Bigge (1988), цели, заявленные на весь период воздействия, и промежуточные цели курса (занятия) должны включать конкретные вещи, к примеру, наличие или

отсутствие управления поведением и взаимодействие участников процесса, направленное на вызывание определенных поведенческих реакций (жестовые подсказки, словесные сигналы и т.п.).

В-третьих, произошло изменение в направлении дифференциации уровней целеполагания. В период этиологических категорий нет четкого различия между уровнями цели. В отличие от этого, в поведенческом подходе к планированию вмешательства различают краткосрочные и сеансовые уровни цели и прорабатывают связи между этими уровнями цели.

В-четвертых, бихевиоризм изменил мнение о технике последствий, направленных на формирование целевого поведения. В течение категориального периода планирование логопедического вмешательства не было обусловлено теориями обучения. Однако принципы, основанные на поведенческой (оперантной) теории, помогли в планировании усилий клиента.

И, наконец, в-пятых, поведенческое движение способствовало применению общего набора принципов планирования мероприятий для неясных клинических случаев. Эти принципы включают обучение наблюдаемым навыкам в конкретных условиях решения задач без учета типа расстройства.

Для того чтобы оценить важность «вливания» поведенческой психологии в логопедию, вспомним, что логопедия 40-х и 50-х годов прошлого века была сфокусирована на устранении симптомов, связанных с основными речевыми дефектами (Launer & Lahey, 1981). Aram & Nation (1982) назвали этот период «эрой этиологических типологий и дифференциальной диагностики» (с. 15). Этот период четко прослеживается и в российской логопедической науке (Лубовский & Валявко, 2010).

Таким образом, поведенческий подход представляет собой переход от профессионального менталитета, характерного для категориальной (типологической) ориентации, к индивидуализации воздействия на отдельных лиц, принадлежащих к различным типам дизонтогенеза, но имеющих также свои индивидуальные особенности. Он планируется как воздействие специалиста на клиента. Кроме того, при этом прогнозируется формирующееся в ответ поведение клиента, т.е. их взаимодействие очерчивается в перспективе.

Современная ситуация в российской логопедии (по данным опроса)

Поскольку когнитивно-бихевиоральный подход в последние десятилетия стал активнее изучаться в российской психологии и психотерапии (Кузнецова, 2013; Федоров, 2002; Шевченко, 2003), нам представилось инте-

ресным выяснить вопрос о применении сходных поведенческих техник в практической деятельности логопедов России. Известно, что методы, сходные с поведенческими, под названием условно-рефлекторной терапии использовались в Советском Союзе в разных областях, в том числе в логопедической, начиная с 20-х годов прошлого века (Филичева, Орлова, & Туманова, 2015). Модификации речевого поведения (по К.-П. Беккер – М. Совак «перевоспитанию поведения») уделялось определенное внимание, особенно при коррекции заикания (Беккер & Совак, 1981), но специальных исследований данной проблемы практически не проводилось. Особенно актуальной она становится с оформлением такой области специальной психологии как логопсихология и реализацией личностно-ориентированного подхода в обучении и воспитании (Валявко, 2009b; Валявко & Князев, 2014).

С целью выявления использования поведенческих подходов в российской логопедии в разработанные нами анкеты по мотивации дошкольников были включены вопросы, связанные с использованием подкреплений в логопедической практике (Валявко, 2009a). Опрос был проведен в 2006–2009 г.г. В нем участвовало 110 логопедов России (г.г. Москва, Красноярск, Краснодар). Респонденты отметили, что в своей практической работе постоянно используют «различные поощрения» (в контексте статьи – подкрепления) как социальные, так и материальные, а также подкрепление деятельностью, приятной для ребенка.

В качестве *социальных подкреплений* наиболее часто применяется словесная похвала. Её в устной или письменной (графической) форме используют 72,7% логопедов. Значительно реже в 9,1% случаев для этой цели применяются аплодисменты группы (организуемые логопедом), в 8,2% – вербальное одобрение ребенка специалистом. Респонденты в 6,4% случаев отмечали использование ими социально приемлемых элементов телесного контакта (поглаживание по голове, похлопывание по плечу). Публичная демонстрация своих успехов товарищам служит средством активизации в 4,5% случаев. Возможность быть «командиром», «лидером», «солистом» (например, провести разминку, начать занятие, выбрать для всех игру, распределить в ней роли и т.п.) предоставлялась в 2,7% случаев.

Для *материального подкрепления* чаще всего логопедами использовались «вкусные призы», такие как витамины, леденцы, драже, жевательные конфеты, крупяные подушечки, колечки и др. (ассортимент конкретного пищевого драйва был заранее согласован с родителями). Ими вознаграждают детей в случае успеха 20% специалистов. В качестве других средств используются «подарки»: наклейки, картинки (27,3%), небольшие игрушки, значки и пр. (27,3%). Иногда учреждаются и переходящие призы: медали; специальные флажки; атрибуты, такие как «Мастер рассказа», «За лучший звук» – о них сообщили 3,6% опрошенных.

Различные виды деятельности также привлекались нашими респондентами в качестве позитивного поведенческого подкрепления. Это использовалось в 17,3% анкетированных специалистов. Чаще всего предлагалась продуктивная деятельность: рисование, закрашивание, лепка; в 14,5% случаев это было удовлетворение личных просьб, возможность поиграть в интересные (новые) игры или игрушки (в том числе взять их из кабинета на время домой); некоторые малодоступные и привлекательные действия (игра на детском пианино и т.п.). Часть логопедов (10% опрошенных) использовали *универсальные подкрепители*. В этой роли выступали символические заменители денег, жетоны, билетки разного цвета.

Подкрепления, которые применялись в работе с дошкольниками, резистентными к логопедическому воздействию, выявлялись отдельно. В качестве позитивных стимулов для детей данной группы использовались следующие: любимая или новая игровая деятельность (в 39,7% случаев); устные побуждения, одобрение (24,8% случаев); индивидуальные беседы и другие формы интереса к личности ребенка, в том числе индивидуальное дополнительное внимание; длительный зрительный контакт (19,8%); нахождение лично значимой для ребенка темы общения (17,8%); похвала (12,9%); демонстрация успешной деятельности другим детям (11,9%). В единичных случаях анкетированные специалисты занимались идентификацией подкреплений, выявляли их значимость для конкретного ребенка. На начальном этапе ими использовалась так называемая «приманка», т.е. предмет, обладающий для ребенка высокой привлекательностью, например, показ телефонного аппарата, коллекции и т.п. Чем младше ребенок, тем сильнее сказывается приоритет «реальных» поощрений над поощрениями социальными.

В бихевиоризме широко используется термин «*наказание*» – осуществление неприятных или нежелательных последствий в ответ на некорректное поведение (Бремс, 2002). Отметим, что отсутствие подкрепления в поведенческой терапии рассматривается как вид наказания. Выделяется также и «*торможение нежелательного поведения*» – нивелирование позитивных стимулов, присутствующих в окружении. Собственно говоря, педагоги не имеют права наказывать детей. Вопрос об использовании наказаний и *аверсивного (отрицательного) подкрепления* является очень деликатным и небезопасным для респондентов. На вопрос не ответило почти 50% анкетированных (50 чел.). 14 из 60 специалистов ответили, что они вообще не используют никакие ограничения в своей работе. Остальная часть респондентов назвала в качестве отрицательных подкреплений следующие: прекращение занятия с ребенком или временное отстранение его от занятий (26,9%); введение правил, регламентирующих поведение и деятельность детей (26,9%); замечания в спокойном тоне (23,1%); запрет на игры после занятия (7,7%); строгий взгляд, голос (7,7%); лишение приза, поощрения (3,8%). Отрицательные подкрепления, следовательно, сводятся на практике

к отсутствию поощрения, лишению определенного положительного подкрепления и торможению для ослабления нежелательного поведения.

Выводы

Таким образом, практическая логопедия нуждается в применение техник, влияющих на поведение и успешность ребенка. Данные анализа материалов исследования позволяют сделать вывод о наличии элементов поведенческого подхода в практической деятельности логопедов российских дошкольных образовательных организаций. В принципе, российскими логопедами применяется множество видов подкреплений, хотя нельзя утверждать, что это происходит систематически и целенаправленно.

Это использование происходит, на наш взгляд, на наивно-эмпирическом уровне, т.е. вне профессионального целеполагания и технологий и потому не исчерпывает все возможности метода. Система подкреплений, используемых для формирования желательного речевого поведения, должна постепенно пересматриваться и варьироваться, изменяясь в зависимости от успехов ребенка. Знакомство с видами подкрепления может стать частью или самостоятельной технологией обучения навыкам работы или повышения уровня компетентности специалистов, актуальной на современном этапе работы с адаптированными образовательными программами (АООП) и специальными индивидуальными программами развития (СИПР).

Сегодняшняя ситуация в образовании ориентирована на удовлетворение индивидуальных потребностей детей. Каждый ребенок с речевыми недостатками имеет возможность получить индивидуализированную помощь, независимо от того, где он находится, в группе компенсирующей направленности или при интеграции в инклюзивное пространство. В настоящее время разработаны адаптивные образовательные программы для детей с нарушениями речи, в которых представлены направления деятельности логопеда и материалы для включения в программу коррекционной работы с такими детьми. Специалисты имеют возможность обогатить эти индивидуальные программы коррекционной работы новыми эффективными технологиями, ориентированными, в частности, и на зарубежные подходы. Одним из таких подходов является поведенческий, который можно использовать при реализации программы коррекционной работы.

Библиография


- Беккер, К.-П., & Совак, М. (1981). *Логопедия*. Москва: Медицина.
- Бремс, К. (2002). *Полное руководство по детской психотерапии* (Ю. Брянцевой, пер.). Москва: Эксмо-Пресс.
- Валявко, С.М. (2009а). *Особенности мотивационной сферы старших дошкольников с общим недоразвитием речи*. Москва: Спутник-Плюс.
- Валявко, С.М. (2009б). Почему дошкольники с общим недоразвитием речи резистентны к логопедическому воздействию? *Дефектология*, 2, 59–65.
- Валявко, С.М., & Князев, К.Е. (2014). Изучение потребностной сферы дошкольников с нарушениями речевого развития. *Специальное образование*, 2, 5–13.
- Кузнецова, В.Б. (2013). *Чувствительность к подкреплению как фактор психологического здоровья детей и подростков*. Автореф. дис. ...канд. психол.н. Москва.
- Лубовский, В.И., & Валявко, С.М. (2010). Терминологические проблемы специальной психологии и специальной педагогики. *Культурно-историческая психология*, 1, 50–55.
- Романовой, Е.С., Рыжова, Б.Н., Рябова, В.В., & Кезиной, Л.П. (ред.). (2007). *Энциклопедия истории психологии*. Т. 3 (с. 327–473). Москва: Центр «Школьная книга».
- Федоров, А.П. (2002). *Когнитивно-поведенческая психотерапия*. Санкт-Петербург: Питер.
- Филичева, Т.Б., Орлова, О.С., & Туманова, Т.В. (2015). *Основы дошкольной логопедии*. Москва: Эксмо.
- Шаховская, С.Н. (2001). Методические поиски в зарубежной логопедии. В: Ю.Ф. Гаркуши (ред.), *Ребенок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление*. Москва: МПСИ – Воронеж, «МОДЭК».
- Шевченко, Ю.С. (ред.). (2003). *Бихевиорально-когнитивная психотерапия для детей и подростков*. Санкт-Петербург: Речь.
- Ярошевский, П.Г. (1996). *История психологии от античности до середины XX в. Учеб. пособие*. Москва: Академия.
- ARAM, D., & NATION, J. (1982). *Child Language Disorders*. St. Louis: Mosby.
- BENNER, S. (1992). *Assessing young children with special needs*. White Plains, NY: Longman.
- BERRY, M. (1980). *Teaching linguistically handicapped children*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- BERRY, M., & EISENSEN, J. (1956). *Speech disorders: Principles and practices of therapy*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- BIGGE, J. (1988). *Curriculum based instruction for special education students*. Mountain View, CA: Mayfield.
- COOK, R.E., TESSIER, A., & KLEIN, M.D. (1992). *Adapting early children curricula for children with special needs*. New York: Merrill.
- FERGUSON, C.A. (1978). Learning to pronounce: The earliest stages of phonological development in the child. In: F.D. MINIFIE, & L.L. LLOYD (Eds.), *Communicative and cognitive abilities: early behavioral assessment* (pp. 237–297). Baltimore: University Park Press.
- HANSON, M. (1983). *Articulation*. Philadelphia: Saunders.
- HAYES, S.C., & HAYES, L.J. (1992). Verbal relations and the evolution of behavior analysis. *American Psychologist*, 47, 1383–1395.
- KLEIN, H., & MOSES, N. (1999). *Intervention planning for children with communication disorders. A Guide for Clinical Practicum and Professional Practice*. Boston: Allyn & Bacon.
- LAUNER, P., & LAHEY, M. (1981). Passages: From the 50s to the 80s in language assessment. *Topics in Language Disorders*, 1, 11– 29.

- REID, D.K., & HRESKO, W.P. (1981). *A cognitive approach to learn disabilities*. New York: McGraw-Hill.
- SKINNER, B.F. (1957). *Verbal behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- WINITZ, H. (1969). *Articulatory acquisition and Behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts Educational Division. Meredith Corporation.



EWA HRYCYNA

Instytut Polonistyki i Logopedii,
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski

 0000-0002-2932-1313

Opieka logopedyczna w przebiegu zaburzeń psychicznych – kwestie teoretyczne

Speech Therapy Care in Mental Illnesses – Theoretical Issues

ABSTRACT: The article focuses on the theoretical frame of the speech therapy care problem in various mental illnesses. It presents psychiatric disorders particularly associated with speech and communication problems and diversifies the character of speech disorders in psychiatry, indicating that they can oscillate between variously intensified language pathology and different ways of thinking and speaking; as such, they may be permanent or may disappear spontaneously after the episode of the disease is managed. The study defines the relationship between speech and mental disorders, and lists their short- and long-term effects in mental illnesses. Subsequently, it proceeds to circumscribe the place of a speech therapist in an interdisciplinary team, specifies what the logopaedic diagnosis in the process of a mental disorder is, and indicates other roles of a speech therapist in the broadly understood diagnostic and therapeutic process, e.g. the preventive one. The article formulates general goals and guidelines for speech therapy in mental disorders and discusses those aspects of the treatment which are closely related to the patient and the place of speech therapy care. The article concludes that speech pathologists in psychiatry have a chance to consolidate their position. The conditions which have to be met in order to do so are: the profound description and interpretation of speech disorders in psychiatry, the balanced assessment of diagnostic and therapeutic possibilities, and cooperation within an interdisciplinary team.

KEY WORDS: speech, language and communication disorders, mental illnesses, speech and language diagnosis and therapy

Język w zaburzeniach psychicznych

Termin „zaburzenie psychiczne” stosuję w znaczeniu szerokim, jako odnoszące się do ogółu stanów chorobowych, którymi zajmuje się psychiatria (Pużyński, 2007). Zaburzeniom psychicznym towarzyszą często zmiany w zakresie języka. W jednym ze źródeł szacuje się, że około 75% pacjentów z zaburzeniami psychicznymi prezentuje jednocześnie zaburzenia mowy (Emerson & Enderby, 1996).

Dotykają one przede wszystkim poziomu semantycznego, pragmatycznego, prozodii, głosu i polykania. O ile ich aspekt teoretyczny jest poruszany dość szeroko, o tyle stosunkowo niewiele jest doniesień w literaturze polskiej i światowej na temat opieki logopedycznej – modelu diagnozy i terapii. Na przestrzeni lat jednak refleksja na ten temat dojrzeła i owocuje nowymi propozycjami i ustaleniami.

Zaburzenia mowy w psychiatrii występują szczególnie w zaburzeniach rozwoju psychicznego (w tym całościowych zaburzeniach rozwoju), schizofrenii, niepełnosprawności intelektualnej, chorobach neurodegeneracyjnych, zaburzeniach zachowania i emocji. Pojawiają się coraz częściej publikacje charakteryzujące mowę w niektórych zaburzeniach afektywnych, np. depresji, zaburzeniu afektywnym dwubiegunowym; różnych postaciach zaburzeń nerwicowych; zaburzeniach osobowości i in. (Fine, 2006; Gravell & France, 1991; Kramer & France, 2001; *Speech pathology...*, 2010a). Mają charakter wysoce zróżnicowany, oscylują między różnie nasiloną patologią językową a odmiennym sposobem myślenia i mówienia, objawiającym się np. w doborze słownictwa. Mogą mieć charakter stały lub mogą ustępować np. po opanowaniu epizodu chorobowego (afektywnego, psychotycznego).

Określając zależności między zaburzeniami mowy a chorobami i zakłóceniami psychicznymi, wskazuje się, że:

- zaburzenia mowy są często jednym z elementów dających wgląd w ocenę innych aspektów funkcjonowania człowieka, jak myślenie czy stan emocjonalny (np. Gravell & France, 1991, s. 13);
- zaburzenia mowy są jednym z czynników wskazujących na zwiększone ryzyko wystąpienia chorób i zaburzeń psychicznych w przyszłości (np. Beitchman et al., 1996);
- zaburzenia mowy mogą być jednym z czynników utrudniających proces zdrowienia (np. utrudniając współpracę z psychoterapeutą) (*Speech pathology...*, 2010a, s. 4);
- zaburzenia w sferze emocji i zachowań wtórnie wywołują trudności komunikacyjne (np. w zakresie wyrażania uczuć, umiejętności konwersacyjnych i in.) (*Speech pathology...*, 2010a, s. 4);
- zaburzenia mowy wtórnie wywołują trudności w sferze emocji i zachowań (Kramer, 2001, s. 433);
- znaczące trudności komunikacyjne, przejawiane we wczesnym dzieciństwie, zazwyczaj nie ustępują samoistnie (Giddan & Milling, 1999).

Wśród możliwych krótkoterminowych skutków zaburzeń mowy w zaburzeniach psychicznych wymienia się: trudności w wyrażaniu bieżących potrzeb; trudności w odpowiednim i efektywnym wyrażaniu emocji; angażowanie się w destrukcyjne style komunikacji podczas codziennych rozmów; przecenianie możliwości językowych przez partnerów komunikacji, które prowadzą do nieporozumień i frustracji; trudności we współpracy w grupie; opór przed terapią prowadzoną za pośrednictwem kanału werbalnego, z powodu obniżonego poziomu

rozumienia i ekspresji. Wśród możliwych skutków długoterminowych: zachowania przestępcze (jako skutek pośredni lub bezpośredni); zmniejszenie możliwości do tworzenia efektywnych, wspierających i pozytywnych relacji społecznych (w szpitalu i poza nim); trudności w budowaniu i podtrzymywaniu więzi międzyludzkich; trudności w zdobyciu i utrzymaniu zatrudnienia oraz w uczestnictwie w innych aktywności społecznych (*Speech pathology...*, 2010a, s. 10; Woodward).

Słusznymi zatem wydają się wysiłki specjalistów różnych dziedzin, w tym logopedów, by zoptymalizować możliwości posługiwania się językiem osobom z zaburzeniami psychicznymi. Literatura na ten temat nie jest, jak wspomniałam, bogata, choć na przestrzeni kilkudziesięciu lat obserwuje się wzrost zainteresowania zagadnieniem. Refleksje na temat diagnozy i terapii logopedycznej w przebiegu zaburzeń psychicznych publikowane są w artykułach, monografiach zbiorowych, a także przedstawiane w powszechnie dostępnych prezentacjach multimedialnych czy na blogach specjalistycznych¹. Liczne informacje o diagnozie i terapii logopedycznej w przebiegu zaburzeń psychicznych pojawiają się również w literaturze poświęconej pragmatyce i jej zaburzeniom (np. McTear & Conti-Ramsden, 1992). Istotne jest, by refleksja logopedyczna miała charakter uniwersalny – stąd wskazane jest inspirowanie się dotychczasowymi ustaleniami w innych krajach, ale jednocześnie lokalny – stąd konieczne jest zbadanie specyfiki problemu na gruncie każdego kraju z osobna, z uwzględnieniem uwarunkowań kulturowych, ekonomicznych i in.

Miejsce terapii logopedycznej – zespół wielospecjalistyczny

Pozycja logopedów w terapii zaburzeń psychicznych nie jest jeszcze ugruntowana, choć coraz częściej mówi się o zasadności zmian w tym zakresie i realnych potrzebach (Gravell & France, 1991; *Speech pathology...*, 2010b, s. 1). Aby dookreślić rolę logopedy, konieczne są nie tyle deklaracje, co praktyczne działania i dokumentowanie postępów terapii oraz realna ocena możliwości i zakresu oddziaływań. Aby zwiększać ilość i zakres podjętych interwencji, wskazane jest informowanie społeczeństwa o możliwych korzyściach wpływających z podjęcia terapii logopedycznej, jakimi mogą być np. zwiększenie łatwości w wyrażaniu myśli i emocji; kształtowanie umiejętności rozmowy; zwiększanie umiejętności w zakresie rozumienia i używania mowy niewerbalnej; doskonalenie narracji, rozumienia pojęć, aktualizacji słownictwa i in. Informacje takie, aby dotarły do szerokiego grona odbiorców, mogą być rozpowszechniane w formie ulotek czy plakatów (Hodkinson, 2001, s. 173).

¹ Zob. bibliografia.

W propozycjach i standardach opieki logopedycznej w zaburzeniach i chorobach psychicznych wskazuje się na bezwzględną konieczność współpracy z lekarzem psychiatrą (Woźniak, 2015) oraz działanie w ramach zespołu wielospecjalistycznego, w skład którego wchodzi psycholog, pielęgniarka, terapeuta zajęciowy, fizjoterapeuta, dietetyk, pracownik socjalny, logopeda i in. (Novak & Kapolnek, 2001, s. 112; Shives, 2008, s. 156). W zależności od miejsca terapii (dom, szpital, DPS, leczenie środowiskowe, przedszkole, szkoła, prywatny gabinet) współdziałanie zespołu specjalistycznego rysuje się odmiennie, w każdym z tych przypadków jest on jednak pożądaną formą oddziaływań terapeutycznych.

Diagnoza logopedyczna

Podczas gdy diagnoza zaburzenia psychicznego jest domeną lekarzy psychiatrów, pozostali specjaliści dokonują diagnozy w obszarze dla nich kluczowym i z perspektywy reprezentowanej przez nich dyscypliny (Novak & Kapolnek, 2001, s. 112–113). Diagnoza logopedyczna w przypadku zaburzeń psychicznych powinna uwzględniać całościową charakterystykę językową i komunikacyjną wraz z obserwacją innych sfer funkcjonowania (Panasiuk & Kaczyńska-Haładaj, 2015). W przypadku dzieci szczególnie istotna jest obserwacja zabawy; w przypadku dzieci i dorosłych – interakcji z rodzicami, opiekunami, członkami personelu medycznego i in. oraz reakcji emocjonalnych. We właściwym badaniu logopedycznym należy szczególne miejsce poświęcać sferom najczęściej i najsilniej zakłóconym, tzn. semantyce i pragmatyce (na poziomie werbalnym i niewerbalnym), prozodii, połykaniu i emisji głosu. Wśród narzędzi diagnostycznych w ocenie sfery semantycznej i pragmatycznej zastosowanie mają zarówno narzędzia obiektywne, standaryzowane, ustrukturyowane, jak i bardziej subiektywne, jak próbki mowy czy obserwacja. Istotną funkcję pełni również wywiad i/lub kwestionariusz dotyczący codziennego funkcjonowania językowego przeprowadzany zarówno z pacjentem i jego rodziną, jak również członkami personelu medycznego i innymi specjalistami. Wskazuje się także na ważną rolę metajęzyka, **rozmawiania o mówieniu**, które może przynieść istotne wnioski zarówno w diagnozie, jak i ewaluacji efektów terapii (Brophy). Niezależnie od wymienionych narzędzi i metod, każde zaburzenie cechować się będzie odmienną i specyficzną procedurą diagnostyczną². W procesie diagnozy logopedycznej należy wziąć pod uwagę, że osoby z diagnozą psychiatryczną mogą prezentować zaburzenia mowy z tą diagnozą bezpośrednio niezwiązane (Orr, 2001, s. 156).

² Zob. standard postępowania logopedycznego w przypadku schizofazji autorstwa Woźniaka, z prezentacją Skali KSOS autorstwa Czernikiewicza i Woźniaka (Woźniak, 2015).

Oprócz diagnozy logopedycznej *sensu stricto* logopeda może spełniać także inne role w szeroko pojętym procesie diagnostycznym, wnosząc swój wkład do szybkiego wykrywania zaburzeń psychicznych. Dysponując wiedzą o języku w zaburzeniach psychicznych, może dostrzec nieprawidłowości wymagające konsultacji psychiatrycznej u osób, które z niej dotąd nie skorzystały, trafiły zaś do logopedy podczas badań przesiewowych lub z uwagi na inne zaburzenia mowy. Australijskie towarzystwo logopedyczne mówi wręcz o tym, że logopedzi, badając środowiska z grupy ryzyka, u których prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń psychicznych jest teoretycznie wyższe, mogą pełnić funkcję prewencyjną (*Speech pathology...*, 2010b, s. 3).

Terapia logopedyczna – ogólne wytyczne

Ogólnym celem terapii logopedycznej w przebiegu zaburzeń psychicznych jest maksymalizowanie możliwości komunikowania się, a także – jeśli istnieje taka potrzeba – ułatwianie jedzenia, picia, połykania. Terapia ma prowadzić do optymalizacji funkcjonowania fizycznego, społecznego i psychicznego w domu, szpitalu i codziennym środowisku – szkole, pracy, grupach społecznych (*Speech pathology...*, 2010b, s. 3). Musi być ona, co oczywiste, zgodna z diagnozą i interpretacją tej diagnozy, która umożliwia m.in. hierarchizację celów. Może być ukierunkowana na odbudowę kompetencji językowej i komunikacyjnej lub jej doskonalenie, także poprzez zwiększanie samoświadomości komunikowania się (Clegg, Brumfitt, Parks, & Woodruff, 2007, s. 88).

Logopedzi obejmują diagnozą i terapią logopedyczną również te osoby, które z medycznego punktu widzenia nie spełniają kryteriów żadnego z zaburzeń, ale prezentują określone trudności w codziennym porozumiewaniu się. Dotyczy to w szczególności sposób dzieci i dorosłych z subtelnymi zaburzeniami w sferze semantycznej i pragmatycznej, którzy nie spełniają kryteriów diagnostycznych żadnej jednostki medycznej³. Terapia logopedyczna jest wówczas tym ważniejsza, że może być jedyną formą wsparcia dla danej osoby.

Terapia logopedyczna w zaburzeniach psychicznych przyjmuje formę terapii indywidualnej, w parach lub grupowej. Wskazuje się na dwie filozofie, leżące u podstaw oddziaływań terapeutycznych – skoncentrowaną na ujawnianiu możliwości lub niwelowaniu trudności (Brophy). W praktyce zazwyczaj współistnieją one ze sobą, a od terapeuty zależy, którą z nich uczyni nadrzędną i wiodącą. Ze względu na specyfikę zaburzeń psychicznych w procesie terapii należy wziąć pod uwagę także tło kulturowe, czyli to, jak w danej społeczności postrzegana

³ Zob. pojęcia: zaburzenie semantyczno-pragmatyczne, poszerzony fenotyp autyzmu.

jest choroba psychiczna (*Speech pathology...*, 2010a, s. 5), ale też szerzej – jak w danej kulturze i języku postrzega się człowieka, relacje międzyludzkie, emocje, język i komunikację.

Istotnym aspektem terapii logopedycznej jest oddziaływanie na środowisko, np. udzielanie porad osobom najbliższym, innym specjalistom, nauczycielom, dotyczących optymalnych sposobów komunikowania się, wspierania umiejętności językowych, rozumienia trudności i ich przezwyciężania. Przykładowe wskazówki zawarte są w artykule Zbigniewa Tarkowskiego, Ewy Humeniuk i Jolanty Dunaj-Tarkowskiej (2017) pt. *Porozumiewanie się z osobami chorymi psychicznie w instytucjach totalnych*. Rolą logopedy może być także upewnianie się, czy informacje podawane osobie chorej przez personel medyczny w ośrodkach zdrowia są dla niej jasne i zrozumiałe, oraz ewentualne przeformułowywanie przekazów językowych (*Speech pathology...*, 2010b, s. 4).

Jeśli chodzi o kontekst środowiskowy, bardzo ważne jest budowanie sytuacji sprzyjających nawiązywaniu relacji i przyjaźni. Wątek ten pojawia się w propozycjach interwencji dla dzieci z autyzmem czy zaburzeniami komunikacji społecznej / zaburzeniami semantyczno-pragmatycznymi. Nawiązanie relacji rówieśniczej niesie korzyści w sferze rozwoju języka i komunikacji, ponieważ dziecko chętniej naśladowuje i uczy się od lubianych i lubiących je rówieśników.

Istotnym elementem terapii logopedycznej jest wreszcie wczesna interwencja, która stała się standardem postępowania we wszystkich zaburzeniach mowy. Jednak zdarza się, że diagnoza zaburzeń psychicznych u dzieci nastęrcza trudności i proces ten wydłuża się. W takich sytuacjach rolą logopedy jest dokonanie oceny logopedycznej u dzieci przejawiających zaburzenia w sferze semantycznej i pragmatycznej i/lub trudności w sferze emocji i zachowań; następnie zaś zaprogramowanie odpowiednich działań terapeutycznych, dostosowanych do jakości i stopnia zaburzenia oraz ich wdrożenie. Konieczne jest pieczołowite dokumentowanie stanu językowego na użytek dalszego procesu diagnostycznego oraz na użytek rodziców, aby mogli śledzić rozwój językowy na kolejnych etapach życia dziecka.

Jeśli chodzi o terapię logopedyczną konkretnych zaburzeń, dotąd najbogatsza literatura, poparta doświadczeniem praktycznym, dotyczy autyzmu i zespołu Aspergera, niepełnosprawności intelektualnej, chorób neurodegeneracyjnych. Wciąż jeszcze nieliczne, ale coraz częstsze są publikacje dotyczące terapii logopedycznej w schizofrenii (Clegg et al., 2007), którą to kwestię na gruncie polskim poruszył Tomasz Woźniak (2015). Poświęcono również miejsce terapii logopedycznej w ADHD, mutyzmie, zaburzeniu komunikacji społecznej / zaburzeniach (semantyczno-)pragmatycznych. W monografii zbiorowej *Communication and Mental Illness* zasygnalizowano możliwe sposoby włączania się logopedy do szeroko pojętej terapii także w przypadku nerwicy, depresji, zaburzeń osobowości czy dysfornii płciowej (Kramer & France, 2001).

Interwencja logopedyczna nie zawsze jest ściśle związana z objawami medycznymi danego zaburzenia psychicznego. Może koncentrować się na współtowa-

rzyszających zaburzeniach mowy albo wspomagać proces zdrowienia poprzez wspieranie umiejętności komunikacyjnych (jeśli w jakikolwiek sposób są one zachwiane). Szeroki wachlarz możliwych oddziaływań logopedycznych należy jednak traktować z pewną dozą ostrożności i odnosić się nie tylko do teoretycznych ustaleń i dotychczasowych doniesień w literaturze, ale przede wszystkim do stanu faktycznego, reagując tam, gdzie istnieją realne potrzeby, a nie odgórnie założona „zasadność”. Należy również wziąć pod uwagę, że niektóre zaburzenia mowy mogą wycofać się samoistnie, np. wraz z opanowaniem epizodu chorobowego (afektywnego, psychiatrycznego).

Dla kogo?

Fakt, że terapia logopedyczna ma służyć człowiekowi, jest oczywistością, ale w przypadku osób chorujących psychicznie nabiera on wyjątkowego znaczenia. Po pierwsze terapia logopedyczna u osoby z zaburzeniem psychicznym powinna być podejmowana w odpowiednim momencie, np. w przypadku schizofrenii po wyjściu z ostrych stanów psychiatrycznych (Woźniak, 2015, s. 1102), ale też ogólnie w czasie, gdy sytuacja życiowa danej osoby i ogólny stan jej zdrowia umożliwiają podjęcie kontaktu z logopedą. Kluczową osobą w planie terapii jest pacjent – jego chęć udziału w terapii, a także – jak pokazali Jean M. Novak i Karen M. Kapolnek (2001, s. 113) – decydowanie o hierarchii celów. Jeśli dana osoba chce wziąć udział w terapii logopedycznej, odczuwając realne trudności w obszarze języka, mowy czy komunikacji, jest to dla logopedy jasnym sygnałem do podjęcia działań, nawet wówczas, gdy byłyby to działania pionierskie i jednostkowe.

Terapia logopedyczna – oprócz korzyści wynikających bezpośrednio z jej natury – ma również wartości dodane, jak np. poczucie dbania o własne zdrowie i jakość życia. W sytuacji, gdy nie istnieją jeszcze standardy postępowania właściwe dla danego przypadku, terapia logopedyczna zawsze powinna być celowa i oparta na aktualnej wiedzy o zdrowiu psychicznym i zaburzeniach mowy (Woźniak, 2015, s. 1102). W literaturze podnoszącej temat terapii logopedycznej w zaburzeniach psychicznych w odniesieniu do osób objętych tą terapią używa się słów „klient” lub „pacjent”. Niekiedy pacjentem nazywa się osobę będącą w trakcie hospitalizacji, klientem zaś – po okresie hospitalizacji. Wątek wydaje się interesujący, ponieważ sposób nazywania beneficjenta terapii logopedycznej implikuje sposób myślenia o tej osobie, o roli specjalisty i typie relacji, jaka się między nimi nawiązuje. Termin „klient”, choć w Polsce nieużywany, jest jednak wart uwagi, ponieważ nie podkreśla informacji o przebytej/trwającej chorobie, a logopedy stawia w roli specjalisty w swojej dziedzinie, nie zaś osoby o kompetencjach *stricto* medycznych, co bywa przez logopedów nadużywane.

Gdzie?

Terapia logopedyczna osób chorujących psychicznie może odbywać się w szpitalach na oddziałach rehabilitacji psychiatrycznej, w ośrodkach zdrowia, przychodniach; ale równie ważnym (a nawet ważniejszym) miejscem są szkoły, przedszkola, domy samopomocy lub domy pomocy społecznej, świetlice socjoterapeutyczne czy dom klienta. Miejsca te są środowiskiem naturalnym, w którym doskonalenie umiejętności językowych i komunikacyjnych może być łatwiejsze, bardziej komfortowe i zarazem bardziej skuteczne. Elaine Hodkinson (2001, s. 174) omawia wybór miejsca terapii w zależności od założonego celu, np. mały, kameralny pokój do zajęć indywidualnych, większa sala do zajęć grupowych; ogród czy park do swobodnych dyskusji i ćwiczenia umiejętności prowadzenia rozmowy. Miejsce, w którym pracuje logopeda, niesie ze sobą pewne konsekwencje w organizacji. Szpital cechuje się większym dostępem do szerszego grona pacjentów i szerszymi możliwościami diagnostycznymi, z kolei np. prywatny gabinet, DPS czy placówka oświatowa umożliwiają działania długofalowe, z większym zaangażowaniem w uczestnictwo w środowisku naturalnym.

Podsumowanie

Miejsce i rola logopedy w diagnozie i terapii zaburzeń mowy towarzyszących zaburzeniom psychicznym nie są jeszcze w pełni ugruntowane, ale dalsze zmiany w tym zakresie są możliwe i obiecujące. Niezbędnym warunkiem ugruntowania pozycji logopedów w psychiatrii jest dogłębne opisywanie i interpretowanie zaburzeń mowy z uwzględnieniem ich złożoności i wieloaspektowości; dalsze proponowanie zasadnych i trafnych oddziaływań terapeutycznych; wyważona ocena możliwości diagnostycznych i terapeutycznych w logopedii; opisywanie doświadczeń (zwłaszcza w postaci studium przypadku).

*Dziękuję za konsultacje merytoryczne specjaliście psychiatrii
lek. med. Aleksandrowi Szumadzie*

Bibliografia

- BEITCHMAN, J.H., BROWNLIE, E.B., INGLIS, A., WILD, J., FERGUSON, B., SCHACHTER, D., LANCEE, W., WILSON, B., & MATHEWS, R. (1996). Seven-year follow-up of speech/language impaired and control children: psychiatric outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37(8), 961–970.
- BROPHY, J. *Where are we now? Current practices in SLP with adults with mental health disorders?* Pobrane z: https://www.asha.org_events/convention/.../1112_brophy_jennifer/ (data dostępu: 3.10.2018).
- CLEGG, J., BRUMFITT, S., PARKS, R.W., & WOODRUFF, P.W.R. (2007). Speech and language therapy intervention in schizophrenia: a case study. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 42(1), 81–101.
- EMERSON, J., & ENDERBY, P. (1996). Prevalence of speech and language disorders in a mental health unit. *European Journal of Disorders of Communication*, 31, 221–236.
- FINE, J. (2006). *Language in psychiatry. A handbook of clinical practice*. London: Equinox.
- GIDDAN, J.J., & MILLING, L. (1999). Comorbidity of psychiatric and communication disorders in children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8(1), 19–37.
- GRAVELL, R., & FRANCE, J. (1991). Mental disorder and speech therapy: an introduction. In: R. GRAVELL, & J. FRANCE (Eds.), *Speech and communication problems in psychiatry. Therapy in practice* 22 (pp. 1–21). London: Springer-Science+Business Media, B.V.
- HODKINSON, E. (2001). Developing a speech and language therapy service in mental health. In: S. KRAMER, & J. FRANCE (Eds.), *Communication and Mental Illness. Theoretical and Practical Approaches* (pp. 172–180). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- KRAMER, S. (2001). *Language difficulties or emotional difficulties – what come first?*. In: S. KRAMER, & J. FRANCE (Eds.), *Communication and Mental Illness. Theoretical and Practical Approaches* (pp. 407–432). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- KRAMER, S., & FRANCE, J. (Eds.). (2001). *Communication and Mental Illness. Theoretical and Practical Approaches*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- MCTEAR, M., & CONTI-RAMSDEN, G. (1992). *Pragmatic disability in children*. London: Whurr Publishers.
- NOVAK, J.M., & KAPOLNEK, K.M. (2001). Speech-Language Pathologists Serving Clients With Mental Illness: A Collaborative Treatment Approach. *Contemporary issues in communication science and disorders*, 28, 111–122.
- ORR, M. (2001). Functioning of the multidisciplinary team and the SLT. In: S. KRAMER, & J. FRANCE (Eds.), *Communication and Mental Illness. Theoretical and Practical Approaches* (pp. 154–157). London: Jessica Kingsley Publishers.
- PANASIUK, J., & KACZYŃSKA-HAŁADY, M. (2015). Postępowanie logopedyczne w przypadku osób dorosłych z zespołem Aspergera. W: S. GRABIAS, J. PANASIUK, & T. WOŹNIAK (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 517–554). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- PUŻYŃSKI, S. (2007). Choroba psychiczna – problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych. *Psychiatria Polska*, XLI(3), 299–308.
- SHIVES, L.R. (2008). *Basic Concepts of Psychiatric-mental Health Nursing*. Philadelphia: LWW.
- Speech pathology in mental health services. Clinical guideline*. (2010a). The Speech Pathology Association of Australia.
- Speech pathology in mental health services. Position statement*. (2010b). The Speech Pathology Association of Australia.

- TARKOWSKI, Z., HUMENIUK, E., & DUNAJ-TARKOWSKA, J. (2017). Porozumiewanie się z osobami chorymi psychicznie w instytucjach totalnych. W: Z. TARKOWSKI (red.), *Patologia mowy* (s. 195–212). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- WOODWARD, M. *Talk is Cheap! The Role of a Speech Pathologist in a Mental Health Service*. Pobrane z: <https://anzmh.asn.au/conference/pp/Woodward.pdf> (data dostępu: 20.09.2018).
- WOŹNIAK, T. (2015). Schizofazja. Zasady postępowania logopedycznego. W: S. GRABIAS, J. PANASIUK, & T. WOŹNIAK (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 1093–1108). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.



TOMASZ NOWAK

Wydział Humanistyczny, Instytut Językoznawstwa,
Uniwersytet Śląski

0000-0001-6044-113X

Gramatyka języka w komputerze mózgu i programie umysłu W poszukiwaniu realnego cerebralnie i mentalnie modelu składni

Language Grammar in the Brain of the Computer and the Programme of the Mind.
In Search of a Real Cerebral and Mental Model of Syntax

ABSTRACT: The author of the article tackles the problem of human language grammar from the point of view of several scientific disciplines: theoretical and mathematical linguistics, psycholinguistics, and neurolinguistics. The subject of the work is a grammar parser, and, especially, the limitations imposed on its structure and function by such factors as: the brain and the mind, the computer and the programme.

KEY WORDS: grammar, parser, psycholinguistics and neurolinguistics, theoretical and mathematical linguistics

Wprowadzenie

Problem badawczy, jaki w swojej pracy podejmuję, jasno wyraża pytanie: która lingwalna gramatyka tworzy mentalny program, za pośrednictwem którego przetwarza zdania cerebralny komputer? Jeszcze inaczej pytając: który model gramatyczny w języku stanowi bazę rozbioru gramatycznego w umyśle, jaki przeprowadza parser gramatyczny w mózgu? Mój artykuł, jak sugeruje jego tytuł, ogniskuje się zatem wokół dwóch kluczowych spraw, mianowicie: gramatyki i jej parsera, a więc algorytmizacji i implementacji gramatyki języka w umyśle i w mózgu.

W swojej pracy przedstawię wybrane programy i modele gramatyki lingwistycznej na tle założeń i twierdzeń lingwistyki matematycznej, ale również spostrzeżeń i wyjaśnień psycho- i neurolingwistyki. W tym kontekście usytuuję refleksję nad koncepcjami parsera językowego, czyli hipotetycznego modułu cere-

bralno-mentalnego, który specjalizuje się w rozbiórce zdań, tzn. w ich analizie i syntezie w toku przetwarzania języka i mowy, a ściślej – zdań i sądów.

Szkic ten szczególnie dedykuję (obecnym i przyszłym) logopedom, którzy w swojej pracy zawodowej sięgają po różne modele lingwistyczne, często nie zdając sobie sprawy z tego, że część tych koncepcji jest albo doświadczalnie niezbadana, albo zbadana i uznana za nierealne, przy czym mam na myśli nie tyle ich moc deskrypcyjną (w stosunku do języka/mowy), ile ich moc eksplanacyjną (w stosunku do mózgu/umysłu). Logopedia, jak mi nie mam, jest dyscypliną praktyczną, którą szczególnie interesuje to, co dzieje się na styku lingwistyki i psychologii, a zwłaszcza – w zakresie tego, co zowie się cerebralno-mentalną rzeczywistością opisu języka, czyli tego, co podpada pod terminy „teoria prawdziwa” (teoretycznie) i „teoria skuteczna” (praktycznie).

1. Gramatyka jako projekt transdyscyplinarny

Gramatyka to projekt transdyscyplinarny, który sytuuje się na przecięciu kilku dyscyplin: formalnych (matematyki) i empirycznych (biologii, psychologii i lingwistyki). W tym ujęciu zakłada się, że przetwarzanie gramatyczne (morfologiczne i syntaktyczne) ma charakter komputacyjny, tj. lingwistyka opisuje to, co się oblicza, psychologia – to, jak się oblicza, natomiast biologia – to, gdzie/kiedy się oblicza¹; lingwistyka specyfikuje funkcję, którą umysł algorytmizuje, mózg zaś implementuje; mózg to komputer (urządzenie), umysł to program (rozwiązanie), a język i mowa to problem (zadanie)².

Tymczasem jednak nauka realizuje ten program badawczy, póki co, w ograniczonym zakresie, raczej niespiesznie i nie wszędzie. Sytuacja, jaką obserwuję, przedstawia prędeż taki oto obraz: lingwiści mutują i konfrontują z sobą gramatyki w dziedzinie języka i mowy, z kolei biologowie i psychologowie selekcionują i adaptują gramatyki do środowiska mózgu i umysłu. Co istotne, lingwiści odwołują się przy tym do obserwacji pasywnych (lektur tekstów i dyskursów), biologowie i psychologowie zaś – do obserwacji aktywnych (pomiarów miejsc aktywacji i czasów reakcji). Droga, jaką kreszę, przybiera ekumeniczny kierunek: od pluralizmu gramatyk lingwalnych do monizmu gramatyk cerebralno-mentalnych.

¹ Aksjomaty komputacjonizmu w badaniach kognitywistycznych formuluje: Marr, 1982.

² Por. procesy słuchania oraz operacje mówienia, które przyjmują kierunek albo od głoski/różnicy do tekstu/celu (analiza), albo od celu/tekstu do różnicy/głoski (synteza), zawsze jednak przez słowo/pojęcie i zdanie/sąd.

2. Gramatyka lingwalna (języka i mowy)

Przez 2500 lat skonstruowano (i zaproponowano w roli modeli opisujących budowę języka naturalnego) wiele (kilkaset) modeli gramatycznych, które można klasyfikować na podstawie różnych kryteriów (Nowak, 2013; 2014). Klasyfikacja modeli gramatycznych, jakiegokolwiek formy nie przybierze, nie może nie uwzględniać dystynkcji między tym, co się opisuje (przedmiot i aspekt) i jak się opisuje (metoda i cel), a więc atrybutów ontologicznych i gnoseologicznych, jakie formułują poszczególne gramatyki. Oto zarys przyszłej klasyfikacji najogólniejszych (rodzin) modeli gramatyk lingwistycznych (na marginesie: pragnę podkreślić, że nie żywię ambicji, by na łamach tej pracy stworzyć zupełną i rozłączną klasyfikację albo nie-zupełną i nie-rozłączną typologię wszystkich modeli gramatycznych; hierarchizacja gramatyk wydaje mi się jednakże koniecznym warunkiem wstępnym, by móc rozważać ich ewentualną funkcję jako przyszłych modeli języka/mowy w mózgu/umyśle):

1. klasyfikacja₁:

1.1. kryterium: przedmiot

1.2. klasa:

1.2.1. gramatyki nie-kompetencyjne (performancyjne)

1.2.2. gramatyki kompetencyjne

2. klasyfikacja₂:

2.1. kryterium: aspekt

2.2. klasa:

2.2.1. pod-klasa₁:

2.2.1.1. gramatyki nie-dyskretne (kontynualne)

2.2.1.2. gramatyki dyskretne

2.2.2. pod-klasa₂:

2.2.2.1. gramatyki nie-formalne (funkcjonalne),

2.2.2.2. gramatyki formalne

3. klasyfikacja₃:

3.1. kryterium: metoda

3.2. klasa:

3.2.1. gramatyki nie-frazowe (dependencyjne)

3.2.2. gramatyki frazowe

4. klasyfikacja₄:

4.1. kryterium: cel

4.2. klasa:

4.2.1. gramatyki nie-derywacyjne (unifikacyjne)

4.2.2. gramatyki derywacyjne

Gramatyki kompetencyjne i nie-kompetencyjne to koncepcje, które różni przedmiot opisu. Gramatyki kompetencyjne symulują kompetencję reprezentacyjną gramatyczną użytkownika i opisują system języka (społeczny, psychiczny, stabilny). Gramatyki kompetencyjne to modele wiedzy językowej, czyli tego, co użytkownik – potencjalnie – o swoim języku wie. Gramatyki te zakładają ontologiczny idealizm oraz gnoseologiczny racjonalizm. Gramatyki kompetencyjne silnie nawiązują do tradycji lingwistycznych i matematycznych³. Gramatyki performancyjne emulują kompetencję komunikacyjną pragmatyczną użytkownika i opisują uzus mowy (indywidualny, fizyczny, labilny). Gramatyki performancyjne to modele czynu mownego, mianowicie tego, co użytkownik – aktualnie – ze swoją mową robi. Gramatyki te zakładają ontologiczny materializm oraz gnoseologiczny empiryzm. Gramatyki performancyjne obficie czerpią z tradycji psychologicznych i socjologicznych⁴.

Gramatyki dyskretne i nie-dyskretne oraz gramatyki formalne i nie-formalne to koncepcje, które różni aspekt, mianowicie kwalitatywny i enumeratywny status jednostek języka i mowy. Gramatyki dyskretne opisują zdania w kategoriach algebraiczno-logicznych, znaczną wagę przywiązując do definiowanych jakościowo (w liczbach naturalnych) korelacji strukturalnych między jednostkami typu podrzędnik i nadrzędnik⁵. Gramatyki kontynualne opisują z kolei zdania w kategoriach statystyczno-probabilistycznych, znaczną wagę przywiązując do definiowanych ilościowo (w liczbach rzeczywistych) korelacji linearnych między jednostkami rodzaju poprzednik i następnik⁶.

Gramatyki formalne stanowią symulacje procesów rozumienia, tj. analizy języka i mowy, a jednostką, która inicjuje opis (w kierunku: od formy do funkcji), jest zdanie. Gramatyki formy opisują język, uwzględniając tylko jego wewnętrzne atrybuty, a więc relacje między znakami. Gramatyki funkcjonalne stanowią emulacje operacji mówienia, tj. syntezy języka i mowy, jednostką zaś, która inicjuje opis (w kierunku: od funkcji do formy), jest tekst. Gramatyki funkcji opisują język, uwzględniając także jego zewnętrzne atrybuty, a więc relacje między znakami i ich subiektami.

Gramatyki frazowe i nie-frazowe to koncepcje, które różni metoda, a ściślej – modus opisu. Gramatyki frazowe to klasa modeli gramatycznych, np. morfosyntaktycznych, które bazują na logicznym rachunku sylogizmów oraz akceptują aksjomat, zgodnie z którym stosunek między predykatem i (jego) subiektem

³ Zob. gramatyki strukturalne i generatywne.

⁴ Por. gramatyki kognitywne i komunikacyjne.

⁵ Zob. gramatyki frazowych struktur (PSG).

⁶ Zob. gramatyki skończonych stanów (FSG).

jest asymetryczny: $S \varepsilon P$. Gramatyka frazowa opisuje strukturę zdań w postaci dendrytów i ich komponentów, przy czym korzeń dendrytu etykietuje zdanie, gałęzie – tranzytywną relację dominacji, węzły – frazy, a liście – słowa, którym przypisuje się etykiety klas syntaktycznych⁷. Gramatyki dependencyjne to klasa modeli gramatycznych, m.in. morfosyntaktycznych, które nawiązują do logicznego rachunku predykatów tudzież akceptują aksjomat, zgodnie z którym stosunki między predykatami i argumentami są symetryczne: $g(x, y)$. Gramatyki dependencyjne opisują strukturę zdań za pomocą dendrytów i ich komponentów, przy czym korzeń dendrytu etykietuje orzeczenie, gałęzie – nie-tranzytywną relację dependency, a węzły i liście – słowa, którym przypisuje się etykiety ról semantycznych⁸.

Gramatyki derywacyjne i nie-derywacyjne to koncepcje, które różni cel, tj. funkcja opisu. Gramatyki derywacyjne opisują budowę zdań za pomocą (dynamicznych) reguł, które głoszą, że to, co w zdaniach nie jest nakazane, nieobjęte regułą, jest zabronione. Co ważne, gramatyki derywacyjne – poli-stratalne – zakładają istnienie co najmniej dwóch poziomów reprezentacji morfosyntaktycznych, tj. struktur powierzchniowej i głębokiej, które – w procesach analizy i syntezy – wiążą się ze sobą dzięki derywacji, czyli aplikacji ciągu algorytmicznych (wąskich) reguł, które budują zdania, zmieniając, na kolejnych etapach derywacji, ich formalny wystrój. Gramatyki derywacyjne to albo modele (trans)formacyjne, w których reguły generują zdania, albo modele (meta)leksykalne, w których słowa projektują zdania (rzutuując na nie swe cechy). Gramatyki unifikacyjne opisują budowę zdań z pomocą (statycznych) restrykcji, które głoszą, że to, co w zdaniach nie jest zakazane, nieobjęte restrykcją, jest dozwolone. Co nowatorskie, gramatyki unifikacyjne – mono-stratalne – przyjmują istnienie co najwyżej jednego poziomu reprezentacji morfosyntaktycznej, tj. struktur powierzchniowej lub głębokiej, które powstają w procesach analizy i syntezy – dzięki unifikacji, a więc aplikacji szeregu heurystycznych (szerokich) restrykcji, które oceniają zdania, nie zmieniając przy tym ich formalnego kształtu. Gramatyki unifikacyjne to zwykle modele leksykalne, w których słowa projektują zdania, czy ściślej: atrybuty słów zastępują reguły formacji.

Mimo iż skonstruowano i zaproponowano wiele koncepcji gramatycznych, nadal do końca nie wiadomo, które teorie morfosyntaktyczne emulują najwerniej sposób, w jaki mózg/umysł przetwarza język/mowę, czy ściślej mówiąc: to, jak parser, w procesie integracji zdania/sądu, buduje drzewo rozbioru, pokonując długą drogę od wielowymiarowych sieci słów do jednowymiarowego łańcucha głosek (względnie w odwrotnym kierunku). Niewykluczone, a nawet dość prawdopodobne, że ów cerebralny i mentalny parsing angażuje całą mozaikę rozmaitych gramatyk, które aktywują się – osobno i/lub razem – na kolejnych subetapach i subpoziomach gramatycznej analizy i syntezy syntaksy. Jak się jednak

⁷ Por. klasy leksykalne, np. NP i VP, oraz funkcyjne, np. IP i CP.

⁸ Por. role aktantowe, np. SUB i OBJ, oraz cirkumstantowe, np. LOC i TEMP.

w swej istocie rzeczy mają, mówiąc uczciwie: nie wiadomo, nadal bowiem, mimo iż refleksja nad gramatyką liczy sobie 2500 lat, nie wiemy, który model gramatyczny zdania/sądu jest prawdziwy, czyli adekwatny nie tylko deskrypcyjnie, ale również (czy może właśnie: przede wszystkim!) eksplanacyjnie⁹. Niniejszy artykuł, w autorskim zamyśle, ma uczynić drobny krok w tę właśnie stronę.

Gramatyka lingwalna, jako przyszły kandydat do roli wiarygodnego modelu przetwarzania zdań/sądów w mózgu/umyśle, winna wypełniać pewne – ściśle określone – warunki brzegowe (limitacyjne): aprioryczno-dedukcyjne (formalne) i aposterioryczno-redukcyjne (empiryczne). Gramatyka realna, istniejąca w mózgu i w umyśle, wymaga nie tylko odpowiednich struktur i funkcji, mianowicie cerebralnych pól i dróg oraz mentalnych dyspozycji i procesów, lecz także sytuujących się u podstaw cerebralnych implementacji / mentalnych reprezentacji adekwatnych komputacyjnych produkcji i mocy. Proponuję zatem, żeby na projekt gramatyki wiarygodnej spojrzeć z punktu widzenia matematyki oraz biologii i psychologii, pamiętając o porzekadle, które głosi, że „matematyka nigdy nie kłamie, ale też nigdy nie mówi całej prawdy”. W tymże ujęciu nauki formalne definiują pełną przestrzeń logicznych możliwości (ciągów alternatyw), w granicach których nauki empiryczne dokonują określonych wyborów (członów alternatyw). Parser gramatyczny, jako część modułu językowego, która powsta(wa)ła w drodze koewolucji biologicznej oraz kulturowej, jest implementowalny w mózgu i umyśle, albo identycznie, albo analogicznie, jak w komputerze i w jego programie. Mówiąc wprost: świadomie zakładam w swojej pracy wybrane, w moim osądzie, analogicznie trafne założenia komputacjonizmu. Tę kwestię poruszę w kolejnym rozdziale.

3. Gramatyka formalna (w komputerze i w programie)

Gramatyka formalna (w pamięci komputera) wymaga w celu implementacji odpowiednich komputacyjnych produkcji i mocy. Z matematycznego punktu widzenia gramatyka to system aksjomatyczno-dedukcyjny, który posiada swoją formalną definicję i klasyfikację¹⁰.

Gramatyka formalna G to czwórka uporządkowana: $\langle N, \Sigma, P, S \rangle$. Gramatyka G przyjmuje („na wejściu”) zbiór symboli: nie-terminalnych, w tym nie-początkowych (N) i początkowych (S), i terminalnych (Σ), tudzież zbiór produkcji (P), i formułuje („na wyjściu”) ciągi symboli. Ściślej rzecz biorąc: zbiór symboli (dla gramatyk – razem – typu: 0, 1, 2 i 3) zawiera symbole (osobno) nie-terminalne

⁹ Kwestie te obszernie omawia: Bobrowski, 1993.

¹⁰ Kompetentne i kompletne definicje terminów z zakresu lingwistyki matematycznej formułują: Blikle, 1971; Hopcroft, Motwani, & Ullman, 2005.

$\{A, B\}$ i terminalne $\{a\}$, a także symbole (razem) nie-terminalne $\{\alpha, \beta, \gamma\}$ i/lub terminalne $\{\alpha, \beta, \gamma\}$, przy czym symbole (nie)terminalne są albo nie-puste $\{\gamma\}$, albo (nie)puste $\{\alpha, \beta\}$. Zbiór produkcji (dla gramatyk – osobno – typu: 0, 1, 2 i 3) zawiera reguły¹¹.

Hierarchia Chomsky'ego-Schützenbergera, którą powyżej i poniżej przywołuję, prezentuje porządek klas języków (gramatyk i automatów) formalnych, przy czym stosunki między nimi układają się w taki sposób, że gramatyki syntetyzują języki, natomiast automaty je analizują¹². Ma ona swoje implikacje teoretyczne i praktyczne. Po pierwsze, udowodniono, że gramatyki podlegają prawu, na mocy którego stwierdza się, że im węższa produkcja, tym mniejsza moc – w związku z czym gramatyki tworzą hierarchię: od gramatyk o regułach najwęższych i mocy najmniejszej¹³ do gramatyk o regułach najszerszych i mocy największej¹⁴. Po wtóre, udowodniono, że jest możliwa informatyczna implementacja parsera (programu w komputerze), który będzie mógł korzystać z języków formalnych, które syntetyzują gramatyki oraz analizują automaty o regułach (naj)węższych i mocy (naj)mniejszej¹⁵.

Gramatyka formalna musi dysponować odpowiednią mocą komputacyjną, tj. nie może być ani za słaba, ani za silna, mianowicie nie może być tak, że istnieją zdania poprawne, których nie generuje, i nie może być tak, że istnieją zdania niepoprawne, które generuje. W związku z tym należałoby niektóre gramatyki uznać za pod-generatywne, np. gramatyki regularne (RG), niektóre za nad-generatywne, np. gramatyki rekurencyjnie enumeracyjne (REG); ze względu na to gramatyki generatywne to tylko te gramatyki, które są albo kontekstowo wolne (CFG), albo kontekstowo czułe (CSG) (Chomsky, 1956; 1963; Miller & Chomsky, 1963)¹⁶.

Udowodniono, że siła produkcji gramatyk najsłabszych (RG) i najsilniejszych (REG) jest, odpowiednio, zbyt mała lub zbyt duża, żeby przy ich użyciu opisać adekwatnie zdania języka naturalnego, czyli języków etnicznych. Moc gramatyki, która potrafiłaby wygenerować zbiór zdań poprawnych i tylko poprawnych jakiegoś języka ludzkiego, nie może być mniejsza więc niż moc CFG i nie może być większa niż moc CSG. Jak wiadomo, gramatyka lingwistyczna opisuje pod-

¹¹ Por. REG: $\alpha A \beta \rightarrow \beta$, CSG: $\alpha A \beta \rightarrow \alpha \gamma \beta$, CFG: $A \rightarrow \alpha$ i RG: $A \rightarrow a(B)$.

¹² Por. 1. gramatyka (typu 0): REG \rightarrow język rekurencyjnie przeliczalny; 2. gramatyka (typu 1): CSG \rightarrow język kontekstualnie czuły; 3. gramatyka (typu 2): CFG \rightarrow język kontekstualnie wolny; 4. gramatyka (typu 3): RG \rightarrow język regularny.

¹³ Zob. gramatyki (typu 3).

¹⁴ Zob. gramatyki (typu 0).

¹⁵ Por. FSG 'gramatyki stanów skończonych' (= RG) i PSG 'gramatyki struktur frazowych' (= CFG). Relacje między językami naturalnymi i formalnymi w kontekście parsera i parsingu omawia: Mykowiecka, 2007.

¹⁶ Por. pierwsze modele generatywne języka angielskiego: FSG (= RG), PSG (= CFG), TGG (= CSG), gdzie pierwszy model (FSG) okazał się za słaby, jako że nie opisywał zdań poprawnych ze składnikami strukturalnie bliskimi i linearnie dalekimi, a ostatni model (TGG) okazał się za silny, jako że opisywał zdania nie-poprawne post-transformacyjne nie-konwersyjne.

systemy morfotaktyczny i syntaktyczny. Udowodniono, iż relacje morfotaktyczne opisują (satysfakcjonująco!) gramatyki regularne, natomiast relacje syntaktyczne – gramatyki bezkontekstowe.

Od pewnego czasu toczy się jednak spór, który dotyczy relacji między gramatykami CFG i CSG; mianowicie naukowcy poszukują odpowiedzi na pytania: z jednej strony, czy gramatyki CFG nie są za słabe, oraz, z drugiej strony, czy gramatyki CSG nie są za silne (w stosunku do atrybutów syntaktycznych języków etnicznych jako swego rodzaju przypadków szczególnych języka naturalnego). Obie strony sporu formułują własne argumenty i powołują się na pewne odkrycia. Po pierwsze, wykazano, że istnieją języki (dialekty) afrykańskie (bambaryjski) oraz europejskie (niderlandzki i niemiecki), zawierające zdania poprawne, których gramatyki CFG nie są w stanie opisać. Po wtóre, wykazano, że istnieją modele (gramatyki) syntaktyczne (tzw. standardowe), które generują przy użyciu reguł gramatyk CFS zdania nie-poprawne. Obecnie konkluduje się, iż – po pierwsze – przywołane dialekty są statystycznie marginalne, a – po drugie – przytoczone gramatyki są psychologicznie irrealne. Ze względu na to twierdzi się ostatecznie, że gramatyką (generatywną), w której powinna się „zmieścić” syntaksa języków ludzkich, jest gramatyka kontekstowo wolna (CFG), której moc podzielaają gramatyki lingwalne w rodzaju PSG ‘gramatyki struktur frazowych’ i DG ‘gramatyki dependencyjne’. Przypomnę, że modele frazowe i dependencyjne są sobie równoważne w stopniu słabym, tj. opisują identyczny zbiór zdań, ale przypisują tym samym zdaniom różne struktury; naturalnie, rozstrzygnięcia wymaga kwestia tego, która gramatyka, PSG lub DG, (naj)wierniej modeluje to, co robi mózg (umysł), gdy przetwarza język (mowę) (Gaifman, 1965; Kieraś, 2010).

Gramatyka cerebralna (w mózgu) i mentalna (w umyśle), poza odpowiednimi formalnymi atrybutami komputacyjnymi – regułami i mocami – wymaga także odpowiednich empirycznych struktur i funkcji, tj. cerebralnych pól i dróg, oraz mentalnych dyspozycji i procesów. Kwestie te poruszę w kolejnych rozdziałach.

4. Gramatyka cerebralno-mentalna (w mózgu i w umyśle)

Relacje między terminami: *mózg* i *umysł* oraz *język* i *mowa* są niebywale skomplikowane. Nie czas i nie miejsce, żeby je tutaj rozważać. Z pewnością zadanie to wymaga niepoślednich kompetencji filozoficznych. W związku z tym, ucinając już na wstępie jałowe spekulacje, po prostu proponuję, aby przyjąć (roboczo!), że jeżeli umysł jest tym, co robi mózg człowieka, to mowa jest tym, co człowiek robi z językiem (z kolei program tym, co robi komputer). Gwoli czytelności wywodu, będę się więc w pracy posiłkował zapisem: „mózg/umysł” i „język/mowa”.

4.1. Gramatyka cerebralna (w mózgu)

Gramatyka cerebralna (gramatyka w mózgu) wymaga w celu implementacji języka i mowy odpowiednich struktur, tj. cerebralnych pól i dróg. Kwestie te warto przybliżyć, odwołując się do wyników najświeższych badań eksperymentalnych z zakresu neurolingwistyki (Friederici, 2011).

Przetwarzanie gramatyczne przebiega na poziomach brzusznych i grzbietowych w etapach wczesnym i późnym; inaczej mówiąc: przetwarzanie gramatyczne, morfo-syntaktyczne opiera się na dwóch gramatykach – niższej (wentralnej) i wyższej (dorsalnej) (Hickok & Poeppel, 2007; Poeppel & Embick, 2005; Shalom & Poeppel, 2008).

Przetwarzanie brzuszne i wcześniejsze ma charakter ikoniczny i holistyczny; korzysta z zasobów pamięci deklaratywnej (semantycznej), posiada zasięg lokalny i obejmuje operacje konkretne na relacjach linearnych między jednostkami leksykalnymi (słowami) – w granicach fraz leksykalnych. Konstrukcja fraz leksykalnych, np. NP i VP, w oparciu o morfotaktyczno-syntaktyczne cechy kategoriałowe i syntaktyczno-semantyczne cechy selekcyjne, odbywa się w podsięciach morfotaktyczno-syntaktycznej (LH: UF: aSTG: BA 22 ↔ FOP: BA 44/45) oraz syntaktyczno-semantycznej (LH: EFCS: aSTG: BA 22 ↔ aIFG: BA 45/47). W tych rejonach obserwuje się odpowiednie potencjały wywołane ELAN (wcześniej) i N400 (później), które stanowią bioelektryczne reakcje mózgu na bodźce w postaci cech czasownika w zdaniu¹⁷.

Przetwarzanie grzbietowe i późniejsze ma charakter symboliczny i analityczny; korzysta z magazynu pamięci proceduralnej (asocjacyjnej), posiada zasięg globalny i obejmuje operacje abstrakcyjne na relacjach strukturalnych między jednostkami gramatycznymi (składnikami) – w granicach fraz funkcjonalnych. Konstrukcja fraz funkcjonalnych, np. IP i CP, na podstawie syntaktyczno-morfotaktycznych cech subkategoryzacyjnych i morfotaktyczno-semantycznych cech tematycznych, odbywa się w podsięci morfosyntaktyczno-semantycznej (LH: AF: pIFG (+BG): BA 44 ↔ pSTG (+BG): BA 22). W tej okolicy obserwuje się odpowiednie potencjały wywołane LAN (wcześniej) i P600 (później), które stanowią bioelektryczne reakcje mózgu na bodźce w postaci cech czasownika w zdaniu¹⁸.

Jak widać, udało się odnaleźć korespondencję (lokatywno-temporalną) między strukturami i funkcjami: z jednej strony frazami leksykalnymi¹⁹, oraz z drugiej – frazami funkcjonalnymi²⁰, zgodnie z przewidywaniami gramatyk derywacyjnych transformacyjnych w rodzaju PAP (GB i MP). Co istotne, relacja ta zachodzi też w skalach ontogenetycznej i filogenetycznej, mianowicie drogi grzbietowe – tak

¹⁷ Por. słowo *kusić*: cecha kategoriałowa V (ELAN) i cecha selekcyjna [+Hum] _ [+Hum] (N400).

¹⁸ Por. słowo *kusić*: cecha subkategoryzacyjna NP_{nom} – NP_{acc} (LAN) i cecha tematyczna <Agent _ Pacjent> (P600).

¹⁹ Zob. drogi brzuszne i efekty wczesne.

²⁰ Zob. drogi grzbietowe oraz efekty późne.

w rozwoju osobników ludzkich, jak i w ewolucji gatunku ludzkiego – tworzą się najpóźniej (w myśl prawa biogenetycznego²¹). W związku z tym wszystkim, o czym wcześniej była mowa, można przyjąć, że w mózgu/umyśle istnieją dwie gramatyki: niższa i wcześniejsza oraz wyższa i późniejsza, przy czym gramatykę niższą opisuje formalizm FSG (= RG), a gramatykę wyższą – formalizm PSG (= CFG). Oprócz tego gramatyka niższa i wcześniejsza obsługuje relacje linearne bliskie i nie-strukturalne, gramatyka zaś wyższa i późniejsza – relacje linearne dalekie i strukturalne (Van der Lely, Heather, & Pinker, 2014).

Badania neurolingwistyczne nie rozstrzygają, póki co, wyników rywalizacji, jaka toczy się między gramatykami derywacyjnymi (regułowymi) i unifikacyjnymi (restrykcyjnymi). Otóż, z jednej strony, udało się zidentyfikować obwody, które angażują się w derywację konstrukcji o najwyższym stopniu komplikacji, m.in. w zakresie relacji linearnych²². Z drugiej strony natomiast, udało się zidentyfikować obwody, które angażują się w unifikację konstrukcji gramatycznych, kolejno: fonotaktycznych (BA 6/44), morfosyntaktycznych (BA 44/45), semantycznych (BA 45/47), tj. obwody, które odpowiadają za homogenizację głosek w sylabach, cząstek w słowach i słów w zdaniach (Hagoort, 2005).

4.2. Gramatyka mentalna (w umyśle)

Gramatyka mentalna (w umyśle) wymaga odpowiednich funkcji, tj. mentalnych dyspozycji i procesów. Kwestie te warto przybliżyć, odwołując się do wyników najbardziej klasycznych, i niekoniecznie najnowszych, badań eksperymentalnych z zakresu psycholingwistyki (Greene, 1977, s. 134–178, 179–245).

Przetwarzanie energii/informacji w mózgu/umyśle przebiega zgodnie z prognozami modeli autonomicznych lub heteronomicznych (bądź jakiejś ich, nierozpoznanej dotąd, kombinacji). Być może cerebralny komputer (mózg) zawiera mentalny program (umysł), który przetwarza sensoryczno-motoryczne dane²³ albo w sposób separacyjny (centralny i modułowy) – czyli obligatoryjny (sztywny), zstępujący (odgórny) i seryjny (wolny) – albo w sposób interakcyjny (dystrybutywny i sieciowy), a więc – fakultatywny (giętki), wstępujący (oddolny) i paralny (szybki). Pytanie, jakie się w tym miejscu nasuwa, dotyczy natury i sposobu przetwarzania języka i mowy, a szczególnie procesów i operacji gramatycznych (morfo-syntaktycznych), które zachodzą w toku słuchania i/lub mówienia²⁴.

²¹ Ontogeneza rekapitulacją filogenezy.

²² Por. translokacja oraz relacje strukturalne; por. rekurencja; zob. obwody: pIFG: BA 44 i pSTG: BA 22; zob. także: obszary odpowiedzialne za funkcje obliczeniowe, np. kora pre-motoryczna (LH: PMC: BA 6), i pamięciowe, np. kora pre-frontalna (LH: PFC: BA 46).

²³ Por. procesy odbiorczej analizy i operacje nadawczej syntezy.

²⁴ Problem definicji i klasyfikacji rodzajów przetwarzania podejmują: Kurcz & Polkowska, 1990.

Przetwarzanie energii/informacji w mózgu/umyśle aktywuje najpewniej różne jednostki na różnych poziomach i różne procesy na różnych etapach, angażując różne aparaty cerebralne i mentalne²⁵, przy czym w takim ujęciu parser językowy stanowi bądź wspólną ich część, bądź osobną od nich całość. Reasumując: parser językowy to albo osobna całość, albo wspólna część procesora i bufora, generatora i analizatora, przy czym w procesorze i buforze, generatorze i analizatorze bądź to można wyodrębnić osobną (ontycznie) całość językowo-mowną, bądź to – nie. Co oczywiste, pierwszą (silną) opcję głosi hipoteza autonomiczna, drugą (słabą) – hipoteza heteronomiczna. Trzeba przyznać, że ostatecznie, niezależnie od tego, jaką parser językowy formę przyjmuje i funkcję realizuje, gramatyka mentalna nieuchronnie wikła się w kwestie, które nierozzerwalnie wiążą się ze sprawami parsera i parsingu, przy czym relacje między treściami/zakresami tych terminów układają się w ten sposób, że o ile parser to urządzenie, o tyle parsing to obliczanie, tj. operacja, która wiąże dane (informacje percepcyjne) i szukane (decyzje interpretacyjne). W tym ujęciu gramatyka mentalna to program, zgodnie z którym parser pracuje w toku syntezy i analizy, czyli wtedy, kiedy – po prostu – mówimy i słuchamy (Gleason & Ratner, 2005, s. 249–297).

Realne stosunki pomiędzy operacjami mówienia i procesami słuchania sprowadzają się w sumie do czterech logicznych potencjalnych kombinacji: ekwiwalencji, implikacji, dysjunkcji i koniunkcji. Co interesujące, badania eksperymentalne w zakresie psycho- i neurolingwistyki wskazują, że relacje między domenami nadawczej syntezy i odbiorczej analizy przypominają relację krzyżowania, co oznacza, iż istnieją takie operacje mówienia i takie procesy słuchania, które odwołują się do pewnej, wspólnej im bazy neuronalnej i kognitywnej. Przypuszczalnie w tymże miejscu, na ich przecięciu, sytuuje się ów hipotetyczny moduł cerebralny i mentalny, który specjalizuje się w obsłudze języka/mowy, a szczególnie – w zakresie jego/jej gramatyki. Rzecz jasna, nie podlega wątpliwości, że gramatyka mentalna musi akceptować pewne meta-dane rozwojowe i poznawcze, m.in. nie może być taka, by nie mogło jej przyswoić zdrowe ludzkie dziecko (akwizycja) oraz by nie mógł jej używać zdrowy dorosły człowiek (performancja)²⁶.

Psycholingwistyka poznawcza bada procesy przetwarzania języka/mowy w mózgu/umyśle ludzi zdrowych i dorosłych. Co ważne, badania psycholingwistyczno-poznawcze prowadzi się w dwu nurtach: lingwistycznym i psychologicznym, przy czym nurt lingwistyczny kontroluje realność modeli lingwistycznych (strukturalnych i generatywnych) za pośrednictwem technik psychologicznych, a z kolei nurt psychologiczny aplikuje zawartość modeli psychologicznych (kognitywnych i komunikacyjnych) bezpośrednio do jednostek lingwistycznych. Bez względu na przyjęty azymut, badania psycholingwistyczne przywiązują dużą

²⁵ Por. z jednej strony, analizator sensoryczny (na wejściu) i generator motoryczny (na wyjściu), i, z drugiej strony, procesor centralny i bufor pamięciowy (na przejściu).

²⁶ Struktury i funkcje parsera językowego prezentuje w ogólnym zarysie: Mecner, 2005.

wagę do psychologicznej, m.in. doświadczalnej, wiarygodności modeli lingwistycznych i realności jednostek językowo-mownych; innymi słowy: badania te dają nadzieję na to, że uda się wyznaczyć granicę między psychologiczną jawą i lingwistycznym snem. W swojej pracy zakładam perspektywę (optykę) lingwistyczną. W ostatecznym rozrachunku interesują mnie bowiem jedynie te wyniki badań, które pozwolą zawyrokować o wyższości jednego modelu lingwistycznego nad drugim, przy czym *tertium comparationis* stanowią dla modeli lingwistycznych rezultaty eksperymentów. W dalszych partiach swojej pracy zarysuję więc najważniejsze punkty w dyskusji nad historią studiów psycholingwistycznych dotyczących przetwarzania języka/mowy w mózgu/umyśle, w planie tego, co zowie się przetwarzaniem gramatycznym zdań/sądów.

Studia psycholingwistyczne prowadzi się aktualnie w dwóch perspektywach badawczych: (bardziej) lingwistycznej i (bardziej) psychologicznej, mianowicie – albo modele lingwistyczne poddaje się kontroli psychologicznej w dziedzinie mózgu i umysłu²⁷, albo modele psychologiczne preparuje się do aplikacji lingwistycznej w domenie języka i mowy²⁸. W szczególności jednak gramatyki lingwistyczne i psychologiczne odróżniają się od siebie aktualnie, np. przedmiotem i aspektem oraz metodą i celem opisu; otóż koncepcje psychologiczne i lingwistyczne formułują inne pytania²⁹. Niestety, psycholingwistykę uprawia się obecnie raczej przy znikomym udziale lingwistyki, modele zaś lingwistyczne szczegółowo gramatyczne oddają z czasem pole modelom psychologicznym ogólnopoznawczym (Altmann, 2001). Osobiście wierzę w to, że ten niekorzystny trend w najbliższej przyszłości się odwróci. W każdym razie kolejne akapity w swoim szkicu poświęcę temu, jak rozwijał się nurt lingwistyczny w psycholingwistyce, szczególnie danym, jakie otrzymano na drodze eksperymentalnej w jego ramach (nie kryję, że podejście to pragnę na gruncie badań doświadczalnych odrestaurować).

Teoria komplikacji derywacyjnej (TDC) zakłada, że istnieje istotna korelacja (izomorfizm) między komplikacją syntaktyczną i percepcyjną, czyli – lapidarnie rzecz ujmując – im więcej operacji syntaktycznych, mierzonych ilością reguł, tym także więcej procesów percepcyjnych, mierzonych ilością czasu (w reakcji) i ilością miejsca (w pamięci); inaczej mówiąc: im więcej operacji gramatycznych w zdaniach, tym więcej zabierają one czasu w reakcji oraz tym mniej zostawiają miejsca w pamięci. Teoria komplikacji derywacyjnej została najpierw poddana pomiarom w swojej najwcześniejszej wersji, tj. w oparciu o założenia gramatyk generatywno-transformacyjnych (TGG), które realizują się w postaci kilku modeli: teorii standardowej (ST), teorii standardowej rozszerzonej (EST) lub zmodyfikowanej rozszerzonej (REST). Zgodnie z założeniami i twierdzeniami owych

²⁷ Zob. *Derivational Theory of Complexity* (DTC).

²⁸ Zob. *Augmented Transition Network* (ATN).

²⁹ Por. pytanie lingwisty: *Czy model języka/mowy jest dobrym modelem (dla) mózgu/umysłu?* lub pytanie psychologia: *Czy model mózgu/umysłu jest dobrym modelem (dla) języka/mowy?*

modeli gramatycznych, synteza i analiza zdań przebiega w taki sposób, że mózg/umysł aplikuje do języka/mowy reguły transformacyjne: po pierwsze, obliigatoryjne (morfotaktyczne) i po drugie, fakultatywne (syntaktyczne), w związku z czym powstają zdania pre-transformacyjne i post-transformacyjne, czyli jądra (najbardziej podobne do struktury głębokiej), m.in. zdania aktywne, afirmatywne, deklaratywne, oraz transformaty (najmniej podobne do struktury głębokiej), m.in. zdania pasywne, negacyjne, interrogatywne. Teoria komplikacji derywacyjnej przyjęła hipotezę, w myśl której gramatyka transformacyjna stanowi wiarygodny psychologicznie model przetwarzania języka/mowy w mózgu/umyśle (Miller, 1962). Hipotezę tę poddano badaniom eksperymentalnym, które poniżej, w najogólniejszym zarysie, relacjonuję (poszczególne eksperymenty, które kolejno numeruję w nawiasach) (Chomsky, 1957; 1965; 1968).

Eksperyment (1) polegał na tym, iż badający prezentował badanym zdania i przeprowadzał pomiar czasu reakcji i miejsca pamięci, przy czym przykłady językowe obejmowały zarówno zdania pre-transformacyjne, tj. aktywne i afirmatywne, jak też zdania post-transformacyjne, tj. aktywne i negatywne, pasywne i afirmatywne, pasywne i negatywne. Okazało się, że analiza zdań pre-transformacyjnych zajęła badanym mniej czasu i mniej miejsca aniżeli analiza zdań post-transformacyjnych, przy czym – co decydujące – wyniki badań układały się w taki sposób, że czas, jaki zajmowało przetwarzanie zdań razem pasywnych i negatywnych, stanowił sumę czasów przetwarzania zdań osobno pasywnych afirmatywnych i negatywnych aktywnych. Co istotne, pewną wątpliwość budziły różnice w czasach i w miejscach przetwarzania zdań typu pasywno-afirmatywnego i aktywno-negatywnego. Otóż najpierw zmierzono, że zdania pasywno-afirmatywne są czytane i rozumiane wolniej, a następnie, że zajmują mniej miejsca w pamięci niż zdania aktywno-negatywne (Miller & McKean, 1964; Savin & Perchonock, 1965):

- (1) *Agata kopie Beatę.* < *Agata nie kopie Beatę.* > *Beata jest kopana przez Agatę.*
 (2) *Beata nie jest kopana przez Agatę.* ≈ *Agata nie kopie Beatę.* + *Beata jest kopana przez Agatę.*

O ile pierwsze wyniki badań doświadczalnych wydawały się niezmiernie obiecujące, o tyle kolejne rezultaty stawały się coraz bardziej deprymujące³⁰.

Eksperyment (2) polegał na tym, iż badający prezentował badanym zdania i przeprowadzał pomiar czasu reakcji. Okazało się, że przetworzenie zdań post-transformacyjnych nie zajmuje badanym więcej czasu niż przetworzenie zdań pre-transformacyjnych, szczególnie w sytuacji, gdy struktury głęboka i powierzchniowa nie przystają do siebie (Fodor & Garrett, 1966; 1967; Fodor, Garrett, & Bever, 1968; Garrett, Bever, & Fodor, 1966):

³⁰ Por. eksperymenty (2) i (3).

- (3) *Agata, która jest ładna, kusi Beatę.* ≈ *Ładna Agata kusi Beatę.*
 (4) *Beata była kuszona przez kogoś.* ≈ *Beata była kuszona.*

Eksperyment (3) polegał na tym, iż badający prezentował badanym zdania i przeprowadzał pomiar czasu reakcji. Okazało się, że przetworzenie zdań post-transformacyjnych nie zajmuje badanym więcej czasu niż przetworzenie zdań pre-transformacyjnych nie-konwersyjnych oraz przetworzenie zdań post-transformacyjnych zajmuje badanym więcej czasu niż przetworzenie zdań pre-transformacyjnych konwersyjnych, przy czym decydującą rolę odgrywają w takich przypadkach nie tylko czynniki syntaktyczne, lecz również semantyczne albo pragmatyczne (Slobin, 1966)³¹:

- (5) *Agata kopie Beatę.* < *Beata jest kopana przez Agatę.*
 (6) *Agata kopie piłkę.* ≈ *Piłka jest kopana przez Agatę.*
 (7) *Doktor leczył pacjenta.* ≈ *Doktor był leczony przez pacjenta.*
 (8) *Doktor leczył pacjenta.* ≈ *Pacjent był leczony przez doktora.*

Udowodniono, że reguły transformacyjne nie mają realności psychologicznej. Okazało się, iż nie istnieje korespondencja (izomorfizm) pomiędzy liczbą reguł użytych do budowania zdań i ilością czasu potrzebnego do ich zrozumienia. Wykazano ponadto, że nie istnieje korelacja między komplikacją syntaktyczną oraz percepcyjną, ponieważ zdania post-transformacyjne są trudniejsze lingwistycznie i łatwiejsze psychologicznie, natomiast zdania pre-transformacyjne trudniejsze psychologicznie i łatwiejsze lingwistycznie (Fodor, Bever, & Garrett, 1974).

Udowodniono także, że proces przetwarzania zdań nie odbywa się za pośrednictwem reguł, które postuluje gramatyka transformacyjna, a więc reguł transformacji (Johnson-Laird, 1996). Parsing zdań nie musi zatem angażować reguł transformacyjnych, jako że można w ich miejsce postulować model luk i/lub śladów, które aktywuje słuchający i czytający, kierując się przy tym zasadą: zapamiętuj słowa (zwłaszcza jeśli się ich spodziewasz, a one się nie pojawiają) w postaci luk i/lub śladów oraz czekaj z ich połączeniem do końca lektury zdania. Za modelami luk i/lub śladów przemawiają liczne badania doświadczalne³².

Eksperyment (4) polegał na tym, iż badający prezentował badanym zdania i przeprowadzał pomiar czasu reakcji i pomiar miejsca pamięci. Materiał językowy obejmował zdania testowe, które zawierały składniki dalekie linearnie – bliskie strukturalnie i bliskie linearnie – dalekie strukturalnie, jak również słowa niezwiązane z prezentowanymi zdaniami, przy czym zdania podawano do jednego ucha, a słowa – do drugiego ucha. Okazało się, że im składniki bliskie sobie struk-

³¹ Por. regułę pasywizacji: $NP_1 - Aux - V - NP_2 \rightarrow NP_2 - Aux + jest + -V - on - przez + NP_1$.

³² Zob. eksperyment (4).

turalnie stają się dalsze sobie linearnie, tym dłużej przetwarza się zdania oraz tym gorzej zapamiętuje się słowa (Wanner, 1978; 1980; Wanner & Maratsos, 1978):

(9) *Jaką mapę Beata nosi ze sobą?* < *Jaką Beata mapę nosi ze sobą?*

(10) *Jaką Beata nosi mapę ze sobą?* < *Jaką Beata nosi ze sobą mapę?*

(11) *Agata, która goni yeti, jest mała.* < *Agata, którą goni yeti, jest mała.*

(12) *Agata, która jest mała, goni yeti.* < *Agatę, która jest mała, goni yeti.*

Udowodniono też, iż procesem przetwarzania zdań kieruje gramatyka struktur frazowych. Realność psychologiczną gramatyk frazowych potwierdziło kilka eksperymentów, przy czym gramatyka struktur frazowych nie musi przyjmować postaci reguł syntaktycznych (formacji); może przybierać kształt restrykcji leksykalnych (projekcji)³³.

Reguły syntaktyczne:

1. $S \rightarrow NP + VP$
2. $NP \rightarrow N$
3. $VP \rightarrow V + NP$
4. $N \rightarrow \textit{Agata, Beata}$
5. $V \rightarrow \textit{kusić}$

Restrykcje leksykalne:

1. cecha kategoriałna: $V = \textit{kusić}$
2. cecha subkategoryzacyjna: $NP_{\text{nom}} _ NP_{\text{acc}}$
3. cecha selekcyjna: $[+ \textit{Hum}] _ [+ \textit{Hum}]$
4. cecha tematyczna: $\langle \textit{Agent} _ \textit{Pacjent} \rangle$

Eksperyment (5) polegał na tym, że badający podawał badanym zdania (do jednego ucha) i trzaski (do drugiego ucha), przy czym trzaski umiejscawiano w środkach – nie na granicach – fraz. Okazało się, że badani, zapytani o miejsca, w których w zdaniach pojawiały się trzaski, odpowiadali, przemieszczając trzaski z miejsc obiektywnych do subiektywnych, mianowicie: z miejsc w środkach fraz do miejsc na granicach fraz; co decydujące, lepiej identyfikując owe trzaski (w drzewach) na piętrach niższych (liście), gorzej – na piętrach wyższych (węzły), np. trzaski lokalizowane obiektywnie w samych środkach słów: *wczoraj* i *Beata* badani lokalizują (słyszą!) na granicy fraz, dokładnie między słowami: *wczoraj* i *Beata* (Bever, Lackner, & Kirk, 1969):

³³ Por. formację (za pomocą reguł) i projekcję (za pomocą restrykcji), które pozwalają w sposób zarazem podobny i różny opisać zdanie: *Agata kusi Beatę*.

(13) *Ponieważ Agata przyjechała wczoraj Be'ata wyjechała.*

(14) *Ponieważ Agata przyjechała wczoraj ' Beata wyjechała.*

Eksperyment (6) polegał na tym, iż badający prezentował badanym zdania, a potem prosił, by osoby badane przypominały sobie następniki na podstawie przypominanych poprzedników lub by oceniały siłę związku między poprzednikami i następnikami, przy czym podrzędniki i następniki były zarazem podrzędnikami i nadrzędnikami. Okazało się, że badani łatwiej sobie przypominają i silniej wiążą z sobą składniki znajdujące się na drzewie niżej, a więc składniki strukturalnie sobie bliższe, np. liście drzew, aniżeli składniki znajdujące się na drzewie wyżej, czyli składniki strukturalnie sobie dalsze, np. węzły drzew; np. łatwiej: *silna Beata* niż *Beata dusi*; ani łatwiej, ani trudniej: *Beata tuli* i (*Beata dusi*, w zdaniach (Johnson, 1965; Levelt, 1970):

(15) *Ta silna Beata dusi tę ładną Agatę.*

(16) *Beata tuli Agatę i dusi Agatę.*

Teoria komplikacji derywacyjnej w swojej najwcześniejszej wersji została sfalsyfikowana. Niewykluczone, że jej fiasko w starciu z danymi eksperymentalnymi stanowiło konsekwencję przyjęcia błędnych założeń lingwistycznych i/lub psychologicznych, w szczególności takich, zgodnie z którymi przetwarzanie gramatyczne syntaksy angażuje transformacje i przebiega szeregowo (Gleason & Ratner, 2005, s. 15–64). W związku z tym wszystkim, w swej (naj)późniejszej wersji teoria komplikacji derywacyjnej została poddana licznym modyfikacjom³⁴. W modelach derywacyjnych transformacyjnych, po pierwsze, zmniejszono ilość reguł syntaktycznych – z wielu reguł formacyjnych do dwóch reguł projekcyjnych: $X' \rightarrow X$ (*Comp*) i $XP \rightarrow Spec X'$, i z wielu reguł transformacyjnych do jednej reguły translokacyjnej, np. *move- α* (*trace-t*); po wtóre, uogólniono jakość reprezentacji syntaktycznych, czyli struktury – głęboką i powierzchniową zastąpiono formami logiczną i dźwiękową. W modelach nie-derywacyjnych i nie-transformacyjnych, po pierwsze, wyeliminowano reguły syntaktyczne, m.in. zastąpiono reguły formacyjne informacjami leksykalnymi, a reguły transformacyjne – lukami; po drugie, wyeliminowano reprezentacje syntaktyczne: model gramatyczny przyjmuje albo reprezentację głęboką³⁵, albo reprezentację powierzchniową³⁶.

Wielu naukowców stoi na stanowisku, motywowanym wynikami badań doświadczalnych, zgodnie z którym parser językowy przeprowadza analizę gra-

³⁴ Por. ewolucję TDC w stronę modeli derywacyjnych i (trans)formacyjnych, np. GB i MP, oraz nie-derywacyjnych i nie-(trans)formacyjnych, np. LFG i PSG.

³⁵ Por. LFG.

³⁶ Por. PSG, np. GPSG i HPSG. Prezentacji modeli lingwistycznych, testowanych w badaniach eksperymentalnych, dostarczają liczne publikacje: Bresnan, 1982; Chomsky, 1981; 1995; Gazdar, Klein, Pullum, & Sag, 1985; Pollard & Sag, 1994.

matyczną zdań, wykorzystując w tym celu tzw. strategie percepcyjne rozumienia mowy. W kolejnych punktach, by zilustrować teoretyczne rozważania empirycznymi wynikami, zaprezentuję parę najbardziej wpływowych koncepcji – wybrane modele parsera (gramatyki mentalnej), które proponują Thomas Bever i Dan Slobin, John Kimball i Lyn Frazier.

Bever tworzy swoją teorię parsera w oparciu o dane z zakresu psychologii poznawczej. W tym ujęciu parser postępuje jak detektyw: zbiera poszlaki i stawia hipotezy. Parser pracuje zgodnie z paroma preferencjami. Po pierwsze, restrykcje funkcjonalne semantyczne implikują restrykcje formalne gramatyczne. Parser identyfikuje sąd i zdanie jako jednostkę funkcjonalną (faktoid) i formalną (sentoid), kierując się przy tym zasadą, iż relacje funkcjonalne (w sądach) determinują relacje formalne (w zdaniach), a wiedza o świecie organizuje wiedzę o języku, co znajduje swoje odbicie w cechach selekcyjnych i subkategoryzacyjnych wyrażen językowych. Po drugie, zdanie jest jednostką percepcyjną, która przyjmuje ogólną postać: NVN (dla zdania prostego) oraz SCS (dla zdania złożonego). Parser przetwarza jednostki formalne, cechujące się realnością percepcyjną, czyli zdania i ich składniki bezpośrednie – zarówno nie-terminalne (frazy w węzłach drzew), jak też terminalne (słowa w liściach drzew). Po trzecie, składniki w zdaniu złożonym pozostają do siebie w relacji poprzednik (S_1) i następnik (S_2), jak również nadrzędnik (S_1) i podrzędnik (S_2). Parser, percypując ciąg linearny klas syntaktycznych SCS, reprezentuje go jako zdanie złożone; co więcej, w zdaniu złożonym komponenty ciągu S_1CS_2 interpretuje jako klasy gramatyczne: zdanie₁ + spójnik + zdanie₂, przy czym S_1 pełni funkcję nadrzędnika, S_2 zaś – funkcję podrzędnika. Po czwarte, składniki w zdaniu prostym pozostają do siebie w relacji poprzednik (N_1) i następnik (N_2), a także subiekt (N_1) i obiekt (N_2). Parser, percypując ciąg linearny klas syntaktycznych NVN, reprezentuje go jako zdanie proste; co więcej, w zdaniu prostym składniki ciągu N_1VN_2 parser interpretuje jako klasy gramatyczne: rzeczownik₁ + czasownik + rzeczownik₂, przy czym N_1 pełni funkcję nadrzędnika (subiekt-agent), a N_2 – funkcję podrzędnika (obiekt-pacjent). Ogólniej rzecz ujmując, parser percypuje linearne sekwencje i reprezentuje strukturalne konstrukcje, ale także – w rezultacie – interpretuje semantyczne informacje (Bever, 1970; Townsend & Bever, 2001).

Slobin (1973) buduje swoją teorię parsera w oparciu o dane z zakresu psychologii rozwojowej. Parser przetwarza relacje gramatyczne – morfotaktyczne i syntaktyczne – a więc relacje między składnikami słów (częstkami w słowach) oraz składnikami zdań (słowami w zdaniach). Parser interpretuje składniki struktury powierzchniowej jako wykładniki struktury głębokiej, a ściślej rzecz biorąc, cechy gramatyczne i semantyczne słów i zdań traktuje, odpowiednio, jako środki i cele. Co ważne, parser, w pierwszej kolejności, odwzorowuje relacje linearne na strukturalne oraz, w drugiej kolejności, odwzorowuje relacje strukturalne na informacyjne i konceptualne. Parser preferuje przy tym formy, czyli składniki słów i zdań, normalne – centralne i generalne – z kolei unika form anormal-

nych – marginalnych i indywidualnych, w tym rzadkich i trudnych. Parser przywiązuje szczególną wagę do porządku cząstek w słowach oraz słów w zdaniach, tj. zakłada, że w słowach i zdaniach istnieje szyk kanoniczny, a więc najczęstszy i najprostszy, w związku z czym parser unika kroków (ruchów) wewnętrznych i zewnętrznych, czyli separacji części słów i translokacji części zdań. Dzieje się tak zapewne dlatego, że parser zwraca uwagę na frakcje finalne słów i zdań, a zwłaszcza na składniki, które pełnią funkcję morfonologiczną (temat) i fleksyjną (flektyw), mianowicie wykładniki funkcji leksykalnych (inwariantnych) i gramatycznych (wariantywnych).

Kimball (1973) formuje swoją teorię parsera na podstawie wyników lingwistyki informatycznej. Parser pracuje algorytmicznie w dwóch etapach, mianowicie gramatycznym (wejściowym) i semantycznym (wyjściowym), przy czym wyniki analizy gramatycznej (wyniki początkowe) trafiają do pamięci krótkotrwałej, z której odparowują szybko, a wyniki analizy semantycznej (wyniki końcowe) trafiają do pamięci długotrwałej, w której pozostają długo. Co istotne, etap gramatyczny obejmuje dwa sub-etapy: obligatoryjną i ekonomiczną analizę oraz fakultatywną i kosztowną re-analizę. Parser analizuje zdanie w kierunkach: z góry na dół i z lewa na prawo, wybiega o co najwyżej składnik do przodu (przewiduje) i włącza składniki do drzewa po jego prawej stronie (postępuje). Parser analizuje zdanie, sygnalizując nowe węzły jak najwyraźniej i zamykając stare składniki jak najszybciej, przy czym przetwarza równocześnie maksymalnie dwa zdania.

Frazier (z Janet Fodor i Charlesem Cliftonem) rozwija – uogólnia i upraszcza – koncepcję Kimballa. W tym ujęciu parser przetwarza zdania w dwóch etapach: derywacyjnym i integracyjnym. W pierwszej kolejności parser derywuje markery frazowe na poziomie fraz leksykalnych, wiążąc składniki (naj)bliższe – w węzłach (naj)niższych, o ile liczba tych składników nie przekracza pojemności pamięci operacyjnej werbalnej, czyli $7(\pm 2)$ jednostek. W drugiej kolejności parser integruje markery frazowe na poziomie fraz funkcjonalnych, wiążąc składniki (naj)dalsze w węzłach (naj)wyższych. Co istotne, parser przetwarza zdania na każdym etapie najoszczędniej i najprościej, mianowicie łączy składniki nowy i stary z pomocą najmniejszej liczby węzłów w drzewie, przy czym wiąże je wtedy, kiedy składnik stary jest aktualnie przetwarzany (Fodor & Frazier, 1980; Frazier, 1979; Frazier & Clifton, 1996; Frazier & Fodor, 1978).

Historia studiów doświadczalnych nad językiem/mową w mózgu/umyśle ilustruje ewolucję orientacji³⁷. Obecnie psycholingwistyka bada, z jednej strony, realność modeli lingwistycznych za pomocą metody psychologicznej, ale także, z drugiej strony, adekwatność modeli psychologicznych w materii lingwistycznej (Rączaszek-Leonardi, 2008).

³⁷ Por. kierunek lingwistyczny (bardziej przeszły): od języka/mowy do mózgu/umysłu, lub kierunek psychologiczny (bardziej przyszły): od mózgu/umysłu do języka/mowy.

W swoim szkicu opowiadam się za podejściem, zgodnie z którym modele psychologiczne w studiach nad przetwarzaniem gramatycznym są niewystarczalne, a modele lingwistyczne – niezbywalne, na co najmniej niektórych poziomach i niektórych etapach pracy parsera³⁸. W zasadzie, mówiąc najkrócej, stosunki między modelami psychologicznymi i lingwistycznymi układają się w taki sposób, że można przyjąć, iż gramatyka mentalna przetwarza zdania i sądy w trybie – w pierwszej kolejności – heurystycznym (strategicznym) oraz – w drugiej kolejności – algorytmicznym (mechanicznym), a więc taktyki (heurezy) uruchamiają się na wczesnych, a mechanizmy (algorytmy) – na późnych etapach gramatycznego przetwarzania języka/mowy, co silnie koreluje ze stopniem komplikacji (łatwości i trudności) przetwarzanych zdań/sądów.

Podsumowanie

Refleksja nad fenomenem gramatyki (z punktu widzenia kilku dyscyplin, wzajemnie sobie podporządkowanych) pozwala zauważyć, że istnieje silna kore-spondencja między domenami formalną oraz empiryczną (cerebralną i mentalną), w jakich esencja (lingwalna) gramatyki się realizuje (uobecnia; por. części parsera, tj. modułu gramatycznego, a więc gramatyki „małą” i „dużą”):

1. gramatyka mała:
 - 1.1. formalnie: regularna
 - 1.2. lingwalnie: stanowa
 - 1.3. empirycznie:
 - 1.3.1. mentalnie: wczesna/heurystyczna
 - 1.3.2. cerebralnie: wczesna/wentralna
2. gramatyka duża:
 - 2.1. formalnie: bezkontekstowa
 - 2.2. lingwalnie: frazowa
 - 2.3. empirycznie:
 - 2.3.1. mentalnie: późna/algorytmiczna
 - 2.3.2. cerebralnie: późna/dorsalna

Gramatyki mała i duża odróżniają się od siebie pod kilkoma względami: gramatyka mała to (zarazem) gramatyka niższa, krótsza i węższa, a gramatyka duża

³⁸ Podobne stanowisko zajmują m.in.: Gorrell, 1995; Marcus, 1980; Pritchett, 1992.

to (zarazem) gramatyka wyższa, dłuższa i szersza. Powstaje pytanie: co to znaczy? Kolejno omówię te kategorie.

Gramatyka krótsza to moduł, który przetwarza relacje zachodzące, w sekwencjach, między poprzednikami i ich następnikami (bliskimi linearnie i/lub strukturalnie), a gramatyka dłuższa to moduł, który przetwarza relacje zachodzące, w konstrukcjach, między podrzędnikami i ich nadrzędnikami (dalekimi linearnie i/lub strukturalnie).

Gramatyka niższa to moduł, który przetwarza relacje leksykalne między składnikami zdań, za pomocą schematów poznawczych, a gramatyka wyższa to moduł, który przetwarza relacje syntaktyczne między składnikami zdań, za pomocą dendrytów gramatycznych. Innymi słowy: gramatyka niższa obsługuje stosunki istniejące między frazami leksykalnymi (liśćmi drzew), gramatyka wyższa zaś obsługuje stosunki istniejące między frazami funkcjonalnymi (węzłami drzew).

Gramatyka węższa ujmuje relacje ilościowo najmniej liczne (najbardziej proste i krótkie), które pozwalają się opisać (także) za pomocą strategii i tranzycji, a gramatyka szersza ujmuje relacje ilościowo najbardziej liczne, które pozwalają się opisać (tylko) przy użyciu derywacji i unifikacji.

Zakończenie

W swojej pracy szukałem granic (warunków brzegowych) formalnych (matematycznych) oraz empirycznych (biologicznych i psychologicznych) gramatyk lingwalnych formalnie nie-sprzecznych i empirycznie nie-podważalnych, mianowicie gramatyk realnych – tj. istniejących gdzieś i kiedyś, czyli w mózgach i w umysłach użytkowników języka i mowy – a nie jedynie intencjonalnych, tj. istniejących ani gdzieś i ani kiedyś, a więc w tekstach i dyskursach (które istnieją jedynie o tyle, o ile badacz przyłoży do materii jakąś metodę, co zdeterminuje lekturę, jedną z wielu potencjalnych i ekwiwalentnych, a więc *par excellence* wirtualną). W związku z tym przypomniałem w swojej pracy, z jednej strony, najbardziej aktualne, a z drugiej – najbardziej klasyczne rezultaty badań z zakresu neuro- i psycholingwistyki, które wyznaczają pewne nieprzekraczalne granice, w jakich musi się sytuować realna gramatyka, której przypisuje się cechy: wewnętrznie koherentna oraz zewnętrznie adekwatna – deskrypcyjnie i eksplanacyjnie.

Bibliografia

- ALTMANN, G.T.M. (2001). The language machine: Psycholinguistics in review. *British Journal of Psychology*, 92, 129–170.
- BEVER, T.G. (1970). The cognitive basis for linguistic structures. In: J.R. HAYES (Ed.), *Cognition and the development of language* (pp. 270–362). New York: Wiley.
- BEVER, T.G., LACKNER, J.R., & KIRK, R. (1969). The underlying structure of sentences are the primary units of immediate speech processing. *Perception and Psychophysics*, 5, 225–231.
- BLIKLE, A. (1971). *Automaty i gramatyki. Wstęp do lingwistyki matematycznej*. Warszawa: PWN.
- BOBROWSKI, I. (1993). *Językoznawstwo racjonalne. Z zagadnień teorii językoznawczej i metodologii opisów gramatycznych*. Kraków: Wydaw. Instytutu Języka Polskiego PAN.
- BRESNAN, J. (Ed.). (1982). *The mental representation of grammatical relations*. Cambridge: M.I.T. Press.
- CHOMSKY, N. (1956). Three models for the description of language. *IRE Transactions on Information Theory*, 2, 113–123.
- CHOMSKY, N. (1957). *Syntactic structures*. The Hague: Mouton.
- CHOMSKY, N. (1963). Formal properties of grammars. In: R.D. LUCE, & E. GALANTER (Eds.), *Handbook of Mathematical Psychology*. Vol. 2 (pp. 323–418). New York: Wiley.
- CHOMSKY, N. (1965). *Aspects of the theory of syntax*. Cambridge: M.I.T. Press.
- CHOMSKY, N. (1968). *Language and mind*. New York: Harcourt, Brace & World.
- CHOMSKY, N. (1981). *Lectures on Government and Binding*. Dordrecht: Mouton.
- CHOMSKY, N. (1995). *The Minimalist Program*. Cambridge: M.I.T. Press.
- FODOR, J.A., & FRAZIER, L. (1980). Is the human sentence parsing mechanism ATN? *Cognition*, 8, 417–459.
- FODOR, J.A., & GARRETT, M.F. (1966). Some reflections on competence and performance. In: J. LYONS, & R.J. WALES (Eds.), *Psycholinguistic Papers* (pp. 135–154). Edinburgh: Edinburgh University Press.
- FODOR, J.A., & GARRETT, M.F. (1967). Some syntactic determinants of sentential complexity. *Perception and Psychophysics*, 2, 289–296.
- FODOR, J.A., BEVER, T.G., & GARRETT, M.F. (1974). *The psychology of language: An introduction to psycholinguistics and generative grammar*. New York: McGraw-Hill.
- FODOR, J.A., GARRETT, M.F., & BEVER, T.G. (1968). Some syntactic determinants of sentential complexity, II: verb structure. *Perception and Psychophysics*, 3, 453–461.
- FRAZIER, L. (1979). *On comprehending sentences: Syntactic parsing strategies*. Indiana: Indiana University Linguistics Club.
- FRAZIER, L., & CLIFTON, Ch. (1996). *Construal*. Cambridge: M.I.T. Press.
- FRAZIER, L., & FODOR, J.A. (1978). The sausage machine: a new two stage parsing model. *Cognition*, 6, 291–325.
- FRIEDERICI, A.D. (2011). The brain basis of language processing: From structure to function. *Physiological Reviews*, 91(4), 1357–1392.
- GAIFMAN, H. (1965). Dependency Systems and Phrase-Structure Systems. *Information and Control*, VIII, 304–337.
- GARRETT, M.F., BEVER, T.G., & FODOR, J.A. (1966). The active use of Grammar in speech perception. *Perception and Psychophysics*, 1, 30–32.
- GAZDAR, G., KLEIN, E., PULLUM, G., & SAG, S. (1985). *Generalized Phrase Structure Grammar*. Blackwell: Harvard University Press.
- GLEASON, J.B., & RATNER, N.B. (2005). *Psycholingwistyka* (J. BOBRYK, tłum.). Gdańsk: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.

- GORRELL, P. (1995). *Syntax and parsing*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GREENE, J. (1977). *Psycholingwistyka. Chomsky a psychologia* (J. ŁASZCZ, tłum.). Warszawa: PWN.
- HAGOORT, P. (2005). On Broca, brain, and binding: a new framework. *Trends Cogn Sci*, 9, 416–423.
- HICKOK, G., & POEPEL, D. (2007). The cortical organization of speech perception. *Nat Rev Neurosci*, 8, 393–402.
- HOPCROFT, J., MOTWANI, R., & ULLMAN, J. (2005). *Wprowadzenie do teorii automatów, języków i obliczeń* (B. KONIKOWSKA, tłum.). Warszawa: PWN.
- JOHNSON, N.F. (1965). The psychological reality of phrase structure rules. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, IV, 469–475.
- JOHNSON-LAIRD, P.N. (1996). Gramatyka a psychologia. W: *Noama Chomsky'ego próba rewolucji naukowej. Antologia tekstów*. T. 2: *Generatywny program badań nad ludzkim umysłem* (tłum. zbiorowe, s. 149–162). Warszawa: Wydaw. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- KIERAŚ, W. (2010). Schwyzertuutsch, Bambara i języki bezkontekstowe. *Studia Semiotyczne*, 27, 135–149.
- KIMBALL, J. (1973). Seven principles of surface structure parsing in natural language. *Cognition*, 2, 15–47.
- KURCZ, I., & POLKOWSKA, A. (1990). *Interakcyjne i autonomiczne przetwarzanie informacji językowych: na przykładzie procesu rozumienia tekstu czytanego na głos*. Wrocław: Ossolineum.
- LELY VAN DER, HEATHER, K.J., & PINKER, S. (2014). The Biological Basis of Language: Insight from Developmental Grammatical Impairments. *Trends in cognitive sciences*, 18, 586–595.
- LEVELT, W.J.M. (1970). A scaling approach to the study of syntactic relations. In: G.B. FLORES D'ARCAIS, & W.J.M. LEVELT (Eds.), *Advances in Psycholinguistics* (pp. 109–121). Nord-Holland: Pub. Co.
- MARCUS, G.F. (1980). *A theory of syntactic recognition for natural language*. Cambridge: M.I.T. Press.
- MARR, D. (1982). *Vision: A Computational Investigation into the Human Representation and Processing of Visual Information*. New York: M.I.T. Press.
- MECNER, P. (2005). *Elementy gramatyki umysłu. Od struktur składniowych do minimalizmu*. Kraków: Universitas.
- MILLER, G.A. (1962). Some psychological studies of Grammar. *American Psychologist*, 1, 748–762.
- MILLER, G.A., & CHOMSKY, N. (1963). Finitary models of language users. In: R.D. LUCE, & E. GALANTER (Eds.), *Handbook of Mathematical Psychology*. Vol. 2 (pp. 2–419). New York: Wiley.
- MILLER, G.A., & MCKEAN, K. (1964). A chronometric study of some relations between sentences. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 16, 297–308.
- MYKOWIECKA, A. (2007). *Inżynieria lingwistyczna. Komputerowe przetwarzanie tekstów w języku naturalnym*. Warszawa: Wydaw. Polsko-Japońskiej Wyższej Szkoły Technik Komputerowych.
- NOWAK, T. (2013). Językoznawstwo współczesne na tle koncepcji programów badawczych I. Lakatos. *Linguistica Copernicana*, 2(10), 235–254.
- NOWAK, T. (2014). Modele lingwistyczne – ile i dla kogo? W: A. MOROZ, P. SOBOTKA, & M. ŻABOWSKA (red.), *Maiuscula linguistica. Studia in honorem Professori Matthia Grochowski sextuagesimo quinto dedicata* (s. 339–354). Warszawa.
- POEPEL, D., & EMBICK, D. (2005). Defining the relation between linguistics and neuroscience. In: A. CUTLER (Ed.), *Twenty-First century Psycholinguistics: Four Cornerstones* (pp. 103–118). Mahwah: Routledge.
- POLLARD, C., & SAG, I.A. (1994). *Head-driven Phrase Structure Grammar*. Chicago: University of Chicago Press.
- PRITCHETT, B.L. (1992). *Grammatical competence and parsing performance*. Chicago: University of Chicago Press.
- RĄCZASZEK-LEONARDI, J. (2008). Metodologiczne podstawy współczesnej psycholingwistyki. W: P. STALMASZCZYK (red.), *Metodologie językoznawstwa. Współczesne tendencje i kontrowersje* (s. 236–251). Kraków: Lexis.

- SAVIN, H., & PERCHONOCK, E. (1965). Grammatical structure and the immediate recall of English sentences. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 4, 348–353.
- SHALOM, D.B., & POEPPPEL, D. (2008). Functional Anatomic Models of Language: Assembling the Pieces. *Neuroscientist*, 14, 119–127.
- SLOBIN, D.I. (1966). Grammatical transformations and sentence comprehension in childhood and adulthood. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 5, 219–227.
- SLOBIN, D.I. (1973). Cognitive prerequisites for the development of grammar. In: C.A. FERGUSON, & D.I. SLOBIN (Eds.), *Studies of Child Language Development* (pp. 175–208). New York: Holt, Rinehart and Winston.
- TOWNSEND, D.J., & BEVER, T.G. (2001). *Sentence Comprehension: The Integration of Habits and Rules*. Cambridge: M.I.T. Press.
- WANNER, E. (1978). The parser's architecture. In: F. KESSEL (Ed.), *The development of language and language researchers: Essays in honour of Roger Brown* (pp. 155–179). Hillsdale: Psychology Press.
- WANNER, E. (1980). The ATN and the sausage machine: Which one is baloney? *Cognition*, 8, 209–225.
- WANNER, E., & MARATSOS, M. (1978). An ATN approach to comprehension. In: M. HALLE, J. BRENNAN, & G.A. MILLER (Eds.), *Linguistic theory and psychological reality* (pp. 119–137). Cambridge: M.I.T. Press.



TOMASZ NOWAK

Wydział Humanistyczny, Instytut Językoznawstwa,
Uniwersytet Śląski

0000-0001-6044-113X

Parser gramatyczny i jego strategie poznawcze Kilka uwag na temat syntaksy i percepcji

A Grammar Parser and Its Cognitive Strategies. Some Comments on Syntax and Perception

ABSTRACT: The author of the article focuses on the problem of the grammar parser from the point of view of psycholinguistics. Perceptual-syntactic strategies are the subject of this work. The author tries to prove that the theory of perceptual speech comprehension strategies does not describe the processing of more difficult sentences. This theory is insufficient as a model of a grammar parser.

KEY WORDS: grammar parser, linguistic model, perceptual-syntactic strategy, psycholinguistics

Wprowadzenie

Historia psycholingwistycznych badań eksperymentalnych nad językiem i mową w mózgu i umyśle to w gruncie rzeczy dzieje rywalizacji, jaka toczy się między dwoma orientacjami – lingwistyczną i psychologiczną¹. Psycholingwistyka bada, z jednej strony, realność modeli lingwistycznych za pomocą metody psychologicznej, a z drugiej – adekwatność modeli psychologicznych w materii lingwistycznej, przy czym oblicze psycholingwistyki od wielu lat ulega radykalnej przemianie, mianowicie obserwuje się dominację nurtu psychologicznego i, w konsekwencji, odwrót od lingwistyki psychologicznej do psychologii lingwistycznej (Altmann, 2001).

W swoim szkicu opowiadam się za podejściem, zgodnie z którym modele psychologiczne w studiach nad przetwarzaniem gramatycznym są niewystarczalne, a modele lingwistyczne – niezbywalne, na co najmniej niektórych poziomach

¹ Por. kierunek lingwistyczny: od języka/mowy do mózgu/umysłu, i kierunek psychologiczny: od mózgu/umysłu do języka/mowy.

i niektórych etapach pracy parsera. W zasadzie, mówiąc najkrócej, stosunki między modelami psychologicznymi i lingwistycznymi układają się w taki sposób, że można przyjąć, iż gramatyka mentalna przetwarza zdania i sądy w trybie – w pierwszej kolejności – heurystycznym (strategicznym) oraz – w drugiej kolejności – algorytmicznym (mechanicznym), a zatem taktyki (heurezy) uruchamiają się na wczesnych, a mechanizmy (algorytmy) – na późnych etapach syntaktycznego przetwarzania języka/mowy, co silnie koreluje ze stopniem komplikacji (łatwości i trudności) przetwarzanych zdań/sądów. Problem ten rozważę (i zbadam) na obszarze teorii strategii percepcyjnych rozumienia mowy, próbując wykazać, że koncepcja ta jest zbyt wąska i że trzeba ją uzupełnić koncepcją szerszą, bardziej lingwistyczną aniżeli psychologiczną, której ramy – na łamach tego szkicu – planuję ogólnie zakreślić.

W swojej pracy, po pierwsze, przedstawię najważniejsze, w moim przekonaniu, koncepcje parsera gramatycznego; po drugie, podejmę próbę wykazania tego, że niektóre jego ujęcia – jako symulacje tego, w jaki sposób funkcjonuje – są niewystarczające². Po trzecie, zamierzam w niedalekiej przyszłości opublikować szerszą pracę, w której przedstawię zarys własnego modelu parsingu. Plan (porządek), jaki założyłem, zrealizuję w dwóch częściach: pierwszej (teoretycznej), poświęconej kwestii gramatyki i parsera, oraz drugiej (materiałowej), dedykowanej strategii i propozycji.

1. Rozdział ogólny

1.1. Parser gramatyczny

1.1.1. Definicje

Parser językowy to struktura mózgu i funkcja umysłu – zarówno cerebralny komputer, jak też mentalny program, przetwarzający informacje językowo-mowne i dedykowany procesom analizy i operacjom syntezy zdań/sądów (Mazurkiewicz-Sokołowska, 2006, s. 98–129). Parser językowy zajmuje ściśle określone miejsce i czas – w mózgu i w umyśle – jako że istnieje realnie, czyli gdzieś i kiedyś. Innymi słowy: parser językowy to moduł cerebralno-mentalny peryferyjny (w opozycji do procesora centralnego), komputacyjny (w opozycji do bufora pamięciowego) i kognitywny (w opozycji do analizatora sensorycznego i generatora motorycznego). Ponadto parser językowy odznacza się kilkoma swoistymi atrybutami³:

² Por. model percepcyjnych strategii rozumienia mowy.

³ Atrybuty parsera gramatycznego podaje m.in.: Kurcz, 2000.

po pierwsze, dochodzi do głosu na pewnym etapie filogenetycznej ewolucji gatunku oraz ontogenetycznego rozwoju osobnika; po drugie, uruchamia się w określonym cerebralnym miejscu (w mózgu) i mentalnym czasie (w umyśle); po trzecie, włącza się samoczynnie i pracuje szybko; po czwarte, otwiera się na jedne informacje, a zamyka na inne; po piąte, podlega specyficznym dysfunkcjom – na zasadzie podwójnej dysocjacji (np. z jednej strony specyficzne zaburzenie językowe, oraz z drugiej – zespoły Williama i Savanta, jak również z jednej strony choroby Parkinsona i Huntingtona oraz z drugiej – choroby Alzheimera i Lewego) (Lal, Fisher, Hurst, Vargha-Khadem, & Monaco, 2001; Pinker, 1994).

1.1.2. Klasyfikacje

Istnieje wiele propozycji modeli przetwarzania języka/mowy w mózgu/umyśle, zwłaszcza w zakresie analizy i/lub syntezy jednostek zdań/sądów w procesach integracji/interpretacji na poziomie funkcjonowania parsera składni, na etapie konstruowania drzewa rozbioru⁴. W moim przekonaniu najważniejsze założenia i twierdzenia, jakie przyjmują i formułują szczegółowe modele, reasumują – w dużym uproszczeniu – cztery ogólne, przywołane w chronologicznym porządku, meta-formuły:

1. Model₁: *Przyjmuj pewne założenia i szukaj ich potwierdzenia w zdaniu.*
2. Model₂: *Zapamiętaj kolejne słowa i czekaj z ich połączeniem do końca zdania.*
3. Model₃: *Odszukuj główny czasownik i znajdź wymagane przezeń słowa w zdaniu.*
4. Model₄: *Rozpoznawaj kolejne słowa i oceniaj możliwości ich wystąpienia w zdaniu.*

Każdy meta-model czerpie z innej dyscypliny naukowej i z innego programu badawczego, co skutkuje tym, że przewiduje inny tryb pracy parsera syntaktyki i inny zbiór technik rozbioru. Model₁ i model₄ to koncepcje (bardziej) psychologiczne (heurystyczne), przy czym model₁ to koncepcja kognitywna percepcyjna, natomiast model₄ to koncepcja komunikacyjna behawioralna, gdzie model₁ postuluje preferencje poznawcze, natomiast model₄ – satysfakcje kontekstualne. Model₂ i model₃ to koncepcje bardziej lingwistyczne (algorytmiczne), przy czym model₂ to koncepcja generatywna syntaktyczna, podczas gdy model₃ to koncepcja strukturalna leksykalna, gdzie model₂ postuluje derywację syntaktyczną, natomiast model₃ – unifikację semantyczną.

Modele psychologiczne i lingwistyczne, wzięte razem, nie osobno, głoszą, że sposób pracy parsera można ująć lapidarnie w postaci meta-formuły: *Jeśli wszy-*

⁴ Dane na temat poszczególnych modeli czerpię m.in. z publikacji: Traxler & Gernsbacher, 2006, s. 455–503.

ko zawiedzie, to przeczytaj instrukcję (Aitchison, 2008, s. 233). Precyzyjniej rzecz ujmując: przetwarzanie zdań/sądów w mózgu/umyśle zachodzi bądź w zgodzie z wytycznymi modeli psychologicznych (na etapie wcześniejszym i poziomie niższym, m.in. dla zdań łatwiejszych), bądź w zgodzie z wytycznymi modeli lingwistycznych (na etapie późniejszym i poziomie wyższym, m.in. dla zdań trudniejszych). Naturalnie, studia eksperymentalne w nieodległej przyszłości uporządkują, w co głęboko wierzę, relacje między rywalizującymi ze sobą koncepcjami (modelami). W związku z tym przed psycholingwistyką rysuje się odpowiedzialne zadanie badawcze do naukowej realizacji.

1.1.3. Specyfikacje

Psycholingwistyka jest dyscypliną tyle psychologiczną, co lingwistyczną. Niemniej zdarza się, że zgoła inne kwestie podejmuje psycholog, a inne – lingwista, względnie zarówno jeden, jak i drugi formułują podobne pytania, lecz odpowiedzi szukają w odrębnych sferach. Istnieje jednak, jak tuszę, pewna pula problemów, które żywo zainteresują ich obojgu, np. kwestia realności psychicznej i aktywności językowej jednostek/poziomów i procesów/etapów w toku przetwarzania języka/mowy w mózgu/umyśle (Gleason & Ratner, 2005, s. 15–64).

Pytanie o to, jak mózg/umysł przetwarza język/mowę, to m.in. pytanie o modus (tryb) i o metodę (system) poznawczo-gramatycznej syntezy/analizy zdania/sądu. Psychologia poznawcza odkrywa, w jaki sposób ludzie pokonują trudności. Psycholingwistyka poznawcza opisuje, jak ludzie rozwiązują zadania językowe, np. słuchanie, które polega na „przejściu” od głosek/różnic do tekstów/celów, oraz mówienie, które polega na „przejściu” od celów/tekstów do różnic/głosek, przy czym odbiorcze procesy słuchana tudzież nadawcze operacje mówienia angażują, między „wejściem” a „wyjściem”, słowa ↔ pojęcia i zdania ↔ sądy.

Każde zadanie specyfikuje się jako zbiór: danych i szukanych oraz operacji i reprezentacji. W związku z tym kluczowe kwestie, jakie się rodzą, dotyczą natury danych i szukanych oraz operacji i reprezentacji, które są konieczne (osobno) oraz wystarczające (razem) do tego, żeby rozwiązać określone zadanie językowo-mowne⁵. Pytania, jakie w tym względzie – w relacji do danych i szukanych, operacji i reprezentacji – formułują badacze, przedstawiają się następująco:

Pytania o operacje i reprezentacje:

1. Jak parser przetwarza zdanie/sąd: czy w sposób procedujący – algorytmicznie (mechanicznie) i/lub heurystycznie (strategicznie), czy w sposób inicjujący – od symbolu sentencjonalnego i/lub od symbolu werbalnego?

⁵ Zob. procesy słuchania i operacje mówienia.

2. Jak parser przetwarza zdanie/sąd: czy w sposób zstępujący – od góry do dołu i/lub od dołu do góry, czy w sposób postępujący – od lewa do prawa i/lub od prawa do lewa?
3. Jak parser przetwarza zdanie/sąd: czy w sposób prognozujący – do przodu (daleko i/lub blisko w przód), czy w sposób reperujący – do tyłu (daleko i/lub blisko w tył)?
4. Jak parser przetwarza zdanie/sąd: czy w sposób bieżący – w czasie *on-line* i/lub w czasie *off-line*, czy w sposób spieszący – w małej liczbie kroków i/lub w dużej liczbie kroków?

Pytania o dane i szukane:

5. Czy parser bazuje w swojej pracy na informacjach językowych, np. gramatycznych, czy nie-językowych, np. nie-gramatycznych (a jeśli opiera się na jednych i na drugich, to czy równocześnie, czy nie-równocześnie, i na których w pierwszej kolejności, a na których w drugiej kolejności)?
6. Czy parser reprezentuje wyniki swojej pracy, czyli atrybuty zdań (linearne i strukturalne) i sądów (informacyjne i intencjonalne), w postaci formalnego dendrytu i jego językowych komponentów, czy w formie empirycznego schematu (i jego językowych elaboracji)?

Jak widać, postawiono mnóstwo pytań; nie na wszystkie udzielono, jak dotąd, odpowiedzi. Szereg kwestii udało się już jednak uczonym, w najogólniejszym zarysie, opisać i wyjaśnić; w kolejnych akapitach zrekapituluję to, co ze sporą dozą prawdopodobieństwa można aktualnie na temat parsera językowego i jego gramatycznej aktywności orzec (Gleason & Ratner, 2005, s. 249–297; Mazurkiewicz-Sokołowska, 2006, s. 98–129; Traxler & Gernsbacher, 2006, s. 455–503).

Parser językowy proceduje zdania/sądy w myśl ogólnej zasady: zewnętrzna forma (zdanie) to środek, a wewnętrzna treść (sąd) to cel, przy czym parser językowy trzyma się wytycznej, na mocy której lepiej działać szybciej i ogólniej (łatwiej) niż wolniej i szczegółowo (trudniej). Parser językowy realizuje dwie główne funkcje: ustala składniki zdań oraz łączy je w zdania; co istotne – rozwiązuje te problemy, odwołując się do instrukcji typu: łatwiej współrzędnie niż podrzędnie, przy czym jeśli współrzędnie, to lepiej blisko (wtedy razem) niż daleko (wtedy osobno) oraz od lewa do prawa; jeśli podrzędnie, to lepiej płytko (wtedy razem) niż głęboko (wtedy osobno) oraz w prawo niż w lewo. Naturalnie, parser inaczej identyfikuje składniki, tj. słowa w zdaniach, inaczej zaś integruje składniki, tj. zdania ze słów. Po pierwsze, ustala składniki w zdaniach, kierując się wytyczną, że składnik jest czymś mniej więcej jak słowo, i odwołując się do zasad typu: najpierw przetwórz koniec (informacja gramatyczna), a dopiero następnie początek (informacja semantyczna) słowa. Po wtóre, parser łączy składniki w zdania, kierując się sugestią, że zdanie to coś więcej niż słowa, i odwołując się do instrukcji typu: lepiej zdanie proste niż złożone oraz lepiej zdanie krótkie niż długie.

Parser przetwarza zdania proste lepiej, gdy najpierw pojawia się podmiot (agent/subiekt), a dopiero potem dopełnienie (pacjent/obiekt), oraz gdy podmiot (fraza nominalna) znajduje się dalej orzeczenia aniżeli dopełnienie (fraza werbalna). Parser przetwarza zdania złożone lepiej, kiedy najpierw pojawia się nadrzędnik, a potem podrzędnik (w zdaniu złożonym podrzędnie), (nie) zgodnie z prawami percepcyjnymi, oraz kiedy najpierw pojawia się poprzednik, a potem następnik (w zdaniu złożonym współrzędnie), zgodnie z prawami percepcyjnymi.

Parser językowy inaczej przetwarza zdania (subiektywnie) łatwe i trudne, tj. (obiektywnie) proste i krótkie (łatwe) oraz złożone i długie (trudne), które – mniej bądź bardziej – obciążają, poza parserem, także analizator percepcyjny, bufor pamięciowy i procesor centralny. Parser, w pierwszej kolejności, postępuje zgodnie z planem dla zdań łatwiejszych: minimalizuj balast pamięci, tj. zakładaj oraz zgaduj (i nie czekaj, co będzie dalej), kierując się wskazówkami nie-gramatycznymi. Parser, w drugiej kolejności, postępuje natomiast zgodnie z planem dla zdań trudniejszych: minimalizuj ryzyko błędu, zapamiętuj oraz rozważaj (i czekaj, co będzie dalej), kierując się wskazówkami gramatycznymi.

Parser językowy ewidentnie preferuje reprezentacje (restrykcje) niż operacje (reguły), lecz przede wszystkim robi wszystko, żeby jak najszybciej i jak najoszczędniej osiągnąć swój cel, czyli odkryć za zewnętrzną formą zdania wewnętrzną treść sądu, a więc cechy informacyjne i intencjonalne. Jak to się odbywa?

Proces przetwarzania zdań/sądów przebiega – najogólniej – w taki sposób, że reprezentacja formalna (linearno-strukturalna) zdania trafia do pamięci krótkotrwałej operacyjnej, w której pozostaje – w postaci literalnej – krótko (jednostki lekсыkalne krócej, a jednostki gramatyczne dłużej), natomiast reprezentacja funkcjonalna (informacyjno-intencjonalna) trafia do pamięci długotrwałej deklaratywnej, w której pozostaje – w formie nie-literalnej – długo. Rzecz jasna, pragnąc przekonać się o słuszności tej hipotezy, przeprowadzono odpowiedni eksperyment (Bever, Lackner, & Kirk, 1969). Otóż: badający prezentował badanym zdania do jednego ucha i trzaski do drugiego ucha, przy czym zdania przybierały postać okresów warunkowych, a trzaski pojawiały się równocześnie z prezentacją kolejnych słów w zdaniu (można by powiedzieć, że każdemu słowu odpowiadał jeden trzask). Okazało się, że badani lepiej rozpoznawali trzaski na początku, gorzej w środku i najgorzej na końcach zdań składowych okresu warunkowego (poprzedników i następników). Obserwację tę zinterpretowano jako dowód na to, że badani przechowują jednostki lekсыkalne i gramatyczne w pamięci krótkotrwałej operacyjnej kumulatywnie, a gdy przejdą od jednostek formalnych do funkcjonalnych (czyli: po pierwsze, zintegrują słowa w zdania, oraz, po wtóre, zintegrują pojęcia w sądy), usuwają zdania-formy z pamięci krótkotrwałej (co implikuje to, że na powrót staje się ona gotowa na przyjęcie nowego materiału), natomiast sądy-treści kierują do

pamięci długotrwałej (dzięki czemu stają się częścią wiedzy o świecie). Naturalnie, sprawa zdaje się być niepomiaralnie bardziej złożona (Altmann, 2001)⁶.

W tym ujęciu reprezentacja formalna zdań to środek, a reprezentacja funkcyjna zdań to cel przetwarzania, przy czym reprezentacja mentalna treści wewnętrznych zdań (zdań w izolacji) przyjmuje, w ścisłej zależności od podejścia, postać bądź propozycjonalną, np. lingwistyczną (struktura głęboka) i matematyczną (forma logiczna), bądź schematyczną, np. psychologiczną (rama pojęciowa) i socjologiczną (skrypt behawioralny). Nie można też zapominać o tym, że reprezentacja mentalna tekstu/dyskursu powstaje w drodze identyfikacji oraz integracji pojęć i sądów w stronę konceptualizacji tego 'kto co robi z kim'. Co istotne, reprezentację tę, często poddawaną przez odbiorcę mimowolnym deformacjom, determinują też czynniki interakcyjne i inferencyjne, które stoją na straży jej wewnętrznej koherencji. W tym mniej więcej miejscu kończy się jednak gramatyka i zaczyna się pragmatyka, tj. przetwarzanie zdań/sądów ustępuje pola przetwarzaniu tekstów/celów (Bransford & Franks, 1971; Johnson-Laird, 1983; Kintsch, 1988; Sachs, 1967).

1.2. Teoria strategii percepcyjnych

1.2.1. Definicje

Wielu naukowców stoi na stanowisku, motywowanym wynikami badań doświadczalnych, zgodnie z którym parser językowy przeprowadza analizę gramatyczną zdań, wykorzystując w tym celu tzw. strategie percepcyjne rozumienia mowy. Osobiście twierdzą, że pogląd ten jest w wysokim stopniu słuszny. Postaram się jednak wykazać, iż sprawa jest znacznie bardziej złożona i rzeczony strategie, jakkolwiek obsługują analizę percepcyjną zdań łatwiejszych, nie obejmują swoim zasięgiem analizy syntaktycznej zdań trudniejszych. Parser językowy, jak się zdaje, ma naturę heterogeniczną, kieruje się bowiem wytycznymi nie jednego, ale co najmniej dwóch poznawczo-gramatycznych programów.

Problem badawczy, jaki podejmuję, przyjmuje postać kilku wzajemnie uwarunkowanych: jak działa parser językowy? Jakie prawa percepcyjne respektuje? Jakie strategie percepcyjne inicjuje? W związku z tym w pierwszej kolejności powinienem podać orientacyjne definicje trzech terminów: „parser językowy”, „prawo percepcyjne” i „strategia percepcyjna”, jakie otrzymują one w ramach przyjętej koncepcji.

⁶ Por. konflikt, jaki toczy się na temat tego, w jaki sposób parser językowy (re)analizuje zdania wieloznaczne: czy jednokrotnie i paralelnie, przy współudziale wielu interpretacji, czy wielokrotnie i seryjnie, przy udziale, za każdym razem, tylko jednej interpretacji?.

Strategie percepcyjne sytuują się na przecięciu reprezentacji psychicznych i językowych⁷. W takim ujęciu strategia to aplikacja (projekcja) praw percepcyjnych do klas syntaktycznych, a gramatyka to (tylko) kolekcja (zbiór) strategii psychiczno-językowych, które służą, prymarnie, percepcji (repcji) i, sekundarnie, produkcji (ekspresji). Strategie psychiczno-językowe łączą – w sobie – dwie domeny, tj. użycie mowne, czyli pierwiastek behawioralny, oraz wiedzę językową, a więc pierwiastek kognitywny, które – razem – służą nadawcom i odbiorcom do syntezy i analizy zdań i sądów. Strategie, o jakich mowa, stanowią konsekwencję interakcji percepcji i syntaksy, dlatego można je określać jako strategie percepcyjno-syntaktyczne (wszak dysponują, w jaki sposób parser może przetwarzać cechy percepcyjne jednostek syntaktycznych) (Bever, 1970; Townsend & Bever, 2001).

Użytkownicy języka i mowy, czyli nadawcy i odbiorcy – tj. mówiący i słuchający, piszący i czytający – używają języka/mowy w taki sposób, że nadawca syntetyzuje, a odbiorca analizuje materiał językowo-mowny dzięki strategiom/taktykom w mózgu/umyśle; ściślej rzecz biorąc – dzięki temu, że nadawcy i odbiorcy przyjmują ukryte założenia i formułują jawne twierdzenia na temat najbardziej prawdopodobnej i wiarygodnej sekwencji/konstrukcji zdań/sądów; wręcz można by rzec, że nadawcy i odbiorcy, w toku przetwarzania zdań/sądów, wysuwają hipotezy i prognozy, tj. przypuszczają i przewidują, oczekując i spodziewając się pewnych form i treści bardziej niż innych. W tym ujęciu parser językowy to pula domysłów, tendencji i preferencji, motywowanych limitami zmysłów i umysłu, czyli mierzalnymi granicami ludzkich procesów i zasobów poznawczych (na marginesie: odrębną kwestię stanowią ilość i jakość, kolejność i nośność rzeczonych strategii). Nie można bowiem nie pamiętać o tym, że parser gramatyczny bazuje nie tylko na dynamicznych operacjach, ale też na statycznych reprezentacjach języka i mowy, w związku z czym – w toku przetwarzania zdań i sądów – korzysta z magazynu (zasobów) pamięci: po pierwsze, pamięci długotrwałej (stabilnej) – proceduralnej (implicitnej) asocjacyjnej i deklaratywnej (eksplicytnej) semantycznej – i, po drugie, pamięci krótkotrwałej (labilnej) – operacyjnej (mentalnej) werbalnej i sensorycznej (modalnej) echoicznej (Aitchison, 2008, s. 205–233).

W przekonaniu wielu badaczy analiza syntaktyczna stanowi przypadek szczególny analizy percepcyjnej, co oznacza, że strategie percepcyjne nie mogą w żadnym wypadku kolidować z prawami percepcyjnymi, przy czym okazuje się, że istnieją nie-liczne przypadki, w których dochodzi między nimi do kolizji, tzn., że język nie zawiera się bez reszty w psychice. Fenomeny percepcyjne i syntaktyczne bowiem wiążą się z sobą tylko w niewielkim zakresie, mianowicie zjawiska percepcyjne dotyczą wyłącznie relacji linearnych, tj. sekwencji między poprzednikiem i następnikiem, zjawiska syntaktyczne zaś – relacji strukturalnych, tj. konstrukcji między podrzędnikiem i nadrzędnikiem. Ze względu na to relacja między tym, co percepcyjne i co syntaktyczne, siłą rzeczy będzie się odnosiła do

⁷ Por. prawa percepcyjne i klasy syntaktyczne.

tych sekwencji, których analiza dostarczy jakichś informacji na temat konstrukcji; w takim ujęciu to, co zewnętrznie linearne, służy do tego, aby odsłonić to, co wewnętrznie strukturalne (Greene, 1977, s. 179–245).

Na gruncie przyjętej koncepcji strategia percepcyjno-syntaktyczna to swoista dyspozycja, która inicjuje proces, jaki przebiega od percepcji markera do decyzji procesora. Jak to działa? Parser językowy uruchamia proces inferencyjny, w którym główne role odgrywają przesłanki i konkluzja, czyli marker percepcyjny (na wejściu) i decyzja interpretacyjna (na wyjściu), ale także – przede wszystkim – łącząca przesłankę i konkluzję strategia (heureza) reprezentacyjna (na przejściu). Przetwarzanie gramatyczne, w trybie analitycznym, obiera kierunek od relacji formalnych (słowa w zdaniu), linearnych i strukturalnych, do relacji funkcjonalnych (pojęcia w sądzie), informacyjnych i intencjonalnych. Procesy integracji i interpretacji zdań/sądów w mózgu/umyśle przebiegają najprawdopodobniej w taki sposób, że parser (urządzenie) inicjuje parsing (obliczanie), czyli dyspozycję (strategia), która wiąże dane (informacje percepcyjne) i szukane (decyzje interpretacyjne); w związku z tym mózg/umysł poszukuje w języku/mowie określonych wskazówek percepcyjnych, które – po przekroczeniu pewnej wagi – uruchamiają konkretne strategie percepcyjne⁸. Być może przetwarzanie syntaksy dokonuje się w taki sposób, że analizator rejestruje informację percepcyjną, bufor przechodzi od informacji percepcyjnej do strategii reprezentacyjnej, parser inicjuje strategię reprezentacyjną, procesor podejmuje decyzję interpretacyjną. W tym ujęciu zdanie (i jego słowa) to środek, z kolei sąd (i jego pojęcia) to cel; zdanie przykładowe: ‘ja oznajmiam ci [intencja], że ktoś robi coś z kimś [informacja]’:

1. wejście: relacje formalne:

1.1. od: linearne:

1.1.1. etap₁: cechy kategoryjne, np. [nominalny] ‘rzeczownik’

1.1.2. etap₂: cechy selekcyjne, np. [personalny] ‘człowiek’

1.2. do: strukturalne:

1.2.1. etap₃: cechy subkategoryjne, np. [mianownikowy] ‘podmiot’

1.2.2. etap₄: cechy tematyczne, np. [aktywny] ‘agent’

2. wyjście: relacje funkcjonalne:

2.1. cechy informacyjne, np. [operacyjny] ‘czynność’

2.2. cechy intencjonalne, np. [deklaratywny] ‘oznajmienie’

⁸ Co ciekawe, prawdziwe wyzwanie dla parsera stanowi fakt, że przyporządkowanie sobie składników struktury powierzchniowej i wykładników struktury głębszej nie jest jedno-jednoznaczne, co oznacza, że jedna forma (składnik) może odsyłać do wielu funkcji (wykładnik), a wiele form (składników) – do jednej funkcji (wykładnika).

Rzecz jasna, nie sposób pisać wszystkiego o wszystkim. W związku z tym ograniczę się do ogólnej prezentacji wybranych koncepcji psycholingwistycznych oraz krytycznej refleksji nad jedną z nich.

1.2.2. Klasyfikacje

Istnieje przynajmniej kilka generacji (kolekcji) strategii percepcyjnych rozumienia mowy, które – hipotetycznie – obsługują przetwarzanie zdań/sądów w mózгах/umysłach, np.:

1. Thomas Bever (1970):
 - 1.1. ogólne: A, B, C, D
 - 1.2. szczegółowe: E, F, G, H, I, J, K, L

2. Dan Slobin (1973):
 - 2.1. ogólne: A, B, C, D, E, F, G
 - 2.2. szczegółowe: A₁, B, C₃, D₄, E₅, F₂, G₃

3. John Kimball (1973):
 - 3.1. TOP-DOWN
 - 3.2. RIGHT ASSOCIATION
 - 3.3. NEW NODES
 - 3.4. TWO SENTENCES
 - 3.5. CLOSURE
 - 3.6. FIXED STRUCTURE
 - 3.7. PROCESSING

4. Lyn Frazier (1978):
 - 4.1. LATE CLOSURE
 - 4.2. MINIMAL ATTACHMENT

W kolejnych punktach, aby zilustrować teoretyczne rozważania empirycznymi rezultatami, zaprezentuję – najwierniej, jak potrafię – kilka najbardziej liczących się koncepcji, przytaczając, w cudzym tłumaczeniu, treści wybranych strategii percepcyjnych (zasad operacyjnych).

Thomas Bever
(1970; Townsend & Bever, 2001)

1. Strategia A: Segment w sekwencji: X ... Y, której części mogą być związane prymarnymi wewnętrznymi strukturalnymi relacjami, otrzyma jedną z interpretacji: *aktor, akcja, obiekt*.

2. Strategia B: Pierwsze zdanie: *NV(N)* jest zdaniem głównym, chyba że jego czasownik jest oznaczony jako podrzędny.
3. Strategia C: Składniki są funkcjonalnie wewnętrznie związane zgodnie z semantycznymi ograniczeniami.
4. Strategia D: Każda sekwencja: *NVN* w strukturze powierzchniowej ciągu potencjalnego jednostki wewnętrznej koresponduje z potencjalnymi wewnętrznymi jednostkami: *aktor, akcja, obiekt*.

Dan Slobin (1973)

1. Zasada A: Zwracaj uwagę na zakończenia wyrazów.
2. Zasada B: Fonologiczna forma wyrazów może być systematycznie modyfikowana.
3. Zasada C: Zwracaj uwagę na porządek wyrazów i morfemów.
4. Zasada D: Unikaj rozdzielania i przemieszczania jednostek językowych.
5. Zasada E: Relacje semantyczne powinny być markowane w strukturze powierzchniowej i to w sposób wyraźny.
6. Zasada F: Unikaj wyjątków.
7. Zasada G: Użycie wykładników gramatycznych powinno coś znaczyć pod względem semantycznym.

John Kimball (1973)

1. Zasada 1 (TOP-DOWN): Parsowanie w języku naturalnym przebiega według algorytmu góra-dół.
2. Zasada 2 (RIGHT-ASSOCIACION): Symbole terminalne optymalnie łączą się z najniższym węzłem nieterminalnym.
3. Zasada 3 (NEW NODES): Konstrukcja nowego węzła jest sygnalizowana przez wystąpienie słowa pełniącego funkcję gramatyczną.
4. Zasada 4 (TWO SENTENCES): W tym samym czasie mogą być przetwarzanie składniki nie więcej niż dwóch zdań.
5. Zasada 5 (CLOSURE): Fraza jest zamykana możliwie jak najszybciej, chyba że następny węzeł jest przetwarzany jako składnik bezpośredni tej frazy.
6. Zasada 6 (FIXED STRUCTURE): Kiedy ostatni składnik bezpośredni frazy został utworzony, a fraza zamknięta, to reorganizacja składników tej frazy jest zawsze kosztowna pod względem złożoności percepcyjnej.
7. Zasada 7 (PROCESSING): Gdy fraza jest zamknięta, zostaje skierowana do etapu składniowego (ewentualnie semantycznego) i usuwana z pamięci krótkotrwałej.

Lyn Frazier

(1979; Fodor & Frazier, 1980; Frazier & Clifton, 1996; Frazier & Fodor, 1978)

1. Strategia MINIMAL ATTACHMENT: Dokonaj wiązania materiału wchodzącego do powstającego znacznika frazowego przy użyciu najmniejszej liczby węzłów zgodnie z poprawnością reguł analizowanego języka.
2. Strategia LATE CLOSURE: Jeśli to możliwe, dokonaj wiązania materiału wchodzącego do znacznika z frazą lub członem zdania, który jest aktualnie przetwarzany.

Rzecz jasna, literatura dostarcza jeszcze wielu innych przykładów strategii percepcyjnych, m.in. strategii typu: NORMAL FORM, NON-AMBIGUITY, BRACKETING, CLOSURE. Strategia NORMAL FORM głosi, że parser preferuje jednostki kanoniczne, a ściślej mówiąc: jednostki o wysokiej frekwencji i niskiej komplikacji. Strategia NON-AMBIGUITY twierdzi, że parser preferuje jednostki nie-wieloznaczne. Strategia BRACKETING utrzymuje, że parser sygnalizuje jednostki nowe, by zachować koherencję między nowymi i starymi informacjami. Strategia CLOSURE mówi, że parser preferuje jednostki zamknięte, tj. przetwarzając zdania, zamyka kolejne jednostki najszybciej, jak to możliwe (Prideaux & Baker, 1986).

Co istotne, niektóre strategie percepcyjne odnoszą się zarówno do zdań/sądów, jak również do tekstów/dyskursów, np. taktyki PERSPECTIVE i GIVEN NEW. Strategia PERSPECTIVE wnosi, że parser preferuje perspektywę, którą w sposób naturalny przyjmuje narrator narracji, uzależniający kolejność składników w zdaniach od tzw. hierarchii empatycznej (najpierw osobowy, potem nie-osobowy; najpierw ożywiony, potem nie-ożywiony; najpierw konkretny, potem nie-konkretny; najpierw subiektywny, potem nie-subiektywny). Strategia GIVEN NEW zauważa, że parser preferuje perspektywę, zgodnie z którą „stara” informacja znajduje się na początku, a „nowa” – na końcu zdania; innymi słowy: to, co wie nadawca i odbiorca, częściej pojawia się w pozycji inicjalnej, to zaś, co wie nadawca, i to, czego nie wie odbiorca, częściej pojawia się w pozycji finalnej. Problem strategii, które obsługują teksty/dyskursy, jest kwestią odrębną, choć niepozbawioną związku z tymi zagadnieniami, które w tej pracy podejmuję. Na granicy obydwóch sfer – zdań/sądów i tekstów/dyskursów – sytuują się strategie, które obsługują zdania względne, np. PARALLEL FUNCTION i ADJACENCY (Prideaux & Baker, 1986).

Koncepcja strategii percepcyjnych powstała i rozwijała się w drugiej połowie, a zwłaszcza w ostatnim ćwierćwieczu XX wieku. Pod koniec XX wieku pojawiły się jednak głosy krytyki. Krytyka strategii percepcyjnych zmierzała do tego, by wykazać, że strategie owe to artefakty, które wynikają z tego, że zdania testowe, jakie prezentuje się osobom badanym w toku badań eksperymentalnych, występują jedynie w języku angielskim i w kontekście pustym. Niektórzy badacze stali na stanowisku, zgodnie z którym zmiana języka (przy braku zmiany kontekstu) oraz zmiana kontekstu (przy braku zmiany języka) wywoła zmianę preferencji

parsera. Rzecz jasna, krytyka ta nie była wymierzona w jądro samej koncepcji, ale w sposób jej realizacji, bo nie ulega wątpliwości, że strategię percepcyjną – wspólną wszystkim ludziom – powinny być odporne na manipulacje językami i kontekstami. W związku z tym dużą rolę do odegrania w dalszych – przyszłych – badaniach nad preferencjami parsera mają zarówno „wielojęzyczni” gramatycy, jak i „jednojęzyczni” tekstolodzy (Altmann, 2001).

1.3. Gramatyka kognitywna jako koncepcja percepcyjna

Psychologia poznawcza odkrywa procesy poznawcze, m.in. procesy percepcyjne, których funkcje regulują tzw. prawa percepcyjne, stanowiące – wedle niektórych koncepcji – substrat przetwarzania języka, przynajmniej w pewnych, najbardziej rudymenarnych jego aspektach. Kwestie te, w największym skrócie, koniecznym do zrozumienia idei strategii percepcyjnych, przybliżę w kolejnych akapitach.

Prawo percepcyjne stanowi wynik badań nad przetwarzaniem – w dziedzinach percepcji i reprezentacji – bodźców w mózgu/umyśle. Badania nad prawami percepcyjnymi prowadzi się na obszarze psychologii poznawczej (Max Wertheimer, Wolfgang Köhler) i biologii fizjologicznej (David Hubel, Torsten Wiesel). Prawo percepcyjne opisuje drogę, jaką bodziec pokonuje od siatkówki oka do kory mózgu, mianowicie ścieżkę, którą wrażenie przebywa od zmysłu do umysłu, zanim w postaci reprezentacji dotrze do umysłu. W istocie rzeczy prawo percepcyjne opisuje to, w jaki sposób zmysł(y) i umysł(y) recypują i reprezentują środowisko zewnętrzne. W szczególności idzie o to, że proces kognitywny percepcji powoduje, że obiekt kognitywny jest percypowany jako koherentna całość (Marr, 1982).

Prawa percepcyjne mają naturę ogólną bądź szczególną. Ogólne prawo percepcyjne głosi, że wiele stymulacji – osobno – „na wejściu (w zmyśle)” tworzy jedną reprezentację – razem – „na wyjściu (w umyśle)”, przy czym całość to coś więcej niż suma części. Szczególne prawa percepcyjne formułuje się w zależności od tego, jakiego typu stymulacji dotyczą⁹. Jakkolwiek formułowano wiele praw percepcji, spopularyzowano ich ledwie kilkanaście, natomiast w relacji do przetwarzania języka i mowy – jedynie kilka (m.in. teorię percepcyjnych strategii rozumienia mowy).

Można podjąć próbę aplikacji różnych zasad percepcyjnych do domen syntaktycznych. Co istotne, w tym ujęciu heureka analityczna (percepcyjno-syntaktyczna) odwzorowuje (mapuje) na siebie ogólne prawa percepcyjne i szczególne klasy syntaktyczne. Jakkolwiek istnieje parę tzw. gramatyk mentalnych percepcyjnych, modelem, który eksplicytnie interpretuje fenomeny językowe/gramatyczne w kate-

⁹ Por. bodźce: nie-dalekie, nie-różne, nie-luźne, nie-styczne.

goriach psychicznych/poznawczych, są gramatyki kognitywne, które akceptują prymat psychiki nad językiem – w całej swej rozciągłości.

Gramatyka kognitywna lansuje modele lingwistyczne jako konsekwencje aplikacji modeli psychologicznych (poznawczych i percepcyjnych) do materii językowej (gramatycznej i syntaktycznej) (Langacker, 2009; Talmy, 2000)¹⁰; w tym ujęciu język to jedynie aneks albo suplement do procesów kognitywnych. Gramatyka kognitywna przyjmuje założenia co do archetypów poznawczych (np. modele „kuli bilardowej” i „łańcucha akcji”) i (na ich podstawie) formułuje twierdzenia na temat prototypów gramatycznych (reprezentacji mentalnych zdarzeń i zdań), głosząc, że eksperjencja świata determinuje interpretację zdania. Model kuli bilardowej zakłada, że świat składa się z obiektów i procesów, przy czym obiekty są nadajnikami i odbiornikami energii, która inicjuje procesy, jakie finalizuje kontakt fizyczny między obiektami. Model łańcucha akcji twierdzi, że zdanie składa się z uczestników i akcji, przy czym aktywny agent (przyczyna) nadaje oraz pasywny pacjent (skutek) odbiera energię, którą organ i instrument między agentem i pacjentem przekazuje. Schematy poznawcze, które generalizują elaboracje gramatyczne, wykazują się pewną realnością psychologiczną. Można bowiem udowodnić, że istnieją zdania testowe, konstruowane zgodnie z założeniami tej teorii, które użytkownicy przeczytają i zrozumieją odpowiednio „lepiej” lub „gorzej” (zestaw₁ i zestaw₂).

Zestaw₁ obejmuje przykłady językowe, które prezentują pary zdań testowych, przy czym zdanie pierwsze ujawnia porządek całościowy: agent + instrument + pacjent, a zdanie drugie i trzecie – porządek częściowy, w którym eliduje się role, kolejno, agenta i instrumentu, a także akcentuje się etapy, kolejno, medialny oraz finalny:

Zestaw₁:

- (1) *Łukasz rozbił młotkiem talerz. Łukasz rozbił talerz.*
- (2) *Łukasz rozbił młotkiem talerz. Młotek rozbił talerz.*
- (3) *Łukasz rozbił młotkiem talerz. Talerz rozbił się.*

Zestaw₂ zawiera materiał językowy, jaki eksponuje pary zdań wraz z pytaniami (do zdań), na które osoby badane udzielają odpowiedzi poprawnych lub błędnych, na podstawie których badacz może formułować swe hipotezy co do użytych w toku przetwarzania zdań schematów poznawczych:

Zestaw₂:

zdania najłatwiejsze:

- (4) *Prosiaczek popycha cielaczka. Kto popycha? Prosiaczek.*
- (5) *Cielaczek popycha prosiaczka. Kto popycha? Cielaczek.*

¹⁰ Por. z jednej strony kategorie poznawczo-percepcyjne, np. *figura* i *tło*, oraz z drugiej strony kategorie semantyczno-syntaktyczne, m.in. *trajektor* i *landmark* (w gramatyce spacjiowej) oraz *agonista* i *antagonista* (w gramatyce dynamicznej).

zdania nie-łatwiejsze/nie-trudniejsze:

- (6) *Prosiaczek popycha prosiątko. Kto popycha? Prosiaczek.*
 (7) *Prosiątko popycha prosiaczek. Kto popycha? Prosiaczek.*
 (8) *Prosiątko popycha prosiaczka. Kto popycha? Prosiątko.*
 (9) *Prosiaczka popycha prosiątko. Kto popycha? Prosiątko.*

zdania najtrudniejsze:

- (10) *Prosiątko popycha jagniątko. Kto popycha? Prosiątko.*
 (11) *Jagniątko popycha prosiątko. Kto popycha? Prosiątko. (!)*
 (12) *Jagniątko popycha prosiątko. Kto popycha? Jagniątko.*
 (13) *Prosiątko popycha jagniątko. Kto popycha? Jagniątko. (!)*

Przykłady językowe, jakie prezentowano respondentom, można klasyfikować, kierując się, jako poręcznym kryterium, stopniem ich prognozowanej, recepcyjnej łatwości albo trudności: zdania – z jednej strony najłatwiejsze i najtrudniejsze, z drugiej strony ani-najłatwiejsze, ani-najtrudniejsze – dotyczą sytuacji, w których ilość wskazówek percepcyjnych, jakie wnosi jakość końcówek fleksyjnych, jest odpowiednio bądź największa (dla zdań najłatwiejszych), bądź najmniejsza (dla zdań najtrudniejszych), względnie (nie) jest ani taka, ani taka (dla zdań ani-najłatwiejszych, ani-najtrudniejszych). Na przykład: zdania najłatwiejsze to przykłady, w których zarówno podmiot, jak i dopełnienie zawierają wskazówki percepcyjne jednoznaczne, podczas gdy zdania najtrudniejsze to przykłady, w których i podmiot, i dopełnienie zawierają wskazówki percepcyjne nie-jednoznaczne¹¹. Co najważniejsze, wyniki badań układają się w taki sposób, że o ile w zdaniach innych niż zdania najtrudniejsze osoby badane kierowały się wskazówkami gramatycznymi, o tyle w zdaniach najtrudniejszych preferowały tylko jedną interpretację, mianowicie: N_1 = subiekt/agent i N_2 = obiekt/pacjent. W toku podejmowania decyzji ujawniły się zatem określone, przewidziane w obu modelach („łańcucha energetycznego” i „kuli bilardowej”) heurezy¹².

Co istotne, założenia i twierdzenia modeli „kuli bilardowej” i „łańcucha akcji” odnoszą się zarówno do składników zdań prostych, jak i do składników zdań złożonych, co skutkuje tym, że transfluencja energii zachodziłaby na gruncie tej

¹¹ Por. końcówki fleksyjne rzeczowników w funkcji podmiotu (-ø ‘M.’) i dopełnienia (-a ‘B.’) w zdaniach najłatwiejszych, ale również końcówki fleksyjne (synkretyczne) rzeczowników w funkcjach podmiotu (-o ‘M./B.’) i dopełnienia (-o ‘B./M.’) w zdaniach najtrudniejszych (jak łatwo się można domyślić zdania ani najłatwiejsze, ani nie-najtrudniejsze korzystają z kombinacji wskazówek jedno- i nie-jednoznacznych).

¹² Zob. N_1VN_2 , gdzie: $N_1 \neq N_2$, a N_1 = agent (trajektor, agonista) i N = pacjent (landmark, anta-
gonista).

koncepcji nie tylko pomiędzy rzeczami, ale również – między zdarzeniami¹³. O ile jednakże akceptuję założenia i twierdzenia modeli „kuli bilardowej” i „łańcucha akcji” w relacji do zdań prostych, o tyle nie mogę się zgodzić na to, iż przystają one do relacji, jakie zachodzą w domenie zdań złożonych. Kwestii tej poświęcę osobny ustęp w kolejnym rozdziale¹⁴, w którym najpierw zaprezentuję i następnie skontroluję założenia i twierdzenia teorii strategii percepcyjnych, która – historycznie rzecz biorąc – stanowi prototyp współczesnych gramatyk kognitywnych.

2. Rozdział szczegółowy

2.1. Założenia i twierdzenia

W swojej pracy przyjmuję ściśle określoną perspektywę ontologiczną, czyli to, co badam (przedmiot i aspekt), i gnoseologiczną, a więc to, jak badam (cel i metoda). Przedmiot i aspekt oraz cel i metodę moich badań w tym szkicu najwierniej oddają cztery terminy: „parser” i jego „strategia percepcyjna” oraz „teoria” i jej „koroboracja eksperymentalna”.

2.1.1. Przedmiot i aspekt

Badania nad decyzjami, jakie podejmuje parser w sytuacjach ekstremalnych, winny odkryć przed badaczem klasę koherentnych preferencji w zakresie lektury spreparowanych zdań, jako argument, który przemawia za tym, że mózg/umysł w toku przetwarzania zdań/sądów inicjuje albo alternatywne strukturalizacje, albo alternatywne konceptualizacje; w każdym razie opiera się o wytyczne pewnego modelu gramatycznego: lingwistycznego i/lub psychologicznego. Od razu pragnę podkreślić, że kolejne ustępy poświęcę temu, aby wykazać, że koncepcja strategii percepcyjnych, jakkolwiek aktywna lingwistycznie oraz realna psychologicznie, nie obejmuje swym zasięgiem wszelkich zjawisk w domenie gramatyki morfosyntaktycznej. Innymi słowy: w swoich badaniach pragnę wykazać, że teoria strategii percepcyjnych nie jest doktryną, która opisuje i wyjaśnia każdy aspekt przetwarzania języka/mowy w zakresie rozbioru zdań/sądów.

Strategie percepcyjne stanowiły przedmiot badań, jakie podejmowali badacze na materiale wielu języków; naturalnie, głównie języka angielskiego, ale też, co

¹³ Zagadnienia te porusza (w rozdziale poświęconym zdaniom pojedynczym i złożonym): Langacker, 2009.

¹⁴ Zob. wyniki badań nad strategią MAIN CLAUSE FIRST.

istotne, języka polskiego, choć w dość ograniczonym zakresie (Mazurkiewicz-Sokołowska, 2006). Niniejszy artykuł stanowi więc próbę wypełnienia luki, jaka istnieje w literaturze, m.in. dzięki badaniom przeprowadzonym na oryginalnych polskich przykładach językowych (zdaniach testowych). Ponadto, co istotne, osoby badane to studenci, czyli ludzie dorośli (i zdrowi!), dla których język polski jest językiem rodzimym, a więc tzw. przeciętni użytkownicy, legitymujący się wykształceniem średnim, tj. posiadacze kompetencji reprezentacyjnej i nosiciele systemu językowego współczesnej ogólnej polszczyzny.

2.1.2. Metoda i cel

Istnieje wiele różnych metod naukowych, po które sięgają eksperci w codziennej praktyce badawczej, w granicach uprawianych przez siebie dyscyplin formalnych oraz empirycznych, w tym matematyczno-przyrodniczych i społeczno-humanistycznych. Rzecz jasna, najbardziej skuteczną metodą konfirmacji i koroboracji teorii naukowych, jaką uczeni obecnie dysponują, jest eksperyment. Badania eksperymentalne zagwarantowały sukces, jaki przypadł w udziale naukom matematyczno-przyrodniczym, w opozycji do – pozostających za nimi daleko w tyle – nauk społeczno-humanistycznych. Naturalnie, nie oznacza to, że badań eksperymentalnych na gruncie nauk społeczno-humanistycznych prowadzić nie można; wręcz przeciwnie – jest to w sytuacji tych dziedzin nader pożądane.

Eksperyment polega na tym, iż osoba badająca (eksperymentator) kontroluje w określonym stopniu przebieg doświadczenia, tj. manipuluje zmiennymi niezależnymi i obserwuje zmienne zależne, a więc monitoruje wpływ jednych na drugie. Eksperyment psycholingwistyczny sprowadza się do tego, że badający – po pierwsze – prezentuje badanemu bodziec mowny i obserwuje jego reakcję psychiczną, oraz – po drugie – mierzy siłę korelacji między przyczyną i skutkiem (Johnson-Laird, 1974).

Naturalnie, każdy przyszły eksperyment wymaga pewnych przygotowań (preparacji). Rolę rekonesansu mogą pełnić różne techniki pilotujące i sondujące, np. ankieta lub wywiad, dzięki którym badacz otrzymuje informacje, które skłaniają go do rozwijania albo zaniechania badań prowadzonych w przyjętym wstępnie kierunku¹⁵. W związku z tym uznałem, że zanim sam przeprowadzę badania eksperymentalne (chronometryczne), sprawdzę najpierw, czy hipotezy, jakie formułuję, warto testować za pomocą technik doświadczalnych. Stwierdziłem, że rekonesans najlepiej będzie przeprowadzić, uciekając się do technik, które zapewnią stosunkowo szybki i relatywnie pewny wynik. W tym kontekście najbardziej dogodnym instrumentem badawczym jest ankieta, przy czym, co od razu pra-

¹⁵ Więcej na ten temat w: Brzeziński, 2012; Siuta, 2006.

gnę podkreślić, jej klasyczne założenia – ze względu na profil niniejszej pracy – musiałem nieco przeformułować.

Ankietyzacja jest techniką badawczą, która wymaga trzech kluczowych elementów: ankietera, respondenta i kwestionariusza, a więc – w mojej pracy – osób badającej i badanych, a także materiału językowego, tj. preparowanych zdań testowych, oraz poleceń i pytań do nich. Ankieta ta podejmuje problem badawczy parsera językowego (i jego psychicznych strategii). Realizuje cel, jakim jest (wstępna) kontrola hipotezy badawczej (zerowej), która głosi, że nie istnieją istotne różnice w przetwarzaniu zdań/sądów w języku/mowie, bo nie istnieją w mózgu/umyśle rzeczne strategie poznawcze. Obejmuje zbiór zdań – współczesnego i ogólnego – języka polskiego, jak również zbiór pytań i poleceń dotyczących prezentowanych zdań oraz kierowanych do respondentów. Ankieta zakłada, że respondenci, spełniając polecenia, tj. odpowiadając na pytania dotyczące oceny stopnia trudności w rozumieniu zdań, odkryją (odsłonią) refleks tego, w jaki sposób ich mózgi/umysły przetwarzają zdania/sądy. W związku z tym należałoby się spodziewać, że zdania (subiektywnie) łatwiejsze zostaną przez osoby badane przetworzone (obiektywnie) poprawniej, z mniejszą ilością błędów i szybciej, w mniejszej ilości czasu, co można by interpretować jako (wstępny) dowód na to, że zdania te silnie korespondują z odpowiednimi strategiami, świadcząc o ich aktywności językowej oraz realności psychicznej. Ponadto ankieta przyjmuje formę badania laboratoryjnego (ze względu na miejsce) i pilotażowego (ze względu na czas); w moim zamyśle poprzedza i przygotowuje przyszłe badania eksperymentalne – wraz z ich interpretacją statystyczną i merytoryczną.

Psycholingwistyka opisuje operacje mówienia (synteza) i procesy słuchania (analiza), przy czym i w jednym, i w drugim przypadku badacz zyskuje pewien wgląd w mentalne operacje i procesy dzięki świadomej refleksji nad nieświadomymi błędami, jakie popełniają na co dzień mówiący (przejęzyczenia) i słuchający (poślizgnięcia). W swojej pracy inicjuję projekt badań nad procesami rozumienia zdań w perspektywie gramatycznej, na materiale – współczesnego i ogólnego – języka polskiego. W związku z tym, co wydaje się oczywiste, szczególną wagę będę przywiązywał do „poślizgnięć” moich informatorów (respondentów) (Gleason & Ratner, 2005, s. 333–373).

Metoda ewokacji błędu, jaką proponuję – w roli wstępnego pre-testu dla przyszłych badań eksperymentalnych – polega na masowej ekspozycji zdań testowych, które zawierają w sobie obiektywne trudności natury gramatycznej lub poznawczej. W moim zamyśle zdania testowe tworzą pary, w których jedno ze zdań jest łatwiejsze, a drugie trudniejsze do przetworzenia (prze czytania/zrozumienia) przez użytkownika. Stopień łatwości lub trudności prezentowanych zdań mogą ujawnić odpowiedzi informatorów na pytania do zdań. Pytania te przyjmują postać bądź implicytną (*Prze czytaj podane niżej zdania i odpowiedz na pytania, które zostały do nich sformułowane*), bądź eksplicytną (*Prze czytaj podane niżej zdania i zaznacz te, które wydają ci się trudniejsze do zrozumienia*). W pierwszym

wypadku pytania dotyczą wybranych części zdań i jako takie nie wykraczają poza to, co zowie się popularnie czytaniem tekstu ze zrozumieniem; w drugim przypadku przybierają już formę bezpośredniej interpelacji. Replika, poprawna lub błędna, respondenta stanowi pewien refleks jego aktywności mentalnej w trakcie przetwarzania zdań/sądów. Ponadto osoby indagowane mogą prezentowane zdania przeczytać tylko jednokrotnie, w dodatku w pewnej skończonej jednostce czasu. Spodziewam się wychwycić w ten sposób pewną ilość błędnych odpowiedzi, które – w moim przekonaniu – zaświadczą o tym, że jedno ze zdań prezentuje wyższy stopień komputacyjnej komplikacji, co może – jak sądzę – stanowić (kontr)argument na rzecz głoszonych tez i obalanych hipotez. Metoda ewokacji błędu nie jest techniką eksperymentalną, lecz narzędziem doświadczalnym, które przypomina ankietę (test) oceniającą poziom znajomości języka i umiejętności czytania (ankieta ta jest, rzecz jasna, anonimowa i pośrednia).

2.2. Obserwacje i interpretacje

Badania, jakie prowadziłem na materiale współczesnego i ogólnego języka polskiego, przy znacznym współudziale jego użytkowników, potwierdziły aktywność językową oraz realność psychiczną kilku przykładowych strategii percepcyjnych. Ścisłej rzecz biorąc, okazało się, że osoby badane wykazują istotne preferencje w zakresie oceny zdań (jednych jako łatwiejszych, drugich jako trudniejszych – do przeczytania i zrozumienia), co stanowi, w moim mniemaniu, argument za tym, by przyjąć, iż osoby mówiące/słuchające używają strategii percepcyjnych w toku syntezy/analizy zdań/sądów. Naturalnie, najbardziej frapujący obszar przeprowadzonych badań stanowią, z jednej strony, zdania testowe, czyli przykłady językowe, jakie pokazywano badanym (lektura spreparowanych zdań), a z drugiej strony, wyniki badawcze, sprowokowane poślizgnięcia, jakie otrzymywano (pomiar popełnionych błędów). Wyniki moich doświadczeń prezentuję niżej w kilku nagłówkach, etykietując kolejne strategie tudzież komentując decyzje respondentów, przy czym przyjąłem konwencję, zgodnie z którą zdania, które osoby badane oceniły jako trudniejsze – ze względu na to, że sprawiły im więcej kłopotu oraz zajęły więcej czasu – opatruję znakiem wykrzyknika w nawiasie: (!). Co zaskakujące, a zarazem przekonujące – reakcje osób, które poddały się ankietyzacji, tj. ich decyzje, były nadzwyczaj zgodne (zbieżne).

TOP DOWN

Strategia TOP DOWN pozwala spodziewać się, że zdania, czyli słowa-razem, są łatwiejsze do przeczytania i zrozumienia niż nie-zdania, a więc słowa-osobno (co przeczy intuicji, która każe oczekiwać, że ciąg słów – niezwiązanych gramatycznymi relacjami – wyda się odbiorcy łatwiejszy w odbiorze niż ciąg słów plus jego „gramatyczne brutto”):

Zestaw₁:(14) *Pieprz (,) pieprz!*(15) *pieprz, pieprz (!)*(16) *Sól (,) sól!*(17) *sól, sól (!)*Zestaw₂:(18) *Pieprz (,) sól!*(19) *pieprz, sól (!)*(20) *Sól (,) pieprz!*(21) *sól, pieprz (!)*

RIGHT ASSOCIACION

Strategia RIGHT ASSOCIACION pozwala przewidywać, że zdania – zarówno proste, jak i złożone – które rozwijają się w prawo, są łatwiejsze do (prze)czytania i (z)rozumienia od tych, które rozwijają się w lewo:

Zestaw₁:(22) *Oto siostrzenica czyjejs siostrzenicy.*(23) *Oto czyjejs siostrzenicy siostrzenica. (!)*(24) *Oto siostrzeniec czyjegos siostrzeńca.*(25) *Oto czyjegos siostrzeńca siostrzeniec. (!)*Zestaw₂:(26) *Babcia dziadka nosiła imię Anna.*(27) *Dziadka babcia nosiła imię Anna. (!)*(28) *Mama taty nosi imię Anna.*(29) *Taty mama nosi imię Anna. (!)*

NORMAL FORM

Strategia NORMAL FORM pozwala oczekiwać, że łatwiejsze do przeczytania i zrozumienia są zdania w szyku kanonicznym i zdania w stronie czynnej (w przeciwieństwie do zdań w szyku przestawnym i zdań w stronie biernej), jak również zdania, w których subiekt stanowi temat, oraz zdania, w których subiekt poprzedza obiekt. Ponadto zdania, w których nie doszło ani do separacji, ani do dyslokacji składników, są łatwiejsze do przetworzenia w stosunku do tych zdań, w których operacje te zaszły:

Zestaw₁:

- (30) *To jest prosiątko popychające jagniątko.*
 (31) *Oto jagniątko popychane przez prosiątko. (!)*
- (32) *To jest jagniątko popychające prosiątko.*
 (33) *Oto prosiątko popychane przez jagniątko. (!)*

Zestaw₂:

- (34) *Agata tuli Beatę.*
 (35) *Agata Beatę tuli. (!)*
- (36) *Beatę Agata tuli.*
 (37) *Beatę tuli Agata. (!)*
- (38) *Tuli Agata Beatę.*
 (39) *Tuli Beatę Agata. (!)*

Zestaw₃:

- (40) *Zeznanie Agaty jest dla Beaty wiary godne.*
 (41) *Zeznanie Agaty jest dla Beaty godne wiary. (!)*
- (42) *Agata zadość uczyniła życzeniu Beaty.*
 (43) *Agata uczyniła zadość życzeniu Beaty. (!)*

CLOSURE

Strategia CLOSURE pozwala oczekiwać, że parser przetwarza zdania w taki sposób, żeby jak najszybciej łączyć sąsiadujące ze sobą składniki i jak najszybciej zamykać znajdujące się w toku analizy konstrukcje. Pozwala ponadto przypuszczać, że zdania, które zawierają wtrącenia oznaczone, są łatwiejsze do przetworzenia od tych zdań, które zawierają wtrącenia nie-oznaczone, jako że wówczas odbiorca musi przeprowadzić najpierw analizę zdania i następnie jego reanalizę, co oznacza, iż wtrącenie nie-oznaczone zostanie zidentyfikowane wpierw – jako fraza werbalna, a potem – jako fraza zdaniowa:

Zestaw:

- (44) *Łukasz i Michał, osiwiali z przerażenia, pobledli.*
 (45) *Łukasz i Michał osiwiali z przerażenia pobledli. (!)*
- (46) *Łukasz i Michał, ocalali z wypadku, zbiegli.*
 (47) *Łukasz i Michał ocalali z wypadku zbiegli. (!)*

Wywód:

1. etap₁: analiza:1.1. $S \rightarrow NP + VP$ 1.2. $NP \rightarrow \text{Łukasz i Michał}$ 1.3. $VP \rightarrow \text{osiwili z przerażenia / ocalali z wypadku}$ 2. etap₂: reanaliza:2.1. $S \rightarrow NP + VP$ 2.2. $NP \rightarrow \text{Łukasz i Michał}$ 2.3. $S \rightarrow \text{osiwili z przerażenia / ocalali z wypadku}$ 2.4. $VP \rightarrow \text{pobledli / zbiegli}$

Strategia CLOSURE pozwala też oczekiwać, że osoby badane, pytane o wynik operacji, np. *Ile to jest: dwa plus dwa razy dwa?* i *Ile to jest: dwa razy dwa plus dwa?*, odpowiedzą zgodnie z przewidywaniami tej strategii, że: *Dwa plus dwa razy dwa to osiem*, zaś *Dwa razy dwa plus dwa to sześć* (co ciekawe, w obu przypadkach decydują nie prawa arytmetyki, które nakazują, żeby najpierw łączyć czynniki, a potem składniki, ale percepcja bliskości słów w zdaniach, tj. prawa percepcyjne):

(48) *Dwa plus dwa razy dwa równa się osiem.*

'(Dwa plus dwa) razy dwa równa się osiem.'

(49) *Dwa plus dwa razy dwa równa się sześć. (!)*

'Dwa plus (dwa razy dwa) równa się sześć.'

(50) *Dwa razy dwa plus dwa równa się sześć.*

'(Dwa razy dwa) plus dwa równa się sześć.'

(51) *Dwa razy dwa plus dwa równa się osiem. (!)*

'Dwa razy (dwa plus dwa) równa się osiem.'

Strategia CLOSURE sprawia też, że osoby badane, pytane o to, czy podmiot (Łukasz) dotknął narządem (ręką, nogą) przedmiot (piłkę), czy osobę (Michała), odpowiadają za każdym razem podobnie, chcąc jak najprędzej zamknąć przetwarzaną frazę. Mianowicie, nawet mimo ryzyka pleonazmu i antynomii, w pierwej – w pierwszej kolejności – próbują inkorporować składnik o roli 'organ' do predykatu nadrzędnego (lewego), potem – w drugiej kolejności – w drodze reanalizy dołączają go (poprawnie) do predykatu podrzędnego (prawego):

(52) *Łukasz dotknął piłkę ręką dotykając Michała.*(53) *Łukasz dotknął piłkę nogą dotykając Michała.*(54) *Łukasz kopnął piłkę nogą dotykając Michała.*(55) *Łukasz rzucił piłkę ręką dotykając Michała.*

(56) *Łukasz kopnął piłkę ręką dotykając Michała.*

(57) *Łukasz rzucił piłkę nogą dotykając Michała.*

Kluczowa część mojej pracy to refleksja nad statusem strategii percepcyjnych, mianowicie próba znalezienia odpowiedzi na pytanie o to, czy strategie percepcyjne wystarczają do tego, żeby przetworzyć każde zdanie, oraz czy w zbiorze strategii percepcyjnych nie istnieją, poza strategiami pro-percepcyjnymi, również strategie anty-percepcyjne, czyli takie, które kolidują z prawami percepcyjnymi. Szczególną uwagę poświęcę czterem strategiom w dwóch parach: COORDINATION IS EASIER i MAIN CLAUSURE FIRST, LATE CLOSURE i MINIMAL ATTACHMENT.

COORDINATION IS EASIER i MAIN CLAUSURE FIRST¹⁶

Strategie COORDINATION IS EASIER i MAIN CLAUSURE FIRST opisują i wyjaśniają to, w jaki sposób parser językowy łączy zdania proste w zdania złożone, preferując przy tym struktury parataktyczne jako łatwiejsze, aniżeli hipotaktyczne jako trudniejsze, przy czym, co pokażę, pierwsza strategia koresponduje, a druga strategia koliduje z prawami percepcyjnymi.

COORDINATION IS EASIER

Strategia COORDINATION IS EASIER pozwala wnosić, że zdania – zarówno proste, jak i złożone – ze składnikami współrzędnymi są łatwiejsze do przeczytania i zrozumienia od zdań ze składnikami podrzędnymi. Najprawdopodobniej strategia ta obsługuje nie tylko gramatykę „zewnątrz słów” (syntaktykę), ale również gramatykę „wewnątrz słów” (morfotaktykę), czyli wyrażenia typu: *biało-żółty* > *białożółty* i *żółto-biały* > *żółtobiały*:

Zestaw₁:

(58) *Beata dusi Agatę i Agata dusi Beatę.*

(59) *Beata dusi Agatę, która dusi Beatę. (!)*

(60) *Beata kusi Agatę i Agata kusi Beatę.*

(61) *Beata kusi Agatę, która kusi Beatę. (!)*

Zestaw₂:

(62) *Oto siostrzeniec i siostrzenica.*

(63) *Oto siostrzeniec z siostrzenicą. (!)*

(64) *Oto siostrzeniec i siostrzenica.*

(65) *Oto siostrzeniec siostrzenicy. (!)*

¹⁶ Strategie te obszernie charakteryzują: Prideaux & Baker, 1986.

- (66) *Oto siostrzenica i siostrzeniec.*
 (67) *Oto siostrzenica z siostrzeńcem. (!)*

- (68) *Oto siostrzenica i siostrzeniec.*
 (69) *Oto siostrzenica siostrzeńca. (!)*

Strategia COORDINATION IS EASIER jest strategią pro-percepcyjną. Osoby badane, pytane o kolejność zdarzeń w zdaniu (np. o to, kto krzyknął pierwszy lub drugi), odpowiadają zwykle, wskazując podmiot w zdaniu – poprzedniku lub następniku. Innymi słowy: sekwencje linearne w zdaniu odwzorowują izomorficznie relacje temporalne w świecie, zupełnie wbrew logice (klasycznemu rachunkowi zdań), która nie stoi na straży kolejności, lecz prawdziwości obu członów koniunkcji:

Zestaw₁:

- (70) *Łukasz krzyknął i Michał krzyknął. Kto krzyknął pierwszy? Łukasz.*
 (71) *Łukasz krzyknął i Michał krzyknął. Kto krzyknął pierwszy? Michał. (!)*
 (72) *Michał krzyknął i Łukasz krzyknął. Kto krzyknął drugi? Łukasz.*
 (73) *Michał krzyknął i Łukasz krzyknął. Kto krzyknął drugi? Michał. (!)*

Zestaw₂:

- (74) *Łukasz i Michał zbiegli z wypadku i ocalali.*
 (75) *Łukasz i Michał, zbiegli z wypadku, ocalali. (!)*
 (76) *Łukasz i Michał pobledli z przerażenia i osiwiali.*
 (77) *Łukasz i Michał, pobledli z przerażenia, osiwiali. (!)*

MAIN CLAUSURE FIRST

Strategia MAIN CLAUSURE FIRST głosi, że parser łatwiej, a więc szybciej i poprawniej, przetwarza zdania złożone, w których pierwsze zdanie składowe jest nadrzędne, drugie zaś podrzędne, niż odwrotnie. Innymi słowy: pozwala ona antycypować, iż zdania złożone podrzędnie z poprzednikiem-nadrzędnikiem są łatwiejsze do czytania i rozumienia niż zdania złożone podrzędnie z poprzednikiem-podrzędnikiem. Strategię tę przedstawię bliżej, sięgając po specjalne – spreparowane pod kątem testowanych hipotez – przykłady. Materiał językowy, jaki prezentowałem osobom badanym, stanowią zdania testowe, które kwalifikuje się zwykle jako zdania ekstensjonalne, czyli zdania złożone podrzędnie okolicznikowe czasu przeszłego i zaprzeszłego, a także okolicznikowe przyczyny i celu:

- (78) *Łukasz krzyknął, kiedy Michał krzyknął.*
 (79) *Kiedy Michał krzyknął, Łukasz krzyknął. (!)*

(80) *Łukasz krzyknął, zanim Michał krzyknął.*

(81) *Zanim Michał krzyknął, Łukasz krzyknął. (!)*

(82) *Łukasz krzyknął, dlatego że Michał krzyknął.*

(83) *Dlatego że Michał krzyknął, Łukasz krzyknął. (!)*

(84) *Łukasz krzyknął po to, żeby Michał krzyknął.*

(85) *Po to, żeby Michał krzyknął, Łukasz krzyknął. (!)*

Zdania testowe różnią się od siebie w szczególności, dogodny dla eksperymentatora, sposób. Na przykład zdania złożone podrzędnie okolicznikowe czasu przeszłego i czasu zaprzęskiego różnią się od siebie pod tym względem, że w zdaniu z zaimkiem *kiedy (gdy)* zdanie podrzędne $[q]$ opisuje zdarzenie wcześniejsze – dalsze od terażniejszości – niż zdanie nadrzędne $[p]$, z kolei w zdaniu ze spójnikiem *zanim (nim)* zdanie podrzędne $[q]$ opisuje zdarzenie późniejsze – czyli bliższe terażniejszości – od zdania nadrzędnego $[p]$. Zdania złożone podrzędnie okolicznikowe przyczyny i celu różnią się od siebie pod tym względem, że w zdaniu ze spójnikiem *dlatego że (ponieważ)* zdanie podrzędne $[q]$ opisuje zdarzenie wcześniejsze – tj. dalsze od terażniejszości – niż zdanie nadrzędne $[p]$, natomiast w zdaniu ze spójnikiem *po to, żeby (by)* zdanie podrzędne $[q]$ opisuje zdarzenie późniejsze – czyli bliższe terażniejszości – od zdania nadrzędnego $[p]$:

1. $[p]$, *dlatego że (ponieważ) [q]*, gdzie: $t(p) < t(q)$

2. $[p]$, *kiedy (gdy) [q]*, gdzie: $t(p) < t(q)$

3. $[p]$ *po to, żeby (by) [q]*, gdzie: $t(p) > t(q)$

4. $[p]$, *zanim (nim) [q]*, gdzie: $t(p) > t(q)$

Badania, jakie prowadziłem, polegały na tym, że do zdań testowych wprowadziłem pewien konflikt – między statusem syntaktycznym i percepcyjnym (mianowicie następstwem czasów) zdań składowych jako poprzedników i następników oraz jako podrzędników i nadrzędników, co pozwoliło sformułować dwie, wzajemnie wykluczające się i rywalizujące z sobą hipotezy. Hipoteza heteronomiczna przewiduje, że zdanie złożone podrzędnie okolicznikowe, w którym zdanie składowe, które opisuje zdarzenie wcześniejsze, jest poprzednikiem – tj. znajduje się w prepozycji w relacji do zdania składowego, które opisuje zdarzenie późniejsze – czytający i/lub słuchający powinien przetworzyć poprawniej oraz szybciej aniżeli zdanie złożone podrzędnie okolicznikowe, w którym zdanie składowe, które opisuje zdarzenie wcześniejsze, znajduje się w postpozycji w relacji do zdania składowego, które opisuje zdarzenie późniejsze. Hipoteza ta przyjmuje, iż syntaksa podporządkowuje się percepcji. Z kolei hipoteza autonomiczna przewiduje, że zdanie złożone podrzędnie okolicznikowe, w którym zdanie składowe nadrzęd-

ne znajduje się w prepozycji w relacji do zdania składowego podrzędnego – bez względu na następstwo czasu – czytający i/lub słuchający powinien przetworzyć poprawniej oraz szybciej niż zdanie złożone podrzędnie okolicznikowe, w którym zdanie składowe nadrzędne znajduje się w postpozycji w relacji do zdania składowego podrzędnego. Co kluczowe, prognozy obu hipotez są zbieżne w wypadku zdań złożonych podrzędnie okolicznikowych czasowych zaprzeczonych i celowych, a rozbieżne w wypadku zdań złożonych podrzędnie okolicznikowych czasowych przeszłych i przyczynowych.

Okazuje się, że osoby badane nie tylko, wyjątkowo zgodnie, kategoryzują zdania złożone z podrzędnikiem-poprzednikiem jako trudniejsze, ale również popełniają więcej błędów, kiedy udzielają odpowiedzi na pytania – do zdań złożonych z podrzędnikiem-poprzednikiem – o to, kto krzyknął pierwszy, a kto drugi. Co decydujące, parser językowy, przetwarzając materiał, ignoruje prawa percepcyjne i akceptuje prawa syntaktyczne, które nakazują, żeby nadrzędnik był poprzednikiem, natomiast podrzędnik – następnikiem (bez względu na kolejność, w jakiej zdarzenia te wystąpiły w czasie). Co ciekawe, odbiorcy, przetwarzając zdania możliwe i nie-możliwe, zachowują się dokładnie tak samo, jak poprzednio, a więc preferują, jako łatwiejsze, zdania z nadrzędnikiem-poprzednikiem od zdań z podrzędnikiem-poprzednikiem, nawet jeżeli porządek ów przeczy ich wiedzy o świecie:

(86) *Łukasz skinął, kiedy/zanim skonał.*

(87) *Kiedy/zanim Łukasz skonał, skinął. (!)*

(88) *Łukasz skonał, kiedy/zanim skinął.*

(89) *Kiedy/zanim Łukasz skinął, skonał. (!)*

LATE CLOSURE i MINIMAL ATTACHMENT¹⁷

Strategie percepcyjne LATE CLOSURE i MINIMAL ATTACHMENT opisują to, w jaki sposób parser łączy składniki zdań, forsując – z jednej strony – składniki linearnie bliższe oraz – z innej strony – składniki strukturalnie prostsze, przy czym, czego postaram się dalej dowieść, pierwsza strategia koresponduje, a druga strategia koliduje z prawami percepcyjnymi.

LATE CLOSURE

Strategia LATE CLOSURE mówi, że parser włącza składnik do drzewa (wiąże składniki nowy i stary) w taki sposób, że wiążąc ze sobą składniki, przetwarza aktualnie składnik stary. Strategia ta jest taktiką pro-percepcyjną, jako że istnieją zdania testowe, jakie parser analizuje w taki sposób, że wiążąc ze sobą słowa, preferuje relacje syntaktyczne, które akceptują prawa percepcyjne. Osoby bada-

¹⁷ Strategie te przystępnie omawia: Frazier, 1979.

ne, indagowane o podmiot gramatyczny w zdaniu podrzędnym, odpowiadają, wskazując (na) składnik nowy i linearnie najbliższy (przylegający) w relacji do składnika starego, zgodnie z odpowiednim prawem percepcyjnym (czyli osoby zapytane o to, kto zachorował lub kto przyjechał, odpowiadają, wskazując (na) ciotkę i matkę, a nie – babcię i babkę):

(90) *Oto babcia ciotki, która wczoraj zachorowała. Kto zachorował? Ciotka.*

(91) *Oto babcia ciotki, która wczoraj zachorowała. Kto zachorował? Babcia. (!)*

(92) *Oto babka matki, która dzisiaj przyjechała. Kto zachorował? Matka.*

(93) *Oto babka matki, która dzisiaj przyjechała. Kto zachorował? Babka. (!)*

MINIMAL ATTACHMENT

Strategia MINIMAL ATTACHMENT głosi, iż parser włącza składnik do drzewa – tj. wiąże składniki nowy i stary – w taki sposób, że operuje minimalną liczbą węzłów w drzewie i postępuje zgodnie z normą poprawności języka. W moim osądzie strategia ta jest taktyką anty-percepcyjną, mianowicie istnieją zdania testowe, które parser przetwarza w taki sposób, że wiążąc ze sobą składniki, preferuje relacje syntaktyczne, natomiast ignoruje prawa percepcyjne. Otóż okazuje się, że osoby badane – zapytane o PP – odpowiadają, wskazując na daleką NP, nad którą symbol S dominuje bezpośrednio, a nie – na przylegającą NP, nad którą symbol S dominuje pośrednio, a symbol VP – bezpośrednio. Parser językowy preferuje zatem relację dalszą linearnie, ale prostszą strukturalnie. Na przykład osoby badane, pytane o to, kto nie ma okularów i kto ma piłkę, odpowiadają, wskazując w zdaniach testowych odpowiednio – na Łukasza, a nie – na Michała:

(94) *Łukasz widzi Michała bez okularów. Kto nie ma okularów? Łukasz.*

(95) *Łukasz widzi Michała bez okularów. Kto nie ma okularów? Michał. (!)*

(96) *Łukasz czeka na Michała z piłką. Kto ma piłkę? Łukasz.*

(97) *Łukasz czeka na Michała z piłką. Kto ma piłkę? Michał. (!)*

Co decydujące, drzewo syntaktyczne, opisujące rozbiór gramatyczny zdań testowych zgodnie z prawami percepcyjnymi, zawiera więcej węzłów niż drzewo syntaktyczne opisujące rozbiór gramatyczny zdań testowych niezgodnie z prawami percepcyjnymi, co wyraźnie widać, kiedy policzy się różnicę w liczbach poziomów (węzłów) w tabelach (drzewach) dla derywacji pro-percepcyjnej (tabela górna) i anty-percepcyjnej (tabela dolna) w zdaniach typu *Łukasz widzi Michała bez okularów*; jak widać gołym okiem, derywacja pro-percepcyjna jest bardziej złożona niż derywacja anty-percepcyjna:

TABELA 1. Drzewa wyvodu dla derywacji pro-percepcyjnej (tabela górna) oraz derywacji anty-percepcyjnej (tabela dolna)

S				
NP	VP			
NP	VP	NP		
NP	VP		PP	
N	V	N	P	N
<i>Łukasz</i>	<i>widzi</i>	<i>Michała</i>	<i>bez</i>	<i>okularów</i>
1	2	3	4	5

S				
NP			VP	
NP	PP		VP	NP
N	P	N	V	N
<i>Łukasz</i>	<i>bez</i>	<i>okularów</i>	<i>widzi</i>	<i>Michała</i>
1	4	5	2	3

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Posumowanie

Badania, które przeprowadziłem, mają charakter rekonesansowy i prope-deutyczny. Można powiedzieć, że stanowią pewien rodzaj pretestu i preparacji, które dopiero przygotowują zrąb przyszłych studiów eksperymentalnych, m.in. chronometrycznych. Niemniej wstępne wyniki pozwalają wnosić, że najprawdo-podobniej strategii odkryte na gruncie języka angielskiego są również aktywne w środowisku języka polskiego, ale także – co najważniejsze – odznaczają się pewną realnością psychologiczną.

Ogólnie rzecz biorąc, w kwestii stosunków relacji percepcyjnych i syntaktycznych między składnikami zdań można sformułować dwie wykluczające się hipotezy, czyli heteronomiczną i autonomiczną. Po pierwsze, hipoteza heterono-miczna głosi dominację relacji percepcyjnych nad syntaktycznymi, co oznacza, iż wszystkie relacje syntaktyczne są percepcyjne, w związku z czym jedne i drugie nie mogą z sobą kolidować. Po drugie, hipoteza autonomiczna zakłada prymat relacji syntaktycznych nad percepcyjnymi, co znaczy, że co najmniej niektóre spośród relacji syntaktycznych nie są percepcyjne, w związku z czym między jednymi i drugimi może zachodzić konflikt. Wyniki, jakie uzyskałem, dostarczają – wstępnie i roboczo – argumentów, które przemawiają za hipotezą autonomiczną, zgodnie z którą syntaksa jest – przynajmniej w niewielkim stopniu – niezależna od percepcji, oraz, co za tym idzie, lingwistyka gramatyczna jest nie do końca

zależna od psychologii poznawczej. Ergo: niewykluczone, że język i mowa są suplementem (aneksem) do procesów kognitywnych i behawioralnych, ale jakże ważnym i, co kluczowe, jednak – co najmniej w niewielkim stopniu (w wypadku konstrukcji o wyższym stopniu komplikacji!) – odrębnym.

Zakończenie

W swojej pracy, po pierwsze, zaprezentowałem najistotniejsze, w moim mniemaniu, teorie parsera gramatycznego. Po drugie, podjąłem próbę wykazania tego, że niektóre jego ujęcia są, jako symulacje tego, w jaki sposób funkcjonuje, niewystarczające¹⁸. Po trzecie, zwróciłem uwagę na to, że istnieje pilna potrzeba, aby skonstruować i skontrolować model gramatyczny rozbioru syntaktycznego zdań i sądów (przy użyciu technik doświadczalnych), który cechowałby się adekwatnością deskrypcyjną w relacji do języka i mowy oraz adekwatnością eksplanacyjną w relacji do mózgu i umysłu. Co ważne, poszukiwany model winien symulować to, jak parser gramatyczny analizuje i/lub syntetyzuje zdania i sądy „trudniejsze” pod względem linearnym i strukturalnym, ze względu na większe zaangażowanie magazynów pamięciowych i mocy operacyjnych. Rzecz jasna – przypomnę raz jeszcze – pomysły, jakie w swojej pracy zawarłem i starałem się wstępnie uzasadnić, należy przetestować „w ogniu badań eksperymentalnych”.

Bibliografia

- AITCHISON, J. (2008). *The Articulate Mammal. An introduction to psycholinguistics*. London and New York: Routledge.
- ALTMANN, G.T.M. (2001). The language machine: Psycholinguistics in review. *British Journal of Psychology*, 92, 129–170.
- BEVER, T.G. (1970). The cognitive basis for linguistic structures. In: J.R. HAYES (Ed.), *Cognition and the development of language* (pp. 270–362). New York: Wiley.
- BEVER, T.G., LACKNER, J.R., & KIRK, R. (1969). The underlying structure of sentences are the primary units of immediate speech processing. *Perception and Psychophysics*, 5, 225–231.
- BRANSFORD, J.D., & FRANKS, J.J. (1971). The abstraction of linguistic ideas. *Cognitive Psychology*, 2, 331–350.
- BRZEZIŃSKI, J. (2012). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: PWN.
- FODOR, J.D., & FRAZIER, L. (1980). Is the human sentence parsing mechanism ATN? *Cognition*, 8, 417–459.

¹⁸ Por. model percepcyjnych strategii rozumienia mowy.

- FRAZIER, L. (1979). *On comprehending sentences: Syntactic parsing strategies*. Indiana: Indiana University Linguistics Club.
- FRAZIER, L., & CLIFTON, Ch. (1996). *Construal*. Cambridge: M.I.T. Press.
- FRAZIER, L., & FODOR, J.A. (1978). The sausage machine: a new two stage parsing model. *Cognition*, 6, 291–325.
- GLEASON, J.B., & RATNER, N.B. (2005). *Psycholingwistyka* (J. BOBRYK, tłum.). Gdańsk: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.
- GORRELL, P. (1995). *Syntax and parsing*. Cambridge: Cambridge University Press.
- GREENE, J. (1977). *Psycholingwistyka. Chomsky a psychologia* (J. ŁASZCZ, tłum.). Warszawa: PWN.
- JOHNSON-LAIRD, P.N. (1974). Experimental psycholinguistics. *Annual Review of Psychology*, 25, 135–160.
- JOHNSON-LAIRD, P.N. (1983). *Mental models*. Cambridge: Cambridge University Press.
- KIMBALL, J. (1973). Seven principles of surface structure parsing in natural language. *Cognition*, 2, 15–47.
- KINTSCH, W. (1988). The use of knowledge in discourse-processing: A construction-integration model. *Psychological Review*, 95, 163–182.
- KURCZ, I. (2000). *Psychologia języka i komunikacji*. Warszawa: Scholar.
- LAL, C.S.L., FISHER, S.E., HURST, J.A., VARGHA-KHADEM, F., & MONACO, A.P. (2001). A forkhead-domain gene is mutated in a severe speech and language disorder. *Nature*, 413, 519–523.
- LANGACKER, R. (2009). *Gramatyka kognitywna. Wprowadzenie* (tłum. zbiorowe). Kraków: Universitas.
- MARCUS, G.F. (1980). *A theory of syntactic recognition for natural language*. Cambridge: M.I.T. Press.
- MARR, D. (1982). *Vision: A Computational Investigation into the Human Representation and Processing of Visual Information*. New York: M.I.T. Press.
- MAZURKIEWICZ-SOKOŁOWSKA, J. (2006). *Transformacja i strategie wiązania w lingwistycznych badaniach eksperymentalnych*. Kraków: Universitas.
- PINKER, S. (1994). *The Language Instinct: The New Science of Language and Mind*. London: Penguin.
- PRIDEAUX, G.D., & BAKER, W.J. (1986). *Strategies nad Structures: The processing of relative clauses*. Amsterdam–Philadelphia: J. Benjamins.
- PRITCHETT, B.L. (1992). *Grammatical competence and parsing performance*. Chicago: University of Chicago Press.
- SACHS, J.S. (1967). Recognition memory for syntactic and semantic aspects of connected discourse. *Perception and Psychophysics*, 2, 437–442.
- SIUTA, J. (red.). (2006). *Słownik psychologii*. Kraków: Krakowskie Wydaw. Naukowe.
- SLOBIN, D.I. (1973). Cognitive prerequisites for the development of grammar. In: C.A. FERGUSON, & D.I. SLOBIN (Eds.), *Studies of Child Language Development* (pp. 175–208). New York: Holt, Rinehart and Winston.
- TALMY, L. (2000). *Towards a cognitive semantics*. Cambridge: M.I.T. Press.
- TOWNSEND, D.J., & BEVER, T.G. (2001). *Sentence Comprehension: The Integration of Habits and Rules*. Cambridge: M.I.T. Press.
- TRAXLER, M.J., & GERNSBACHER, M.A. (Eds.). (2006). *Handbook of psycholinguistics*. London: Academic Press.



JACEK J. BŁESZYŃSKI

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

0000-0002-6553-0550

Samoocena autyzmu – jak osoby ze spektrum zaburzeń autyzmu odbierają autyzm Badania netnograficzne

Autistic Self-perception: How Do the ASD Individuals Perceive Autism? A Netnographic Study

ABSTRACT: From the times of Leon Kanner, autism was presented as a clinical image of behaviours. The descriptions were as comprehensive as possible, the diagnostic systems and therapies were optimised, and the analyses of various approaches to the etiology of autism were carried out. The contemporary knowledge is founded mainly on the analyses of behaviours, observations, and experiments. Cognition or self-awareness, which is a priority concept in this matter, can also be seen in the objects human beings create: in this case, people diagnosed with autism. The research was conducted at the turn of 2018 and 2019. The aim of the study was acquiring knowledge of autism perception by the individuals who are affected by ASD and able to communicate, according to the age and sex of the respondents. The research was conducted on 168 individuals diagnosed with autism (90 women and 78 men). The innovative aspect of this project lies in using the netnography method for collecting and analysing data. The findings of the research have helped to expand the knowledge of problems that ASD individuals experience and have allowed the subjects of the research to share their own perspectives, including the effect of social labeling on their position in the society.

KEY WORDS: self-reflection, autism, autism spectrum disorders

Zainicjowane badania z osobami dorosłymi z diagnozą autyzmu są przedsięwzięciem wielokierunkowymi i wieloetapowym. Mają one na celu dokonanie rewizji dotychczasowej wiedzy na temat tego zaburzenia, jak również podejmowanie optymalnych działań w inkluzji społecznej tej grupy osób. Dokonanie takich analiz stało się realne np. dzięki możliwości prowadzenia badań wśród osób mogących przedstawić swoje doświadczenia (przede wszystkim osób z PDD, wysokofunkcjonujących, jak również komunikujących się), co jest związane z ukształtowaniem się na odpowiednim poziomie świadomości społecznej i kultury inkluzyjnej, która niewątpliwie bazuje na odejściu od klasyfikowania i oceniania w celu plasowania (co niewątpliwie umożliwiła nowa klasyfikacja DSM 5, wprowadzając

opisową charakterystykę stopni ZSA). Równie istotna jest możliwość zastosowania zindywidualizowanych form i metod (bez bezpośredniego kontaktu *face to face* – z wykorzystaniem wywiadu pogłębionego netnograficznego) zdobywania informacji / materiału badawczego.

Ważna jest zmiana perspektywy podejścia do samego poznania jako procesu pozyskiwania informacji, tj. uświadomienia znaczenia wykorzystania badań jakościowych w poszukiwaniu subiektywnych i zobiektyzowanych koncepcji autyzmu – zaburzenia ze spektrum autyzmu. W tym celu należy odwołać się do ukierunkowanej na poznanie drugiego człowieka filozofii poznania.

Poznanie drugiego – od Edmunda Husserla do Adama Węgrzeckiego

Poznanie, wychodząc od założeń przedstawionych przez Edmunda Husserla (1974), jest poszukiwaniem możliwości przekraczania granic psychofizycznego odbicia obrazu w filozofii. Autor ten wskazał dwoistość poznania, iż „[O]statecznym podmiotem fenomenologicznym, który nie podlega żadnemu wyłączeniu i sam jest podmiotem wszelkiego ejdetyczno-fenomenologicznego badania, jest czyste Ja” (s. 247). Poznanie drugiej osoby może opierać się tylko na wczuciu (*Einfühlung*) jako pośrednim uobecnieniu (s. 281). Jak zaznaczał filozof: „[I]nnych mogę doświadczać, ale tylko przez wczucie, swej własnej treści mogą doświadczać przez źródłową percepcję jedynie oni [...] przeżycia innych są dostępne doświadczeniu przeze mnie jedynie pośrednio – wczuciowo” (s. 283). To podejście jest obarczone dużym subiektywizmem, które Edith Stein (1917, s. 68) zmieniła, zwracając uwagę, iż jako jednostka znajdujemy się we wspólnocie ludzkiej. Tak więc wczucie to rodzaj doświadczenia w bycie przestrzenno-czasowym z materialnymi procesami i przeżyciami psychicznymi. Właśnie ta perspektywa poszerza pola doświadczenia, staje się pogłębionym elementem rozumienia: „[N]ie przez odczucie jedności doświadczamy innych, lecz przez wczuwanie, przez wczucie staje się możliwe odczucie jedności i wzbogacenie własnego przeżywania” (s. 19, tłum. własne). Na tej podstawie jest tworzona świadomość odrębności fizycznej (np. części ciała) i psychicznej (doznań, myśli własnych i innych doznań). Doświadczenie jest szczytywaniem „fenomenów wyrazowych”. To właśnie wczucie pozwala na wniknięcie w akty drugiego człowieka, jego swoistą sferę bytu będącą osobową duchowością.

Max Scheler stworzył teorię poznania, która stanowi obecnie podstawę poznania w naukach humanistycznych. Człowiek, jako byt społeczny, spostrzega drugiego człowieka należącego do swoistej sfery bytu określanej jako „świat Ty (*Duwelt*)”. To interakcjonizm, który występuje pomiędzy zbiorowością, która kształtuje spo-

sób przeżywania ludzi wzajemnie. Jak zauważa Adam Węgrzecki (1992): „[W]e wspólnocie życiowej drugi człowiek prezentuje się dzięki bezpośrednim spostrzeżeniom i współprzeżywaniu. Natomiast dla społeczeństwa zmienne jest oddzielenie w drugim człowieku »przeżycia« i »cielesnego ruchu wyrazowego«” (s. 50).

Na bazie doświadczeń psychicznych (tj. pojawiających się na podstawie wewnętrznego spostrzeżenia własnego lub cudzego przeżycia) budujemy doświadczenie świata. „[T]en kierunek aktów obejmuje [swoją – J.J.B.] »możliwością« z góry także Ja i przeżywanie innego [człowieka – J.J.B.], dokładnie tak jak moje Ja i przeżywanie w ogóle [przy czym – J.J.B.] obejmuje nie tylko bezpośrednią »teraźniejszość«” (Scheler, 1980, s. 243). Poznanie drugiej osoby nie może przebiegać prawidłowo, jeżeli ten proces nie odbędzie się w sposób spontaniczny (Scheler, 1972, s. 165), na podłożu emocjonalnym. To miłość jest w stanie zwrócić uwagę na drugiego człowieka. Każdy z nas stanowi absolutne indywiduum, będące swoją wartością – co jest szczególnie cenne dla całego społeczeństwa. Poznanie drugiego człowieka odbywa się poprzez „przeżywanie cudzego przeżywania (*Nach-leben*) i współprzeżywanie (*Mit-liben*)” (s. 284–285, tłum. własne). To ukazanie innego wymiaru poznania, w którym zwraca się uwagę na autorefleksję dotyczącą samoświadomości, czyli na to, w jakim zakresie jednostka rozumie sama siebie. Ta świadomość jest warunkiem tego, „aby osoba mogła dać do zrozumienia innej, [...] czym jest to, co myśli, czego nie chce, co kocha” (Scheler, 1980, s. 338). Scheler wskazał na walor autokreacji osoby poznającej, wczuwającej – to akt twórczego rozwoju otwartości na innych. Ograniczeniem naszego poznania jest jedynie miłość, jako głębokie uczucie umożliwiające poznanie innej osoby, które nie będzie jednak nigdy pełne, całkowite.

Poszukiwanie optymalnych możliwości poznania drugiej osoby to zakres zainteresowań Węgrzeckiego (1992). Według niego samookreślający się poznawczo byt „staje się bytem, który nadal określa i samookreśla, ale również jest poznawczo określony i to ze źródła, które znajduje się poza nim. Do wyników samookreślenia mogą dołączyć się rezultaty określenia bytu człowieka przez kogoś innego” (s. 127). To samopoznanie wiąże się z poznaniem drugiego człowieka, który staje się niejako tłem, który zaznacza i odcina byt człowieka – w cudzych manifestacjach człowiek odnajduje odbicie samego siebie. To dzięki kontaktowi z drugim człowiekiem następuje cały proces samopoznania. Będąc więc naukowcem, zainteresowanym poznawaniem innych, sam się kształtuję. Otwartość na innych staje się ubogacającym elementem autokreowania samego siebie. Jak zauważa Węgrzecki, „[B]yt własny człowieka manifestuje się w spotkaniu z drugim na różnych poziomach, zawierających się między biegunami pełni, adekwatności i autentyczności a biegunami niepełności, nieadekwatności i nieautentyczności” (s. 132). Współistnienie, współuczestnictwo stało się w tym wymiarze poznawczym ważne i niczym niezastępowalne: „[D]zięki doświadczeniu możliwym jest więc wgląd w swoisty wymiar bytu ludzkiego, w to, co czyni drugiego człowieka czymś niepowtarzalnym” (s. 132).

Zmiana podejścia w zakresie poznania osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Wydaje się zasadnym wyjście w tym podrozdziale od określenia, czym jest epistemologia. Otóż to teoria poznania, jako dziedzina zajmująca się poznaniem i wiedzą, wprowadzająca dwojaki sposób poznania (Benton & Craib, 2003, s. 183–184). Teoria racjonalistyczna opiera się na rozumie (z tego nurtu wywodzą się nauki ścisłe), jako wytworze naszego umysłu – kartezjańskie *Cogito ergo sum* pozwala na wprowadzenie elementu weryfikacji dotychczasowego poznania.

Drugi nurt – empiryzm – w zdobywaniu wiedzy prymat przyznaje doświadczeniu (por. Hetmański, 2007; Woleński, 2007; Ziemiński, 2001). To podejście wskazuje na różnorodność i specyficzność dokonującego się procesu poznawczego. Zgodnie z tą teorią to indywidualne poznanie powoduje wielość możliwości, sposobów wyjaśniania zjawisk zmysłowych, z pozoru odbieranych jako takie same, sprawiając, iż konieczne staje się poszukiwanie możliwości stworzenia obiektywnego pola poznania. Działania zmierzają do znalezienia regularności w obrębie zjawisk społecznych (Burrell & Morgan, 1979, s. 7–10). Przykładem to obrazującym może być wyłonienie z badanej przez Leo Kanner'a grupy dzieci specyficznych cech uznanych za psychozę autystyczną; czy przez Andreasa Retta – specyficznych zachowań występujących u badanych dziewczynek. Odmiennie podejście prezentuje Alfred Schütz (2008), który zwraca uwagę na niemożliwość obiektywnego poznania – trzeba przeżyć zjawisko społeczne przez uczestniczenie w nim, aby móc je opisać.

Te skrajne podejścia wskazują na poszukiwania pomiędzy obiektywnym i subiektywnym poznaniem. Metafora epistemologiczna, o której mówi Gareth Morgan (1980; 1981; 1983; 2005), jest rodzajem zaangażowania się w życie świata: „Metafory używane są wtedy, kiedy usiłujemy zrozumieć jakiś fragment doświadczanej rzeczywistości za pomocą innego jej fragmentu” (2005, s. 11). Poznanie dokonuje się dzięki metaforom, które mogą stanowić wieloelementowe źródło poznania – na poziomie semantycznym (językowym) czy psychicznym (uzewnętrzniania przeżyć). To Husserlowskie *wczucie*, bez którego nie ma poznania i Morganowska *metafora* pozwalają na to, że „[N]asze teorie i wyjaśnienia dotyczące życia organizacji opierają się na metaforach prowadzących nas od widzenia i rozumienia organizacji w sposób charakterystyczny, ale jednak cząstkowy. Metaforę uważa się często po prostu za sposób upiększenia dyskursu, ale jej znaczenie jest o wiele większe. Użycie metafory jest bowiem konsekwencją »sposobu myślenia« i »sposobu widzenia«, które przenikają nasze rozumienie świata w ogóle” (s. 10–11). Problem subiektywizacji poznania przy pomocy metafor może powodować również zniekształcenia. Morgan przestrzega „jeden z interesujących aspektów metafory polega na tym, że zawsze daje ona... jednostronny pogląd na daną sprawę. Wysuwając na pierwszy plan pewne interpretacje, zmierza do zepchnięcia innych do roli tła” (s. 10–11).

Pogłębienie zagadnienia poznania osoby z zaburzeniem ze spektrum autyzmu może być dokonane w oparciu o podstawy teorii w nurcie transformacyjno-generatywnym, która została rozwinięta przez George'a Lakoffa, a w szczególności przez ukierunkowanie na zainteresowanie metaforą. Język i poznanie są powiązane ze sobą poprzez wpływanie na siebie. Metafora w ujęciu Lakoffa wpływa na nasz sposób postrzegania, myślenia i działania, jako próba przedstawiania naszych doświadczeń (Lakoff & Johnson, 2010, s. 7). Przez św. Tomasza z Akwinu duchowość jest przedstawiana metaforycznie w odniesieniu do doświadczeń materialnych, natomiast Clive S. Lewis podkreśla, iż w naszych doświadczeniach odnajdujemy rzeczywistość nie taką, jaką jest obiektywnie, ale jaka ukazuje się w naszym poznaniu. To nasze poznanie, doświadczenie jest kreatorem naszych metafor będących efektem naszego myślenia; kształtowania percepcji / przyjmowania koherentnych systemów pojęciowych opartych na naszym doświadczeniu; kształtowania naszego języka jako narzędzia poznania (Krzeszowski, 2010, s. 9).

Posługiwanie się metaforami pozwala na przedstawianie własnych przeżyć i doświadczeń, które według Lakoffa (Lakoff & Johnson, 2010, s. 41) mogą mieć charakter strukturalny (kiedy jedno pojęcie nadaje innemu strukturę metaforyczną) lub orientacyjny (ukazujące orientację przestrzenną – ale mające swoje umiejscowienie w doświadczeniu fizycznym i kulturowym). Ważnym elementem opisywania zjawisk jest otoczenie – kultura, w jakiej dokonuje się opis rzeczywistości: „[N]ajbardziej podstawowe wartości w danej kulturze są koherentne z metaforyczną strukturą najbardziej podstawowych pojęć występujących w tej kulturze” (s. 51). Dzięki metaforom ontologicznym możliwe staje się dokonanie określenia aspektów sytuacji czy zjawisk, określiłbym je jako uogólnienie oraz wyabstrahowanie umożliwiające wyłonienie wiązek, wspólnych elementów, jako **metafory** dotyczące **rzeczy i substancji** (np. kwantyfikowanie, uogólnianie celów itd.) (s. 56–58); **metafory pojemnika**, będące określeniem przestrzeni (s. 60–61); **personifikacja** (jako nadawanie cech ludzkich przedmiotom fizycznym) (s. 65–66); **metonimia** (jako nadawanie cech ludzkich zjawiskom, takim jak teorie, choroby) (s. 67). Takie ujęcie wydaje się szczególnie ważne w analizowaniu wypowiedzi osób z zaburzeniem ze spektrum autyzmu. W rozmowach z nimi mogą być używane metafory, często określane jako komunikat metaforyczny, język metaforyczny.

Przejście od wczucia, społecznego czynnika oddziaływania, poznania w odniesieniu do własnych doświadczeń, do kształtującego poznania bytu drugiego człowieka staje się istotnym modelem spojrzenia na badania nadające drugiej osobie nie tylko charakter przedmiotu czy podmiotu badanego, ale również wpływającego na odmienne spojrzenie na rozumienie – jako **auto-wczucia**, w ejdetyczno¹

¹ Ejdetyka (gr. *eidētikós* ‘idealny’, ‘formalny’; *éidos* ‘obraz’, ‘postać’, ‘wzór’) – w fenomenologii wiedza o tym, co istotne; termin ten wprowadził do swojej filozofii Edmund Husserl: fenomenologia według niego ma charakter ejdetyczny, tzn. w nieustannych zmianach zawartości jakiegos przedstawnienia szuka cech stałych, nie bada zjawiska w konkretnym ukształtowaniu, lecz jego istotę;

-fenomenologicznym ujęciu Husserlowskiego poznania człowieka. Takie podejście powinno charakteryzować nowe spojrzenie na autyzm / zaburzenie ze spektrum autyzmu, odchodzące od oceniania, klasyfikowania czy etykietowania. Dokonywanie ewaluowania i zmian nazw oznaczających nasilone cechy (autyzm, autyzm wczesnodziecięcy, zaburzenia ze spektrum autyzmu), jak również zaliczanie do zakresu terminologicznego (jako choroby, zaburzenia, inności, neuroróżnorodności itd.) stanowi typowy przykład stosowanych metafor – prób jak najbardziej adekwatnych do stanu wiedzy i zakresu prowadzonych analiz określeń. Obecny stan wiedzy przy dokonujących się przemianach społecznych pozwala na weryfikację podejścia i poszukiwania nowego spojrzenia i wprowadzenia nowego zakresu badań dotyczących specyfiki zawartej w określeniu „autyzm” i zachowań prezentowanych przez osoby tak zdiagnozowane.

Zmiana w zakresie percepcji osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu jest warunkiem nadążania za dokonującymi się przemianami w podejściu do tego zaburzenia. Do tej pory społeczeństwo definiowało autyzm / autyzm wczesnodziecięcy na podstawie obserwacji, tworzenia modeli teoretycznych. Sama zmiana nazwy na „zaburzenia ze spektrum autyzmu”, jak również wprowadzenie stopni – głębokości nasilenia występujących specyficznych zachowań (w DSM 5, ICD 11) – wskazuje na konieczność odejścia od pryncypialnego naznaczania, na rzecz poszukiwania nowych spojrzeń, perspektywy inkluzji.

Rozumienie – odbieranie autyzmu / zaburzenia ze spektrum autyzmu

W procesie badawczym napotykać możemy na klasyfikacyjne określenia autyzmu, które dotyczą odmienności związanej z występującymi zachowaniami (behawioralnymi). Głównymi elementami opisu są zachowania odbiegające od określonych wskaźników – dotyczące przede wszystkim zachowań społecznych, w tym komunikacyjnych (komunikacji i interakcji społecznych) oraz podejmowanych czynności (i związanych z nimi ograniczeń, powtarzających się wzorców zachowań lub czynności).

Powstałe koncepcje wyrosły na podejściu klinicznym, mającym przede wszystkim wysublimować charakterystyczne objawy pozwalające na ich wyróżnienie, określenie nasilenia i ewentualnych konsekwencji występowania. Podejście takie dotyczy zarówno analizy funkcjonalnej, jak i klinicznej, a celem jest wyjaśnienie odstępstwa od normy. Istotę terminu „norma” definiują słowniki, np. *Słownik*

Husserl zwykle posługiwał się przykładem trójkąta, którego definicja geometryczna jest niezależna od rozmiarów boków poszczególnych trójkątów (*Ejdetyka...*).

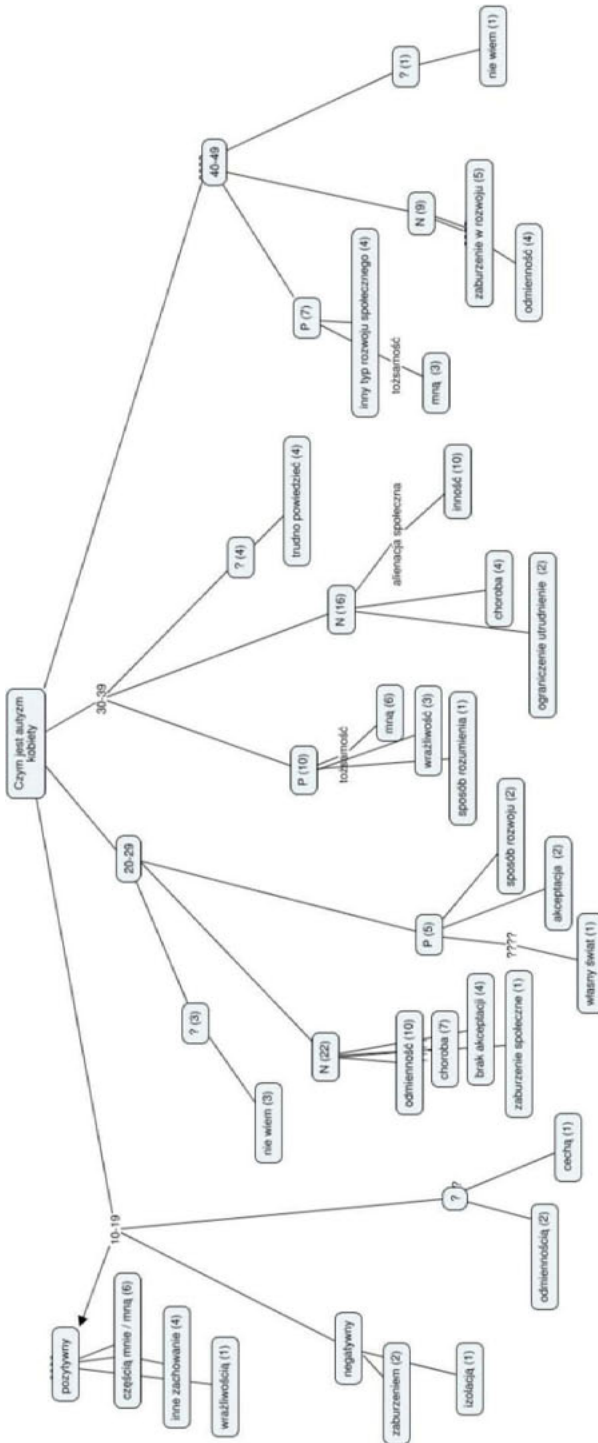
języka polskiego podaje: „ilość, miara, granica przewidziana jako wymagana lub obowiązująca w jakimś zakresie” (*Norma...*). Na pytanie, czy w dzisiejszych czasach potrzebne jest wyznaczanie norm szeroko rozumianych, odpowiada Tomasz Leś (2011): „[o]dpowiadając na zadane w tytule pytanie – czy możliwa jest pedagogika (jako nauka) bez norm? – należy stwierdzić, że nie jest możliwa. Warto jednak dodać, że tak jak trudno uzasadnić to, że pedagogika nie powinna zawierać zdań normatywnych, tak też trudno wskazać konkretny system normatywny, na którym powinna się opierać” (s. 56). Normę w pedagogice, a w szczególności w pedagogice specjalnej, stosujemy nie jako granicę, ale punkt odniesienia. Takie podejście obserwujemy w odniesieniu do wszelkich odstępstw, zarówno do rozwoju człowieka, jak również dysharmonii i występujących deficytów (choćby tylko probabilistycznie).

Odmiernym podejściem jest nurt inkluzyjny, humanistyczny, który pozwala na odwrócenie określenia normy definiowanej przez osoby opisywane. Obecnie, szczególnie w podejściu personalistycznym, podnoszony jest problem świadomości społecznej, jak również samoświadomości poszczególnych członków danego społeczeństwa, zwłaszcza do tej pory odrzucanych, wykluczanych, jak i marginalizowanych, co często prowadziło do pozbawiania ich różnorodnych praw i w konsekwencji do powstania idei eutanazji. Dzięki przemianom społecznym, jak również możliwościom wspomnianej inkluzji społecznej, osoby z deficytami (np. osoby z mózgowym porażeniem dziecięcym, autyzmem wysokofunkcyjnym itp.), dotychczas spotykające się z wykluczeniem, znalazły się w kręgu społecznego włączenia. Możliwość nawiązywania kontaktu z tymi osobami, jak również ich efektywność w strukturze społecznej pozwalają na spojrzenie z ich perspektywy na dotychczas jednostronnie formułowane twierdzenia i określenia dotyczące zjawiska, jakim jest autyzm.

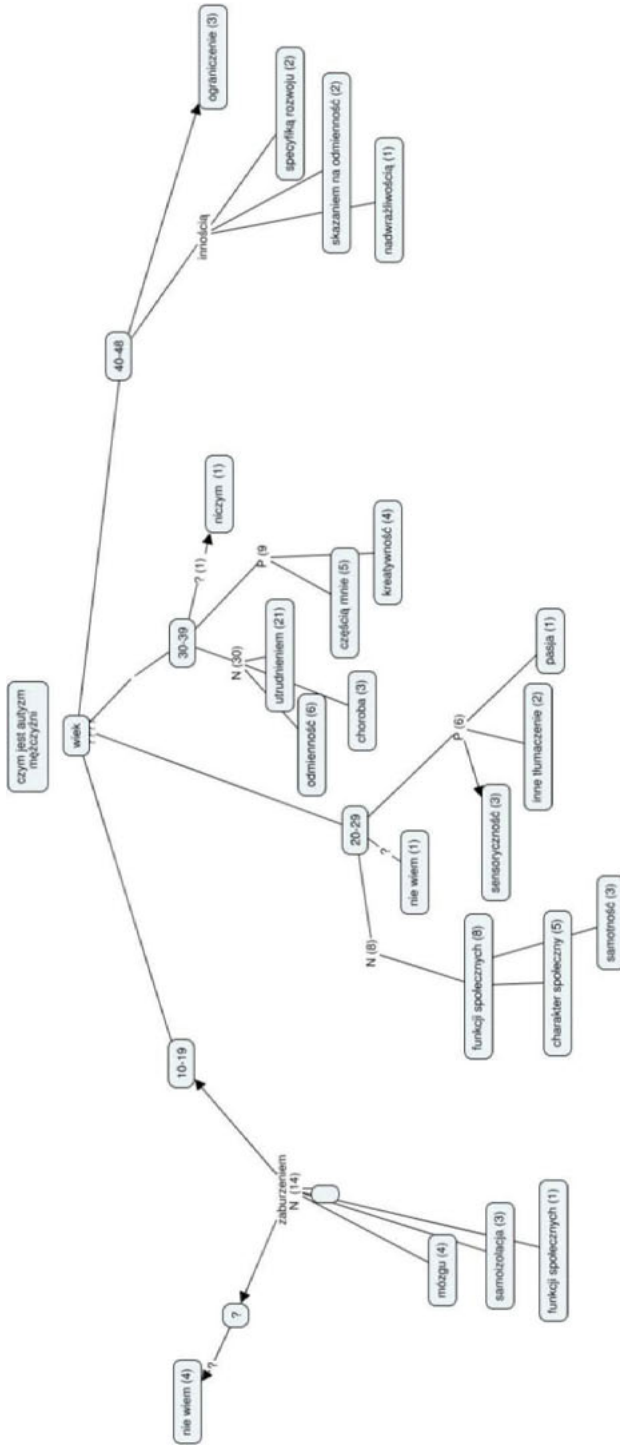
W odpowiedziach na pytanie *Czym jest autyzm?* w wywiadzie netnograficznym uzyskano bardzo istotne informacje wymagające zróżnicowania ze względu na wiek, jak również płeć respondentów. Same jednak odpowiedzi układają się w ważne stwierdzenia, jakie dzięki wysyceniu znaczeniowemu można poddać analizie. Wykres 1 przedstawia, jak rozbudowuje się sieć wraz z wiekiem respondentów – niezależnie od ilości osób biorących udział w wywiadzie. We wszystkich przedziałach wiekowych można dokonać podziału na określenia pozytywne, negatywne, jak również niejednoznaczne – często obarczone pytaniem, niepewnością.

Najwięcej formułowanych określeń dotyczących autyzmu ma charakter spersonifikowany i przybiera następujące formy:

- negatywne: zaburzenie, choroba, ograniczenie, utrudnienie, izolacja, brak akceptacji;
- pozytywne: część mnie (tożsamość), wrażliwość, inne zachowanie, akceptacja, sposób rozumienia, odmiennność;
- abiwalentne: brak jasnego stwierdzenia, np. nie wiem, trudno powiedzieć, odmiennność, cecha.



WYKRES 1. Przedstawienie rezultatu badań netnograficznych grupy kobiet w odniesieniu do wieku (N = 90)
 Źródło: Badania własne.



WYKRES 2. Przedstawienie rezultatu badań netnograficznych grupy mężczyzn w odniesieniu do wieku (N = 78)
 Źródło: Badania własne.

Niewątpliwie ważne jest przedstawienie autyzmu w kontekście społecznym, w jakim najczęściej przebywa osoba z tym zaburzeniem. Szczególnie w określeniach adresowanych do dzieci wskazywane są terminy naznaczające i odróżniające, jak „choroba” czy „zaburzenie”. Stwierdzenia przedstawiane przez respondentów to odbicie postrzegania ich w społeczeństwie przez pryzmat naznaczenia, wyróżnienia w negatywnym tego słowa znaczeniu, jako wynik języka zinstytucjonalizowanego, najczęściej pojawiającego się w ich otoczeniu.

W przypadku mężczyzn we wszystkich grupach wiekowych występują określenia podkreślające ujemne cechy. Najwięcej formułowanych określeń dotyczących autyzmu ma charakter spersonifikowany i są głównie:

- negatywne: zaburzenie, które dotyczy przede wszystkim funkcji społecznych, inność;
- pozytywne: powiązanie z samym sobą (tożsamość), sensorycznością, innym tłumaczeniem, pasją;
- brak jasnego stwierdzenia: nie wiem, specyfiką rozwoju.

Dokonując zestawienia nasilenia występujących stwierdzeń, można przedstawić je w formie uogólnionej jako wynik występujących stwierdzeń w ilości i nasyceniu z podziałem na płeć i wiek. Wiek respondentek stanowi istotny element kształtowania się podejścia do autyzmu. Przede wszystkim występuje negatywna konotacja samego terminu i związanych z nim zachowań nasilających się wraz z wiekiem. Charakterystyczne jest przedstawienie cech opisywanych jako doznanie osobiste do podejścia społecznego, począwszy od wrażliwości parcjtalnej, przez społeczny odbiór, do odmienności związanej z indywidualnym rozwojem.

W przypadku mężczyzn charakterystyczne są przede wszystkim stwierdzenia negatywne, ukierunkowane głównie na interakcje społeczne, jak również percepcję napływających bodźców. Wraz z wiekiem obserwuje się ewaluowanie podejścia do autyzmu od społecznego charakteru izolacji w kierunku odniesienia się do własnego doświadczenia oraz budowania własnej tożsamości. Wraz z wiekiem obserwujemy dojrzewanie do włączania się w interakcje oraz budowanie na zasadzie dostosowywania się, z zachowaniem odmiennego poznawania. Można wręcz wskazać kierunek dojrzewania społecznego osób przejawiających autyzm, jednak z konotacją negatywną – jako odmienność tkwiącą w nich i niepozwalającą na pełny rozwój społecznego uczestnictwa.

Niezależnie od wieku przeważają najczęściej negatywne konotacje dotyczące autyzmu, jak odmienność, inność, cechy uniemożliwiające pełniejszą konsolidację społeczną. Uwagę zwraca fakt, iż odbierane są one jako cecha osobista, związana z tożsamością, wpływające na percepcję przez społeczeństwo. Analizując nasilenie wybranych określeń, możemy stwierdzić, iż niezależnie od wieku respondentów najbardziej dotkliwe jest dla nich ograniczenie funkcji społecznych (przede wszystkim odbioru). Wtórnie autyzm jest przedstawiany jako odmienność, jednak, co ważne, nie zawsze powiązany z melioratywnym (tylko) odbiorem.

Analiza uogólnionych wyników z wywiadów obu grup pozwala wskazać kierunek dochodzenia respondentów do różnego postrzegania autyzmu: od odbioru w odniesieniu do doświadczenia społecznego, przez kształtowanie się odbioru w odniesieniu do środowiska, do kształtowania na bazie własnych doświadczeń. W ostatnim przedziale wiekowym widoczne jest ukazanie własnego, tożsamościowego podejścia do autyzmu. Proces taki można określić jako dochodzenie, dojrzewanie do własnego rozumienia i tworzenia już na gruncie społecznym. To przecho-dzenie można przedstawić jako dojrzewanie do pełniejszego uczestnictwa w życiu społecznym, ale z zachowaniem samoświadomościowego obrazu. Zasadnym w tym miejscu jest odwołanie się do doświadczeń przedstawionych przez Liane Holliday Willey (2018, s. 13), która nazwała ten proces jako „udawanie normalnej” – czyli dostosowywanie się, przeciwdziałanie odróżnianiu się od reszty społeczeństwa.

Podsumowanie

Przedstawione analizy wskazują na ważny aspekt samoświadomości osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu dotyczący odmienności od reszty społeczeństwa, jak również prób podejmowanych w celu ograniczania tego wyróżnienia/odróżnienia. Jako środowisko zmierzamy, najczęściej przez instytucje, do kształtowania zachowań utylitarystycznych (w skrajnych przypadkach podporządkowania), jak również przewartościowania, nadawania nadmiernego znaczenia indywidualizmowi (często w skrajnym ujęciu) – który w przypadku osób z diagnozą autyzmu może prowadzić do kształtowania poczucia wyjątkowości na tle społecznym. W przypadku przedstawionych badań takie skrajne podejścia są trudne, jak również nie ułatwiają kształtowania się dojrzałej tożsamości społecznej / w społeczeństwie.

Odnosząc się do badań prowadzonych z osobami z zaburzeniem spektrum autyzmu, dotyczącymi samooceny, warto zwrócić uwagę na poszerzenie świadomości związanej z samym spektrum. Badania przeprowadzone przez Robertę A. Schriber, Richarda W. Robinsa i Marjorie Solomon (2014) z 37 osobami dorosłymi z zaburzeniem ze spektrum autyzmu i typowo rozwijającymi się osobami (N = 50) potwierdziły, iż osoby ze spektrum mają wgląd w siebie (posiadają swoją tożsamość) i potrafią zoperacjonalizować swoje doświadczenie społeczne (co wykazały podobne wyniki obydwu grup). Osoby ze spektrum autyzmu są świadome i rozpoznają stany zachowań innych osób i potrafią je definiować jako cechy. Można na tej podstawie potwierdzić zasadność prowadzonych przeze mnie badań; odrzucając brak możliwości prowadzenia takich badań, jak wskazują autorzy, można stwierdzić, „że osoby z autyzmem mają różne cechy osobowości i rozsądny stopień wglądu w ich względną pozycję na tych cechach, z tendencją

do systematycznego nadużywania swoich ocen. Lepsze zrozumienie osobowości i procesów samooceny u osób z ASD może mieć istotne konsekwencje dla konceptualizacji i leczenia autyzmu, a także dla lepszego zrozumienia interfejsu między osobowością, wglądem w siebie i ogólnie patologicznym funkcjonowaniem” (Schriber et al., 2014).

Celowość wykonywania badań za pomocą wywiadu netnograficznego z wykorzystaniem środków multimedialnych potwierdzili Ellen Kitson-Reynolds, William Kitson i Kevin Humphrys (2015), wskazując na zasadność wykorzystania w komunikacji i nauce środków technicznych – niewymagających bezpośredniego kontaktu (np. twarzą w twarz).

Chciałbym w tym miejscu zwrócić uwagę na przemianę jakościową, jaką powinniśmy wprowadzić w badaniach osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Nie spotkałem do tej pory badań, w których pytano by osoby z tym zaburzeniem o to, co rozumieją czy co myślą na temat zdiagnozowanego u nich zaburzenia. Dzięki zastosowaniu badań netnograficznych możemy nie tylko przedstawiać wiedzę o tym, czym jest autyzm, ale wsłuchiwać się w tych, którzy żyją jako – tak przez nas nazwani – autystycy.

Bibliografia

- BENTON, T., & CRAIB, I. (2003). *Filozofia nauk społecznych. Od pozytywizmu do postmodernizmu* (L. RASIŃSKI, tłum.). Wrocław: Wydaw. Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji TWP.
- BURRELL, G., & MORGAN, G. (1979). *Sociological Paradigms and Organisational Analysis*. London: Heinemann.
- Ejdetyka. Pobrane z: <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/ejdetyka;3896920.html> (data dostępu: 7.09.2018).
- HETMAŃSKI, M. (2007). *Epistemologia współcześnie*. Kraków: Universitas.
- HUSSERL, E. (1974). *Idee czystej fenomenologii i fenomenologicznej filozofii. Księga druga* (D. GIERULANKA, tłum.). Warszawa: PWN.
- KITSON-REYNOLDS, E., KITSON, W., & HUMPHRYS, K. (2015). Professional normal Living with autism: What's your superpower? A personal reflection. *British Journal of Midwifery*, 23(11). Pobrane z: <https://doi.org/10.12968/bjom.2015.23.11.808> (data dostępu: 12.04.2019).
- KRZESZOWSKI, T.P. (2010). Wstęp do wydania polskiego. W: G. LAKOFF, & M. JOHNSON, *Metafory w naszym życiu* (T.P. KRZESZOWSKI, tłum.). Warszawa: Aletheia.
- LAKOFF, G., & JOHNSON, M. (2010). *Metafory w naszym życiu* (T.P. KRZESZOWSKI, tłum.). Warszawa: Aletheia.
- LEŚ, T. (2011). Filozofia a pedagogika. Czy jest możliwa pedagogika bez norm? *Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja*, 2(54), 47–57.
- MORGAN, G. (1980). Paradigms, Metaphors, and Puzzle Solving in Organization Theory. *Administrative Science Quarterly*, 25, 605–622.
- MORGAN, G. (1981). The Schismatic Metaphor and Its Implications for Organizational Analysis. *Organization Studies*, 2(1), 23–44.

- MORGAN, G. (1983). More on Metaphor: Why We Cannot Control Tropes in Administrative Science. *Administrative Science Quarterly*, 28, 601–607.
- MORGAN, G. (2005). *Obrazy organizacji* (Z. WIANKOWSKA-ŁADYKA, tłum.). Warszawa: PWN.
Norma. Pobrane z: <https://sjp.pwn.pl/slowniki/norma.html> (data dostępu: 12.04.2019).
- SCHELER, M. (1972). Die Idole der Selbsterkenntnis. In: *Vom Umsturz der Werte. 5. Gesammelte Werke*. T. 3. Bern–München: France Verlag 1972.
- SCHELER, M. (1980). *Istota i formy sympatii* (A. WĘGRZECKI, tłum.). Warszawa: PWN.
- SCHRIBER, R.A., ROBINS, R.W., & SOLOMON, M. (2014). Personality and Self-Insight in Individuals with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(1), 112–130.
Pobrane z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4122539/#> (data dostępu: 12.04.2019).
- SCHÜTZ, A. (2008). Obcy: esej z zakresu psychologii społecznej. W: A. SCHÜTZ, *O wielości światów. Szkice z socjologii fenomenologicznej* (B. JABŁOŃSKA, tłum., s. 189–201). Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.
- STEIN, E. (1917). *Zum Problem der Einfühlung*. Halle: Buchdruckerei des Waisenhauses.
- WĘGRZECKI, A. (1992). *O poznaniu drugiego człowieka*. Kraków: Wydaw. Naukowe PAT.
- WILLEY, L.H. (2018). *Udawanie normalnej. Życie z zespołem Aspergera (zaburzeniami ze spektrum autyzmu)* (P. DOBROWOLSKI, tłum.). Kraków: Wydaw. Edukacyjne.
- WOLEŃSKI, J. (2007). *Epistemologia: poznanie, prawda, wiedza, realizm*. Warszawa: PWN.
- ZIEMIŃSKI, I. (2001). Nowsze koncepcje świadomości w filozofii analitycznej. *Filo-sofija*, 1, 263–278.



EWA BINKUŃSKA

Instytut Logopedii,

Uniwersytet Gdański

0000-0002-3901-7024

Tendencje rozwojowe artykulacji głosek szczelinowych i zwarto-szczelinowych w grupach CCV-, -VCC- oraz -VCC w wymowie dzieci trzy-, cztero- oraz pięcioletnich

Developmental Tendencies of Articulation of Slit and Compact-slot Sounds in CCV-, -VCC- and -VCC Groups in the Pronunciation of Three-, Four- and Five-year-old Children

ABSTRACT: The pronunciation of consonant groups in three-, four-, and five-year-old children is an exponent of the acquired phonological competences. A genuine study has to consider the pronunciation of consonants characteristic of specific early stages of speech development. The element of phonetic neighborhood is also an important aspect, being a decisive feature for the final implementation of a specific consonantal connection. In the speech of preschool children, the implementation of consonant groups (CCV-, -VCC- and -VCC), in addition to the pronunciation consistent with the standard one, includes substitutions, reductions, assimilation, and other phenomena, for instance, epentesis. Moreover, there is the coexistence of several types of pronunciation violations of consonant clusters.

KEY WORDS: pronunciation of consonant groups, pronunciation of preschool children, speech development

Wprowadzenie

Wymowa grup spółgłoskowych przez dzieci trzy-, cztero- i pięcioletnie stanowi wykładnik osiągniętych kompetencji fonologicznych. Kompetencje te mogą dotyczyć różnych umiejętności, np. realizacji poszczególnych spółgłosek w izolacji, ale także w większych strukturach, np. w sąsiedztwie samogłoskowym, a następnie w zbitkach spółgłoskowych¹. Jednocześnie realizacje połączeń dwu-, trzy- oraz

¹ Grażyna Krasowicz-Kupis (2004) zwraca w tym kontekście uwagę także na umiejętność intencjonalnego manipulowania fonemami. Do takich umiejętności należy celowe pomijanie określonych dźwięków.

wieloelementowych kompleksów spółgłoskowych we wspomnianej grupie wiekowej przyjmują postaci zarówno redukcji elementów konsonantycznych, jak i substytucji, upodobnień, bądź nawet uproszczeń polegających na pominięciu danego kompleksu spółgłoskowego wraz z całą sylabą (Barlow, 2003).

Istotnym aspektem badań realizacji grup spółgłoskowych w ontogenezie mowy jest uwzględnienie charakterystycznego dla dzieci w wieku przedszkolnym poziomu kompetencji realizacyjnych, a także norm rozwojowych dotyczących pojawiania się danego elementu konsonantycznego w mowie dziecka. Należy tu wziąć pod uwagę np. palatalną wymowę niektórych głosek, właściwą dla wczesnych etapów rozwoju mowy. W badaniach nad wymową grup spółgłoskowych podstawową rolę odgrywa element sąsiedztwa fonetycznego, który obok opanowanych przez dziecko w danym okresie ontogenezy mowy dźwięków, ma decydujące znaczenie dla ostatecznej realizacji określonego połączenia spółgłoskowego.

W realizacji nagłosowych, śródgłosowych oraz wygłosowych grup spółgłoskowych (CCV-, -VCC- oraz -VCC) w mowie dzieci w wieku przedszkolnym – oprócz wymowy zgodnej z normą bądź wspomnianych już substytucji, redukcji czy upodobnień, bądź innych zjawisk, takich jak np. epenteza – zauważa się współwystępowanie kilku objawów naruszenia wymowy zbitek konsonantycznych.

Grupy spółgłoskowe w rozwoju mowy dziecka

Proces akwizycji kompleksów spółgłoskowych w ontogenezie mowy rozpoczyna się w drugim roku życia – pomiędzy 18. a 24. miesiącem – i poprzedzony jest procesem opanowania sylab CV, CVC, VC (Gwozdiew, 2007, s. 105; Zarębina, 1994, s. 12–18). Sporadycznie grupy spółgłoskowe mogą wystąpić w okresie wcześniejszym. Maria Zarębina (1965, s. 19) zaobserwowała realizację pojedynczych diad konsonantycznych u dzieci w wieku około 14–15. miesiąca życia. Autorka zwraca uwagę na występowanie w ich strukturze spółgłoski zwartej. W publikacji z 1994 roku – *Język polski w rozwoju jednostki*, Zarębina wspomina o braku występowania grup spółgłoskowych u dwóch chłopców w wieku 1;6 oraz 1;7. Następnie we fragmencie oznaczonym jako tekst zbiorczy dziewcząt i chłopców w wieku do 2;0 autorka zauważa pojawianie się zjawiska uproszczeń grup spółgłoskowych (1994, s. 12–20). Zarębina przedstawia teksty w porządku chronologicznym, można zatem założyć, iż ostatnie ze wspomnianych wypowiedzi należą do grupy dzieci w wieku od 1;8 do 2;0.

Polycją wyrazową, w której jako pierwszej pojawiają się zbitki spółgłoskowe, jest śródgłos wyrazów (Demuth & Kehoe, 2006, s. 66; Kaczmarek, 1982; Łobacz, 2005, s. 246), inną kolejność pojawiania się zbitek konsonantycznych, np. CCV czy CVCC, uważa się za nietypową lub wręcz towarzyszącą zakłóceniom bądź

zaburzeniom związanym z procesem nabywania kompetencji komunikacyjnych (Zydorowicz, 2010, s. 572). Jak wspomniano, proces przyswajania wymowy grup konsonantycznych rozpoczyna się w drugim roku życia dziecka, a w ich strukturze zwykle zauważa się występowanie spółgłoski zwartej, nosowej lub płynnej (Łobacz, 2005, s. 244; Zarębina, 1965, s. 19–33). Jednym z procesów dominujących, charakterystycznych dla wymowy grup spółgłoskowych u dzieci w wieku przedszkolnym są uproszczenia towarzyszące realizacji zbitok konsonantycznych. Piotr Łobacz z kolei zauważa, iż około siódmego roku życia opuszczenia towarzyszące wymowie grup spółgłoskowych należą do rzadkości (Kielar-Turska, 2012, s. 45; Łobacz, 2005, s. 260).

Podstawy metodologii badań

Celem prezentowanych badań jest wskazanie zmian realizacyjnych występujących w wymowie grup spółgłoskowych zawierających głoski szczelinowe i zwarto-szczelinowe oraz tendencji rozwojowych właściwych artykulacji dzieci w wieku przedszkolnym – pomiędzy 37. a 72. miesiącem życia. Uzasadnieniem podjętych badań jest niedosyt opracowań dotyczących przyswajania realizacji grup spółgłoskowych w ontogenezie mowy. Szczegółowa analiza tego zjawiska może stanowić podstawę określenia norm dotyczących akwizycji połączeń konsonantycznych, co byłoby istotne zarówno w aspekcie logopedycznym, jak i tworzenia programów terapii zaburzeń mowy.

Badania odbyły się w pięciu trójmiejskich placówkach oświatowych i trwały dziewięć miesięcy – od października 2016 roku do czerwca 2017 roku. Populację badawczą stanowiło 210 dzieci. Była to stała grupa nagrywana raz w miesiącu. Materiałem stanowiącym podstawę badań były nagrania obejmujące cztery próby językowe. Pierwszą było nazywanie obrazków znajdujących się w opracowanym arkuszu zawierającym rysunki bądź zdjęcia desygnatów, których nazwy posiadały dwu-, trzy- bądź więcej elementowe grupy spółgłoskowe w nagłosie, śródgłosie oraz wygłosie wyrazów. Ze względu na brak narzędzia diagnostycznego pozwalającego na badanie realizacji grup spółgłoskowych (Binkuńska, 2017; Kania, 2001, s. 187; Krajna, 2008, s. 15; Milewski, 2017, s. 272, Przybyła 2013, s. 802–809; 2015, s. 355–362), w celu przeprowadzenia badania realizacji zbitok konsonantycznych, opracowany został kwestionariusz obrazkowy. Zawarty w nim materiał wyrazowy zgromadzony został na podstawie: *Słownictwa dzieci w wieku przedszkolnym: listy frekwencyjne* Haliny Zgółkowej i Katarzyny Bułczyńskiej (1987)²; *Słownika*

² Jednocześnie podkreślić należy, iż w 2016 roku pojawiło się nowsze opracowanie, zatytułowane *Słownictwo dzieci w wieku przedszkolnym w latach 2010–2015* autorstwa Haliny Zgółkowej

wariantywności fonetycznej współczesnej polszczyzny Liliany Madelskiej (2005); *Logopedycznego zbioru wyrazów* Janiny Wójtowiczowej (1993).

Drugą próbą było powtarzanie wyrazów. W tej części badania wykorzystano materiał leksykalny, który znalazł się we wspomnianym kwestionariuszu. Kolejną część badania stanowiło nagranie rozmowy rówieśników danej grupy przedszkolnej, prowadzonej w parach bądź w zespołach trzyosobowych. Ostatnią próbę stanowiła rozmowa z osobą prowadzącą badania. Początkowo była to rozmowa kierowana, a pretekstem był przygotowany wcześniej temat związany z pobytem dziecka w przedszkolu, zabawą, porami roku, świętami itd. Jeśli dziecko-rozmówca zmieniło temat rozmowy, prowadzący badanie odstępował od pierwotnej tematyki i pozwalał na tę zmianę.

W niniejszym opracowaniu wzięto pod uwagę wymowę grup spółgłoskowych, w skład których wchodziły przynajmniej dwie głoski szczelinowe, zwarto-szczelinowe bądź jedne i drugie.

Fonologiczne podstawy opracowania danych

W celu opracowania wyników badań przeprowadzono transkrypcję dziecięcych tekstów. Przyjęto system fonologiczny zaproponowany przez Bronisława Rocławskiego (1986a, s. 23–24; 1986b, s. 85–86), zawierający następujące fonemy spółgłoskowe: /p, b, t, d, k, g, c, ʒ, ć, ź, č, ž, f, v, s, z, ś, ź, š, ž, x, m, n, ń, l, r, u, ɨ/. Podstawowym kryterium analizy było wyróżnienie konsonantów szczelinowych: /f, v, s, z, ś, ź, š, ž, x/; oraz zwarto-szczelinowych: /c, ʒ, ć, ź, č, ž/ (Dyszak, Laskowska, & Święcicka, 1997, s. 56–61; Rocławski, 1986a, s. 23–24).

Normy związane z wiekiem dzieci, w jakim opanowana zostaje realizacja określonych głosek szczelinowych i zwarto-szczelinowych, przyjęto na podstawie opracowania Małgorzaty Bryndal (2015, s. 100–101). Przyjmuje ona kryterium, zgodnie z którym o zakończeniu procesu akwizycji głosek świadczy ich występowanie w wartości powyżej 90%. Uwzględniając procesy przyswajania realizacji poszczególnych głosek szczelinowych i zwarto-szczelinowych w ontogenezie mowy, założono, iż głoski [f, v] przyswojone są przez dzieci należące do wszystkich badanych grup wiekowych – przez trzy-, cztero- i pięcioletki (por. Dołęga, 2003; Łobacz, 1996, s. 143).

Procent przyswojenia spółgłoski [ś] występuje w populacji dzieci trzyletnich na poziomie 91% i jest on taki sam, jak w przypadku głoski [v]. Na tej podstawie można zatem założyć, iż w populacji trzylatków wymowa wszystkich trzech

(2016). Jednak nie zostało ono uwzględnione, ponieważ zarówno przygotowanie kwestionariusza obrazkowego, jak i rozpoczęcie badań miało miejsce jeszcze przed ukazaniem się niniejszej pozycji.

wspomnianych powyżej głosek została przyswojona. Jednak proces przyswajania pozostałych spółgłosek środkowo-językowych – szczelinowej, dźwięcznej [ż] oraz zwarto-szczelinowych [ć, ź] – nie został jeszcze ukończony (por. Kania, 2001, s. 85; Sołtys-Chmielowicz, 1998). Sytuacja ta zwraca uwagę przede wszystkim z tego względu, iż zgodnie z danymi prezentowanymi przez Bryndał proces akwizycji bezdźwięcznej, szczelinowej, spółgłoski środkowo-językowej [ś] w populacji dzieci w wieku trzech lat został już ukończony. Akwizycja pozostałych spółgłosek środkowo-językowych [ź, ć, ź] zostaje ukończona w kolejnym roku życia.

Dzieci czteroletnie stanowią również grupę, w której rozwojowo uznaje się za ukończone przyswajanie kolejnej spółgłoski – szczelinowej, bezdźwięcznej, przedniojęzykowo-zębowej – [s], jednak – podobnie jak miało to miejsce w przypadku głosek środkowo-językowych – także realizacja pozostałych dźwięków przedniojęzykowo-zębowych (tzw. szeregu syczącego) – spółgłoski szczelinowej i zwarto-szczelinowych, przedniojęzykowo-zębowych [z, c, ʒ] nie jest jeszcze opanowana, można jedynie mówić o rozpoczętym procesie przyswajania ich normatywnej realizacji, natomiast ich akwizycja dobiega końca dopiero u dzieci, które ukończyły piąty rok życia. Akwizycja pozostałych głosek szczelinowych i zwarto-szczelinowych – dźwięcznych – rozpoczyna się we wspomnianej grupie wiekowej, natomiast dobiega końca w grupie sześciolatek (Bryndał, 2015, s. 100; Krajna, 2002, s. 35).

Proces przyswajania poszczególnych głosek ma charakter postępowy i związany jest z dojrzwaniem umiejętności komunikacyjnych, motorycznych oraz słuchowych (Bee, 2004, s. 200–203; Porayski-Pomsta, 2015, s. 139, 152). Jednak granice wiekowe są w tym wypadku trudne do jednoznacznego określenia (por. Czaplewska, 2012, s. 91). Jedną z cech wspólnych dla wspomnianych głosek, biorąc pod uwagę wyniki Bryndał, jest szybsze opanowanie w przypadku omawianych głosek środkowo-językowych, językowo-zębowych oraz dźwięcznych, trzech głosek szczelinowych, bezdźwięcznych – [ś], [s] i [š] – a dopiero później pozostałych głosek danego szeregu, a zatem najpierw opanowana zostaje spółgłoska [ś], potem [ź, ć, ź], przyswojenie realizacji [s] poprzedza wymowę [z, c, ʒ], a akwizycja [š] następuje wcześniej niż [ż, č, ʒ].

Z kolei ostatnią, najtrudniejszą głoską w przypadku środkowo-językowych i przedniojęzykowo-zębowych okazało się przyswajanie głosek zwarto-szczelinowych dźwięcznych [ʒ] oraz [ʒ], natomiast w przypadku spółgłosek dźwięcznych najtrudniejszą w ontogenezie okazała się głoska dźwięczna, szczelinowa [ż]. Pewnego rodzaju konsekwencję można natomiast zaobserwować w przypadku przyswajania głosek zwarto-szczelinowych, bezdźwięcznych [ć, c, č]. Proces ich przyswajania przebiega równocześnie z przyswajaniem spółgłoski szczelinowej bezdźwięcznej, akwizycja kończy się jednak zwykle wtedy, gdy nastąpi już strukturalizacja wymowy pierwszej ze wspomnianych głosek (por. M. Bryndał, 2015, s. 101).

Proces akwizycji grup spółgłoskowych na tle przyswajania realizacji konsonantów

Przedstawione powyżej dane dotyczące zakończenia akwizycji określonych spółgłosek nie odnoszą się jednak do ich realizacji w grupach spółgłoskowych (Milewski, 1999, s. 136–140; 2005, s. 6). Stanisław Milewski stwierdza, iż naruszenie struktury połączeń konsonantycznych towarzyszy wymowie dzieci w szóstym, a nawet jeszcze w siódmym roku życia – a zatem wtedy, gdy spółgłoski szczelinowe i zwarto-szczelinowe są już realizowane zgodnie z normą wymawianiową (por. Czaplewska, 2012, s. 91). Zatem w realizacji grup spółgłoskowych, już po zakończeniu okresu, w którym następuje przyswajanie wymowy poszczególnych głosek, nadal obserwuje się naruszenia występujące np. w postaci redukcji.

Znaczne różnice dotyczące przyswojenia wymowy spółgłosek występujące w zbitkach konsonantycznych na tle ich realizacji w sąsiedztwie samogłoskowym świadczą o tym, iż to właśnie sąsiedztwo spółgłoskowe stanowi specyficzne uwarunkowanie decydujące o pojawianiu się w mowie dzieci modyfikacji, takich jak m.in.: uproszczenia, upodobnienia, substytucje, epentezy itd. Przykład tego rodzaju zjawiska stanowi akwizycja głosek [f], [v], [s], [z]. Wymowa wspomnianych spółgłosek zostaje opanowana dość wcześnie. Głoski [f] i [v] można uznać za przyswojone już w populacji trzylatków. Akwizycja spółgłoski [f] w sąsiedztwie samogłoski wynosi 94%, z kolei [v] – 91%. Jednak w grupach spółgłoskowych, biorąc pod uwagę wymowę dzieci trzyletnich, głoska [f] została przyswojona w przypadku 66% realizacji, natomiast [v] – 50%. Zatem, gdy porówna się realizację tych spółgłosek w połączeniach konsonantycznych oraz ich wymowę w sąsiedztwie samogłoski w poszczególnych grupach wiekowych, różnice są znaczne.

Również [s] i [z] charakteryzuje dość wysoki wskaźnik akwizycji, gdy głoski występują poza grupami spółgłoskowymi. Zbitka spółgłoskowa, szczególnie jeśli w jej skład wchodzi głoski o tych samych cechach artykulacyjnych, np. takim samym sposobie artykulacji (w tym wypadku spółgłoski szczelinowe, ale także np. dźwięczne), stanowi kontekst sprzyjający występowaniu w ramach takich grup zjawisk fonetycznych, np. uproszczeń. Stąd częsta w populacji trzylatków wymowa: /zul/ zamiast /vzul/ czy /vzur/ ‘wzór’; /sxut/ zamiast /fsxut/ ‘wschód’. Największe różnice dotyczące przyswojenia poszczególnych spółgłosek pojawiających się w sąsiedztwie samogłoskowym oraz w zbitce spółgłoskowej występują właśnie w populacji dzieci trzyletnich i wynoszą nawet 41% w przypadku spółgłoski [v], 31% gdy weźmie się pod uwagę głoskę [s], 28% zaś w wymowie [f].

TABELA 1. Akwizycja głosek szczelinowych i zwarto-szczelinowych u dzieci trzy-, cztero- i pięcioletnich oraz przyswajanie realizacji głosek szczelinowych i zwarto-szczelinowych występujących w zbitkach spółgłoskowych oraz struktur zawierających te spółgłoski we wspomnianych grupach wiekowych

Akwizycja spółgłoski	Trzylatki	Czterolatki	Pięcioletki	Trzylatki: akwizycja grupy spółgłoskowej	Trzylatki: akwizycja fonemu w grupie spółgłoskowej	Czterolatki: akwizycja grupy spółgłoskowej	Czterolatki: akwizycja fonemu w grupie spółgłoskowej	Pięcioletki: akwizycja grupy spółgłoskowej	Pięcioletki: akwizycja fonemu w grupie spółgłoskowej
f	94	100	100	64	66	68	81	65	80
v	91	100	98	29	50	53	61	42	64
ś	91	98	96	55	60	82	87	69	77
ź	84	98	93	82	82	93	95	100	100
ć	78	93	96	67	77	88	89	90	95
ź	75	91	94	82	82	85	87	86	89
s	65	93	94	38	89	50	87	52	90
z	59	81	93	37	63	67	76	46	79
c	66	86	93	87	87	93	95	82	86
ʒ	56	81	93	52	74	61	73	63	66
š	37	63	74	11	14	63	65	41	51
ž	34	63	75	10	24	51	60	45	51
č	31	63	69	16	18	62	66	47	50
č̣	34	63	75	10	10	46	46	54	63

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań własnych oraz Bryndal, 2015, s. 100–101

Grupy konsonantyczne zawierające spółgłoski szczelinowe oraz zwarto-szczelinowe w realizacji dzieci trzyletnich

Jednym ze zjawisk, jakie najczęściej można zaobserwować w realizacji nagłosowych grup spółgłoskowych zawierających głoski szczelinowe i zwarto-szczelinowe w grupie dzieci trzyletnich, jest redukcja dźwięków wchodzących w skład zbitek konsonantycznych. Oto przykłady tego rodzaju realizacji: /zul/ ‘wzór’, /sufka/ ‘wsówka’, /zoŋi/ ‘dzwoni’, /zoŋki/ ‘dzwonki’, /gvoʒe/ ‘gwoźdź’, /koś/ ‘kość’. Przykładem uproszczenia występującego w obrębie trójelementowej grupy spółgłoskowej może być połączenie: /šfi-/. Najczęściej grupa spółgłoskowa /šfi-/ redukowana była do pojedynczego fonemu: /š-/ – /šećnik/, /šeca/; /č-/ – /čeca/, ale występowała również w postaci diady /fi-/ – /fićnik/, /fięca/, /fięcki/. Pojawiła się także wymowa z przedniojęzykowo-zębową głoską [s-] – /sęca/ (Milewski, 1998, s. 187).

Uproszczenia zbitek spółgłoskowych dotyczyły licznej grupy wyrazów. Oprócz wspomnianych jednostek, takich jak np.: ‘świeca’ – wymawiana jako /šięca/, ‘świecznik’ – /šięćnik/, zjawisko redukcji często występowało również w następujących leksemach: ‘wzburzone’ realizowane jako /buzone/, /zbuzone/; ‘wzbija się’ – /zbią sę/; ‘wejście’ – /wejęce/. Redukcje połączeń konsonantycznych wystąpiły też w nagłosowych grupach spółgłoskowych, takich jak: /zv-/ , /žv-/ , /čf-/ , /žv-/ , /vž-/ , /vz-/ , /fs-/ , /xš-/ , /vzb-/ , /vzm-/ , /fsp-/.

W grupie dzieci trzyletnich w przypadku wielu jednostek leksykalnych uproszczeniu zbitek spółgłoskowych towarzyszyła substytucja. W większości realizacji głoski [š, ž, č, ʒ], a często również [s, z, c, ʒ], zamieniane były na pojawiające się wcześniej w ontogenezie mowy spółgłoski środkowo-językowe [ś, ź, ć, ʒ] (por. Sołtys-Chmielowicz, 2005, s. 459). Na przykład występująca w analizowanym materiale wyrazowym zbitka konsonantyczna /šč-/, w której skład wchodzi głoski przedniojęzykowo-dziąsłowe, szczelinowa oraz zwarto-szczelinowa, realizowana była jako [ć], rzadziej [c], sporadycznie natomiast [č]. Przykładami są w tym przypadku następujące wyrazy: ‘szczypiolek’ – /ćipiolek/, /cypiolek/, (rzadko – /čypiolek/); ‘szczeniak’ – /ceńak/; ‘szczupak’ – /cupak/; ‘szczur’ – /cul/. Z kolei przykładem współwystępowania uproszczenia wraz z substytucją w obrębie nagłosowej triady spółgłoskowej jest sąsiedztwo np. [pšč-], które ulegając redukcji, realizowane było jako [c-] bądź [pc-]. Dzieci trzyletnie wymawiały zatem w tym wypadku wyrazy: /coŋa/ lub /pcoŋa/.

Realizacja licznej grupy wyrazów zawierała substytucje obejmujące głoski wchodzące w skład połączeń konsonantycznych (Sołtys-Chmielowicz, 2008, s. 137–139). Najczęściej zamieniane były fonemy /š, ž, č, ʒ/ oraz /s, z, c, ʒ/, ale zdarzały się również substytucje /ś, ź, ć, ʒ/. Przykładem tego rodzaju realizacji jest zarówno wspomniana wcześniej wymowa wyrazów ‘szczeniak’ jako /sceńak/, ‘szczupak’ jako /scupak/ czy ‘oszczędza’ jako /osczenza/, ale również /sfinka/ ‘sfinka’, /ʒvik/ ‘dźwik’.

Kolejnym zjawiskiem, jakie występowało w wymowie dzieci trzyletnich, była epenteza polegająca na rozszerzeniu grupy spółgłoskowej o głoskę szczelinową bądź zwarto-szczelinową, np.: /scs-/ w wyrazie /scsypiolek/, /zvz-/ – /zvzul/, /vzv-/ – /vzvul/, /sps/ – /spsoua/, /ssf-/ – /ssfonki³. Tego typu realizacje stanowią przykład pojawiania się w wymowie trzylatków nowych grup, które nie występują w języku polskim (Milewski, 2005, s. 17).

Wymowie dzieci trzyletnich w przypadku zbitek dźwięcznych spółgłosek szczelinowych /vz-/ najczęściej towarzyszyła redukcja, pojawiała się również wspomniana powyżej epenteza, zdarzało się także rozbitcie grupy spółgłoskowej poprzez dodanie elementu wokalicznego, jak np. w wyrazie /z(y)sul/ ‘wzór’, oraz modyfikacja w zakresie kolejności wymawianych konsonantów: /vz-/ /zvul/; także ich dźwięczności i miejsca artykulacji /s-/ /syzul/; czy w wyrażeniu ‘wzbudza podziw’ /zybuza/, w którym w przypadku triady /vzb-/ oprócz redukcji pierwszego elementu wystąpiła epenteza – element wokaliczny /y/ rozbił sąsiadujące ze sobą spółgłoski [z] oraz [b]. W wymowie dzieci trzyletnich epenteza polegająca na użyciu zarówno dodatkowej spółgłoski, jak i samogłoski nie należała do zjawisk często występujących. Ten rodzaj zjawiska językowego w większym zakresie można było zaobserwować w realizacjach czterolatek.

W nielicznej grupie wyrazów pojawiło się również uproszczenie nagłosu. Wystąpiło ono w postaci braku realizacji całej grupy spółgłoskowej, np. /vž-/ w jednostce leksykalnej ‘wrzecziono’ realizowanej jako /ećona/ – w tym przypadku nastąpiła również zmiana formy fleksyjnej lub redukcji ulegała cała sylaba, np. /ćono/.

Grupy konsonantyczne zawierające spółgłoski szczelinowe oraz zwarto-szczelinowe w realizacji dzieci czteroletnich

W grupie dzieci czteroletnich, w porównaniu z populacją trzylatków, zjawisko uproszczeń grup spółgłoskowych zawierających głoski szczelinowe oraz zwarto-szczelinowe występuje rzadziej⁴. Wśród czterolatek redukcja połączeń konsonantycznych, które zawierają omawiane spółgłoski, dotyczy przede wszystkim takich jednostek leksykalnych jak: ‘wrzos’ realizowanych jako /žos/, ‘wspina się’ jako /spina śę/, ‘wzburzone’ jako /zbuzone/ lub /buzone/⁵, ‘wsuwka’ jako /sufka/, ‘wschód’ jako /sxut/, ‘dzwonki’ jako /vonki/, ‘szczupak’ jako /šupak/, ‘pszczoła’

³ Zarówno Piotra Łobacz (2005, s. 248), jak i Maria Zarębina (1965, s. 91) zauważają, iż spółgłoska [s] pojawia się w grupach spółgłoskowych dość wcześnie.

⁴ Podobna tendencja utrzymuje się w grupie pięcioletków.

⁵ W grupie czterolatek wielokrotnie występowała również poprawna realizacja /vžuzone/.

jako /pčoua/, /pšoua/ lub /čoua/, ‘dżdżownica’ jako /žovníca/, ‘wejście’ jako /eǰce/ oraz ‘deszcz’ jako /deš/. Oprócz redukcji występującej w obrębie grupy spółgłoskowej zdarzają się również redukcje sylaby zawierającej zbitkę spółgłoskową, np. wymowa wyrazu ‘szczypiorek’ jako /polek/ lub /spiolek/.

Dominującym w grupie dzieci czteroletnich zjawiskiem jest substytucja. Dotyczy ona również spółgłosek wchodzących w skład zbitek konsonantycznych. Przykładami ilustrującymi proces mogą być wyrazy: /sceňak/ ‘szczeniak’, /zvil/ ‘żwir’, /scypiolek/, /šćipiolek/ ‘szczypiorek’, /pscoua/ ‘pszczoła’, /vzescy/ ‘wrzeszczy’, /des/ ‘deszcz’ (Milewski, 1998, s. 184–185; 2001, s. 232–233). Sporadycznie w tej grupie wiekowej pojawia się substytucja będąca jednocześnie hiperpoprawną realizacją głosek szczelinowych bądź zwarto-szczelinowych, np. w leksemie ‘dźwięk’ wymawianym jako /žvik/. Współwystępowanie zjawiska substytucji oraz redukcji dotyczy przede wszystkim połączenia spółgłosek [šč-] zarówno w obrębie diad, jak i triad konsonantycznych /šul/ ‘szczur’, /osenž/ ‘oszczędza’, a także ‘pszczoła’ /psoua/.

Pojawiająca się w wymowie dzieci czteroletnich epenteza, biorąc pod uwagę grupy spółgłoskowe zawierające głoski szczelinowe oraz zwarto-szczelinowe, najczęściej występowała w nagłosie i polegała na dodaniu elementu konsonantycznego. Sytuacja taka miała miejsce np. w wyrazie ‘pszczoła’ realizowanym jako /fpčoua/ bądź ‘wzór’ jako /sscul/. W niektórych wyrazach – podobnie jak miało to miejsce w wymowie dzieci trzyletnich – dodanym dźwiękiem była samogłoska. W wyniku tego zjawiska dochodziło do rozbicia grupy spółgłoskowej. Taką sytuację spotyka się w wyrazie /tefurka/ ‘czwórka’ – w tym przypadku dodatkowo wystąpiła substytucja głoski [č] zamienionej na spółgłoskę [t].

Kolejnym sposobem naruszenia realizacji grup spółgłoskowych jest upodobnienie. Szczególną trudność – podobnie jak w przypadku trzylatków – sprawiała dzieciom czteroletnim wymowa zbitki konsonantycznej, w której skład wchodziły głoski szczelinowa i zwarto-szczelinowa, dźwiękowa: [šč-]. Sytuacja ta dotyczyła wyrazów: ‘pszczoła’ realizowanego jako /ssouaa/, ‘szczypiorek’ – /ssypiolek/, ‘szczupak’ – /sšupak/ lub /skupak/.

Grupy konsonantyczne zawierające spółgłoski szczelinowe oraz zwarto-szczelinowe w realizacji dzieci pięcioletnich

Występujący w grupie dzieci pięcioletnich proces redukcji połączeń konsonantycznych dotyczył określonych wyrazów. Były to np. takie jednostki leksykalne jak: ‘dżdżownica’ realizowane często jako /žovníca/, ‘wzbija się’ jako /zbiǰa šę/, ‘wzmacniacz’ jako /zmacňáč/, ‘wspina się’ jako /spina šę/ lub /pina šę/, ‘wsuwka’ jako /sufka/, ‘wrzeczono’ wymawiane jako /žećono/, ‘wschód’ jako /sxut/, ‘dzwono-

nek' /vonek/; 'szczypiorek' /čypjorek/; 'pszczoła' jako /pčoua/, /pšoua/ lub /čoua/, 'wzburzone' jako /zbužone/. Najczęściej pomijanymi spółgłoskami były szczelinowe, wargowo-zębowe [v] oraz [f].

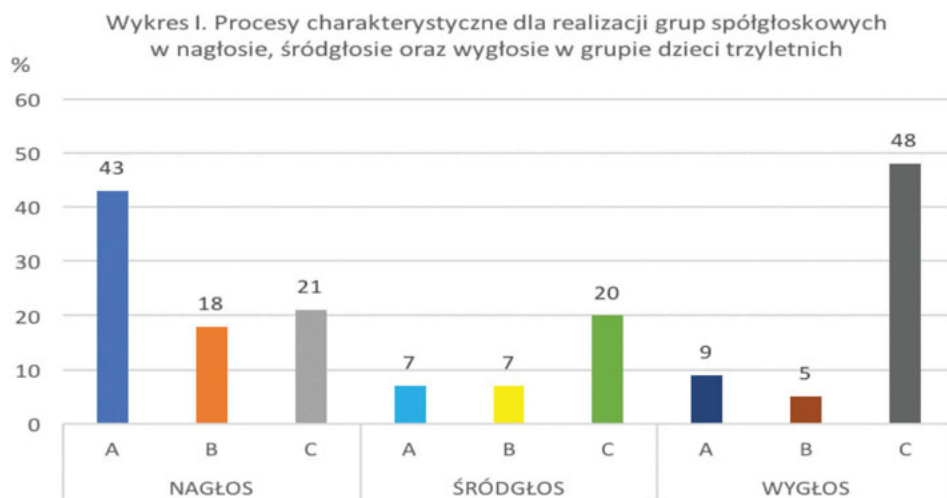
W wymowie dzieci pięcioletnich nadal obserwuje się zjawisko substytucji. Biorąc pod uwagę realizacje analizowanych w tym opracowaniu głosek szczelinowych oraz zwarto-szczelinowych, dotyczy ono przede wszystkim zamiany spółgłosek [š, ž, č, ž] i występuje w licznej grupie wyrazów, a jako przykład tego procesu językowego można przytoczyć następujące jednostki leksykalne: 'oszczędza' /oscenzǝ/, 'wrzeszczy' /vzescy/, 'owca' /ofsa/, 'szczypiorek' /scypjorek/, 'dźwięk' /dvik/, 'żwir' /zvil/, 'szczupak' /ščupak/ lub częściej /scupak/, a także 'dzwoni' /žuoŋi/. W pewnych wyrazach zamiana spółgłosek przyjmuje charakter hiperpoprawności. Dzieje się tak w wyrazach: 'dzwonek' wymawianym jako /žvonek/ oraz 'zburzone' realizowanym jako /žbužone/. W tym drugim przypadku hiperpoprawność jest najprawdopodobniej skutkiem upodobnienia, polegającego na zmianie miejsca artykulacji z przedniojęzykowo-zębowego charakterystycznego dla głoski [z] na przedniojęzykowo-dziąsłowe, jakie charakterystyczne jest dla występującej w śródgłosie spółgłoski [ž].

Współwystępowanie procesów językowych, takich jak substytucja i redukcja, dotyczy w tej populacji już niewielkiej grupy wyrazów. Są to: 'wrzos' wymawiany jako /zos/, 'wrzeczono' jako /zečono/, 'pszczoła' /psoa/, 'szczupak' /cupak/. Procesy jednoczesnego występowania substytucji oraz redukcji zaobserwowano w grupach spółgłoskowych zbudowanych z dwóch głosek o tym samym sposobie artykulacji [vž-] oraz posiadających tę samą cechę dźwięczności; a także w grupie [šč-], w której również cechą wspólną jest bezdźwięczna realizacja, spółgłoski te mają też to samo dziąsłowe miejsce realizacji, natomiast jedna z nich jest szczelinowa, druga zwarto-szczelinowa.

Pozostałe rzadziej występujące zjawiska to redukcja oraz hiperpoprawność w realizacji wyrazu 'kość' jako /koš/; pięciokrotnie pojawiająca się w zebranych materiale zamiana miejsca artykulacji z głoski wargowo-zębowej na wargową w wyrazach 'wrzos' /bžos/ – wyraz został w ten sposób zrealizowany trzykrotnie; oraz /bžečono/ – dwukrotnie. Do nietypowych substytucji można również zaliczyć wymowę wyrazu 'szczupak' jako /skupak/. Specyficzna jest w tym przypadku zmiana miejsca artykulacji z realizacji dziąsłowej charakterystycznej dla głoski [č] na tylnojęzykową [k] – niemniej powstała w wyniku tego procesu grupa spółgłoskowa /sk/ należy do najczęściej występujących w języku polskim (Śledziński, 2010, s. 69). Drugim przykładem jest trzykrotna wymowa leksemu 'dzwonki' jako /zvonki/ ze zmianą głoski zwarto-szczelinowej na szczelinową.

Analiza porównawcza ilościowa obejmująca realizację głosek szczelinowych i zwarto-szczelinowych w grupie dzieci trzy-, cztero- i pięcioletnich

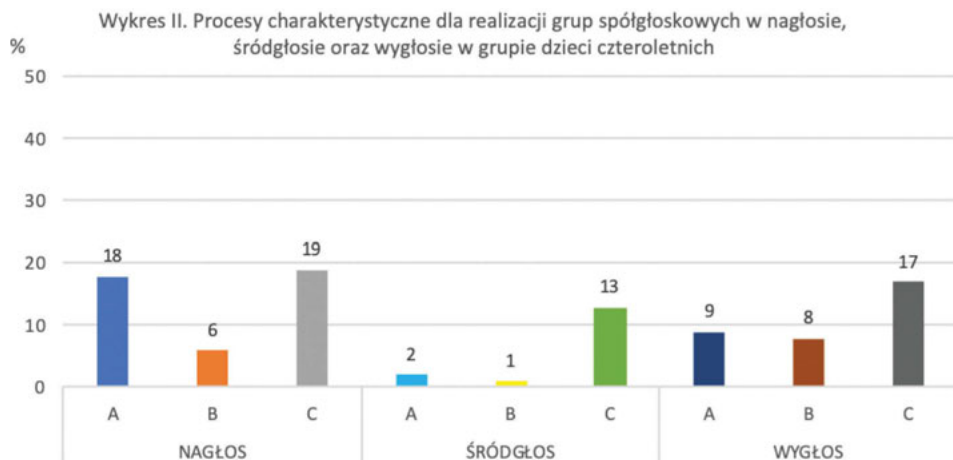
W analizowanej grupie wiekowej redukcja należała do dominujących zjawisk, jakie pojawiły się w nagłosie wyrazów. Wystąpiła ona w przypadku 43% leksemów. Substytucje pojawiające się w niezredukowanej grupie spółgłoskowej dotyczyły 21% realizacji, natomiast redukcję współwystępującą wraz z substytucją zaobserwowano w 18% wyrazów. Proporcje te zmieniają się jednak w śródgłosie oraz wygłosie wyrazów, gdzie dominującym procesem stają się substytucje spółgłosek.



WYKRES I. Procesy charakterystyczne dla realizacji grup spółgłoskowych zawierających głoski szczelinowe i zwarto-szczelinowe w nagłosie, śródgłosie oraz wygłosie w grupie dzieci trzyletnich
 A – redukcje występujące w obrębie grupy spółgłosek szczelinowych i/bądź zwarto-szczelinowych
 B – współwystępowanie substytucji oraz redukcji głosek szczelinowych i/bądź zwarto-szczelinowych w grupie spółgłoskowej
 C – substytucje głosek występujące w obrębie realizowanej grupy spółgłosek szczelinowych i/bądź zwarto-szczelinowych

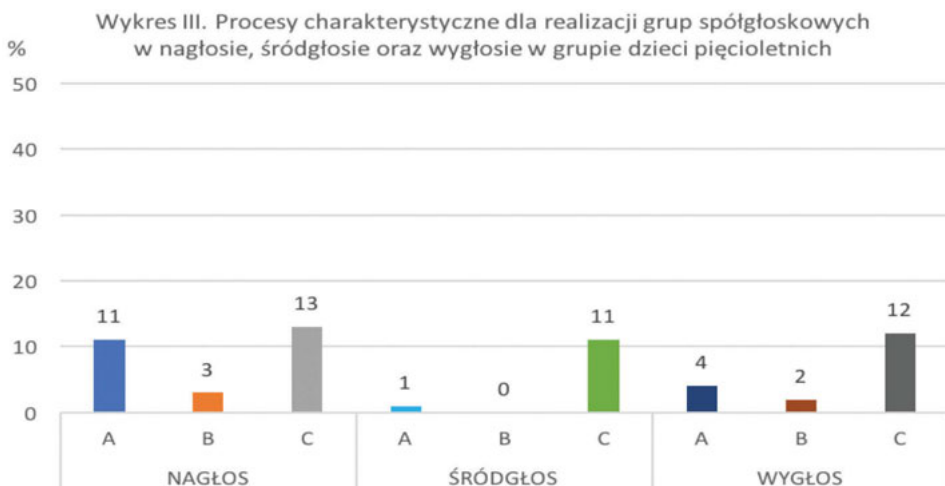
ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

W wymowie grup spółgłoskowych w populacji dzieci czteroletnich zauważa się znaczny spadek procentowy wyrazów, w których występujące w nagłosie grupy spółgłoskowe ulegają redukcji. Dominującym zjawiskiem staje się natomiast substytucja głosek wchodzących w skład połączeń konsonantycznych. Proces jako dominujący dotyczy zarówno pozycji nagłosu, śródgłosu, jak i wygłosu (wykres 2).



WYKRES 2. Procesy charakterystyczne dla realizacji grup spółgłoskowych zawierających głoski szczelinowe i zwarto-szczelinowe w nagłosie, śródgłosie oraz wygłosie w grupie dzieci czteroletnich
 A – redukcje występujące w obrębie grupy spółgłosek szczelinowych i/bądź zwarto-szczelinowych
 B – współwystępowanie substytucji oraz redukcji głosek szczelinowych i/bądź zwarto-szczelinowych w grupie spółgłoskowej
 C – substytucje głosek występujące w obrębie realizowanej grupy spółgłosek szczelinowych i/bądź zwarto-szczelinowych

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.



WYKRES 3. Procesy charakterystyczne dla realizacji grup spółgłoskowych zawierających głoski szczelinowe i zwarto-szczelinowe w nagłosie, śródgłosie oraz wygłosie w grupie dzieci pięcioletnich
 A – redukcje występujące w obrębie grupy spółgłosek szczelinowych i/bądź zwarto-szczelinowych
 B – współwystępowanie substytucji oraz redukcji głosek szczelinowych i/bądź zwarto-szczelinowych w grupie spółgłoskowej
 C – substytucje głosek występujące w obrębie realizowanej grupy spółgłosek szczelinowych i/bądź zwarto-szczelinowych

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

W populacji dzieci pięcioletnich, obok coraz rzadziej występującej nienormalnej realizacji wyrazów zawierających w swojej strukturze grupy spółgłoskowe, obserwuje się zbliżony wynik substytucji we wszystkich pozycjach w jednostce leksykalnej. W nagłosie zjawisko zamiany głosek wyniosło 13% realizacji leksemów, w śródgłosie – 11%, w wygłosie natomiast – 12%. Częstotliwość występowania uproszczenia grup spółgłoskowych oraz substytucji pojawiającej się w nagłosie wyrazów osiągnęła zbliżoną wartość. Zatem pierwszy z procesów miał miejsce w przypadku 11% realizacji, drugi – jak wspomniano wcześniej – w 13% (wykres 3).

Analiza porównawcza jakościowa realizacji grup spółgłoskowych zawierających głoski szczelinowe oraz zwarto-szczelinowe w wymowie dzieci trzy-, cztero- oraz pięcioletnich

Z pewnością najwięcej poprawnych realizacji grup spółgłoskowych zaobserwowano w grupie dzieci pięcioletnich. Jednak uwzględniając aspekt jakościowy zmian, jakie wystąpiły w wymowie połączeń konsonantycznych, w grupie czterolatków zaskakuje różnorodność realizacji tej samej grupy spółgłoskowej, np. zbitka /śfi/ w wyrazie ‘świeczki’ na 21 realizacji 8 razy wymówiona została zgodnie z normą /śfיעcki/, natomiast w pozostałych 13 realizacjach pojawiały się następujące sposoby jej naruszeń: /ś/ – /śecki/, /śi-/ – /śיעcki/, /śיעcki/, /fi-/ – /fיעcki/, /sfī-/ – /sfיעcki/ (por. Milewski, 2005, s. 16). W wyrazie ‘chrząszcz’ nagłosowa grupa spółgłoskowa /xś-/ była wymawiana jako /xś-/ , /kś-/ , /xs-/ , /kś-/ , /s-/ , /ś-/; z kolei zbitka /šč-/ występująca w wygłosie realizowana była jako /-šč/ oraz /-sc/, /-šč/, /-č/, /-c/, /-nč/, /-ńć/; w ten sposób w wymowie dzieci czteroletnich powstały następujące wyrazy: /sąsc/, /kśąśc/, /xsąsc/, /xśąć/, /xsąć/, /kśonč/, /xśąć/, /śonć/ (Milewski, 1998, s. 182). Grupa spółgłoskowa /žž-/ występująca w wyrazie ‘dżdżownica’ realizowana była jako: /žž-/ – /žžovńica/, ale również /ž-/ – /žovńica/, /žovńica/, /žž-/ – /žžovńica/, /ž-/ – /žovńica/, /ž-/ – /žovńica/, /d-/ – /dovńica/, /ž-/ – /žovńica/. W grupie czterolatków w wymowie triady spółgłoskowej /pśč-/ występującej w wyrazie ‘pszczoła’ zaobserwowano 9 różnych realizacji. Były to: /pś-/ – /pśoua/, /sc-/ – /scoua/, /pč-/ – /pčoua/, /psc-/ – /pscoua/, /ps-/ – /psoua/, /ss-/ – /ssoua/, /pc-/ – /pcoua/, /fpč-/ – /fpčoua/, /č-/ – /čoua/.

Dla porównania – w wymowie dzieci trzyletnich odnotowano w przypadku wyrazu ‘świeczki’ oprócz prawidłowej realizacji /śfi/ (Śledziński, 2013, s. 69–70) również /fi-/ , /śi-/ , /fi-/ , /si-/ , /śfi-/ , /č-/ , w leksemie ‘chrząszcz’ w nagłosie – /s-/ , /sc-/ , /xs-/ , /ks-/ , z kolei w wygłosie /-sc/, /-s/, /-c/: /sąsc/, /scąs/, /xsąsc/, /sąć/, /xsąs/, /ksąs/. W wyrazie ‘dżdżownica’ ani razu nie wystąpiła poprawna reali-

/pš-/ , /sc-/ , /pč-/ , /ps-/ , /ss-/ , /pc-/ , /č-/ , natomiast w przypadku dzieci pięcioletnich jest to już tylko: /pč-/ , /pš-/ , /šč-/ , /pš-/ . Podobnie analizując pojawiające się w materiale leksykalnym substytucje, najwięcej zróżnicowanych zamian określonej głoski na inną pojawiło się w wymowie dzieci czteroletnich. Na przykład geminata /žž-/ u grupie trzylatków realizowana była jako /z-/ , /c-/ , /ž-/ , w populacji dzieci pięcioletnich jako /z-/ , /c-/ , natomiast czterolatki wymawiały zamiast głoski [ž] zarówno [ž] , [z] , [ž] , jak i [d] . Owa ilość zróżnicowanych realizacji pojawiających się w obrębie omawianych grup spółgłoskowych dodatkowo wzrasta, gdy weźmie się pod uwagę zjawiska współtowarzyszące wspomnianej substytucji czy wyżej omówionemu uproszczeniu grup konsonantycznych.

Analizując sposoby wymowy grup spółgłoskowych, zauważa się, iż w przypadku wyrazów 'świeczka' czy 'pszczoła' w realizacji triad spółgłoskowych pojawiają się różnice dotyczące zarówno tego, która głoska w wyrazie jest przez dziecko upraszczana, jak i pojawiających się innych, towarzyszących zjawisk językowych. Obserwuje się pewne powtarzające się sposoby wymowy triad konsonantycznych, jednak można również zaobserwować występowanie uproszczeń mających charakter indywidualny (Barlow, 2005, s. 675). W przeprowadzonych wcześniej badaniach nad wymową grup spółgłoskowych wskazano pewnego rodzaju preferencje dotyczące redukcji – i tak np. dzieci niemieckojęzyczne wymawiają pierwszą występującą w wyrazie spółgłoskę, z kolei mówiące w języku hiszpańskim – drugą (Lleó & Prinz, 1996, s. 37). W przypadku grup spółgłoskowych /šfi-/ oraz /pšč-/ częściej wymawianą spółgłoską była pierwsza głoska wchodząca w skład triady.

Podsumowanie

Analizując wyniki prezentowanych badań, zauważyć można kilka zjawisk zachodzących w procesie rozwoju języka dzieci trzy-, cztero- i pięcioletnich. Uwagę zwraca znaczna różnica pomiędzy realizacją grup spółgłoskowych w najmłodszej grupie wiekowej oraz w przypadku obu starszych grup. Dotyczy to szczególnie ilości wymawianych przez dzieci elementów spółgłoskowych. Zatem w przypadku trzyletnich użytkowników języka proces redukcji wydaje się dominującym zjawiskiem – w prezentowanych badaniach staje się to szczególnie zauważalne w nagłosie (tabela 3).

Uwagę zwraca również wyrównanie wyników w odniesieniu do substytucji oraz uproszczeń wymowy grup spółgłoskowych w wypadku cztero- oraz pięcioletników. Zjawisko staje się tu szczególnie zauważalne w pozycji nagłosowej. Kolejnym zjawiskiem jest wyrównanie wyników w zakresie procentowego występowania substytucji w grupie dzieci pięcioletnich, co może świadczyć

o rosnącej świadomości i konsekwencji realizacji określonych dźwięków w tej populacji.

TABELA 3. Procesy zachodzące w realizacji grup spółgłoskowych zawierających głoski szczelinowe i zwarto-szczelinowe w nagłosie, śródgłosie oraz wygłosie w grupie dzieci trzy-, cztero- i pięcioletnich

	Trzylatki		Czterolatki		Pięcioletki	
Nagłos						
A	299		599		653	
B	62	21%	114	19%	87	13%
C	53	18%	35	6%	17	3%
D	129	43%	109	18%	71	11%
Śródgłos						
A	122		276		290	
B	25	20%	37	13%	33	11%
C	8	7%	2	1%	0	0%
D	9	7%	6	2%	4	1%
Wygłos						
A	44		89		82	
B	21	48%	15	17%	10	12%
C	2	5%	7	8%	2	2%
D	4	9%	8	9%	3	4%

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Warto zwrócić również uwagę na ilość grup spółgłoskowych zrealizowanych poprawnie w każdej z grup wiekowych. Nagłosowe kompleksy konsonantyczne u grupie dzieci trzyletnich zgodnie z wymową normatywną dla języka polskiego realizowało 15% populacji – przy czym należy podkreślić, iż jako normę rozwojową traktuje się występujące w tej grupie wiekowej substytucje głosek szczelinowych i zwarto-szczelinowych, przedniojęzykowo-dziąsłowych oraz przedniojęzykowo-zębowych, takich jak [š, ž, č, ž] oraz [s, z, c, ʒ]. W populacji dzieci czteroletnich połączenia konsonantyczne zgodnie z normą językową wymawiało 53% osób, z kolei w grupie pięcioletków 71%. Mniejsze różnice obserwuje się natomiast w sposobie realizacji śródgłosu oraz wygłosu. Zgodnie z normą językową w grupie dzieci trzyletnich kompleksy spółgłoskowe zawierające sąsiedztwo głosek szczelinowych i zwarto-szczelinowych wymawiało 49%, w populacji czteroletków – 77%, natomiast wśród pięcioletków – 86%. W wygłosie wyrazów 26% trzyletników realizowało połączenia konsonantyczne zgodnie z normą językową.

W grupie czterolatek sytuacja taka miała miejsce w przypadku 53% badanych, w gronie pięciolatek było to 72%.

Istotnym zjawiskiem wydaje się również wspomniana wcześniej produktywność czterolatek polegająca na towarzyszeniu realizacji zbitek spółgłoskowych zróżnicowanych zjawisk oraz współwystępowaniu kilku procesów jednocześnie, co należy do istotnych aspektów charakterystycznych dla wymowy dzieci w tej grupie wiekowej.

Bibliografia

- BARLOW, J.A. (2003). Asymmetries in the Acquisition of Consonant Clusters in Spanish. *Canadian Journal of Linguistics / Revue canadienne de linguistique*, 48(3/4), 179–210.
- BARLOW, J.A. (2005). Phonological change and the representation of consonant clusters in Spanish: A case study. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 19(8), 659–679.
- BEE, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka* (J. GILEWICZ, & A. WOJCIECHOWSKI, tłum.). Poznań: Wydaw. Zysk i S-ka.
- BINKUŃSKA, E. (2017). Grupy spółgłoskowe w logopedycznych próbach diagnostycznych. W: S. MILEWSKI, K. KACZOROWSKA-BRAY, & B. KAMIŃSKA (red.), *Studia logopedyczno-lingwistyczne. Księga jubileuszowa z okazji 70-lecia urodzin Profesora Edwarda Łuczyńskiego* (s. 295–311). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- BRYNDAL, M. (2015). *Fonologiczna interpretacja procesów doskonalenia wymowy dziecięcej na tle współczesnych teorii fonologicznych*. Gliwice: Wydaw. Komlogo Piotr Gruba.
- CZAPLEWSKA, E. (2012). Diagnostyka zaburzeń rozwoju artykulacji. W: E. CZAPLEWSKA, & S. MILEWSKI (red.), *Diagnostyka logopedyczna. Podręcznik akademicki* (s. 65–120). Sopot: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.
- DEMUTH, K., & KEHOE, M. (2006). The Acquisition of Word-final Clusters in French. *Catalan Journal of Linguistics*, 5, 59–81.
- DOŁĘGA, Z. (2003). *Promowanie rozwoju mowy w okresie dzieciństwa – prawidłowości rozwoju, diagnozowanie i profilaktyka*. Katowice: Wydaw. Uniwersytetu Śląskiego.
- DUNAJ, B. (2006). Zasady poprawnej wymowy polskiej. *Język Polski*, LXXXVI, 161–172.
- DYSZAK, A., LASKOWSKA, E., & ŚWIĘCICKA, M. (1997). *Fonetyczny i fonologiczny opis współczesnej polszczyzny. Skrypt dla studentów filologii polskiej*. Bydgoszcz: Wydaw. Uczelniane Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- GWOZDIEW, A.N. (2007). *Woprosy izuczenija dietskoi reci*. Moskwa: Izdatielstwo Akademii Pedagogiczeskich Nauk.
- KACZMAREK, L. (1982). *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: Wydaw. Lubelskie.
- KANIA, J.T. (2001). *Szkice logopedyczne*. Lublin: Polskie Towarzystwo Logopedyczne. Zarząd Główny.
- KIELAR-TURSKA, M. (2012). Rozwój sprawności językowych i komunikacyjnych. W: E. CZAPLEWSKA, & S. MILEWSKI (red.), *Diagnostyka logopedyczna. Podręcznik akademicki* (s. 15–63). Sopot: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.
- KRAJNA, E. (2002). Doskonalenie artykulacji u dzieci przedszkolnych – wybrane zagadnienia. *Logopedia*, 31, 27–52.

- KRAJNA, E. (2008). *100-wyrazowy test artykulacyjny. Podręcznik*. Gliwice: Wydaw. Komlogo Piotr Gruba.
- KRASOWICZ-KUPIS, G. (2004). *Rozwój świadomości językowej dziecka. Teoria i praktyka*. Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- LLEÓ, C., & PRINZ, M. (1996). Consonant Clusters in Child Phonology and the Directionality of Syllable Structure Assignment. *Journal of Child Language*, 23, 31–56.
- ŁOBACZ, P. (1996). *Polska fonologia dziecięca. Studia fonetyczno-akustyczne*. Warszawa: Wydaw. Energeia.
- ŁOBACZ, P.: (2005). Prawidłowy rozwój mowy dziecka. W: T. GAŁKOWSKI, E. SZELĄG, & G. JASTRZĘBOWSKA (red.), *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki* (s. 231–268). Opole: Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego.
- MADELSKA, L. (2005). *Słownik wariantywności fonetycznej współczesnej polszczyzny*. Kraków: Collegium Columbinum.
- MILEWSKI, S. (1998). Nagłosowe grupy spółgłoskowe w tekstach mówionych dzieci w wieku przedszkolnym. W: I. NOWAKOWSKA-KEMPNA (red.), *Logopedia jako nauka interdyscyplinarna – teoretyczna i stosowana* (s. 175–211). Katowice: Wydaw. Uniwersytetu Śląskiego.
- MILEWSKI, S. (1999). *Lingwistyczne i dydaktyczne aspekty analizy fonemowej*. Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- MILEWSKI, S. (2001). Śródgłosowe grupy spółgłoskowe w tekstach mówionych dzieci w wieku przedszkolnym. W: S. GRABIAS (red.), *Zaburzenia mowy*. T. 1 (s. 216–252). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- MILEWSKI, S. (2005). Grupy spółgłoskowe w języku mówionym dzieci przedszkolnych. *Logopeda. Czasopismo internetowe*, 1(1), 5–32.
- MILEWSKI, S. (2017). Grupy spółgłoskowe jako problem logopedyczny. W: S. MILEWSKI, K. KACZOROWSKA-BRAY, & B. KAMIŃSKA (red.), *Studia logopedyczno-lingwistyczne. Księga jubileuszowa z okazji 70-lecia urodzin Profesora Edwarda Luczyńskiego* (s. 269–294). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- PORAYSKI-POMSTA, J. (2015). *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*. Warszawa: Dom Wydawniczy „Elipsa”.
- PRZYBYŁA, O. (2013). O kinestezji, prakcji oralnej i koordynacji w perspektywie integrującej. W: J. PANASIUK, & T. WOŹNIAK (red.), *Język-człowiek-społeczeństwo* (s. 791–811). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- PRZYBYŁA, O. (2015). Motoryczne zdolności koordynacyjne w świetle badań nad mową. W: K. KACZOROWSKA-BRAY, & S. MILEWSKI (red.), *Metodologia badań logopedycznych* (s. 322–363). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- ROCLAWSKI, B. (1986a). *Poradnik fonetyczny dla nauczycieli*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- ROCLAWSKI, B. (1986b). *Zarys fonologii, fonetyki, fonotaktyki i fonostatystyki współczesnego języka polskiego*. Gdańsk: Wydaw. Uczelniane Uniwersytetu Gdańskiego.
- SOŁTYS-CHMIELOWICZ, A. (1998). *Wymowa dzieci przedszkolnych*. Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- SOŁTYS-CHMIELOWICZ, A. (2005). Zaburzenia artykulacji. W: T. GAŁKOWSKI, E. SZELĄG, & G. JASTRZĘBOWSKA (red.), *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki* (s. 421–474). Opole: Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego.
- SOŁTYS-CHMIELOWICZ, A. (2008). *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*. Kraków: Impuls.
- ŚLEDZIŃSKI, D. (2010). Analiza struktury grup spółgłoskowych w nagłosie oraz w wygłosie wyrazów w języku polskim. *Kwartalnik Językoznawczy*, 3–4, 61–84.
- ŚLEDZIŃSKI, D. (2013). Podział korpusu tekstów na sylaby – analiza polskich grup spółgłoskowych. *Kwartalnik Językoznawczy*, 3, 48–100.

- WÓJTOWICZOWA, J. (1993). *Logopedyczny zbiór wyrazów*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- ZARĘBINA, M. (1965). *Kształtowanie się systemu językowego dziecka*. Wrocław-Warszawa-Kraków: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- ZARĘBINA, M. (1994). *Język polski w rozwoju jednostki*. Gdańsk: Wydaw. Glottispol.
- ZGÓŁKOWA, H. (2016). *Słownictwo dzieci w wieku przedszkolnym w latach 2010–2015*. Poznań: Wydaw. Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- ZGÓŁKOWA, H., & BUŁCZYŃSKA, K. (1987). *Słownictwo dzieci w wieku przedszkolnym: listy frekwencyjne*. Poznań: Wydaw. Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- ZYDOROWICZ, P. (2010). Consonant clusters across morpheme boundaries: polish morphonotactic inventory and its acquisition. *Poznań Studies in Contemporary Linguistics*, 46(4), 565–588.



KATARZYNA ITA BIEŃKOWSKA, AGNIESZKA JEDLIŃSKA, DOROTA LIPIEC,
IZABELA WIĘCEK-POBORCZYK

Zakład Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej,

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

0000-0002-9325-0388; 0000-0003-1757-0352

0000-0002-0056-5285; 0000-0002-0290-0972

Dyslalia słuchowa a zaburzenia artykulacji o innej etiologii u dzieci z uszkodzeniem słuchu

Auditory Dyslalia and Articulation Disorders of Varying Aetiology in Children with Hearing Impairment

ABSTRACT: This article presents the results of research carried out to assess the potential non-auditory causes of articulation defects in deaf children. Who was tested were twenty people with hearing impairment between the ages of eleven and seventeen, whose functional hearing is 40 dB on average, as assessed on the basis of tonal audiometry in a free sound field. The study involved a questionnaire assessing the structure of the articulation apparatus, a questionnaire assessing the fitness and muscle tone of the articulation apparatus, and a questionnaire assessing functions (physiological functions) within the articulation apparatus. The obtained results point to the need for an in-depth diagnosis of articulation and its condition among deaf patients, the determination of pathomechanisms of sound disturbances in the assessed speech, and the inclusion of broadly understood preventive mechanisms derived from logopaedics in the therapeutic process.

KEY WORDS: auditory dysplasia, articulation disorders, dyslalia of varying aetiology, pathomechanisms of dyslalia, hearing impairment, functional hearing, surdologopaedic diagnosis

Wprowadzenie

Liczba dzieci z wrodzonym uszkodzeniem słuchu od wielu lat utrzymuje się na podobnym poziomie (Szyfter, Wróbel, Szyfter-Harris, & Greczka, 2013, s. 4). Należy przyjąć, że wszystkie te dzieci wymagają wsparcia logopedycznego. Jest to zróżnicowana grupa, ponieważ wiele czynników – m.in. głębokość i przyczyna uszkodzenia słuchu, wiek, w którym dziecko otrzymało urządzenie wspomagające słyszenie oraz jakość terapii słuchu i mowy – wpływa na poziom nabywania kompetencji językowych. Od właściwego zdiagnozowania stanu mowy na początku podejmowanej terapii oraz czynników egzo- i endogennych, które mogą mieć

wpływ na rozwój mowy, zależy skuteczność podejmowanego usprawniania (Bieńkowska, 2017; Krakowiak, 2012, s. 32; Muzyka-Furtak, 2015). Konieczna jest także systematyczna weryfikacja czynionych postępów w celu dopasowania działania terapeutycznego do zmieniającego się z wiekiem stanu rozwoju mowy i języka.

Kazimiera Krakowiak (2012) zaproponowała typologię stanu mowy dzieci z uszkodzonym słuchem, w której znaczenie mają korzyści z posiadanej protezy słuchu umożliwiające nabywanie mowy na drodze słuchowej. Autorka wyróżniła cztery grupy osób z wadą słychu:

- funkcjonalnie słyszące, u których stwierdza się nieznaczne i lekkie obniżenie sprawności słyszenia, trudność stanowi komunikowanie się jedynie w niesprzyjających warunkach akustycznych;
- niedosłyszające, posiadające umiarkowane obniżenie sprawności słyszenia oraz ograniczoną umiejętność dostrzegania cech dystynktywnych głosek, przy zachowanej segmentacji strumienia mowy; utrudnione jest rozumienie mowy, co może powodować zniekształcenia wymowy;
- słabosłyszające, u których, pomimo zastosowania protez słuchowych, znacznie obniżona jest sprawność słyszenia;
- niesłyszające, czyli osoby niemające korzyści z aparatów lub ich z różnych względów nienoszące, co oznacza, że nie korzystają ze słuchu w procesie komunikowania się językowego (są funkcjonalnie głuche) (Krakowiak 2012, s. 115–127).

Z kolei w klasyfikacji Danuty Emiluty-Roza (2017, s. 115) kryterium stanowi poziom opanowania systemu językowego. Autorka zaproponowała opis stanu mowy dziecka z wadą słychu, wyróżniając:

- niedokształcenie mowy z powodu niedosłuchu;
- opóźniony rozwój mowy z powodu niedosłuchu;
- dyslalię słuchową;
- normę rozwojową.

Autorki obydwu typologii zwracają uwagę, że nie należy analizować stanu mowy dziecka przez pryzmat diagnozy audiologicznej, wyniku audiometrii tonalnej, stwierdzonej głębokości uszkodzenia słuchu. Istotne są korzyści słuchowe z indywidualnie dobranych urządzeń wspomagających słyszenie. Dostępność wczesnej interwencji audiologicznej, szybkie i skuteczne protezowanie, wczesna terapia słuchu i mowy oraz większa świadomość społeczna powodują, że dzieci z uszkodzonym narządem słychu często osiągają normatywny stan mowy jeszcze w okresie rozwojowym, a obserwowane nieprawidłowości występują jedynie na płaszczyźnie fonologiczno-fonetycznej.

Dyslalia – uściślenia terminologiczne

Obserwowane u osób z zaburzeniami mowy zakłócenia w realizacji allofonów fonemów określane są mianem **dyslalii**, a definiowane różnie w zależności od przyjętych kryteriów i szczegółowości opisu. Kryterium etiologiczne przyjmuje Irena Styczek (1983), opisując dyslalię jako „opóźnienie w przyswajaniu sobie języka, na skutek opóźnionego wykształcania się funkcji pewnych struktur mózgowych” (s. 250). Inne definicje odwołują się głównie do kryterium objawowego, np. „symptom zaburzenia rozwoju mowy, dotyczącego tylko jednego aspektu języka, a mianowicie artykulacyjnego” (Rodak, 1992, s. 25). Za definicję objawową można także uznać: „zaburzenie artykulacji, w którym brakuje zupełnie poszczególnych głosek, jako fonemów mowy ojczystej lub zespołu głosek, albo są one zastępowane przez inne głoski bądź też tworzone w sposób wadliwy” (Pruszewicz, 1992, s. 242). W podobnym nurcie dyslalię definiuje Genowefa Demel (1996): „nieprawidłowość w wymawianiu jednej głoski, wielu głosek, a nawet wszystkich lub niemal wszystkich głosek od razu (bełkot)” (s. 32) czy Leon Kaczmarek (1966): „realizacja fonemów odbiegająca od ustalonej przez tradycję normy” (s. 102).

W artykule przyjmujemy za Haliną Mierzejewską i Danutą Emilutą-Rozya rozumienie dyslalii jako „określenie nieprawidłowego stanu elementarnych segmentów wypowiedzi, czyli dźwięków mowy (głosek będących realizacją fonemów)” (Emiluta-Rozya, 2006, s. 132). Emiluta-Rozya (2008) uściśla, że są to „zakłócenia dźwięków mowy” (s. 26) i jako takie mogą być jedynie wąskim zakresem trudności występujących w mowie (zaburzona artykulacja) lub też współwystępować z trudnościami w posługiwaniu się złożonymi strukturami językowymi (trudności zarówno w odbiorze, czyli rozumieniu wypowiedzi, jak i w ich tworzeniu). Stąd wydaje się najbardziej uzasadnionym uściślenie definicji dyslalii i uwzględnienie w niej jednocześnie obok kryterium objawowego kryterium etiologicznego, wskazującego na przyczyny i patomechanizmy nieprawidłowości. W takim ujęciu dyslalia może występować prawie we wszystkich formach zaburzeń mowy (por. Emiluta-Rozya 2008), ale spowodowana jest innymi przyczynami.

Termin „dyslalia” nie jest zatem diagnozą, a jedynie określeniem objawów zakłócenia dźwięków mowy, których przyczynę i patomechanizmy należy dokładnie określić w procesie diagnozowania logopedycznego (Emiluta-Rozya, 2006, s. 102; 2008, s. 29–31). Po dodaniu przymiotnika określającego przyczyny zakłóceń dźwięków mowy dyslalia staje się jednostką nozologiczną. Jako tak rozumiana może mieć przyczyny obwodowe, środowiskowe lub mózgowo. Do dyslalii obwodowych Emiluta-Rozya (2008) zalicza dyslalię anatomiczną, słuchową oraz funkcjonalną (s. 29). Przyczyną dyslalii anatomicznej (dysglosji) są wrodzone lub nabyte wady budowy narządów aparatu artykulacyjnego, a patomechanizmem ograniczenie lub niemożność wykonania precyzyjnych ruchów tych narządów

w trakcie artykulacji. Dyslalia słuchowa spowodowana jest wadami budowy lub funkcjonowania narządu słuchu, prowadzącymi do niedosłuchu, w efekcie czego następuje ograniczenie kontroli słuchowej zarówno podczas odbierania, jak i tworzenia wypowiedzi. Przyczynami dyslalii funkcjonalnej mogą być obniżona sprawność aparatu artykulacyjnego, parafunkcje i dysfunkcje uwarunkowane endogennie (np. dysfunkcja oddychania spowodowana alergią) oraz nieprawidłowe nawyki ruchowe w przebiegu czynności odgryzania, gryzienia i żucia, połykania czy oddychania, spowodowane zwykle błędami pielęgnacyjnymi (np. długotrwałym karmieniem butelką, ssaniem pustego smoczka, zbyt długim podawaniem dziecku pokarmów o papkowatej konsystencji). Patomechanizmem są tu nieprawidłowe nawyki ruchowe narządów aparatu artykulacyjnego w trakcie artykulacji i/lub ograniczenie lub uniemożliwienie wykonania precyzyjnych ruchów artykulacyjnych. Z kolei dyslalia środowiskowa uwarunkowana jest nieprawidłowymi wzorami wymowy występującymi w najbliższym otoczeniu dziecka, a patomechanizmem – ich naśladowanie.

W etiologicznej klasyfikacji Emiluta-Roza (2008, s. 30) wymienia także dyslalię podkorową i korową. Dyslalia podkorowa jako jednostka nozologiczna to zaburzenia artykulacji bez towarzyszących zaburzeń oddychania, fonacji i prozodii. Może być także określeniem zakłóceń dźwięków mowy w dyzartrii. Przyczyną jest uszkodzenie struktur podkorowych ośrodkowego układu nerwowego powodujące niedowłady mięśni aparatu artykulacyjnego, czyli zwykle dyskretne zaburzenia napięcia i siły mięśni, najczęściej języka, rzadziej warg i podniebienia miękkiego. Prowadzi to do utrudnienia w wykonywaniu precyzyjnych ruchów artykulacyjnych. Dyslalia korowa nie jest jednostką diagnostyczną i oznacza zakłócenia w realizacji fonemów w zaburzeniach mowy pochodzenia korowego: afazji i niedokształceniu mowy pochodzenia korowego. Przyczyną są uszkodzenia lub dysfunkcje struktur korowych ośrodkowego układu nerwowego, a patomechanizmem różnie nasilone trudności w wykonywaniu ruchów celowych i ich łączeniu podczas realizacji struktur fonologicznych (rozchwianie w afazji lub niemożność ustabilizowania się korowych dźwięków mowy w niedokształceniu mowy pochodzenia korowego) (Emiluta-Roza 2008).

W artykule przedstawiamy możliwość występowania różnej etiologii dyslalii u dzieci z uszkodzeniem słuchu. Podobnie jak u dzieci prawidłowo słyszających uwarunkowania nieprawidłowej artykulacji u dzieci z uszkodzonym narządem słuchu mogą być wielorakie. A zatem u dzieci z wadą słuchu mogą występować nieprawidłowości anatomiczne w budowie narządów aparatu artykulacyjnego, które mogą być przyczyną nieprawidłowości artykulacyjnych. Również zaburzenia przebiegu funkcji prymarnych czy obniżona sprawność aparatu artykulacyjnego mogą być obecne u tej grupy dzieci i mogą wpływać na realizację głosek języka polskiego. Nie należy pomijać niezmiernie istotnego czynnika środowiskowego (wzory wymowy otoczenia), który także może skutkować nieprawidłowościami wymawianiowymi.

W diagnozowaniu logopedycznym należy ustalić przyczyny nieprawidłowej artykulacji i, jeżeli to możliwe, określić przyczynę wiodącą. Diagnozą może być zatem np. dyslalia anatomiczna, anatomiczno-funkcjonalna czy słuchowo-anatomiczno-funkcjonalna. Warto przy tym odnieść się do klasyfikacji ilościowej Kaczmarka (1966, s. 81), określając liczbę nieprawidłowo realizowanych dźwięków mowy i dodając informację, czy jest to dyslalia jednoraka (nieprawidłowa artykulacja jednej głoski), wieloraka (nieprawidłowa artykulacja kilku, kilkunastu głosek) czy całkowita (całkowity brak wymawiania głosek, pozostają wyłącznie elementy prozodyczne mowy). Opisując objawy, należy wskazać na rodzaj zakłóceń: elizja (brak realizacji fonemu w postaci osobnego segmentu – głoski), paralalia (realizacja fonemu mieści się w polu realizacji innego fonemu), deformacja (realizacja fonemu wykracza poza właściwe normie pole realizacji tego fonemu) czy zdeformowany substytut (powstały dźwięk jest niesystemowy i znajduje się w polu realizacji innego fonemu) (Kania, 1982, s. 12–15). Niezbędne jest również określenie, jakich dźwięków dotyczy nieprawidłowość (np. sygmatyzm, rotacyzm, lamdacyzm, kappacyzm) z dokładnym podaniem rodzaju deformacji czy określeniem, jaki dźwięk zamieniany jest na inny. Przykładowa diagnoza mogłaby zatem brzmieć:

- dyslalia środowiskowa jednoraka; rotacyzm właściwy uvularny;
- dyslalia anatomiczno-funkcjonalna wieloraka; parasygmatyzm: głoski szeregu szumiącego wymawiane jako głoski syczące; lambdacyzm interdentalny;
- dyslalia słuchowo-anatomiczna; sygmatyzm właściwy: głoski szeregu szumiącego wymawiane jako dorsalne.

Dyslalia słuchowa – znaczenie terminu

Ze względu na tematykę artykułu uwagę skoncentrowano na jednym z typów nieprawidłowości artykulacyjnych – dyslalii słuchowej. Jest to zaburzenie wymowy u dzieci z uszkodzeniem słuchu wynikające z ograniczenia lub braku dostępu akustycznych wzorców wymowy oraz ograniczenia lub braku autokontroli słuchowej (Emiluta-Rozya, 2008, s. 29–31). Jego przyczynami mogą być:

- zawężone pole słuchowe;
- ograniczenie zakresu i natężenia percepcji słuchowej (dB i Hz);
- kompresja dźwięku w aparatach (implantach).

Jako objawy towarzyszące wystąpić mogą dysfonia audiogenna i dysprozodia (Emiluta-Rozya, 2008, s. 29–31; Lorenc, 2015, s. 193; 2017, s. 154–157).

Nieprawidłowości artykulacyjne u dzieci z uszkodzeniem słuchu często bywają *a priori* określane mianem dyslalii słuchowej (audiogennej). Rozpoznanie takie jest proponowane bez uprzedniego, pogłębionego wywiadu i badania logopedyczne-

go. Jest niejako „przypisane” małym, niedosłyszającym pacjentom. Należy jednak zrewidować sposób postępowania diagnostycznego, ponieważ sam niedosłuch nie tłumaczy pewnych nieprawidłowości w wymowie tej grupy dzieci. W sytuacji, gdy możliwa jest wczesna diagnoza audiologiczna i protezowanie, a co za tym idzie terapia surdologopedyczna, należy zadbać o rozwój systemu językowego, także w aspekcie fonologiczno-fonetycznym. Przed laty, gdy diagnoza miała miejsce po trzecim roku życia (lub później), większość logopedów koncentrowała się na budowaniu systemu językowego tak, aby dziecko jak najszybciej otrzymało narzędzie do komunikacji. W obecnej, zmienionej „rzeczywistości audiologicznej” należy zadbać o mowę wzorcową. W procesie tym istotne jest podejmowanie działań mających na celu przygotowanie płaszczyzny do kształtowania się prawidłowej artykulacji.

Założenia metodologiczne badań

Celem głównym badań omawianych w niniejszym artykule jest zweryfikowanie etiologii zaburzeń artykulacji występujących u osób ze znacznym i głębokim prelingwalnym uszkodzeniem słuchu (wykrytym i protezowanym w okresie niemowlęcym), u których zdiagnozowano dyslalię audiogenną. Ponadto wyróżniono następujące cele szczegółowe:

- ocena budowy, sprawności aparatu artykulacyjnego oraz przebiegu czynności orofacjalnych u osób ze zdiagnozowaną dyslalię słuchową;
 - weryfikacja etiologii obserwowanych zaburzeń artykulacji.
- Na potrzeby niniejszej pracy postawiono następujące pytania:
1. Jakie nieprawidłowości w budowie anatomicznej aparatu artykulacyjnego zostały stwierdzone u badanych osób?
 2. Jaka jest sprawność aparatu artykulacyjnego badanych?
 3. Jakie zaburzenia w przebiegu funkcji orofacjalnych występują u osób w badanej grupie?
 4. Jakie parafunkcje występują u badanych osób?

Charakterystyka grupy badanej

Z grupy podopiecznych Stowarzyszenia Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu w Krośnie wyselekcjonowano 20 osób w wieku od 11 do 17 lat (min. 10;6, max. 17;2, średnia 13;9) ze zdiagnozowaną dyslalię słuchową.

Wszystkie dzieci miały wcześniej wykryte uszkodzenie słuchu w stopniu głębokim (w Programie Przesiewowych Badań Słuchu u Noworodków) i zostały protezowane jednym implantem ślimakowym przed ukończeniem 30. miesiąca życia. Pięcioro z nich w późniejszym okresie życia zostało zaimplantowanych kontrlateralnie. Jedenaścioro dzieci korzysta z aparatu słuchowego w drugim uchu, a pozostałych czworo nie ma drugiej protezy. Od czasu optymalnego ustawienia procesora dźwięku (po pierwszej implantacji) słyszenie w wolnym polu słuchowym u wszystkich tych dzieci było na poziomie co najmniej 40 dB. Badane osoby od momentu wykrycia uszkodzenia słuchu poddawane były intensywnej terapii logopedycznej – głównie metodą wychowania słuchowo-werbalnego. Wszyscy badani pochodzą z rodzin słyszących, posługujących się językiem fonicznym, zatem usprawnianie mowy odbywało się także w środowisku domowym. U wszystkich badanych wykluczone zostały środowiskowe uwarunkowania nieprawidłowej artykulacji. Osoby badane są w normie intelektualnej, bez dodatkowych niepełnosprawności. W momencie przystąpienia do przedstawianych w niniejszym tekście badań wszystkie osoby miały stwierdzone jedynie zaburzenia artykulacji z powodu uszkodzenia słuchu¹.

Opis procedury badawczej

Badania, których wyniki prezentowane są w niniejszym artykule, wykonano w lutym 2019 roku w trakcie trwania tygodniowego turnusu rehabilitacyjnego dla dzieci z uszkodzeniem słuchu organizowanego przez Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu w Krośnie. Badanie budowy, sprawności oraz funkcji w obrębie aparatu artykulacyjnego przeprowadzono za pomocą:

- kwestionariusza oceny budowy aparatu artykulacyjnego;
- kwestionariusza oceny sprawności i napięcia mięśni aparatu artykulacyjnego;
- kwestionariusza oceny funkcji (czynności fizjologicznych) w obrębie aparatu artykulacyjnego².

W celu stwierdzenia etiologii zaburzeń artykulacji, szczegółowej analizie poddano budowę:

- nosa: ogólny wygląd, symetria (orientacyjna ocena przegrody nosa – przy widocznym skrzywieniu), kształt nozdrzy, drożność (obu otworów nosowych), wysokość kolumnienki podnosowej;

¹ W *Zestawieniu form zaburzeń mowy* Haliny Mierzejewskiej i Danuty Emiluty-Rozya (1997) określane jako „dyslalia słuchowa” (s. 40).

² Niepublikowane dotychczas kwestionariusze zostały opracowane dla potrzeb niniejszego badania na podstawie prac Danuty Emiluty-Rozya (2006; 2008; 2017) oraz w oparciu o doświadczenia zawodowe autorek Doroty Lipiec i Izabeli Więcek-Poborczyk (2019).

- warg: ciągłość, symetria, długość i grubość wędzidełka podwargowego, długość i kształt wargi górnej (ew. blizny, ubytki, kształt zmieniony w wyniku dysfunkcji oddychania lub z powodu innych przyczyn);
- żuchwy: wielkość, ustawienie względem szczęki górnej (ew. przemieszczenia);
- języka: wielkość (ew. makroglosja, mikroglosja), symetria (język symetryczny/asymetryczny, ew. ubytki tkanek języka), powierzchnia (obecność rowka językowego, pofałdowanie języka, tzw. język geograficzny), kształt (ocena i opis apeksu, kształtu języka), wędzidełko podjęzykowe (długość, grubość, miejsca przyczepów górnego i dolnego);
- podniebienia twardego: symetria (symetryczne/niesymetryczne), kształt (normatywny, podniebienie wysoko wysklepione, gotyckie, spłaszczone), powierzchnia (normatywna, ew. ubytki lub blizny, obecność rozszczepu podśluzówkowego);
- podniebienia miękkiego: długość (w proporcji do podniebienia twardego), symetria, powierzchnia (normatywna, ew. ubytki lub blizny, rozszczep podśluzówkowy), długość i symetria uvuli;
- jamy gardłowej: migdałki podniebienne (wielkość, symetria);
- zębów: ogólny stan uzębienia (zęby zdrowe / z próchnicą), braki zębów, przemieszczenia zębów, zęby nadliczbowe;
- zgryzu: prawidłowy (norma) / wada zgryzu (jaka).

Następnie oceniono sprawność i napięcie mięśniowe:

- warg: szerokie otwarcie jamy ustnej – maksymalne rozciągnięcie warg, ściągnięcie i wysunięcie warg (dzióbek) – wargi mocno napięte, cmokanie, naprzemiennie: uśmiech (przy złączonych wargach) i dzióbek, wysunięcie warg i ułożenie w okienko/kółeczko (przy zamkniętych zębach), naprzemiennie: uśmiech i kółeczko/okienko (przy widocznych złączonych zębach), zaciśnięcie rozciągniętych warg (wargi są napięte), nabranie powietrza do jamy ustnej na kształt balonika i zatrzymanie go przez chwilę, przygryzienie dolnej wargi górnymi zębami (górne zęby są widoczne), parskanie/wibracja warg;
- języka: maksymalne wysuwanie języka na brodę, unoszenie języka w kierunku nosa (żuchwa nisko opuszczona), naprzemiennie: wysuwanie języka na brodę i unoszenie w kierunku nosa (żuchwa nisko opuszczona), dotykanie czubkiem języka kącików warg przy nisko opuszczonej żuchwie (język przesuwają się w powietrzu, nie dotykając dolnej wargi, żuchwa nie powinna ruszać się na boki), uniesienie i zatrzymanie języka przy wałku dziąsłowym (żuchwa nisko opuszczona), ułożenie języka na kształt grzbietu (czubek języka za wewnętrzną powierzchnią dolnych zębów, żuchwa nisko opuszczona), wysunięcie języka na kształt grotu – apeks ostro zakończony, język nie dotyka zębów ani warg (żuchwa nisko opuszczona), ułożenie języka na kształt łyżeczki (język nie dotyka zębów ani warg, żuchwa nisko opuszczona), oblizywanie podniebienia twardego od tyłu do przodu – do zębów (żuchwa nisko opuszczona), oblizywanie językiem ust dookoła (żuchwa nisko opuszczona), oblizywanie okolicy za dol-

nymi zębami – ruchy wymiatające (zuchwa nisko opuszczona), wypychanie językiem kolejno jednego i drugiego policzka (czubek języka wykonuje ruch góra–dół, wargi zamknięte), wykonywanie czubkiem języka ruchów okrężnych w przedsionku jamy ustnej (wargi zamknięte), oblizywanie czubkiem języka górnego łuku zębowego (zuchwa nisko opuszczona), klaskanie (kilkakrotne przyklejenie masy języka do podniebienia twardego przy opuszczonej nisko zuchwie, a następnie dynamiczne oderwanie z towarzyszącym mu charakterystycznym efektem dźwiękowym);

- zuchwy: wykonywanie ruchów żucia przy zamkniętych wargach, naprzemiennie unoszenie i opuszczanie zuchwy kilkakrotnie dynamiczne (głośne i krótkie) wymówienie samogłoski [a], zuchwa nisko opuszczona, ziewanie.

W badaniach sprawności i napięcia mięśniowego uwzględniono następujące kryteria oceny:

- napięcie mięśni poszczególnych narządów aparatu artykulacyjnego;
- precyzja i szybkość wykonywanych ruchów;
- umiejętność przechodzenia z jednego układu na drugi (dotyczy ćwiczeń naprzemiennych);
- obecność przyruchów (np. zuchwy, warg).

Jako ostatnia przeprowadzona została ocena funkcji w obrębie aparatu artykulacyjnego. Zbadano przebieg następujących czynności fizjologicznych:

- oddychania spoczynkowego: torem nosowym (prawidłowe) / ustnym (nieprawidłowe);
- oddychania dynamicznego: torem ustno-nosowym – prawidłowe (wdech głównie ustami, wydech ustami przy wymowie głosek ustnych, nosem przy wymowie głosek nosowych) / nieprawidłowe (jakie) – płytki wdech, próby mówienia na wdechu, skrócenie fazy wydechowej, zaburzenie proporcji pomiędzy długością wdechu i wydechu;
- odgryzania: przednie (prawidłowe) / boczne (nieprawidłowe), odcinanie pokarmu (prawidłowe) / odłamywanie pokarmu lub przetrzymywanie pokarmu w przestrzeni międzyzębowej do momentu jego rozmiękczenia (nieprawidłowe);
- gryzienia, żucia: rozdrabnianie i rozcieranie pokarmów za pomocą ruchów zuchwy – odwodzenie, przemieszczanie na boki, przywodzenie z zamkniętą szparą ust (prawidłowe) / żucie pionowe z zamkniętą lub otwartą szparą ust (nieprawidłowe) / żucie naprzemiennie: okrężne i pionowe ze zmieniającym się układem warg (nieprawidłowe);
- połykania: infantylne – płaskie ułożenie przedniej części języka, język wsuwa się między zęby lub na nie napiera, napina się mięsień okrężny ust (prawidłowe do czasu ukończenia 4 lat, po tym czasie nieprawidłowe) / dojrzałe – pionizacja szerokiego języka, którego przednia część znajduje się w okolicy dziąseł, zęby zbliżone do siebie, wargi swobodnie domknięte, napinają się mięśnie gnyko-wo-zuchwowe (prawidłowe po 3–4. roku życia);

- parafunkcji: ssanie palca / ssanie języka / ssanie wewnętrznej strony policzka / ssanie wargi / obgryzanie paznokci / obgryzanie ołówków / nagryzanie wargi / naciąganie wargi na zęby / mlaskanie przy pustej (bez pokarmu) jamie ustnej / zbędne oblizywanie warg / inne.

Wyniki badań

Analizę uzyskanych wyników badań podzielono na trzy części. Pierwsza dotyczy oceny budowy aparatu artykulacyjnego, druga jego sprawności i napięcia mięśniowego, trzecia – przebiegu funkcji (czynności fizjologicznych) w obrębie aparatu artykulacyjnego.

Wyniki oceny budowy aparatu artykulacyjnego

Ocenie poddano budowę poszczególnych części nasady, czyli: nosa, warg, żuchwy i zębów.

- Budowa nosa – wygląd ogólny nosa, jego symetrię oraz drożność w 94% oceniono jako prawidłową. Kształt nosa i wysokość kolumienki podnosowej były w 100% odpowiednie.
- Budowa warg – ciągłość i symetria warg oraz długość i grubość wędzidełka podwargowego u wszystkich badanych osób były prawidłowe. U 6% badanych stwierdzono nieprawidłowe symetrię warg oraz długość i kształt górnej wargi.
- Budowa żuchwy – wielkość żuchwy w 100% została oceniona jako odpowiednia, jednak blisko u 20% badanych jej ustawienie względem górnej szczęki było nieprawidłowe (przesunięcie w osi poziomej bocznie i/lub przednio/dotylnie).
- Budowa języka – wielkość, powierzchnię oraz symetrię języka w 100% oceniono jako właściwą. Skrócone wędzidełko podjęzykowe, zmieniające równocześnie kształt języka wystąpiło u 12% badanych.
- Budowa podniebienia twardego – symetria i powierzchnia u 100% badanych były prawidłowe, natomiast kształt był prawidłowy u 83% badanych.
- Budowa podniebienia miękkiego – długość i powierzchnia velum oraz długość i symetria uvuli w 100% zostały ocenione jako prawidłowe, zaś symetria velum była prawidłowa u 94% badanych.
- Zęby – nie stwierdzono zębów nadliczbowych, u 20% badanych stwierdzono braki w uzębieniu, u 33 % przemieszczenia zębów.
Zgryz – u 35% badanych stwierdzono wady zgryzu.

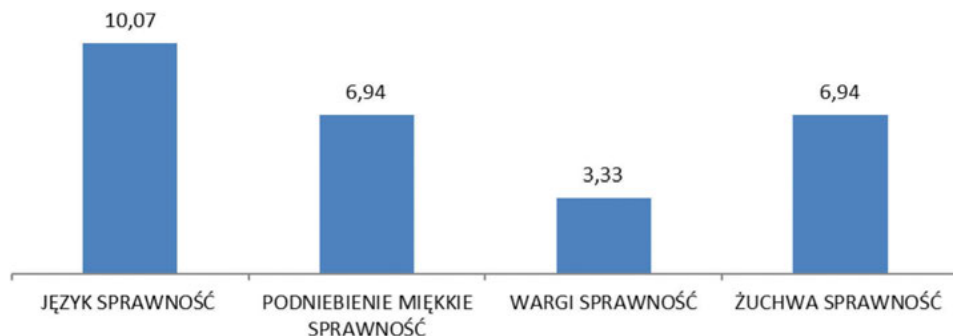
Wyniki oceny sprawności i napięcia mięśni aparatu artykulacyjnego

Ocenię poddano sprawność warg, języka, żuchwy oraz podniebienia miękkiego. W ramach oceny sprawności warg uzyskano następujące wyniki³: szerokie otwarcie jamy ustnej: 100%; ściągnięcie i wysunięcie warg: 94%; cmokanie: 94%; naprzemienne ściągnięcie i rozciąganie warg (uśmiech i dzióbek): 94%; wysunięcie warg i ułożenie w kółko: 97%; naprzemienny uśmiech i kółeczko: 97%; zaciśnięcie rozciągniętych warg: 97%; nabranie powietrza do jamy ustnej: 94%; przygryzanie dolnej wargi: 100%; wibracja warg: 97%.

Ocena sprawności języka: maksymalne wysuwanie na brodę: 92%; unoszenie w kierunku nosa: 78%; naprzemienne wysuwanie na brodę i unoszenie w kierunku nosa: 72%; dotykane czubkiem języka kącik warg przy nisko opuszczonej żuchwie: 83%; uniesienie i zatrzymanie języka przy wałku dziąsłowym: 94%; ułożenie języka na kształt grzbietu: 97%; wysunięcie języka w kształcie grotu: 75%; ułożenie języka w kształcie łyżeczki: 75%; oblizywanie podniebienia twardego w przód i tył: 92%; oblizywanie warg: 92%; oblizywanie wewnętrznej strony dolnych zębów: 92%; wypychanie policzków: 97%; wykonywanie językiem ruchów okrężnych: 97%; oblizywanie czubkiem przedsionka jamy ustnej: 100%; oblizywanie górnego łuku zębowego: 94%; kłaskanie: 100%.

Ocena sprawności żuchwy: żucie: 92%; unoszenie/opuszczanie: 100%; ocena sprawności podniebienia miękkiego: wymówienie samogłoski [a] – żuchwa nisko opuszczona: 88% osób wykonało prawidłowo tę próbę, a ziewanie 97%.

Poniżej znajduje się podsumowanie wyników badania sprawności ruchomych części aparatu artykulacyjnego. Wykres 1 przedstawia procent nieprawidłowo wykonanych prób w badanym obszarze.



WYKRES 1. Prобы sprawności aparatu artykulacyjnego – nieprawidłowe

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

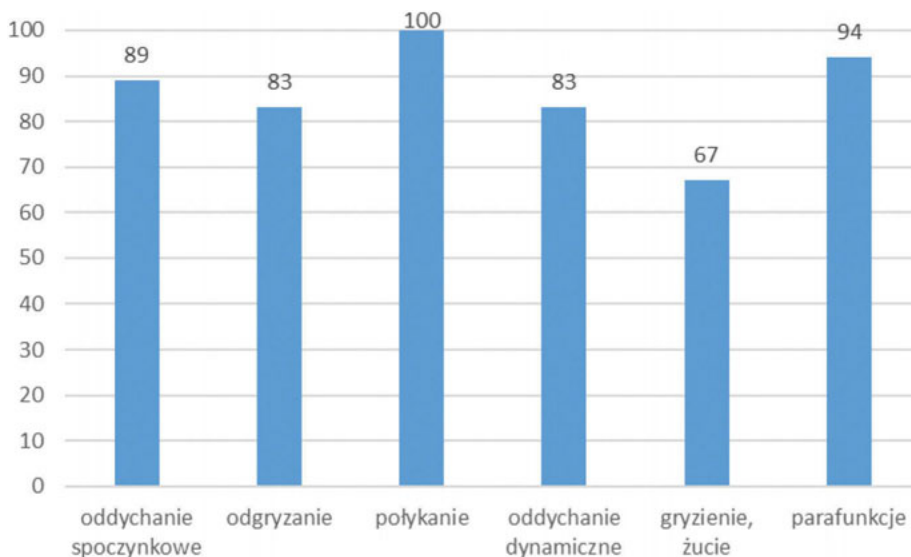
³ Wyniki prezentowane są w następującym porządku: najpierw podana jest próba, a następnie wynik prawidłowy podany w procentach (prawidłowa sprawność w procentach).

Z wykresu 1 wynika, że 11% badanych wykonało ogółem w sposób nieprawidłowy próby języka, po 7% – podniebienia miękkiego oraz zuchwy, 3% – warg. Należy pamiętać, że badana młodzież to osoby, które były objęte terapią logopedyczną⁴ od momentu wykrycia wady słuchu (od wczesnego dzieciństwa), stąd zapewne wysokie wyniki uzyskane w ocenie sprawności i napięcia mięśni aparatu artykulacyjnego.

Wyniki oceny funkcji (czynności fizjologicznych) w obrębie aparatu artykulacyjnego

Ocenię poddano przebieg następujących funkcji orofacjalnych: oddychania, połykania, odgryzania, gryzienia, żucia i ewentualną obecność parafunkcji (wykres 2). Zanotowano następujące wyniki:

- 89% badanych uzyskało pozytywną ocenę spoczynkowego sposobu oddychania;
- 83% badanych uzyskało pozytywną ocenę dynamicznego sposobu oddychania;
- 100% badanych odgryzało w sposób prawidłowy;



WYKRES 2. Wyniki oceny funkcji (czynności fizjologicznych) w obrębie aparatu artykulacyjnego (odsetek prawidłowo przebiegających funkcji u badanych osób oraz parafunkcji)

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

⁴ Głównie metodą wychowania słuchowo-werbalnego.

- 83% badanych uzyskało pozytywną ocenę w próbie gryzienia i żucia;
- 67% badanych uzyskało pozytywną ocenę sposobu połykania – stwierdzono u nich przetrwałe połykanie niemowlęce;
- u 6% badanych stwierdzono obecność parafunkcji.

Wykres 2 ilustruje wyniki oceny czynności fizjologicznych w obrębie aparatu artykulacyjnego w grupie badanych dzieci.

Wskazanie innych potencjalnych etiologii zaburzeń artykulacyjnych po przeprowadzonych próbach

Po wykonaniu procedury badawczej u 60% badanych stwierdzono inne niż samo uszkodzenie słuchu czynniki mogące wpływać na stan artykulacji dzieci. U 30% badanych były to uwarunkowania anatomiczno-funkcjonalne, u 20% – funkcjonalne, a u 10% – anatomiczne. U 40% badanych nie stwierdzono innych poza wadą słuchu możliwych uwarunkowań niewłaściwej artykulacji. Wyniki potwierdzają przyjętą w pracy hipotezę, że w grupie dzieci z uszkodzeniem słuchu mogą wystąpić trudności artykulacyjne mające źródło w nieprawidłowej budowie, sprawności i przebiegu funkcji aparatu artykulacyjnego.

Wnioski

Dokonana analiza zakłada, że istniejące zaburzenia w obszarze artykulacyjnym mogą mieć także przyczyny anatomiczne i/lub funkcjonalne, niekoniecznie jedynie percepcyjne. Rozpoznanie musi być precyzyjne, a postępowanie logopedyczne ukierunkowane.

Przeprowadzone badania ukazały, że oceniając stan wymowy dzieci z uszkodzeniem słuchu, należy uwzględniać wszystkie możliwe uwarunkowania. U badanych stwierdzono: nieprawidłową budowę nosa (6%); warg (6%); nieprawidłowe ustawienie żuchwy względem szczęki (20%); skrócone wędzidełko podjęzykowe (12%); nieprawidłową budowę podniebienia twardego (17%) i miękkiego (6%); braki w uzębieniu (20%), przemieszczenia zębów (33%), u 35% badanych stwierdzono wady zgryzu.

W przeprowadzonych próbach sprawności i napięcia mięśni narządów aparatu artykulacyjnego stwierdzono nieznacznie obniżoną sprawność języka, podniebienia miękkiego, warg i żuchwy (język – 11% wykonanych prób, podniebienie miękkie – 7% wykonanych prób, wargi – 3% wykonanych prób, żuchwa – 7% wykonanych prób).

W badaniu przebiegu funkcji prymarnych zaobserwowano zaburzenia: oddychania spoczynkowego (11% badanych), dynamicznego (17%); połykania (33%); żucia i gryzienia (17%). Dodatkowo stwierdzono obecność parafunkcji u 6% badanych.

Dyskusja oraz implikacje praktyczne

Obecny, wysoki poziom interwencji audiologicznej, wymusił zmiany dotychczasowego podejścia do terapii dzieci z uszkodzeniem słuchu (Lorenc, 2015, s. 198). Duża część dzieci z głębokim prelingwalnym ubytkiem słuchu zaimplantowanych we wczesnym okresie uzyskuje na tyle dobre słyszenie podstawowych częstotliwości dźwięków mowy i rozwija dzięki temu częściową kontrolę akustyczną nad swoją mową, że w wielu przypadkach staje się możliwa autokontrola artykulacji (Seifert et al., 2002). Dotychczasowe założenia oddziaływań surdologicznych są aktualne, jednak warto wdrożyć działania z obszaru szeroko rozumianej profilaktyki logopedycznej. Należy zwrócić szczególną uwagę na przebieg odruchów, a następnie funkcji orofacjalnych, których ocena nie powinna być pomijana w trakcie początkowego okresu po diagnozie audiologicznej. Jest to trudny czas dla rodziców, którzy dopiero dowiadują się o uszkodzeniu słuchu swoich dzieci i rozpoczynają działania związane z protezowaniem, podjęciem terapii logopedycznej itp. Dlatego może umknąć ich uwadze prawidłowy sposób karmienia, kalendarz pokarmowy, właściwy przebieg funkcji w obrębie aparatu artykulacyjnego czy chociażby negatywny wpływ stosowania pustych smoczków. W podejmowanej terapii do zadań specjalisty należy więc zwrócenie uwagi także na ten aspekt z zakresu profilaktyki logopedycznej.


Przeprowadzone badania miały wskazać możliwe, współistniejące przyczyny wad artykulacyjnych, inne niż ograniczenie pola słuchowego u dzieci z uszkodzeniem słuchu. Zdarza się bowiem „uogólnienie diagnostyczne” i stosowanie terminu „dyslalia audiogenna” wobec wszystkich dzieci z uszkodzeniem słuchu, bez dogłębnej analizy istoty pochodzenia nieprawidłowości artykulacyjnych, zakładające *a priori*, że ich przyczyną jest ograniczenie pola słuchowego oraz brak autokontroli słuchowej.

Bibliografia

- BIEŃKOWSKA, K.I. (2017). Synergia oddziaływań a efekty terapii dzieci po implantacji ślimakowej. *Neurolingwistyka Praktyczna*, 3, 18-30. doi.org/10.24917/24505072.3.2.
- DEMEL, G. (1996). *Minimum logopedyczne dla nauczycieli przedszkola*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- EMILUTA-ROZYA, D. (2006). Dyslalia – w teorii logopedycznej i praktyce pedagogicznej. W: J. BAŁACHOWICZ, & S. FRYCIE (red.), *Język – Literatura – Wychowanie*. Warszawa: WSP TWP.
- EMILUTA-ROZYA, D. (2008). Modyfikacja form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozya. W: J. PORAYSKI-POMSTA (red.), *Diagnoza i terapia w logopedii* (s. 25–36). Warszawa: Wydaw. Elipsa.
- EMILUTA-ROZYA, D. (2008). *Karta Badania Surdologopedycznego*. Materiały niepublikowane.
- EMILUTA-ROZYA, D. (2017). Klasyfikacje zaburzeń mowy i ich przydatność praktyczna – nieustający problem dyskusji logopedycznej. W: S. ŚNIATKOWSKI, D. EMILUTA-ROZYA, & K.I. BIEŃKOWSKA (red.), *Norma i zaburzenia komunikacji językowej w kontekście edukacyjnym* (s. 106–123). Warszawa: Wydaw. Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- KACZMAREK, L. (1966). *Nasze dziecko uczy się mowy*. Lublin: Wydaw. Lubelskie.
- KANIA, J.T. (1982). *Szkice logopedyczne*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- KRAKOWIAK, K. (2012). *Dar języka*. Lublin: Wydaw. Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- LIPIEC, D., & WIĘCEK-POBORCZYK, I. (2019). *Kwestionariusz oceny budowy aparatu artykulacyjnego; Kwestionariusz oceny sprawności i napięcia mięśni aparatu artykulacyjnego; Kwestionariusz oceny funkcji (czynności fizjologicznych) w obrębie aparatu artykulacyjnego*. Materiały niepublikowane.
- LORENC, A. (2015). Wymowa dzieci niesłyszących. W: E. MUZYKA-FURTAK (red.), *Surdologia. Teoria i praktyka* (s. 193–211). Gdańsk: Wydaw. Harmonia Universalis.
- LORENC, A. (2017). Dyslalia audiogenna. W: M. KUROWSKA, & J. ZAWADKA (red.), *Język i komunikacja – perspektywa logopedyczna i lingwistyczna* (s. 153–165). Warszawa: Wydaw. Elipsa.
- MIERZEJEWSKA, H., & EMILUTA-ROZYA, D. (1997). Projekt zestawienia form zaburzeń mowy. *Audiofonologia*, X, 37–48.
- MUZYKA-FURTAK, E. (red.). (2015). *Surdologia. Teoria i praktyka*. Gdańsk: Wydaw. Harmonia Universalis.
- PRUSZEWICZ, A. (1992). *Foniatria kliniczna*. Warszawa: Wydaw. Lekarskie PZWL.
- RODAK, H. (1992). *Terapia dziecka z wadą wymowy*. Warszawa: Wydaw. Uniwersytetu Warszawskiego.
- SEIFERT, E., OSWALD, M., BRUNS, U., VISCHER, M., KOMPIS, M., & HÄUSLER, R. (2002). Changes of voice and articulation in children with cochlear implants. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 66(2), 115–123. doi.org/10.1016/S0165-5876(02)00216-1.
- STYCZEK, I. (1983). *Logopedia*. Lublin: PWN.
- SZYFTER, W., WRÓBEL, M., SZYFTER-HARRIS, J., & GRECZKA, G. (2013). Hearing impairment in Polish Infants. *Epidemiology*, 24(2), 4–10.



MARTA KRAKOWIAK

Wydział Nauk Humanistycznych,
Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach
 0000-0002-6404-0832

Umiejętność analizy fonemowej dzieci z alkoholowym zespołem płodowym

Phoneme Analysis Ability in Children with the Fetal Alcohol Syndrome

ABSTRACT: A woman who drinks alcohol while being pregnant puts her child at risk of numerous birth defects that can negatively affect a child's cognition, physical growth and behaviour. It is called Fetal Alcohol Syndrome – FAS. Among all these dysfunctions, hearing problems might occur, including the disorders of phonematic hearing and phonematic analysis which result in improper executive functioning. The deficits in executive functioning can lead to real-life implications. According to studies, the children's ability to operate phonemes should develop with age. Approximately sixty per cent of six-year-old children and almost all ten-year-old children successfully perform phoneme analysis. Undoubtedly, this ability is strongly connected with reading and writing, that is, the basic skills for school children. However, studies on FAS children show that only twenty per cent of six-year-olds and fifty per cent of ten-year-olds can manage the task of phoneme operations. It is a natural consequence of the problems with memorising sounds and the linear order of words. This failure in developing the skill of phoneme analysis in children leads to dysfunctions in reading and writing.

KEY WORDS: Fetal Alcohol Syndrome (FAS), phoneme, phonological awareness, phoneme analysis

W procesie porozumiewania się werbalnego informacje przekazywane są za pomocą słów i zdań. Percepcja mowy zależy więc nie tylko od słuchu fonemetycznego, który stanowi niewątpliwie jeden z najważniejszych jej składników, lecz także od wyższego poziomu umiejętności, a mianowicie analizy i syntezy ciągów fonicznych. Proces ten rozpoczyna się od wydzielania wyrazów ze zdań, następnie sylab z wyrazów, kończy się zaś wyodrębnianiem fonemów ze słów. Analiza tekstów odbywa się w ścisłym połączeniu z syntezą dźwięków mowy (Klimkowski, 1976, s. 78). Zdolność analizy fonemowej wyrazów, będąca czynnością wyższego rzędu w procesie odbioru mowy, definiowana jest jako umiejętność, „która wyraża się głośnym wymawianiem poszczególnych elementarnych jednostek fonemowych jednostki złożonej (np. sylaby, wyrazu) w kolejności zgodnej z jej strukturą liniową i z krótkimi pauzami rozdzielającymi”

(Rocławski, 1985, s. 135). Głośne wymawianie stanowi ostatni etap segmentacji fonemowej, który jest w stanie percypować i interpretować osoba prowadząca badania. Analiza fonemowa, oprócz zdolności wyodrębniania i różnicowania fonemów, wymaga również pamięci słuchowej i świadomości fonologicznej (Łobacz, 1996, s. 66).

W literaturze przedmiotu można spotkać wiele koncepcji świadomości fonologicznej, o czym świadczą definicje sformułowane przez różnych autorów. Piotra Łobacza (1997, s. 29) ilustruje to przykładami, podając definicje zaproponowane przez Hugh'a W. Catts'a, Yemini Ben-Drora, Roberta Frosta i Shlomo Bentina. Zdaniem pierwszego z autorów „świadomość fonologiczna odnosi się do ujawnionego zdawania sobie sprawy z dźwiękowej struktury języka, czyli z faktu, że wyrazy złożone są z sylab i fonemów, mogą się rymować, zaczynać i kończyć taką samą głoską, itp.”. Z kolei według Ben-Drora i współpracowników świadomość fonologiczna to umiejętność rozpoznawania wewnętrznych jednostek fonemicznych wyrazów i manipulowania nimi.

Warto również w tym miejscu zacytować definicje świadomości fonologicznej proponowane przez polskich badaczy. Otóż Łobacz (1996) rozumie ją jako „podtyp świadomości językowej, czyli zdolności do oddziaływania i manipulowania cechami strukturalnymi języka” (s. 24). Według Alicji Maurer (2003) świadomość fonologiczna stanowi możliwość „skoncentrowania się na dźwiękach mowy tworzących słowa lub na fonemowej strukturze słów niezależnie od ich znaczenia” (s. 55). Natomiast Grażyna Krasowicz-Kupis (2004) definiuje ją jako zdolność „identyfikacji elementów fonologicznych i umiejętność manipulowania nimi w sposób intencjonalny” (s. 42).

O ile koncepcje świadomości fonologicznej są do siebie w znacznej mierze zbliżone, to kwestią sporną wśród badaczy pozostają ramy czasowe kształtowania się jej. Podstaw świadomości metajęzykowej upatruje Bogusław Kwarciak (1995) już u niemowlaków, twierdząc, że jej pierwszym przejawem, a zarazem mechanizmem podstawowym, „jest akustyczna analiza cech prozodycznych strumienia mowy” (s. 82). Stanowi ona proces uwarunkowany biologicznie. Inni autorzy (np. Maurer) dostrzegają oznaki świadomości fonologicznej u małych dzieci, które są wrażliwe na globalnie ujmowane różnice i podobieństwa fonologiczne. Proces ten ma miejsce we wczesnej fazie opanowywania języka. Wielu badaczy (m.in. Irena Styczek, Stanisław Milewski, Grażyna Krasowicz-Kupis) jest zdania, że świadomość fonologiczna pojawia się stopniowo u dzieci w wieku przedszkolnym. Podstawę takiego podejścia stanowi odróżnienie zdolności metafonologicznych od nabywanych dużo wcześniej sprawności funkcjonalnych, stanowiących nieświadomy, automatyczny proces analizy, umożliwiający percepcję i rozumienie wypowiedzi (Krasowicz-Kupis, 2004, s. 44). Rozwój świadomości fonologicznej rozpoczyna się zatem od opanowania umiejętności rozpoznawania i wyodrębniania sylab. Analiza sylabowa „zdaje się o tyle istotna, że jako pierwsza ukazuje dziecku możliwość dzielenia wyrazu na mniejsze elementy” (Lipowska, 2001, s. 51, 120).

Kolejnym etapem rozwoju świadomości fonologicznej jest umiejętność analizy i syntezy fonemowej. W tym kontekście problemem wydaje się odmiennosc ujęć i definicji terminu „fonem”, który może być postrzegany zarówno jako jednostka podstawowa, jak i złożona. Utożsamianie fonemu z jednostką podstawową uzasadniają następujące fakty (Domagała & Mirecka, 2012, s. 135–136):

- fonem stanowi jednostkę systemu fonologicznego języka; każda z tych jednostek ma swoją wartość; zamknięty zbiór fonemów leży u podstaw systemu językowego;
- fonem to najmniejszy dający się wyodrębnić funkcjonalnie segment formy językowej; jego złożoność można rozpatrywać jedynie w aspekcie synchronicznym (Laskowski, 1994, s. 79);
- fonemy umożliwiają odróżnianie wyrazów nie tylko ze względu na swoje cechy dystynktywne, lecz także na ich kolejność w słowie; linearne uporządkowanie jednostek pełni funkcję fonologiczną;
- fonem, będąc jednostkową całością, stanowi element kodu językowego, który może być realizowany w różnego rodzaju subkodach, zachowując pozycję jednostki niepodzielnej i pozbawionej konkretnych cech.

Traktowanie fonemu jako jednostki złożonej postulują badacze eksponujący konstytutywny charakter fonologicznych cech dystynktywnych. Przykładem mogą być tu przedstawiciele szkoły praskiej, definiujący fonem jako „zespół przysługujących mu fonologicznych cech dystynktywnych, traktowanych jako atrybuty fonemu – elementarnej jednostki struktury fonologicznej języka. W teorii cech dystynktywnych Romana Jakobsona te ostatnie mają status elementarnych jednostek fonologicznych, fonem zaś jest strukturą złożoną: zespołem współwystępujących prostych jednostek fonologicznych cech dystynktywnych” (Laskowski, 1999, s. 156). Właściwości te służą do odróżniania jednostek mowy (Rocławski, 1986, s. 100). Wykaz najbardziej ogólnych cech różnicujących fonemy zaproponowali Roman Jakobson i Morris Halle (1964), prezentując je w formie 11 opozycyjnych par, wśród których znalazły się m.in. dźwięczność i bezdźwięczność, ustność i nosowość. Z kolei listę 23 kategorii różnicujących fonemy języka polskiego przedstawiła Irena Sawicka (Sawicka & Dukiewicz, 1995). Należy przy tym zaznaczyć, że cechy dystynktywne fonemów zależą od systemu językowego, do którego przynależą te jednostki (Lipowska, 2001, s. 19).

Fonem stanowi najmniejszą jednostkę podlegającą procesowi analizy i syntezy. Podczas segmentacji fonemowej poszczególne jednostki elementarne muszą zostać wyodrębnione z potoku mowy. W przypadku tych operacji pojawia się problem związany z faktem, że poszczególne dźwięki mowy występujące w wyrazie posiadają inną formę artykulacyjną i akustyczną niż wymawiane w izolacji. W głoskach realizowanych w słowach brakuje wyraźnych faz artykulacyjnych, które ujawniają się w przypadku wypowiedzianego pojedynczego dźwięku mowy. Nie można w nich zatem wyodrębnić wstępu, szczytu i zstępu, ponieważ głoski zachodzą na siebie, tworząc ściśle połączenia (Dłuska, 1986,

s. 29). „Przejścia takie nazywane są **głoskami przejściowymi lub transjentami**” (Lipowska, 2001, s. 60).

Nie ulega wątpliwości, iż podstawą wyodrębniania fonemów jest słuch fonemacyjny. Prawidłowe jego funkcjonowanie wiąże się z wykształceniem odpowiednich wzorców słuchowych. W procesie segmentacji dopasowywane są do nich wydzielane jednostki. W przypadku utrwalenia w pamięci dziecka nieprawidłowej postaci fonemowej analizowanego słowa i pomimo podania właściwego jego wzorca przez osobę badającą nastąpi proces segmentacji błędnej formy (Rocławski, 1985).

Niektórym dzieciom analizę fonemową znacznie ułatwia wymówienie rozpatrywanego wyrazu w celu kinestetycznego poznania jego struktury fonemowej. Segmentacja fonemowa wymaga bowiem rozbicia utartych stereotypów ruchowych, co nie jest prostym zadaniem, gdyż w procesie językowego porozumiewania się świadomość budowy używanych wyrazów nie jest potrzebna (Milewski, 1999, s. 68). Kinestezja artykulacyjna stanowi więc ważny element segmentacji fonemowej, ponieważ czucie ułożenia narządów mowy pomaga w rozpoznawaniu dźwięków mowy (por. Przybyła, 2013a, s. 63–79, 2013b, s. 791–811, 2015, s. 355–362).

Końcowym etapem procesu analizy fonemowej słów nie jest wydzielenie w nim poszczególnych jednostek dźwięków mowy, ale ich realizacja w postaci głosek. Dzięki temu możliwa staje się ocena stopnia poprawności dokonanej segmentacji. Artykulacja izolowanych głosek wymaga wykształcenia odpowiednich wzorców kinestetyczno-ruchowych. Brak tego rodzaju wzorców, umożliwiających każdorazowe odtworzenie danego dźwięku, stanowi duże utrudnienie w przeprowadzeniu analizy fonemowej. Według Milewskiego poziom rozdzielania wyrazów na części elementarne przez dzieci z zaburzeniami mowy jest dwa razy niższy w porównaniu do dzieci mówiących poprawnie.

Rozkładanie złożonych struktur językowych na jednostki elementarne (analiza fonemowa) i łączenie ich w większe całości (synteza fonemowa) to procesy ściśle ze sobą związane. Trudno jest znaleźć między nimi ostrą granicę, gdyż nierzadko procesy analityczno-syntetyczne nakładają się na siebie. Opanowanie syntezy fonemowej ułatwia prawidłowe przeprowadzenie analizy fonemowej i odwrotnie (Milewski, 1999, s. 212).

Nabywanie zdolności syntezy fonemowej podczas procesu segmentacji umożliwia autokontrolę rozumianą „jako specyficzna czynność kontrolna, uruchamiana przez mechanizmy psychiczne i realizowana na podstawie wiadomości i sprawności językowych” (Milewski, 1999, s. 32). Umiejętność ta zależy od wieku dziecka i stanowi wynik uczenia się. Można wyróżnić dwa mechanizmy autokontroli dokonywanej podczas analizy fonemowej:

1. Po wyszczególnieniu z wyrazu fonemów następuje ich synteza. Powstaje w ten sposób określona struktura złożona, która porównywana jest następnie z poddanym analizie słowem. W przypadku stwierdzenia różnic dochodzi do

powtórnego wyodrębnienia fonemów. Ten rodzaj autokontroli stosowany jest przy analizie wyrazów znanych.

2. Podczas głośnego artykułowania głosek odpowiadających wyróżnianym fonemom, dzięki funkcjonowaniu sprzężenia zwrotnego, cały czas są kontrolowane słuchem realizowane dźwięki. Na bieżąco dokonywana jest ich synteza i w razie pomyłki następuje poprawienie błędu. Porównaniu z wzorcami poddaje się również wymawiane głoski, które w przypadku niewłaściwej realizacji są artykułowane powtórnie.

Proces autokontroli dokonywany podczas analizy fonemowej dobrze funkcjonuje u starszych dzieci, natomiast u młodszych (sześciolatek) jest on dopiero w trakcie rozwoju, dlatego wiele z nich nie zdaje sobie sprawy z popełniania błędów podczas segmentacji fonemowej (Milewski, 1999, s. 32–33).

Z badań Małgorzaty Lipowskiej (2001, s. 103) wynika, że w przypadku operacji dokonywanych na fonemach w wyrazach znanych, łatwiejszym zadaniem okazało się scalanie najmniejszych jednostek języka niż ich rozdzielanie. Biorąc natomiast pod uwagę materiał bezsensowny, autorka stwierdziła, iż rozkład wyników przedstawiał się w odwrotny sposób, a mianowicie analiza fonemowa słów wypadła lepiej niż synteza. Należy jednak zaznaczyć, że ani łączenie fonemów, ani ich rozdzielanie nie stanowi czynności wykonywanych przez dzieci w sytuacjach naturalnych. „W procesie syntezy fonemowej słów dziecko opiera się nie tylko na sprawności związanej z przetwarzaniem fonologicznym, lecz także odbieraną informacją semantyczną. Wówczas, gdy zadaniem dziecka jest dokonanie analizy fonemowej słowa lub pseudosłowa, to forma wyjściowa jest mu znana, a efekt jego działań – czyli szereg następujących po sobie pojedynczych głosek – nie niesie za sobą znaczenia” (s. 105).

Wyniki badań wielu autorów jednoznacznie wskazują, iż poziom umiejętności dokonywania operacji na fonemach wzrasta wraz z wiekiem. Dane uzyskane przez Isabelle Y. Liberman i współpracowników (Krasowicz-Kupis, 2004, s. 48) potwierdzają, iż żadne z badanych czterolatek nie opanowało analizy i syntezy fonemowej. W grupie pięciolatek jedynie 17% potrafiło poprawnie przeprowadzić te procesy. Zadanie fonemowe wykonało natomiast prawidłowo 70% sześciolatek.

Podobne, choć lepsze, rezultaty badań przedstawiła Lipowska (2001, s. 105–106). Autorka stwierdziła, iż przeprowadzenie analizy i syntezy fonemowej przez dzieci trzyletnie jest wręcz niewykonalne. Wśród czterolatek wyniki były nieco lepsze, choć 57% z nich nie potrafiło dokonać połączenia fonemów w wyrazach, a 87% ich rozdzielania. W przypadku pseudosłów odsetek nieprawidłowych odpowiedzi zarówno w syntezie, jak i w analizie wynosił 87%. Pośród pięciolatek średni wynik wykonania wszystkich procesów analizy i syntezy fonemowej stanowił 62%. Należy jednak zaznaczyć, że w tej grupie było aż 20% dzieci, które nie podołały żadnemu z tych zadań. Taka sytuacja nie zdarzyła się natomiast w grupie sześciolatek, choć nie było tu również dzieci, które uzyskiwałyby maksymalną liczbę

punktów. Zdaniem Lipowskiej „nie można więc powiedzieć, że w wieku sześciu lat dzieci w pełni opanowały umiejętność przeprowadzenia analizy i syntezy fonemowej” (s. 106).

Fakt późnego nabywania tych zdolności potwierdzają również badania przeprowadzone m.in. przez Krasowicz-Kupis (1999, s. 134–180). Wynika z nich, iż prawidłowego wyodrębnienia dźwięków mowy dokonało jedynie 20% sześciolatków. Autorka posłużyła się w badaniach wyrazami i pseudowyrazami. Zgodnie z oczekiwaniami trudniejsze okazały się operacje prowadzone na materiale bezsensownym.

Analiza i synteza fonemowa są zdolnościami wyuczonymi, niewystępującymi w sposób naturalny w zachowaniu językowym dziecka (Łobacz, 1996, s. 26). Opanowanie tych umiejętności umożliwi efektywne kształcenie czytania i pisanie (Styczek, 1982, s. 17). Podczas nauki tych czynności szczególnie intensywnie rozwija się świadomość fonologiczna. Rozważając relacje między tym rodzajem świadomości a czytaniem, Łobacz (1997, s. 37) prezentuje następujące możliwości:

- a) świadomość fonologiczna wyprzedza nabywanie zdolności czytania;
- b) świadomość fonologiczna jest warunkiem koniecznym opanowania czytania;
- c) świadomość fonologiczna stanowi „produkt uboczny” umiejętności czytania.

Autorka stoi na stanowisku, iż „nabywanie świadomości fonologicznej jest stopniowe i zakończone dopiero wraz z nabyciem umiejętności czytania” (Łobacz, 1997, s. 49). Istotny wpływ świadomości fonologicznej na kształcenie zdolności czytania potwierdziły badania Krasowicz-Kupis (1999), prowadzone wśród dzieci w wieku 6–9 lat. Szczególnie ważną rolę świadomość fonologiczna odgrywa na wczesnych etapach nauki czytania, a więc wówczas, kiedy dominują analityczne strategie fonologiczne, oparte na relacjach między literami a głoskami i fonemami. Z badań wynika, iż największe znaczenie mają na tym etapie następujące umiejętności: analiza i synteza fonemowa, usuwanie sylab i głosek oraz rozpoznawanie i tworzenie aliteracji.

Analiza fonemowa, będąca zdolnością wypowiedzianą reprezentacji kolejnych fonemów w wyrazie, należy do klasycznych metod sprawdzających poziom funkcjonowania świadomości fonologicznej, słuchu fonematycznego, ale i pozwalających ustalić inwentarz fonemów u osób badanych (Rocławski, 1984, s. 23). Ze względu na niewątpliwą wartość diagnostyczną analizy fonemowej uwzględniłam ją w badaniach kompetencji językowej i komunikacyjnej dzieci z alkoholowym zespołem płodowym.

Fetal Alcohol Syndrome (FAS) to jednostka chorobowa oznaczona w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 symbolem Q 86.0. Termin ten został wprowadzony w 1973 roku przez amerykańskich lekarzy Davida Smitha i Kennetha Jonesa na określenie zespołu nieprawidłowości występujących u niektórych dzieci matek pijących alkohol w czasie ciąży. Zdefiniowanie FAS stało się faktem o niezwykle ważnym znaczeniu, umożliwiło bowiem wyodrębnienie nowej, rozpoznawalnej klinicznie jednostki chorobowej

(Aase, 1998, s. 2). Jej obecność można stwierdzić na podstawie następujących wytycznych opracowanych m.in. przez Instytut Medycyny Amerykańskiej Akademii Nauk – Institute of Medicine (Gray, 2010, s. 307–308):

1. Potwierdzone wywiadem narażenie płodu na oddziaływanie alkoholu.
2. Obecność charakterystycznych dysmorfii twarzy, na które składają się: krótkie szpary powiekowe, spłycona rynienka podnosowa lub jej brak, cienka warga górna, spłaszczona środkowa część twarzy.
3. Zahamowanie wzrostu w okresie płodowym lub poporodowym, które przybiera postać przynajmniej jednego z poniższych objawów:
 - niska waga urodzeniowa;
 - spowolnione przybieranie na wadze niespowodowane złym odżywianiem;
 - waga nieproporcjonalnie niska w stosunku do wzrostu.
4. Zaburzenia rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, które objawiają się poprzez:
 - zmniejszony rozmiar czaszki w momencie urodzenia;
 - nieprawidłowości w budowie mózgu (np. mikrocefalia, częściowy lub całkowity zanik ciała modzelowatego, hipoplazja mózdzku);
 - objawy neurologiczne wyrażające się upośledzeniem funkcji umysłowych, behawioralnych i społecznych.

Jak wynika z przedstawionych kryteriów diagnostycznych, jednym z najważniejszych skutków narażenia dziecka w okresie płodowym na działanie alkoholu etylowego są zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego, ujawniające się m.in. w postaci zaburzeń językowych.

Trudności językowe występujące u dzieci z FAS mają zasadniczy wpływ na rozumienie rzeczywistości i procesów w niej zachodzących oraz na poziom komunikowania się z otoczeniem, wyrażania uczuć, sądów, opinii. Zaburzenia językowe u dzieci z zespołem poalkoholowym obejmują m.in.: opóźnienie rozwoju mowy, wady wymowy, ubogi zasób słownictwa czynnego i biernego, trudności z zapamiętaniem słów, pseudoelokwencję (używanie i powtarzanie słów bez zrozumienia), kłopoty z odczytywaniem metafor (dosłowne rozumienie), ale także trudności z rozumieniem mowy (zwłaszcza w niekorzystnych warunkach akustycznych), zaburzenia kontroli słuchowej własnych wypowiedzi (brak umiejętności odnajdowania i poprawiania błędów) i problemy z różnicowaniem fonemów (Jadczyk-Szumilo, 2009; Pawłowska-Jaroń, 2011).

Przyczyny przedstawionych nieprawidłowości w zakresie języka wynikają przede wszystkim z zaburzeń percepcji słuchowej, wzrokowej, pamięci krótko- i długotrwałej oraz innych defektów powstałych na skutek uszkodzeń różnych struktur mózgowych. Z uwagi na treść niniejszego artykułu odniosę się jedynie do deficytów sensorycznych, a w szczególności zaburzeń słuchowych.

Kształtowanie i rozwój układu sensorycznego dokonuje się już w łonie matki. Płód, wyposażony w narządy zmysłów, w odpowiednim czasie zaczyna widzieć, słyszeć i odczuwać bodźce płynące z jego ciała oraz otoczenia. Dzięki umiejęt-

ności organizowania wrażeń zmysłowych następuje koncentracja na doznaniach sensorycznych i odpowiednia reakcja.

Teratogeny działające w okresie prenatalnym powodują nie tylko uszkodzenia narządów odbiorczych, ale i mózgu, który nie jest w stanie selekcjonować i prawidłowo organizować informacji docierających ze środowiska. Problemy z przetwarzaniem bodźców sensorycznych płynących ze zmysłów ujawniają się od razu po urodzeniu. Noworodki nie potrafią odpowiednio reagować na informacje, toteż postrzegane są jako grymaśne, kapryśne, płaczliwe itp. W późniejszym czasie dzieci z dezintegracją sensoryczną nie są w stanie wykonać wielu codziennych czynności ani skomplikowanych zadań. Nieustannie bombardowane licznymi bodźcami, które odczuwają zbyt mocno lub za słabo, nie potrafią poradzić sobie z ich odczytaniem, co wpływa na zaburzenia zachowania. Istotę problemów behawioralnych, będących w tym wypadku symptomem, a nie przyczyną, stanowi to, iż układ nerwowy dzieci obciążonych syndromem FAS nie jest w stanie uporządkować ich świata i nadać mu sensu (Klecka & Janas-Kozik, 2009, s. 53).

Jednym ze zmysłów narażonych na teratogeny wpływ alkoholu jest słuch. Dziecko rejestruje sygnały słyszane w życiu płodowym i reaguje na nie po urodzeniu. Prenatalne ćwiczenia słuchowe nie tylko umożliwiają niemowlakowi recepcję dźwięków, lecz również kształtują umiejętność ich różnicowania i pamięć słuchową (Kornas-Biela, 2011, s. 162). „Zdolność percepcji dźwięków mowy rozwija się w ciągu życia dziecka zależnie od stanu c.u.n., w tym analizatora słuchowego i warunków, w jakich rozwija się dziecko. Poziom rozwoju percepcji słuchowej w zasadniczy sposób decyduje o postępach w rozwoju mowy i czytania” (Bogdanowicz, 1985, s. 150).

Źródłem zaburzeń słuchowych u dzieci obciążonych alkoholowym zespołem płodowym upatruje się w anomaliach małżowiny usznej (nisko osadzone, zdeformowane uszy) oraz poszerzonych kanałach słuchowych, sprzyjających częstym nawrotom zapalenia ucha środkowego u 77–92% osób z FAS w porównaniu do mniej niż 20% w populacji ogólnej (Cone-Wesson, 2005, s. 283; Paley & O'Connor, 2011).

Badania epidemiologiczne wykazały, iż wiele dzieci z FAS wykazuje przewodzeniowy ubytek słuchu. Deficyt ten występuje na skutek problemów przekazywania dźwięku przez zewnętrzną i środkową część ucha. Trudności mogą być spowodowane przez wspomniane wyżej zapalenie ucha oraz zmniejszone ruchy kosteczek słuchowych lub błony bębenkowej. W tym kontekście udowodniono również ścisły związek między dysmorfiami twarzoczaszki a deficytami słuchu (Muralidharan, Sarmah, Zhou, & Marrs, 2013, s. 969).

Kolejną przyczyną niewłaściwego odbioru bodźców słuchowych przez osoby narażone na działanie alkoholu w okresie prenatalnym są ośrodkowe zaburzenia słuchu. Występują one u 27–33% dzieci z FAS w porównaniu do 2–3% populacji ogólnej (Stephen, Kodituwakku, Kodituwakku et al., 2012, s. 1725). Objawy świadczące o zakłóceniach przetwarzania korowego to m.in. trudności w rozu-

mieniu złożonych poleceń, nieumiejętność analizy słuchowej i problemy z głośnym czytaniem.

Niewątpliwie percepcja słuchowa kształtuje się najlepiej poprzez odpowiednią stymulację. Tymczasem „wiele dzieci z FAS w trakcie trwania ciąży z powodu »upojenia« alkoholem słabiej odbiera i rozpoznaje wszystkie dźwięki, ma zaburzony rozkład rytmów czuwania i snu, a zatem w mniejszym stopniu rozwijają się one słuchowo” (Liszcz, 2011, s. 134).

Zatem zaburzenia sensoryczne, w tym zmysłu słuchu, pozbawiają dzieci obciążone alkoholowym zespołem płodowym satysfakcjonującego kontaktu z otoczeniem, ponieważ ograniczają prawidłowy odbiór informacji ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego, uniemożliwiając różnicowanie bodźców, ich selekcję i adekwatną na nie reakcję. Z uwagi na to osoby narażone w życiu płodowym na działanie etanolu mają problem z właściwym funkcjonowaniem w społeczeństwie. Z badań wynika, iż deficyty sensoryczne wpływają szczególnie niekorzystnie na zachowania adaptacyjne, czyli odpowiednie do wieku działania, niezbędne do samodzielnej egzystencji i bezpiecznego funkcjonowania w życiu codziennym, wymagają one bowiem właściwej integracji informacji ze środowiska, wyboru adekwatnej odpowiedzi, a następnie wykonania działania. Ponadto odnotowano negatywną korelację między większymi zachowaniami problemowymi i niższymi wynikami przetwarzania sensorycznego (Carr, Agnihotri, & Keightley, 2010, s. 1023).

W niniejszym artykule chciałam zaprezentować wyniki badań dotyczących analizy fonemowej dokonanej przez osoby ze zdiagnozowanym alkoholowym zespołem płodowym. Umiejętności dzieci z FAS w tym zakresie przedstawiłam na tle zdolności ich rówieśników (bez oznak zaburzeń) z grup kontrolnych. Problem badawczy ujęłam w aspekcie rozwojowym, dlatego wzięłam pod uwagę wypowiedzi dzieci sześciolletnich (15 z FAS i 15 z grupy kontrolnej) oraz dziesięcioletnich (15 z FAS i 15 z grupy kontrolnej).

Celem tych badań było określenie stopnia opanowania przez osoby z FAS umiejętności segmentowania wyrazów na mniejsze jednostki, a tym samym ocena funkcjonowania słuchu fonematycznego, którego zaburzenie ujawnia się poprzez niemożność identyfikowania i wyodrębniania dźwięków mowy. Materiał językowy pochodził z *Logopedycznego Testu Przesiewowego dla Dzieci w Wieku Szkolnym* (Grabias, Kurkowski, & Woźniak, 2002). Stanowiło go pięć wyrazów o prostej, niebudzącej kontrowersji budowie fonologicznej, ale o różnym poziomie trudności ze względu na ich długość, zawartość grup spółgłoskowych i znajomość znaczenia. Były to następujące słowa: *meduza*, *samorodek*, *kolaborant*, *radiotelefon*, *mikroencefalopatia*.

Wyraz *meduza* jest krótki, składa się z 6 głosek i 3 sylab (wszystkie otwarte), nie zawiera trudnych do realizacji głosek i zbitek spółgłoskowych. Młodsze dzieci mogą go znać z bajek, natomiast starsze z lekcji przyrody. Kolejne słowo – *samorodek* – złożone jest z 9 głosek i 4 sylab (3 otwartych i 1 zamkniętej). Oprócz

głoski *r* nie występują w nim kłopotliwe w artykulacji głoski i grupy spółgłoskowe. Mimo że młodsze dzieci raczej nie znają tego wyrazu, to doskonale kojarzą jego pierwszą część („samo”) i często się nią posługują. Natomiast starsze osoby bez problemów odczytują jego znaczenie, biorąc pod uwagę elementy składowe. Następne słowo to *kolaborant*. Składa się ono z 10 głosek i 4 sylab (3 otwartych i 1 zamkniętej), ale oprócz tego zawiera dwie głoski podobne, mieszczące się w bliskim sąsiedztwie, a mianowicie *l* i *r*, oraz znajdującą się w wygłosie zbitkę spółgłoskową. Dodatkowe utrudnienie stanowi w tym przypadku nieznanostwo znaczenia tego wyrazu. Kolejnym słowem jest *radiotelefon*. To dość długi wyraz, ponieważ zawiera 12 głosek i 5 sylab (4 otwarte i 1 zamkniętą). Nie ma w nim zbitki spółgłoskowej, występują natomiast głoski podobne *r* i *l*. Ich obecność nie sprawia większych problemów przy analizie, gdyż znajdują się one w dwóch wyraźnie odgraniczonych semantycznie częściach składowych tego wyrazu, które dzieci doskonale znają, a mianowicie: radio i telefon. Ostatnim słowem jest *mikroencefalopatia* – wyraz trudny do analizy zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym. Składa się on z 18 głosek i 8 sylab (7 otwartych i 1 zamkniętej), lecz zawiera także grupę spółgłoskową. Dzieci nie kojarzą znaczenia tego terminu, jednak spotykają się z jego pierwszą częścią (mikro) w innych słowach, np. mikrofon, których często używają.

Przy ocenie segmentacji fonemowej posłużyłam się zaproponowaną przez Milewskiego (1999, s. 38) definicją błędnej analizy fonemowej. Autor ten wyróżnia dwie możliwe sytuacje:

1. Niepoprawność – „błąd w analizie fonemowej, polegający na odstępstwie od obowiązującej normy ortofonicznej”. W tym przypadku za nieprawidłową uznaje się każdą segmentację wyrazu odbiegającą od przyjętego wcześniej wzorca. W opinii Milewskiego nie jest to dobre rozwiązanie, ponieważ dzieci z wadami wymowy lub utrwaloną niewłaściwą fonemową postacią analizowanego wyrazu będą przeprowadzały wiele podziałów niezgodnych z przyjętym wzorcem, które nie powinny być jednak uznane za błędne.
2. Nieprawidłowość – „błąd polegający na dokonywaniu segmentacji fonemowej niezgodnej z własną wymową”. W tej sytuacji za błędną uznaje się taką analizę wyrazu, w której struktura powstała w wyniku syntezy fonemów wyodrębnionych podczas segmentacji leksemu nie jest tożsama z formą wymawianową tego słowa funkcjonującą w pamięci osoby dokonującej analizy. W związku z powyższym nie traktuje się jako błędnej segmentacji fonemowej dziecka z zaburzeniami artykulacyjnymi.

Zgodnie z sugestią autora, za błędną przyjmowałam jedynie strukturę wyrazu niezgodną z jej formą wyjściową. Nie brałam natomiast pod uwagę nieprawidłowych realizacji danej głoski w przypadku wady wymowy występującej u dziecka.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że sześciolatki z FAS dokonały poprawnie analizy fonemowej łącznie 17 słów, natomiast ich rówieśnicy z grupy kontrolnej – 37 (na 75 możliwych). W młodszej grupie badawczej 7 dzieci prawi-

dłowo wyodrębniło poszczególne dźwięki mowy z co najmniej jednego z podanych słów, 8 z nich zaś nie udało się dokonać poprawnie ani jednej analizy fonemowej. Z kolei w grupie kontrolnej 12 sześciolatków prawidłowo wykonało to polecenie, dokonując segmentacji co najmniej jednego leksemu, a 3 osoby nie poradziły sobie z wyodrębnieniem fonemów w podanych słowach.

W przypadku dzieci ze starszych grup dane liczbowe wskazują, że dziesięciolatki z FAS prawidłowo wyodrębniły fonemy łącznie w 45 wyrazach, zaś ich rówieśnicy z grupy kontrolnej w 64 (na 75 możliwych). Choć wszystkie osoby z FAS nabyły umiejętność wyróżniania dźwięków mowy w leksemach, to poziom tych zdolności był różny. Niektóre dzieci z tej grupy dokonały bowiem poprawnej analizy fonemowej czterech wyrazów, a inne tylko jednego leksemu. Natomiast w grupie kontrolnej wszyscy badani nie tylko poradzi sobie z segmentacją podanych słów, lecz także dokonali tego na minimum trzech wyrazach.

Biorąc pod uwagę liczbę prawidłowych segmentacji poszczególnych leksemów, można stwierdzić, że sześciolatki z FAS miały najmniej problemów z analizą fonemową wyrazu *meduza* (41,2%). W tym słowie 7 dzieci poprawnie wyróżniło dźwięki mowy. Pięć osób dokonało prawidłowej segmentacji kolejnych dwóch słów: *samorodek* (29,4%) i *radiotelefon* (29,4%). Żadne z sześciolatków z FAS nie poradziło sobie natomiast z wyodrębnieniem fonemów w dwóch następujących leksemach: *kolaborant* (0%) oraz *mikroencefalopatia* (0%). Nieco inny procentowy rozkład wyników w odniesieniu do poszczególnych słów odnotowałam wśród sześciolatków z grupy kontrolnej. Najwięcej osób (12) poprawnie wyróżniło dźwięki mowy w wyrazie *meduza* (32,4%), 11 w słowie *samorodek* (29,7%), 10 zaś w leksemie *radiotelefon* (27%). Dużo większe trudności pojawiły się przy analizie pozostałych wyrazów, jedynie bowiem troje badanych dokonało prawidłowej segmentacji leksemu *kolaborant* (8,1%), natomiast jedna osoba wyodrębniła właściwe głoski w słowie *mikroencefalopatia* (2,7%).

Podobną zależność można zaobserwować w starszych grupach badawczych, tzn. najczęściej dziesięciolatków (15) z FAS poradziło sobie z analizą słowa *meduza* (33,3%). Trzydzieści osób prawidłowo wyodrębniło poszczególne dźwięki mowy w wyrazie *radiotelefon* (28,9%), a 12 – w leksemie *samorodek* (26,7%). Pięćdziesięciu dziesięciolatków z FAS umiało wyróżnić fonemy w słowie *kolaborant* (11,1%), natomiast nikt nie dokonał poprawnej analizy fonemowej pojęcia *mikroencefalopatia* (0%). W przypadku ich rówieśników z grupy kontrolnej można stwierdzić, że każde z dzieci umiało wyróżnić właściwe głoski w trzech wyrazach. Były to słowa: *meduza* (23,4%), *samorodek* (23,4%) oraz *radiotelefon* (23,4%). Czternaścioro dziesięciolatków poradziło sobie z analizą fonemową słowa *kolaborant* (21,9%). Najmniej osób (5) prawidłowo wyodrębniło dźwięki mowy w leksemie *mikroencefalopatia* (7,8%).

Przedstawione wyniki wskazują, że wśród osób badanych wystąpił jednokowy rozkład wyrazów poddanych procesowi segmentacji, choć inny był odsetek prawidłowych analiz tych słów w poszczególnych grupach. Fakt ten wiąże się

z jakością materiału językowego, a więc z długością słów, obecnością głosek o różnym stopniu trudności i grup spółgłoskowych, oraz ze znajomością znaczenia leksemów. Najprostsze do segmentacji okazały się słowa krótkie i łatwe do zapamiętania (*meduza*), o nieskomplikowanej strukturze i niezawierające trudnych do wyodrębnienia grup spółgłoskowych (*samorodek*) oraz semantycznie bliskie dzieciom (*radiotelefon*). Natomiast do trudnych należy zaliczyć wyrazy o zawilej budowie, zawierające głoski podobne i zbitki spółgłoskowe (*kolaborant*), oraz leksemy długie i niezrozumiałe dla osób badanych (*mikroencefalopatia*). Nieznajomość niektórych słów miała związek z niewykształceniem dostatecznie trwałych wzorców słuchowych tych pojęć, do których dzieci mogłyby się odwołać w czasie przeprowadzania analizy fonemowej.

Oprócz przedstawionych wcześniej przyczyn nieprawidłowych segmentacji wyrazów, wynikających z użytego materiału badawczego, można również wymienić te, które leżą po stronie osób badanych. W przypadku dzieci z FAS zacząć należy od problemów w neurofizjologicznym procesie percepcji i przetwarzania dźwięków mowy, spowodowanych niedojrzałością struktur mózgowych odpowiedzialnych za realizację tych procesów. Deficyty te dotyczą m.in. słuchu fonematycznego, dlatego utrudniają identyfikację fonemów. Kolejne źródło błędów stanowią deficyty pamięci słuchowej, utrudniające zapamiętywanie struktury linearnej wyrazów, a tym samym ograniczające możliwość powtórzenia szeregu uporządkowanych dźwięków. Nie można również pominąć występującej u osób z FAS podatności na rozproszenia, osłabiającej koncentrację uwagi, która wydaje się niezbędna przy wykonywaniu trudnych i wymagających skupienia czynności umysłowych. Inną przyczyną problemów dzieci z FAS przy dokonywaniu segmentacji słów może być brak właściwie działającego mechanizmu autokorekcyjnego, występującego w postaci przeprowadzanej na bieżąco syntezy fonemowej. Należy również zaznaczyć, że u sześciolatek z FAS dodatkowym czynnikiem utrudniającym analizę fonemową wyrazów jest nieopanowanie techniki dzielenia słów, która to stanowi zdolność wyuczoną. Z kolei w przypadku dziesięcioletków z grupy badawczej można mówić o obniżonym jej poziomie, ponieważ dzieci te musiały nauczyć się wyróżniania fonemów podczas nauki czytania i pisanie.

Analiza materiału empirycznego umożliwiła określenie rodzajów błędów popełnionych przez dzieci z FAS przy segmentacji fonemowej wyrazów. Nieprawidłowości te wystąpiły:

a) na poziomie fonemu:

- substytucja jednego fonemu, np. *m - e - d - u - s - a*; *s - a - m - o - r - e - d - e - k*; *k - o - r - a - b - o - r - a - n - t*,
- substytucja więcej niż jednego fonemu, np. *m - e - d - u - d - i*; *s - a - m - o - r - o - d - u - ch*;

b) na poziomie sylaby (i grupy spółgłoskowej):

- analiza sylabowa zamiast fonemowej, np. *me - du - sza*; *sa - mo - ro - dek*; *ko - ra - bo - ra*; *ra - dio - te - le - fon*,

- brak rozbicia sylaby otwartej, np. *m - e - d - u - sa*; *m - i - k - r - o - e n - ce - f - a - l - o - p - a - t - i - a*,
 - brak rozbicia sylaby zamkniętej, np. *k - o - l - a - b - o - l - a n t*,
 - brak rozbicia grupy spółgłoskowej, np. *k - o - l - a - b - o - l - a - n t*,
 - wydzielenie głoski i powtórzenie jej w sylabie, np. *ko - o - l - a - b - o - r - a - n - t*; *ra - a - d - i - o - te - e - le - f - o - n*; *r - a - d - i - io - t - e - l - e - f - o - n*;
- c) na poziomie (struktury) wyrazu:
- redukcja jednego fonemu, np. *m - e - d - s - a*; *s - a - m - o - r - o - d - k*; *r - a - d - i - o - t - e - l - f - o - n*,
 - redukcja wielu fonemów (podanie tylko początkowych fonemów / sylab wyrazu), np. *m - i - r - o - e - n - c - e - p - a - t - i - a*,
 - metateza, np. *s - a - m - o - d - o - r - e - k*; *k - o - r - a - b - o - l - a - n - t*; *r - a - d - i - o - t - e - l - o - f - e - n*,
 - epenteza, np. *k - o - r - a - m - b - o - r - a - n - t*,
 - powtórzenie całości lub części wyrazu bez analizy, np. *k - o - l - a - b o r a n t*; *r - a - d - i - o - t e l e f o n*,
 - zupełna zmiana struktury fonemowej wyrazu poprzez zmiany kombinowane, np. (meduza) *m - a - m - a*; *m - e - s - e*; (samorodek) *s - e - m - e*; *s - e - s - e*; *s - a - m - o - d - e - r - k*; *s - a - m o - e - r*; (kolaborant) *k - o - a - l - o - l - e - k*; *k - o - m - i - k - m*; *k - o - l - a - r - o - m - a - ś*; *ko - la - l - o - m - a*; *k - o - l - a - r - a - d - n*; *ko - ma - ro - mal*; (radio-telefon) *r - o - a - d - o - dio - t - e - l - e - l - f*; *l - e - l - e*; *r - e - n - e*; (mikroencefalopatia) *miklo - a - c - a*; *m - i - c*; *m - i - k - l - o - f - i - e - l - c - o - k - a - p a l o l a c j a*; *m - i - k - o - m - e - n - c - e - k - a - n - o - f - r - a - f - i - a*; *m - o - p - i - f - o - p a t - j a*; *m - i - o - a - y*; *m - i - k - r - o - f - y - k - k - a*; *m - i - k - r - o - f - a - m - o - t - e - r - e - p a - t - i - a*; *m - i - k - r - o - f - i - l - o - p - a - d - i - a*; *m - i - k - r o - a - c j o - f - a - t - r - a*; *m - a - c - o - k - e - i - c*; *m - o - t - s*.

Analiza ilościowa i jakościowa zebranego materiału badawczego pozwala stwierdzić, że większość sześciolatek z FAS nie opanowała umiejętności analizy fonemowej, która ma charakter nabyty. Ze względu na to, że sześciolatki z grupy badawczej słabiej radziły sobie z dzieleniem słów na mniejsze elementy niż ich rówieśnicy z grupy kontrolnej, można mówić o niskim poziomie ich świadomości fonologicznej.

W przypadku dziesięcioletek z FAS wyniki badań wskazują na niedostateczne opanowanie przez nie zdolności segmentacji fonemowej wyrazów, którą, jako zdolność wyuczoną, powinny opanować w czasie nauki czytania i pisania. Umiejętność ta nie została jednak dostatecznie wyćwiczona, co świadczy o średnim poziomie ich świadomości fonologicznej w przeciwieństwie do osób z grupy kontrolnej, które nie wykazały większych trudności podczas segmentacji fonemowej wyrazów.

Podsumowując, należy zaznaczyć, że dzieci z FAS, bez względu na wiek, opanowały w mniejszym stopniu sprawność analizy fonemowej wyrazów niż ich rówieśnicy z grup kontrolnych. Na tej podstawie można zatem wnioskować o deficytach słuchu fonematycznego, ujawniających się u osób z FAS w postaci trudności w wykonywaniu operacji na cząstkach fonologicznych.

Bibliografia


- AASE, J.M. (1998). Kliniczne rozpoznawanie alkoholowego zespołu płodowego (FAS). Trudności w wykrywaniu i diagnostyce. W: M. ŚLÓRSKA (red.), *Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem. Alkohol a zdrowie* (s. 1–11). Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- BOGDANOWICZ, M. (1985). *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- CARR, J.L., AGNIHOTRI, S., & KEIGHTLEY, M. (2010). Sensory Processing and Adaptive Behavior Deficits of Children Across the Fetal Alcohol Spectrum Disorder Continuum. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(6), 1022–1032.
- CONE-WESSON, B. (2005). Prenatal alcohol and cocaine exposure: Influences on cognition, speech, language, and hearing. *Journal of Communication Disorders*, 38, 279–302.
- DŁUSKA, M. (1986). *Fonetyka polska. Artykulacje głosek polskich*. Warszawa: PWN.
- DOMAGAŁA, A., & MIRECKA, U. (2012). Słuch mowny. Klasyfikacja zjawisk. W: S. GRABIAS, & M. KURKOWSKI (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy* (s. 129–164). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- GRABIAS, S., KURKOWSKI, Z.M., & WOŹNIAK, T. (2002). *Logopedyczny Test Przesiewowy dla Dzieci w Wiekach Szkolnych*. Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego, Polskie Towarzystwo Logopedyczne.
- GRAY, D.D. (2010). *Adopcja i przywiązanie. Praktyczny poradnik dla rodziców* (M. LIPIŃSKA, M. KOWALSKA, & S. KOT, tłum.). Sopot: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.
- JADCZAK-SZUMIŁO, T. (2009). *Neuropsychologiczny profil dziecka z FASD. Studium przypadku*. Warszawa: Wydaw. Edukacyjne PARPAMEDIA.
- JAKOBSON, R., & HALLE, M. (1964). *Podstawy języka* (L. ZAWADOWSKI, tłum. i oprac.). Wrocław: Ossolineum.
- KLECKA, M., & JANAS-KOZIK, M. (2009). *Dziecko z FASD. Rozpoznania różnicowe i podstawy terapii*. Warszawa: Wydaw. Edukacyjne PARPAMEDIA.
- KLIMKOWSKI, M. (1976). O mechanizmach słuchu fonematycznego i problemie analizy i syntezy słuchowej. *Studia Logopaedica* (s. 75–86). Materiały ogólnopolskiego sympozjum, 5–7 IX 1974, 27–28 V 1975. Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Zakład Logopedii.
- KORNAS-BIELA, D. (2011). Okres prenatalny. W: J. TREMPAŁA (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Podręcznik akademicki* (s. 147–171). Warszawa: PWN.
- KRAKOWIAK, M. (2019). *Opóźnienie rozwoju mowy u dzieci z alkoholowym zespołem płodowym*. Niepublikowana rozprawa doktorska. Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Zakład Logopedii.
- KRASOWICZ-KUPIS, G. (1999). *Rozwój metajęzykowy a osiągnięcia w czytaniu u dzieci 6–9-letnich*. Lublin: Wydaw. Marii Curie-Skłodowskiej.

- KRASOWICZ-KUPIS, G. (2004). *Rozwój świadomości językowej dziecka*. Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- KWARCIAK, B. (1995). *Początki i podstawowe mechanizmy świadomości metajęzykowej*. Kraków: Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- LASKOWSKI, R. (1994). Fonem; Głoska. W: S. URBAŃCZYK (red.), *Encyklopedia Języka Polskiego*. Wrocław: Ossolineum.
- LASKOWSKI, R. (1999). Fonem; Głoska; Opozycja fonologiczna. W: K. POŁAŃSKI (red.), *Encyklopedia Językoznawstwa Ogólnego*. Wrocław: Ossolineum 1999.
- LIPOWSKA, M. (2001). *Profil rozwoju kompetencji fonologicznej dzieci w wieku przedszkolnym*. Kraków: Impuls.
- LISZCZ, K. (2011). *Dziecko z FAS w domu i w szkole*. Kraków: Wydaw. Rubikon.
- ŁOBACZ, P. (1996). *Polska fonologia dziecięca. Studia fonetyczno-akustyczne*. Warszawa: Energiea.
- ŁOBACZ, P. (1997). Nabywanie systemu fonologicznego a świadomość fonologiczna dzieci. W: H. MIERZEJEWSKA, & M. PRZYBYSZ-PIWKOWA (oprac.), *Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej. Diagnostowanie i postępowanie usprawniające* (s. 26–40). Warszawa: Wydaw. DiG.
- MAURER, A. (2003). Świadomość fonologiczna a automatyzacja w nauce czytania i pisania – przegląd literatury obcojęzycznej. W: B. KAJA (red.), *Diagnoza dysleksji* (s. 55–69). Bydgoszcz: Wydaw. AB.
- MILEWSKI, S. (1999). *Lingwistyczne i dydaktyczne aspekty analizy fonemowej*. Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- MURALIDHARAN, P., SARMAH, S., ZHOU, F.C., & MARRS, J.A. (2013). Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) Associated Neural Defects: Complex Mechanisms and Potential Therapeutic Targets. *Brain Sciences*, 3, 964–991.
- PALEY, B., & O'CONNOR, M.J. (2011). Behavioral Interventions for Children and Adolescents With Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Alcohol Research & Health*, 34(1), 64–75.
- PAWŁOWSKA-JAROŃ, H. (2011). Sfery zaburzonego rozwoju u dzieci z FASD. W: M. MICHALIK (red.), *Biologiczne uwarunkowania rozwoju zaburzeń mowy* (s. 123–139). „Nowa Logopedia”, t. 2. Kraków: Collegium Columbinum.
- PRZYBYLA, O. (2013a). Analiza dźwiękowej realizacji mowy w antropomotorycznej w perspektywie opisu. *Forum Logopedyczne*, 21, 63–79.
- PRZYBYLA, O. (2013b). O kinestezji, prakcji oralnej i koordynacji w perspektywie integrującej. W: J. PANASIUK, & T. WOŹNIAK (red.), *Język-człowiek-społeczeństwo* (s. 791–811). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- PRZYBYLA, O. (2015). Motoryczne zdolności koordynacyjne w świetle badań nad mową. W: K. KACZOROWSKA-BRAY, & S. MILEWSKI (red.), *Metodologia badań logopedycznych* (s. 322–363). Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- ROCŁAWSKI, B. (1984). *Palatalność. Teoria i praktyka*. Gdańsk: Wydaw. Uniwersytetu Gdańskiego.
- ROCŁAWSKI, B. (1985). Słuch fonemowy (fonologiczny) i fonetyczny. Synteza i analiza jednostek złożonych języka. *Gdańskie Zeszyty Humanistyczne*, 28, 131–161.
- ROCŁAWSKI, B. (1986). *Zarys fonologii, fonetyki, fonotaktyki i fonostatystyki współczesnego języka polskiego*. Gdańsk: Wydaw. Uniwersytetu Gdańskiego.
- SAWICKA, I., & DUKIEWICZ, L. (1995). *Gramatyka współczesnego języka polskiego – fonetyka i fonologia*. Kraków: Wydaw. Instytutu Języka Polskiego PAN.
- STEPHEN, J.M., KODITUWAKKU, P.W., KODITUWAKKU, E.L. et al. (2012). Delays in Auditory Processing Identified in Preschool Children with FASD. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 36(10), 1720–1727.
- STYCZEK, I. (1982). *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.



LUCIE VÁCLAVÍKOVÁ

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

 0000-0002-5110-3347

JITKA KAULFUSS

Carpe diem Bohemia, s.r.o., Speech, Language and Communication Centre

Afaziologický screeningový test – ASTcz (česká verze Aphasie Schnell Test)

ABSTRACT: The incidence of stroke in the Czech Republic is increasing. Approximately one-third of people after stroke develop aphasia, manifesting various symptoms in speech production, understanding, reading and writing. In acute stage of disease, screening tools are used to detect aphasia. The aim of this article is to present and describe Afaziologický screeningový test (ASTcz) to determine the presence or absence of aphasia. This Czech version is an adaptation of the original German Aphasie-Schnell-Test. In the process of validating the adapted instrument, persons without aphasia and persons with aphasia in acute and chronic stages of the disease were tested. The results of testing the psychometric properties of the test (i.e. validity, reliability and discriminatory ability) are described and commented on. They indicate a very good applicability for clinical practice.

KEY WORDS: neurogenic communication disorder, aphasia, diagnostics, aphasia screening test, Aphasie-Schnell-Test, Afaziologický screeningový test

Úvod (Introduction)

Afázii lze zařadit mezi získané poruchy jazyka s různorodými symptomy v oblasti produkce řeči, porozumění řeči, čtení a psaní. Zejména v akutní fázi onemocnění má afázie velmi proměnlivý klinický obraz, časté jsou koexistující deficity kognitivních funkcí (cf., e.g., Šebková & Vitásková, 2015) či svalové oslabení dle studie A. Logan, J. Freeman, B. Kent, J. Pooler, S. Creanor, J. Vickery, D. Enki, A. Barton, and J. Marsden (Logan et al., 2018). Afázie postihuje již vytvořený individuální jazykový systém každého jedince v různém rozsahu a stupni a dle Z. Cséfalvay (2016) vzniká u zhruba třetiny osob po cévní mozkové příhodě. Incidence ischemické cévní mozkové příhody, která je nejčastější příčinou afázie, se v Česku trvale zvyšuje. Od roku 2000 lze zaznamenávat její trvalý nárůst,

a to dle údajů z Ústavu zdravotnických informací a statistiky z 164,1 případů na 100 000 obyvatel v roce 2000 (*Hospitalizovaní 2000...*) na 269,3 případů na 100 000 obyvatel v roce 2017 (*Hospitalizovaní...*).

V akutní fázi onemocnění je nezbytné používat velmi rychlé diagnostické nástroje, které jen minimálně zatíží pacienta, zároveň však dokážou spolehlivě odhalit případnou přítomnost fatické poruchy. V České republice je k dispozici standardizovaná česká verze Mississippi Aphasia Screening Test (MASTcz) autorů M. Košťálová, J. Bednařík (2008) a dále jiné screeningové nástroje v experimentální, nestandardizované verzi.

Popis studie – cíle, metodika a výsledky **(Description of the study – objectives, methodology, and results)**

V německy mluvících zemích se k určení přítomnosti či nepřítomnosti afázie užívá zejména standardizovaný screeningový Aphasie Schnell Test (AST) vytvořený C. Krokerem (2006). Nakladatelství Logos s.r.o. zakoupilo práva k tomuto testu, na základě čehož bylo možno provést jeho překlad do českého jazyka, adaptaci na české prostředí a následné prvotní ověření na menším výzkumném souboru osob s českým mateřským jazykem. Motivací adaptace testu pro klinickou praxi byla zejména jeho jednoduchost, rychlost, srozumitelnost a možnost administrace i jinými nelékařskými zdravotnickými profesemi, než logopedy. Definitivní česká verze testu nese název Afaziologický screeningový test (ASTcz) – jedná se o zachování původního akronymu s doplněním přípony *cz*. Vznik testu byl podpořen specifickým výzkumným projektem IGA_PdF_2019_026.

Testem AST lze na základě hodnocení čtyř základních oblastí v rámci šesti subtestů velmi rychle (během 5–15 minut) a za použití minima pomůcek (oboustranný arch papíru A4 se čtecími proužky) diagnostikovat afázii. Hodnocenými oblastmi jsou vyjadřování (popis obrázku, verbální fluence sémantická), porozumění řeči (reakce na verbální instrukci týkající se ukázání objektů na obrázku či geometrických tvarů), čtení (porozumění čtenému slovu, krátké větě) a psaní (jméno a příjemní, písemný popis obrázku). U osob, které nejsou schopny vykonat úlohy zaměřené na produkci řeči vlivem dysartrie či verbální apraxie a/nebo psaní vlivem parézy či plegie končetin, lze využít tzv. verzi bez exprese bez administrace těchto úloh. Na základě výsledků jednotlivých částí lze stanovit receptivní, expresivní či globální typ afázie. Test neslouží k zařazení pacienta do příslušného klinického syndromu afázie na základě tzv. bostonské klasifikace.

Afaziologický screeningový test hodnotí stejné oblasti ve stejném rozsahu za použití stejného vyšetřovacího materiálu jako původní německá verze AST. Změna je patrná u vizuální podoby záznamového archu, který v české verzi obsa-

huje také anamnestické údaje (např. jméno, vzdělání, povolání, mateřský jazyk, užívané kompenzační pomůcky aj.), instrukce a případné poznámky pro examinátor (týkající se např. doby konání subtestu, informací o možnosti opakování instrukcí aj.). Maximálně lze v testu získat 31 bodů. Německá verze testu je standardizovaná, jsou stanoveny normy formou procentuálních hodnot a dále škály STANIN (těžký, střední, lehký stupeň, minimální/bez nálezu vyjádřený na škále 1–9), hranice subnormy je 28 bodů. Bližší popis české verze ASTcz, včetně konkrétních příkladů u jednotlivých subtestů L. Václavíková, J. Kaulfuss (in print).

Do výzkumného souboru pro pilotní ověření ASTcz byly zařazeny osoby bez přítomnosti neurologického či psychiatrického onemocnění, kognitivních poruch, specifických poruch učení a poruch řeči v anamnéze (tzv. kontrolní skupina, $n = 40$). Jejich výsledky byly komparovány s výsledky tzv. klinické skupiny ($n = 26$), do které byly zařazeny osoby s diagnózou afázie v akutní i chronické fázi onemocnění různé etiologie. Osoby s kognitivní poruchou, hemianopsií, neglect syndromem či v deliriu nebyly do klinické skupiny zařazeny. U obou skupin byla podmínkou zařazení čeština jako mateřský jazyk.

Průměrné hrubé skóre, jakož i mediány se při porovnání obou skupin výrazně liší. U kontrolní skupiny činilo průměrné skóre 30.9 bodů ($SD = 0.38$; medián 31), zatímco u klinické skupiny 18.85 bodů ($SD = 9.02$; medián 19,5). Horní kvartil (tj. 75. percentil) dosahuje u klinické skupiny 28 bodů, což je ve standardizované verzi pro německou populaci hranice normy, resp. subnormy.

Diskriminační schopnost testu byla zjišťována pomocí Mann-Whitney U testu na hladině významnosti $p < 0,05$. Test prokázal signifikantní rozdíl v dosažených výsledcích (hrubých skóre) testu mezi kontrolní a klinickou skupinou ($U = 2.5$, p -hodnota $< 0,00001$). Dále byla na základě testování dvěma testy (ASTcz a MASTcz) počítána souběžná validita u klinického souboru, a to pomocí Spearmanova korelačního koeficientu. Ten naznačuje silnou přímou vysokou závislost mezi testy ($r_s = .88$). Obecně lze říci, že čím vyššího výkonu dosáhne testovaná osoba v testu ASTcz, tím vyššího výsledku dosáhne také v testu MASTcz. Reliabilita byla zjišťována pomocí Cronbachova koeficientu alfa jako vnitřní konzistence položek. Koeficient reliability činí $\alpha = .97$. Síla závislosti mezi jednotlivými položkami je vysoká. Testem byla prokázána dobrá diskriminační schopnost, vysoká validita i reliabilita.

Diskuse (Discussion)

Odhaduje se, že mezi lety 2015 – 2035 dojde ke 45% nárůstu incidence CMP v České republice (Stevens et al., 2017). Požadavek skutečně rychlého a kvalitního

zhodnocení možné přítomnosti fatické poruchy zejména v akutní fázi onemocnění tak bude čím dál více akcentován. Proto je vytvoření norem pro českou populaci nezbytností. V této pilotní studii se podařilo prokázat dobré psychometrické vlastnosti, které se prokázaly také v původní německé studii (a sice validita počítána mezi jednotlivými částmi testu AST a Aachener Aphasie-Testem: $r = .75$ až $r = .82$, příp. Token testem: $r = -0.77$, dále test-retestová reliabilita: $r = .94$) (Kroker, 2006).

Nicméně lze očekávat případný posun průměrného hrubého skóre s rostoucím počtem osob zapojených do studie (a do jednotlivých skupin). Limitací je věkově nehomogenní vzorek, neboť průměr věku u kontrolní skupiny činí 46 let, zatímco u klinické skupiny 64 let. Nižší věk s sebou může nést lepší dosažené výsledky v testu. Dále se jeví jako vhodné zjištění případných odlišností ve výsledcích u pacientů v akutní a chronické fázi onemocnění, byť se v pilotní studii na této úrovni neprokalal statisticky významný rozdíl (p -hodnota = .42). Spíše než doba od vzniku onemocnění, která je charakteristická rychlostí proměnlivosti klinického obrazu, hrají pravděpodobně svou roli další faktory (např. věk pacienta, etiologie, typ a stupeň afázie, celkový zdravotní stav, doba a kvalita zahájené logopedické intervence aj.).

ASTcz doplňuje a rozšiřuje nabídku screeningových testů afázie. Stejně jako v případě testu MASTcz směřuje ke stanovení norem na české populaci. Na základě výkonu vyšetřované osoby lze stanovit diagnostický závěr (tzn. přítomnost či nepřítomnost fatické poruchy, příp. její diferenciatně-diagnostické odlišení od dysartrie), usoudit na základní typ afázie a následně vhodně zaměřit terapii v souladu s možnostmi pacienta. Opakovaným vyšetřením je možno zachytit vývoj stavu fatické poruchy.

Jeho výhodou je velmi rychlá administrace a evaluace a minimum potřebných pomůcek k vyšetření, a to i oproti MASTcz. Vyšetřující potřebuje pouze jeden materiál svázaný do kroužkové vazby sestávající z oboustranného listu s podnětovým obrázkem horské krajiny a čtecími proužky na jedné straně a nakreslenými geometrickými tvary na druhé straně papíru. Hodnocené oblasti se u obou testů do jisté míry překrývají, některé vyšetřované oblasti nejsou v Afaziologickém screeningovém testu přítomny (např. automatické řady v produkci řeči, opakování, porozumění alternativním otázkám, psaní na diktát), jiné naopak nejsou přítomny v české verzi Mississippi Aphasia Screening Test (např. verbální fluence, napsání jména a příjemní, písemný popis obrázku). Velmi dobrý výsledek výpočtu koeficientu konkordance naznačuje, že s testem mohou pracovat také osoby s malou logopedickou zkušeností (např. lékaři) (Kroker, 2006).

Závěr (Conclusion)

V článku byla představena česká verze původního německého screeningového nástroje AST určeného k diferenciaci diagnostice „afázie-vyloučení afázie-dysartrie“. Test byl pojmenován jako Afaziologický screeningový test (ASTcz). Splňuje všechny podmínky pro screeningové nástroje, jeho administrace je jednoduchá a rychlá. V akutní fázi onemocnění nezatěžuje testovanou osobu přílišnými požadavky na výkon, ani časovou náročností. Druhé zmíněné je výhodou také pro vyšetřujícího, neboť test lze provést během 5–15 minut. Předností prezentovaného testu je dále jeho kompaktnost a mobilita. Česká podoba záznamového archu poskytuje examinátorovi komfort při administraci a evaluaci testu, neboť jsou v něm zahrnuty veškeré instrukce i prostor pro další poznámky. Umožňuje snadné určení přítomnosti, stupně a typu afázie (nejen) v akutním stadiu onemocnění a dále je vhodný k diferenciaci diagnostice s dysartrií.

Literatura (Literature)


- CSÉFALVAY, Z. (2016). Afázia. In: A. KEREKRÉTIÓVÁ (Ed.), *Logopédia* (pp. 231–248). Bratislava: Univerzita Komenského.
- Hospitalizovaní 2000*. „ÚZIS ČR“ 2001. Retrieved from: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani> (access: 6.10.2019).
- Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2017*. „ÚZIS ČR“ 2017. Retrieved from: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani> (access: 6.10.2019).
- KOŠŤÁLOVÁ, M., & BEDNAŘÍK, J. (2008). *Screening afázie: MASTcz*. Retrieved from: <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/neurologicka-klinika/screening-afazie-mastcz/t3305> (access: 10.11.2019).
- KROKER, C. (2006). *Aphasie-Schnell-Test*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- LOGAN, A. et al. (2018). Standing Practice In Rehabilitation Early after Stroke (SPIRES): A Functional Standing Frame Programme (Prolonged Standing and Repeated Sit to Stand) to Improve Function and Quality of Life and Reduce Neuromuscular Impairment in People with Severe Sub-Acute Stroke-a Protocol for a Feasibility Randomised Controlled Trial. *Pilot and Feasibility Studies*, 4(66), 1–18. Retrieved from: <http://doi.org/10.1186/s40814-018-0254-z> (access: 15.10.2019).
- STEVENS, E. et al. (2017). The Burden of Stroke in Europe Report: Overview of stroke burden and care in each EU and SAFE member country. *Stroke Alliance for Europe*. Retrieved from: http://www.strokeeurope.eu/downloads/The_Burden_of_Stroke_in_Europe_Report_-_Appendix.pdf#appendix-ebook2.indd%3A01.%09%3A865 (access: 10.11.2019).
- ŠEBKOVÁ, L., & VITÁSKOVÁ, K. (2015). Aphasia in the Cognitive Disorders Context – Preliminary Study. *Society, Integration, Education. Proceedings of the International Scientific Conference*, 3, 215–221. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.17770/sie2015vol3.385> 10.17770/sie2015vol3.385 (access: 15.10.2019).

VÁCLAVÍKOVÁ, L., & J. KAULFUSS, J. (in print). Afaziologický screeningový test (ASTcz): preliminární studie. In: K. Vitásková (Ed.), Výzkum specifických parametrů řeči, jazyka, komunikace a odchylek orofaciálních procesů v kontextu logopedické diagnostiky a terapie. Olomouc: Univerzita Palackého 2020.



MAGDALENA KOKOT

Wydział Filologiczny, Instytut Logopedii,
Uniwersytet Gdański

 0000-0003-4227-9639

Kategoryzowanie u osób z afazją – badania z wykorzystaniem procedury DRM, czyli tworzenia się fałszywych wspomnień

Categorising in People with Aphasia – The Research Using the DRM procedure, or on Creating False Memories

ABSTRACT: Creating false memories with words is a research procedure mainly used in psychology. It is based on a high correlation between the probability of remembering-knowing a critical word (the memories of the fact of learning it) and the likelihood of providing this word as an association with a list of words. An unrepresented critical word appears as a memory because it is associated with the words presented to the participants of the study. The falsehood of the memory lies in the fact that the probability of providing a false word, i.e. a critical word, is as strong as the possibility of giving a listed word, whereas the respondents report that they remember the very moment of remembering a critical word. The aim of this article is to present the results of research on causing false memories and their effects carried out on the group of people with motor aphasia and the control group of those without this type of disorder. The study was conducted using the modified DRM procedure on the group of people with motor aphasia (N = 46) and the control group (N = 46). The study was conducted individually and the material was presented by means of visual and auditory ways. The conclusion is that the people with aphasia are prone to the effect of causing false memories to a similar extent as those without aphasia, even though this fact may be due to the non-linguistic deficits associated with aphasia.

KEY WORDS: aphasia, DRM, categorisation, false memories

Wprowadzenie

W literaturze neuropsychologicznej i neurologopedycznej w opisie zaburzeń języka o typie afazji autorzy zazwyczaj podają, że jednym z jej objawów są zabu-

rzenia kategoryzowania¹. Współistnieją one najczęściej z anomią², tzn. zaburzeniami nazywania. Niestety w literaturze polskiej poświęconej afazji niewiele jest obszernych badań dotyczących tej tematyki.

W badaniach dotyczących kategoryzowania przeprowadzonych wśród osób z afazją ruchową i w grupie kontrolnej wykorzystano procedurę DRM, która polega na zastosowaniu 10 list zawierających po 15 słów, każda zaś lista słów skupiona jest wokół jednej kategorii centralnej, np. mężczyzna, stół, choroba itd. Zadaniem osoby badanej jest przywołanie słów z listy, jednak z powodu silnego związku umieszczonych na liście słów ze sobą oraz z nazwą kategorii centralnej, osoby badane podają często wyraz, którego nie było na liście, czyli właśnie nazwę kategorii centralnej danej listy. Mając zaś na uwadze fakt, iż osoby z afazją mają zaburzenia kategoryzowania, przyjęto, iż efekt fałszywych odtworzeń, czyli właśnie przywoływanie słów z kategorii centralnej, nie będzie zachodził u nich tak silnie, jak u osób bez afazji.

Zaburzenia nazywania i kategoryzowania w afazji

Anomia, czyli zaburzenia nazywania, jest jedną z centralnych dysfunkcji w każdym typie afazji. Pacjenci z anomią mają trudności w aktualizacji nazw, problemy z fluencją słowną oraz pośrednio kłopot z kategoryzacją wyrazów. W zaburzeniu tym trudność stanowi przeszukiwanie zasobów pamięci semantycznej, w tym szczególnie słownika umysłowego, w celu odnalezienia weń słowa adekwatnego do kontekstu sytuacji/zdania/wypowiedzi. Objawy nasilają się zwłaszcza wtedy, kiedy chory pragnie użyć słowa o znaczeniu abstrakcyjnym i/lub słowa o niskiej frekwencji używania oraz wyrazów funkcyjnych, czyli przyimków, zaimków, spójników itp. Szczególne nasilenie objawów dotyczy wyrazów funkcyjnych, gdyż są one dodatkowo abstrakcyjne³. Największą trudność stanowi dla pacjentów wybór odpowiedniego wyrazu pod względem kategorii gramatycznej, stąd częściej pojawiają się u nich rzeczowniki pospolite niż czasowniki.

¹ Zob. na ten temat: Bolewska, 1983, s. 12–55; Jodzio, 2008, s. 71–109; Kiran, 2008; Kurcz, 2005; Lupyan & Mirman, 2013; Maruszewski, 1970, s. 44–65, 227–290; Panasiuk, 2013, s. 96–154; Pąchal-ska, 2005; 2011, s. 16–40, 96–116; Rutkiewicz-Hanczewska, 2017, s. 70–105; Siudak, 2015; Vallila-Rother & Kiran, 2015.

² „Anomia: częściowa lub całkowita utrata zdolności przypominania sobie imion. W tym znaczeniu termin ten odnoszony jest jedynie do przypadków afazji i amnezji, a nie do względnie powszechnych doświadczeń wielu ludzi” (A.S. Reber, E.S. Reber, 2008, s. 53).

³ Zob. na ten temat: Kądzielawa, 2011; Maruszewski, 1966, s. 28–198; 1974, s. 45–69; Panasiuk, 2013, s. 96–154; 2015; Pąchal-ska, 2008; Rutkiewicz-Hanczewska, 2017, s. 70–105.

Innym przejawem anomii może być problem z używaniem słów specyficznych pod kątem kategorii semantycznej, np. trudność w podawaniu nazw kolorów. W każdym przypadku anomii wyraz właściwy przywoływany jest z trudem, zniekształcany lub/i omawiany, lub/i zastępowany innym, lub/i omijany, co nieuchronnie prowadzi do zaburzeń w płynności wypowiedzi⁴. Warto tu dodać, iż Leon Kaczmarek (1975) uważa, że fakt stosowania przez osoby z afazją omówień, zniekształceń czy słów bliskoznacznych oraz skojarzeniowych wskazuje, iż pacjenci nie mają zaburzeń pamięci (Maruszewski, 1970, s. 227–290; Mierzejewska, 1976, s. 5–11). Mariusz Maruszewski (1966, s. 28–198; 1970, s. 227–290) z kolei podaje, że omówienia i parafazje semantyczne świadczą o znajomości słowa zagubionego, podlegającego anomii. Autor ten wskazuje jednak, że parafazje semantyczne mogą występować, ponieważ chory ma trudności z dostrzeżeniem wyraźnych granic między znaczeniem nazwy konkretnego przedmiotu a znaczeniem nazw innych przedmiotów z danej kategorii bądź nazwy samej kategorii. W przypadku parafazji semantycznych chory odwołuje się do wyrazów bliskoznacznych, skojarzeń, funkcji przedmiotu, czynności, jakim podlega lub jakie nim można wykonać, rzadko zaś do własnych przeżyć związanych z obiektem (Bolewska, 1983, s. 12–55; Kądziaława, 2011; Maruszewski, 1966, s. 28–198). Bywa też, iż wyrazy te są nazwą kategorii semantycznej, czegoś bardziej ogólnego, czego stanowią część, np. zamiast „grypa” pacjenci mówią „choroba” (Bolewska, 1983, s. 12–55; Pąchal-ska, 2008; Rutkiewicz-Hanczewska, 2017, s. 70–105).

Bazując na omówionych wyżej zagadnieniach, trudno nie dostrzec związku zaburzeń nazywania z kategoryzacją i szerzej – z afazją. Problemy z dopasowaniem do odpowiedniej kategorii dotyczą głównie rzeczowników, czego przyczyną z jednej strony może być zarówno głębsze zakotwiczenie kategoriale czasowników i wyrazów funkcyjnych (Kurcz, 2005), jak i stosunkowo mniejsze trudności w posługiwaniu się rzeczownikami przez osoby z afazją⁵. Dodatkowo zauważa się, że osoby z afazją dotyczącą przednich struktur mózgu (płaty czołowe i przednia część płatów skroniowych) posiadają zorganizowaną hierarchicznie strukturę pojęć, chociaż ulega ona afatycznym zniekształceniom, w przeciwieństwie do zupełnej dezorganizacji hierarchicznej u osób z afazjami tylnymi (tylna część płatów skroniowych, płaty ciemieniowe i potyliczne)⁶.

⁴ Zob. na ten temat: Bolewska, 1983, s. 12–55; Jodzio, 2008, s. 71–109; Kądziaława, 2011; Maruszewski, 1966, s. 28–198; 1970, s. 63–65, 183–185, 227–290; Panasiuk, 2013, s. 109–153; 2015; Pąchal-ska, 2011, s. 16–40; Rutkiewicz-Hanczewska, 2017, s. 70–105.

⁵ Zob. na ten temat: Bolewska, 1983, s. 12–55; Jodzio, 2008, s. 71–109; Kądziaława, 2011; Maruszewski, 1970, s. 227–290; 1974, s. 45–69; Pąchal-ska, 2011, s. 16–40, 96–116; Rutkiewicz-Hanczewska, 2017, s. 70–105.

⁶ W afazjach przednich (kombinacji) obecne są zniekształcenia artykulacyjne, parafazje głoskowe, agramatyzm w obrębie budowy zdań i wypowiedzi, a wszystko to przy zachowanym rozumieniu i zniekształconym z powodów trudności artykulacyjnych powtarzaniu. Przy afazjach tylnych (selekcji pragmatycznej) zaburzona jest słuchowa percepcja obrazu słowa, występują zniekształcenia

Z drugiej zaś strony Jolanta Panasiuk (2013) podaje, że osoby z afazją dużo rzadziej używają nazw ogólnych, określających kategorię, niż wyrazów podrzędnych (hiponimów) i dochodzi u nich do detalizacji opisywanej rzeczywistości. Dzieje się tak, ponieważ „procesy kategoryzacji u chorych z uszkodzeniami mózgu są ograniczone do poziomu percepcji, czyli interpretacji danych zmysłowych z wykorzystaniem wskazówek kontekstualnych, nastawienia i wcześniej nabytych doświadczeń” (s. 618). Oznacza to, że postawa abstrakcyjna przetwarzania informacji, do której należy też kategoryzowanie, została uproszczona do poziomu konkretnego. Wszystko zaś dlatego, że przetwarzanie abstrakcyjne jest bardziej złożone neurofizjologicznie i neuropsychologicznie od postawy konkretnej w przetwarzaniu. Dochodzi zatem do przewagi postaw konkretnych nad abstrakcyjnymi (s. 109–153, 603–633), a tym samym – do tzw. agramatyzmu pojęciowego (Goodglass, 1968, s. 177–208; za: Panasiuk, 2013, s. 487).

Jak zaznacza Maruszewski (1966, s. 28–198), nazywanie jako proces odnosi się do dokonywania klasyfikacji pojęć. Następuje to zaś na poziomie pobudzenia całej kategorii pojęciowej, w obrębie której dochodzi do selekcji określenia właściwego. Proces ten przebiega więc od ogółu do szczegółu, a z powodu uszkodzeń mózgu u osób z afazją przebiegać może nieprawidłowo na każdym jego etapie⁷. Ważnym czynnikiem utrudniającym kategoryzację są też ogólne zaburzenia fluencji słownej oraz dysfunkcyjne działanie procesów uwagowych oraz funkcji wykonawczych (Jodzio, 2008, s. 71–109, 197–228, 243–248; Panasiuk, 2013, s. 476–493, 603–633; Pąchalska, 2011, s. 16–40, 96–116). Proces klasyfikowania, selekcjonowania wymaga bowiem kontroli także systemów niezwiązanych bezpośrednio z językiem.

Deficyty funkcji poznawczych towarzyszące afazji

Jak wspomiano już wcześniej, afazja nie jest deficytem izolowanym, co wynika przede wszystkim z tego, iż uszkodzeniu ulegają całe sieci neuronalne, a niekoniecznie tylko konkretne ośrodki. Ponieważ mózg funkcjonuje na różnych płaszczyznach, poprzez różnorodne połączenia między określonymi strukturami i obszarami, uszkodzenia w jednej części mogą rzutować na ogólne jego funkcjonowanie w zakresie innych od języka i mowy funkcji poznawczych, tj. zaburzenia inteligencji werbalnej, niewerbalnej i myślenia symbolicznego, zabu-

w mowie, anomie, parafazje semantyczne, zaburzenia rozumienia oraz powtarzania. Mowa jest na ogół płynna (HERZYK, 1997, s. 90–91).

⁷ Zob. na ten temat: Bolewska, 1983, s. 12–55; Jodzio, 2008, s. 71–109, 197–228; Maruszewski, 1966, s. 28–198; Mierzejewska, 1977, s. 201–225; Panasiuk, 2013, s. 476–493, 603–633; Pąchalska, 2011, s. 16–40; Rutkiewicz-Hanczewska, 2017, s. 70–105; Siudak, 2015.

rzenia kategoryzowania, spostrzegania (gnozji), pamięci, funkcji wykonawczych, pamięci operacyjnej, uwagi⁸.

Przebieg badania

Badanie polegało na wykonaniu procedury DRM w wersji zmodyfikowanej. Oryginalny DRM polega na odsłuchaniu przez badanego odczytywanych list złożonych ze słów kojarzących się z nazwą centralną kategorii, do której te słowa należą. Nazwy kategorii, tzw. słowa krytycznego, nie ma jednak na żadnej z list. Po wysłuchaniu list badany odtwarza swobodnie słowa, które jego zdaniem znajdowały się na listach, a ponieważ efekt odtworzeń fałszywego słowa jest bardzo silny, często wśród słów z listy pojawia się i słowo krytyczne. Każda lista zawierała 15 powiązanych skojarzeniowo ze sobą słów z badania Doroty Tkaczyk i Marka Nieznańskiego (2013), którzy stworzyli je w oparciu o normy skojarzeniowe opracowane przez Idę Kurcz (1976). Materiał prezentowano w tempie jedno słowo na dwie, trzy sekundy.

Jak już sygnalizowano, w badaniu zastosowano kilka modyfikacji w odniesieniu do oryginalnej procedury DRM. Pierwszą było dopisanie do pierwotnej, zawierającej 15 słów listy 5 wyrazów, które mogły być parafazjami słów z oryginalnej listy. Słowa wyselekcjonowano w oparciu o listę podstawową i możliwości dokonywania parafazji semantycznych wyrazów z niej przez osoby z afazją⁹. Ponadto spośród 10 oryginalnych list zaczerpniętych z badania Tkaczyk i Nieznańskiego (2013) wybrano jedynie 5. Decyzja o wyborze połowy spośród wszystkich list spowodowana była czasem trwania badania, które przy zastosowaniu pełnej liczby list mogłoby być zbyt męczące dla badanych. Wybór list został dokonany na podstawie frekwencji używania wyrazów w mowie codziennej. Kolejne odstępstwa od oryginału spowodowane były możliwościami w słuchowym oraz wzrokowym odbiorze treści badania przez osoby z afazją. Każda z list była więc prezentowana w formie wydruku na osobnej stronie, dodatkowo była też odczytywana przez badającego. W oryginale słowa z list były tylko odczytywane.

Podobnie jak w oryginale zadaniem badanego było zapamiętanie prezentowanych słów dla każdej z list odtwarzanych odrębnie, przy czym w tym badaniu

⁸ Zob. na ten temat: Bolewska, 1983, s. 12–55; Jodzio, 2008, s. 71–109, 197–228, 243–248; Maruszewski, 1970, s. 44–65, 227–290; Panasiuk, 2015; Rajtar, Przewoźnik, Starowicz-Filip, & Będkowska-Korpała, 2014; Seniów & Litwin, 2013, s. 46–51.

⁹ Przykład dla listy ze słowem krytycznym MEŹCZYŻNA: kobieta, wysoki, przystojny, szczupły*, silny, człowiek, płeć, chłopak, młody, stary*, facet, garnitur, marynarka*, głupi, mądry*, blondyn, brunet, mąż, spodnie, dżinsy* (słowa oznaczone gwiazdką (*) to słowa dodatkowe, których nie ma na listach Doroty Tkaczyk i Marka Nieznańskiego. Są to słowa o charakterze parafazji).

prezentacja była dokonywana słuchowo i wzrokowo. Po każdym podaniu materiału, czyli jednej listy słów, następował test swobodnej reprodukcji, w trakcie którego należało w ciągu 5 minut wypowiedzieć wszystkie zapamiętane słowa (oryginalnie czas wynosił 90 sekund). Wskaźnikiem wykonania zadania była liczba (proporcja) fałszywych wspomnień słów krytycznych oraz przypomnianych słów występujących na listach. Każdy badany otrzymywał identyczny zestaw list słów podawany w tej samej kolejności. Badanie przeprowadzano jeden na jeden – badacz i osoba badana. Procedura była taka sama dla obu grup, tj. badawczej i kontrolnej. Badanie trwało od 20 do 30 minut.

Cel badania

Celem badania było sprawdzenie, czy u osób z afazją ruchową, tj. bez znaczących deficytów rozumienia, efekt wywoływania fałszywych wspomnień za pomocą procedury DRM zachodzi tak samo, jak u osób bez afazji.

Hipotezy badawcze

W niniejszej pracy postawiono cztery hipotezy. Skonstruowano je w oparciu o dostępną literaturę neurologopedyczną i neuropsychologiczną:

H1: U osób z afazją częściej pojawiają się fałszywe rozpoznania lub przypomnienia, polegające na podaniu słowa zajmującego centralną pozycję w ramach danej kategorii, przy czym słowa tego nie było na pierwotnej liście do zapamiętania. U podstaw tego założenia leżą rozliczne doniesienia, iż w przypadkach uszkodzeń neurologicznych, udarów mózgu, urazów czaszkowo-mózgowych powodujących afazję pojawiają się zaburzenia kategoryzacji¹⁰. Słowa z każdej listy w procedurze DRM są zaś powiązane między sobą jedną kategorią semantyczną, a słowo krytyczne stanowi albo nazwę kategorii, albo jest słowem prototypowym dla danej kategorii. Przyjęto zatem, iż skoro w afazji występują zaburzenia kategoryzacji, rzadziej niż w grupie kontrolnej będzie podawane słowo krytyczne.

¹⁰ Zob. na ten temat: Bolewska, 1983, s. 12–55; Jodzio, 2008, s. 197–228; Kurcz, 2005; Lupyan & Mirman, 2013; Maruszewski, 1970, s. 44–65, 227–290; Panasiuk, 2013, s. 476–493, 603–633; Pąchal-ska, 2005; 2011, s. 96–116; Rutkiewicz-Hanczewska, 2017, s. 70–105; Siudak, 2015; Vallila-Rother & Kiran, 2015.

- H2: Osoby z afazją podają więcej słów z kategorii „inne słowo” niż osoby bez tego typu zaburzenia. Tworząc tę hipotezę, także odwołano się do zaburzeń kategoryzowania u osób z afazją, w tym szczególnie do trudności w kategoryzowaniu obiektów typowych i nietypowych (Jodzio, 2005; Rutkiewicz-Hanczewska, 2017, s. 70–105; Siudak, 2015; Vallila-Rother & Kiran, 2015). Odwołano się tu ponadto do zjawiska polegającego na nieprawidłowej lub niepełnej aktywacji semantycznej lub fonologicznej węzłów semantycznych lub/i nieprawidłowego działania samego węzła (Kiran, 2008; Lupyan & Mirman, 2013). Dodatkowo posłużono się też faktem występowania w afazji zaburzeń w aktualizacji nazw oraz tworzenia peryfraz (omówień)¹¹. Podsumowując: w wymienionej koncepcji założono, iż z powodu zaburzeń w kategoryzowaniu oraz zaburzeń w obrębie aktualizacji nazw i tworzeniu omówień w miejscu słowa docelowego, osoby z afazją podadzą więcej wyrazów z kategorii „inne słowo”.
- H3: Zachodzą różnice pomiędzy grupami w zakresie liczby podawanych słów określonych w badaniu jako parafazje semantyczne. Występowanie parafazji semantycznych w afazji jest zjawiskiem dość powszechnym (Jodzio, 2008, s. 71–109; Maruszewski, 1970, s. 183–185, 227–290; Panasiuk, 2013, s. 96–154, 476–493; Pąchalska, 2011, s. 16–40, 96–116).
- H4: Istnieją różnice w liczbie odtwarzania słów krytycznych¹² z danej listy w zależności od wieku i płci badanych spośród każdej z grup. Hipotezę tę skonstruowano, bazując na hipotezie H1 w zestawieniu z danymi z literatury przedmiotu o różnicach w funkcjonowaniu osób z afazją w zależności od wieku i płci oraz o takich różnicach także w odniesieniu do grup kontrolnych (Bolewska, 1983, s. 12–55; Jodzio, 2005; Pąchalska, 2011, s. 16–40).

Charakterystyka osób objętych badaniem

Badaniami objęto dwie grupy: osoby ze zdiagnozowaną afazją oraz osoby bez tego typu zaburzeń językowych i bez zaburzeń funkcji poznawczych. Skład grupy kontrolnej dobrano, biorąc pod uwagę wiek, płeć i wykształcenie.

¹¹ Zob. na ten temat: Bolewska, 1983, s. 12–55; Jodzio, 2008, s. 71–109; MacQueen, 2003; Maruszewski, 1970, s. 63–65, 183–185, 227–290; Panasiuk, 2013, s. 96–154, 476–493; Pąchalska, 2005; 2011, s. 16–40; Rutkiewicz-Hanczewska, 2017, s. 70–105; Szepietowska & Gawda, 2016.

¹² Każda lista ma tylko jedno słowo krytyczne. Słowo to jest nazwą centralną danej kategorii. Każda lista posiada słowa, które zebrane razem należą do jednej kategorii. Słowo krytyczne indukowane jest badanemu poprzez skojarzenie, które powstaje z powiązania tematycznego słów z danej listy między sobą.

W skład grupy badanej weszły osoby z afazją motoryczną bez zaburzeń rozumienia. Ponieważ brak jest krótkiego i wystandaryzowanego narzędzia do pomiaru stopnia nasilenia afazji oraz oceny poziomu ogólnego funkcjonowania słowno-logicznego, przyjęto zasadę, iż udział w badaniu może wziąć każda osoba z afazją, która jest w stanie poprowadzić z badaczką rozmowę na tematy życia codziennego. Badani z tej grupy to byli lub obecni podopieczni fundacji dla osób z zaburzeniami komunikacji „Między Słowami”. Żaden z respondentów nie znajdował się w stanie ciężkim. Minimalny czas, jaki upłynął od zachorowania, to okres powyżej 8 miesięcy.

W badaniu wzięło udział łącznie 92 badanych, spośród których 46 osób stanowiły osoby z afazją i 46 osoby bez afazji. W grupie badanej znalazło się 27 kobiet i 19 mężczyzn (odpowiednio 58,69% i 41,3%). Grupę kontrolną stanowiło zaś 28 kobiet i 18 mężczyzn (odpowiednio 60,86% i 39,13%).

Opis badanych kobiet

W grupie kobiet z afazją $N^{13} = 27$; średnia (M^{14}) wieku wynosiła 65,96; $SD^{15} = 14,26$, gdzie najmłodsza z kobiet liczyła 26 lat, a najstarsza 83 lata. Natomiast w grupie kontrolnej $N = 28$ najmłodsza kobieta miała również 26 lat, najstarsza zaś 80 ($M = 65,37$; $SD = 13,24$). U badanych kobiet z afazją ($N = 27$) łączny czas terapii logopedycznej wynosił $M = 3,33$; $SD = 2,09$.

Opis badanych mężczyzn

W grupie mężczyzn z afazją znajdowało się $N = 19$ osób, przy czym $M = 59,78$; $SD = 15,03$, gdzie najmłodszy mężczyzna miał 20 lat, a najstarszy 78. W grupie kontrolnej było $N = 18$ mężczyzn, najmłodszy z nich miał 35 lat, a najstarszy 82 ($M = 65,61$; $SD = 14,36$). U badanych mężczyzn z afazją ($N = 19$) łączna liczba lat terapii wynosiła $M = 3,52$; $SD = 2,45$.

¹³ Liczba badanych.

¹⁴ Średnia.

¹⁵ Odchylenie standardowe.

Wyniki badania

Przystępując do analizy wyników, warto na wstępie nadmienić, iż w celu dokonywania analiz w bazie konieczne było wykonanie pewnych obliczeń, które utworzyły trzy zmienne. Należą do nich:

1. Zmienna: suma krytycznych – jest to suma wskazań na słowa krytyczne (czyli te, które badani podali, mimo że nie było ich na listach, a były one nazwą kategorii centralnej, do której odwoływały się słowa) we wszystkich 5 listach. Stanowi ona podstawę do określenia skuteczności zadań w badaniu, czyli tego, jak silnie zachodzi efekt fałszywych wspomnień.
2. Zmienne: suma błędów 1 do suma błędów 5 – są to sumy błędów liczone odrębnie dla każdej listy. Za błąd uznawano słowo, którego nie było na liście, oraz wyraz, który nie był słowem krytycznym.
3. Zmienna: ogólna suma niekrytycznych – to łączna suma błędów ze wszystkich 5 list. Za błąd uznawano słowo, którego nie było na liście, oraz wyraz, który nie był słowem krytycznym.

Analizę rozpoczyna przedstawienie rozkładu wyników w zakresie zmiennych pamięciowych. Przypomnijmy, że badani mogli na każdej z 5 list popełniać błędy dwojakiego rodzaju, tj. błędy krytyczne, polegające na wymienianiu słowa, które stanowiło odpowiednik wartości centralnej danej kategorii (prototyp), oraz błędy niekrytyczne, polegające na wymienianiu innych słów, których nie było na liście. Błędy krytyczne można uznać za wskaźnik posługiwania się sieciami semantycznymi odnoszącymi się do poszczególnych kategorii. Odpowiednie dane przedstawiono w tabeli 1.

TABELA 1. Charakterystyka poszczególnych zmiennych w całej grupie

Zmienna	M	SD
Liczba wskazań słów krytycznych na wszystkich listach	6,36	1,28
Suma błędów niekrytycznych na liście 1	6,40	1,02
Suma błędów niekrytycznych na liście 2	6,79	2,26
Suma błędów niekrytycznych na liście 3	6,82	1,48
Suma błędów niekrytycznych na liście 4	6,65	1,07
Suma błędów niekrytycznych na liście 5	6,49	1,13
Ogólna suma błędów niekrytycznych na listach 1-5	33,21	4,21

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie zgromadzonych danych.

W dalszej części prezentowanych analiz zostanie dokonana weryfikacja czterech hipotez badawczych. Pierwsza z hipotez H1 zakładała, że u osób z afazją pojawia się mniejsza liczba słów krytycznych niż w grupie kontrolnej. U jej podstaw

leży założenie, że u osób z afazją występuje zaburzenie w obrębie sieci semantycznych odnoszących się do różnych kategorii. W związku z tym powinny one rzadziej „ulegać pokusie” udzielenia odpowiedzi polegającej na wskazaniu słowa najlepiej oddającego daną kategorię, ale nieobecnego na liście do zapamiętania. Jak przedstawiono w tabeli 2, dla żadnej z list słów krytycznych analizowanych odrębnie ani dla łącznej liczby wskazań słów krytycznych nie wykazano istotnych różnic w liczbie słów pomiędzy grupą osób z afazją i bez afazji. Co za tym idzie – u osób z afazją nie pojawiła się mniejsza liczba słów krytycznych niż u osób bez afazji. Kolejne wyniki badań, w których sprawdzano różnice pomiędzy grupami w zakresie podawania słów krytycznych, prezentuje tabela 2.

TABELA 2. Wyniki Testu t^{16} dla prób niezależnych sprawdzającego różnice w liczbie słów krytycznych pomiędzy grupą osób z afazją i grupą kontrolną

Zmienne	Występowanie afazji				Test t		
	Grupa kontrolna		Grupa badana		t	df ¹⁷	p.i. ¹⁸
	M	SD	M	SD			
Występowanie słowa STÓŁ	1,24	0,43	1,22	0,42	0,25	90	0,806
Występowanie słowa CHOROBA	1,33	0,47	1,22	0,42	1,17	88,56	0,246
Występowanie słowa MĘŻCZYŻNA	1,17	0,38	1,24	0,43	-0,77	90	0,445
Występowanie słowa OKNO	1,35	0,53	1,30	0,47	0,42	90	0,675
Występowanie słowa IGŁA	1,39	0,49	1,26	0,44	1,33	89,01	0,186
Liczba wskazań słów krytycznych na wszystkich listach	6,48	1,36	6,24	1,20	0,89	90	0,373

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie zgromadzonych danych.

Hipoteza pierwsza nie została potwierdzona – u osób z afazją nie występuje mniejsza liczba słów krytycznych niż w grupie kontrolnej. Oznacza to, iż rozpad sieci semantycznej i skojarzeniowej u badanych osób z afazją nie jest tak duży, jak pierwotnie zakładano. Konsekwencją zaś jest uleganie temu samemu efektowi podawania słowa krytycznego. Czynnikiem, który mógłby wpłynąć na potwierdzenie hipotezy, byłoby skrócenie czasu podawania słów podczas reprodukcji. Nie prowadzono zapisu czasowego, jednak analiza kolejności słów odnotowanych podczas odtworzenia wykazała, że słowa krytyczne pojawiały się jako któreś z kolei. Ponieważ zaś osoby z afazją potrzebowały więcej czasu na podanie zapamiętanych słów, skrócenie czasu zmniejszyłoby liczbę słów krytycznych.

¹⁶ Statystyka testowa testu t-studenta (parametryczny test różnic między dwiema grupami).

¹⁷ Stopnie swobody.

¹⁸ Istotność statystyczna – czy różnice między jedną a drugą średnią są istotne.

Dodatkowo obliczono współczynnik korelacji między ogólną liczbą wskazań słów krytycznych a liczbą lat terapii logopedycznej w grupie osób z afazją. Wydawać by się bowiem mogło, iż liczba lat terapii może mieć istotny wpływ na funkcjonowanie zdolności kategoryzowania w tej grupie. Analiza wykazała jednak, że współczynnik ten wynosi 0,096 i jest nieistotny statystycznie. Oznacza to, że terapia logopedyczna w tej grupie badanych nie prowadzi do ukształtowania się prawidłowej struktury kategorii pojęciowych. Taki stan rzeczy jest zbieżny z wnioskami innych badaczy o skuteczności terapii logopedycznej u osób z afazją (Cappa, Benke, Clarke et al., 2005; za: Seniów & Litwin, 2013, s. 43; Cicerone, Dahlberg, Malec et al., 2005; Jodzio, 2003; 2005; Siudak, 2015). Joanna Seniów i Marika Litwin (2013, s. 46–51) wskazują wręcz, że ani wiek, płeć, ani nawet typ afazji nie stanowią czynników predykcyjnych co do tempa zdrowienia. Pewnych przewidywań dotyczących rokowań pacjenta można dokonywać wyłącznie w oparciu o etiologię uszkodzenia, lokalizację i objętość uszkodzenia mózgu, co przekłada się na głębokość afazji i poziom jej samoistnej remisji. Odnosząc się zaś do badań nad nauczaniem kategoryzowania osób z afazją (Vallila-Rother & Kiran, 2015), także zauważa się, iż w tej grupie zdolność do wyuczenia się na nowo kategoryzowania jest na znacznie niższym poziomie niż u osób zdrowych – $F(1,63) = 5,10$, $p = 0,03$, gdzie u osób z afazją $M = 3,2$ ($SD = 5,2$), dla osób zdrowych zaś $M = 6,8$ ($SD = 4,1$).

Drugą hipotezę, którą testowano w trakcie analiz, było założenie, że osoby z afazją podają więcej słów z kategorii „inne słowo” niż osoby bez afazji. Podstawą do zbudowania tej hipotezy było założenie, iż z powodu trudności w dostępie do leksykonu mentalnego, osoby z afazją będą podawały więcej słów spoza listy, próbując odnaleźć to właściwe. Jednak jak przedstawiono w tabeli 3, także i ta hipoteza nie została potwierdzona, a więc osoby z afazją nie podają więcej słów z kategorii „inne słowo”.

TABELA 3. Wyniki Testu t dla prób niezależnych sprawdzającego różnice w liczbie słów z kategorii „inne słowo” pomiędzy grupą osób z afazją i bez afazji

Zmienne	Występowanie afazji				Test t		
	Grupa kontrolna		Grupa badana		t	df	p.i.
	M	SD	M	SD			
Lista 1	0,26	0,57	0,48	0,89	-1,39	77,085	0,167
Lista 2	0,22	0,47	0,30	0,66	-0,73	90	0,469
Lista 3	0,39	1,24	0,41	0,69	-0,10	90	0,917
Lista 4	0,28	0,50	0,30	0,55	-0,20	90	0,844
Lista 5	0,28	0,58	0,37	0,61	-0,70	90	0,486

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie zgromadzonych danych.

Brak potwierdzenia hipotezy, iż osoby z afazją będą podawać istotnie więcej słów z kategorii „inne słowo”, oraz brak różnic między grupami, podobnie jak w przypadku słowa krytycznego, może oznaczać, iż podatność na podawanie słów spoza list jest zbliżona i nie zależy od afazji. Być może gdyby zastosowano bardziej restrykcyjne kryteria czasu odtwarzania słów, wypowiedzeń o charakterze „inne słowo” w grupie osób z afazją byłoby więcej niż w grupie osób bez afazji.

Trzecią testowaną hipotezą była ta ściśle związana z następstwami afazji, tj. pojawianiem się w mowie osób z afazją parafazji semantycznych. W badaniu zakładano, iż zachodzą różnice pomiędzy grupami w zakresie liczby podawanych słów określonych w badaniu jako parafazje semantyczne. Podstawą do postawienia takich przypuszczeń był fakt, iż u osób z afazją parafazje semantyczne, czyli podawanie słowa zbliżonego pod kątem znaczenia w bardzo szerokim ujęciu, np. funkcji, zastosowania, jest zjawiskiem dość powszechnym. Tabela 4 prezentuje wyniki analiz Testem t dla H3.

TABELA 4. Wyniki Testu t dla prób niezależnych sprawdzającego różnice w liczbie parafazji pomiędzy osobami z afazją i bez afazji

Zmienne	Występowanie afazji				Test t		
	Grupa kontrolna		Grupa badana		t	df	p.i.
	M	SD	M	SD			
Ogólna suma niekrytycznych	34,65	4,07	31,73	3,86	3,51	89	0,001
Suma błędów niekrytycznych na liście 1	6,65	0,99	6,15	0,99	2,42	90	0,018
Suma błędów niekrytycznych na liście 2	7,15	2,96	6,43	1,13	1,54	90	0,128
Suma błędów niekrytycznych na liście 3	7,07	1,42	6,57	1,52	1,63	90	0,106
Suma błędów niekrytycznych na liście 4	6,96	1,07	6,35	0,99	2,82	90	0,006
Suma błędów niekrytycznych na liście 5	6,83	1,06	6,16	1,11	2,95	89	0,004

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie zgromadzonych danych.

Hipoteza została częściowo potwierdzona. Istotne różnice uzyskano dla zmiennych:

- ogólna suma błędów niekrytycznych: istotnie więcej błędów popełniały osoby bez afazji niż osoby z afazją ($M_1 = 34,65$; $SD_1 = 4,07$ vs. $M_2 = 31,73$; $SD = 3,86$; $t(89) = 3,51$; $p < 0,01$);
- suma błędów niekrytycznych na liście 1: istotnie więcej błędów popełniały osoby bez afazji niż osoby z afazją ($M_1 = 6,65$; $SD_1 = 0,99$ vs. $M_2 = 6,15$; $SD_2 = 0,99$; $t(90) = 2,42$; $p < 0,05$);
- suma błędów niekrytycznych na liście 4: istotnie więcej błędów popełniały osoby bez afazji niż osoby z afazją ($M_1 = 6,96$; $SD_1 = 1,07$ vs. $M_2 = 6,35$; $SD_2 = 0,99$; $t(90) = 2,82$; $p < 0,01$);

d) suma błędów niekrytycznych na liście 5: istotnie więcej błędów popełniały osoby bez afazji niż z afazją ($M_1 = 6,83$; $SD_1 = 1,06$ vs. $M_2 = 6,16$; $SD_2 = 1,11$; $t(89) = 2,95$; $p < 0,01$).

Dla pozostałych zmiennych różnice między grupami okazały się nieistotne statystycznie.

Uzyskane wyniki analiz dały rezultat odwrotny od oczekiwanego. W założeniu badania specjalnie dodano do każdej z list wyrazy będące parafazjami niektórych słów, szczególnie na to podatnych z racji zakresu funkcji i zastosowań. Zabieg ten miał minimalizować podawanie „innego słowa” spoza listy. Można więc powiedzieć, że pewne słowa były jakby podwójne, tzn. mogłyby być nawzajem swą parafazją, np. drewno, drewniany; szpilka, pineska itd. Paradoksalnie nie przyczyniło się to do podawania tych słów w większej liczbie przez osoby z afazją. Więcej wyrazów będących parafazjami pojawiło się u osób z grupy kontrolnej. Prawdopodobnie wpisanie na jedną listę słów zbliżonych do siebie pod względem funkcji i zastosowania spowodowało łatwiejsze ich zapamiętanie, a przez to były one częściej podawane przez osoby bez afazji. Osobom bez afazji, a więc bez trudności w komunikowaniu się, łatwiej jest podawać większą liczbę zapamiętanych słów. Interesujące mogłoby być ustalenie parafazji bez ich podawania i sprawdzenie, czy w takim przypadku także wystąpi większa liczba parafazji u osób bez afazji, czy będzie właśnie zupełnie odwrotnie, jak to pierwotnie zakładano.

Ostatnią testowaną hipotezą była H_4 mówiąca, że istnieją różnice w liczbie odtwarzania słów krytycznych w zależności od wieku i płci badanych w każdej z grup. Jak pokazują poniższe analizy, wiek nie korelował z liczbą odtworzeń słów krytycznych w żadnej z grup. Tak w grupie kontrolnej ($r = 0,03$; $p > 0,05$), jak i w grupie badanej ($r = -0,12$; $p > 0,05$) wiek nie był związany z sumą błędów krytycznych. Wyniki te mogą być zaskoczeniem, ponieważ w literaturze dotyczącej tworzenia się fałszywych wspomnień odnaleźć można informacje, iż zarówno dzieci, jak i osoby starsze są bardziej na nie podatne (Piotrowska, 2014).

Jeżeli zaś chodzi o płeć osób z grupy kontrolnej ($t(44) = -0,53$; $p > 0,05$), to w grupie z afazją ($t(44) = -1,67$; $p = 0,102$) nie uzyskano istotnych różnic międzypłciowych w zakresie sumy błędów krytycznych, chociaż w grupie badanej wynik ten był bliski obszarowi tendencji statystycznej. Kobiety popełniały więcej błędów krytycznych niż mężczyźni. Można przypuszczać, że w przypadku zwiększenia próby wynik ten stałby się istotny statystycznie. Różnice pomiędzy grupami, tzn. fakt, iż w grupie osób z afazją czynnik, jaki stanowiła płeć badanych, był bliski istotności statystycznej w zakresie różnic między błędami krytycznymi, może wynikać stąd, iż istnieją różnice zarówno w przeżywalności osób po udarach wśród kobiet i mężczyzn, jak i w zakresie stopnia nasilenia afazji u obu płci.

Dyskusja

W toku przeprowadzonych badań i analiz pozyskanych danych statystycznych stwierdzono, iż założone hipotezy zostały tylko częściowo potwierdzone, co jest punktem wyjścia do kontynuacji badań w różnych interesujących kierunkach. Główna hipoteza, mówiąca o tym, że u osób z afazją częściej pojawiają się fałszywe rozpoznania lub przypomnienia polegające na podaniu słowa zajmującego centralną pozycję w ramach danej kategorii, przy czym słowa tego nie było na pierwotnej liście do zapamiętania, nie potwierdziła się. Wynik ten jest jednak zaskakujący w odniesieniu do mało znanych badań (Almaghyuli, Thompson, Lambon Ralph, & Jefferies, 2012), w których badacze ustalili, iż osoby z afazją są nawet bardziej podatne na tworzenie fałszywych wspomnień. Autorzy ci badali zdolność do tworzenia fałszywych wspomnień w oparciu o podawanie słów bliskoznacznych lub synonimów do słów badanych o wysokiej lub niskiej frekwencji użycia. Zauważyli oni ponadto, iż trudność z tłumieniem fałszywych wspomnień/skojarzeń wynika z deficytów funkcji wykonawczych u osób z afazją. Ponieważ funkcje wykonawcze są odpowiedzialne za regulację procesów przetwarzania informacji semantycznych poprzez wybieranie informacji istotnych, a odrzucanie nieistotnych (Almaghyuli et al., 2012; Rajtar et al., 2014), należałoby w przyszłości oprócz badania osób z afazją procedurą DRM sprawdzić także ich funkcje wykonawcze. Być może osoby z afazją, których funkcje wykonawcze podlegają mniejszym deficytom, podawałyby mniej słów krytycznych od osób z afazją z głębiej uszkodzonymi funkcjami wykonawczymi. Takie porównanie pozwoliłoby także ustalić, na ile zaburzenia kategoryzowania są zaburzeniem samym w sobie, na ile zaś są jedynie wynikiem nieprawidłowego działania funkcji wykonawczych.

Ciekawych rozważań dotyczących przeprowadzonych badań dostarczają także obserwacje Krzysztofa Jodzia (2008). Zauważył on bowiem, iż zniekształcenia materiału przechowywanego w STM¹⁹ mogą być różne w zależności od tego, czy został on podawany drogą wzrokową czy słuchową. Rodzi się zatem przypuszczenie, że procedura DRM stosowana u osób z afazją może dawać różne wyniki w zależności od tego, czy jest prezentowana wzrokowo czy słuchowo. W przeprowadzonych badaniach zastosowano zarówno formę wzrokową, jak i słuchową dla obu grup badanych.

Podsumowując, warto zauważyć, iż przeprowadzone badania mogą stanowić punkt wyjścia do dalszych analiz procesów poznawczych i wykonawczych u osób z afazją, jak i u osób bez niej. Jak się bowiem okazuje, w procesie zapamiętywania i reprodukcji bierą udział nie tylko pamięć, nie tylko zdolności językowe, ale także funkcje wykonawcze oraz gnozja. Tworzenie się fałszywych wspomnień jest zatem czymś więcej niż sumą tych funkcji mózgu; stanowi skomplikowaną sieć

¹⁹ Pamięć krótkotrwała.

oddziaływać i zależności, przez co wymyka się łatwemu opisowi. Jednocześnie zaś daje nadzieję neurologopedom i neuropsychologom, że ich mozolna praca nad przywracaniem sprawności językowych, poznawczych i wykonawczych u osób z afazją ma sens, bo nie wszystko jest jeszcze wiadome w kwestii funkcjonowania tych zdolności.

Bibliografia


- ALMAGHYULI, A., THOMPSON, H., LAMBON RALPH, M.A., & JEFFERIES, E. (2012). Deficits of semantic control produce absent or reverse frequency effects in comprehension: evidence from neuropsychology and dual task methodology. *Neuropsychologia*, 50, 1968–1979.
- BOLEWSKA, A. (1983). *Funkcjonowanie pojęć u afatyków z zaburzeniami nazywania*. Warszawa: Wydaw. Uniwersytetu Warszawskiego.
- CICERONE, K.D., DAHLBERG, C., MALEC, J.F. et al. (2005). Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 1998 through 2002. *Arch Phys Med Rehabil*, 86, 1681–1692.
- HERZYK, A. (1997). Taksonomia afazji. Kryteria klasyfikacji i rodzaje zespołów zaburzeń. *Audiofonologia*, 10, 83–101.
- JODZIO, K. (2003). Wybrane parametry prognostyczne zaburzeń językowych w afazji. *Studia Psychologiczne*, 41(4), 25–42.
- JODZIO, K. (2005). Zdrowiejący mózg – nowe spojrzenie, stary problem afazjologii. W: K. JODZIO (red.), *Neuronalny świat umysłu* (s. 64–228). Kraków: Impuls.
- JODZIO, K. (2008). *Pamięć, mowa a mózg. Podejście afazjologiczne*. Gdańsk: Wydaw. Uniwersytetu Gdańskiego.
- KACZMAREK, L. (1975). Korelacyjna klasyfikacja zaburzeń słownego i pisemnego porozumiewania się. *Logopedia*, 12, 5–10.
- KĄDZIELAWA, D. (2011). Afazja i jej mózgowo mechanizmy. *Teksty Drugie*, 1–2, 190–198.
- KIRAN, S. (2008). Typicality of inanimate category exemplars in aphasia treatment: further evidence for semantic complexity. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51, 1550–1568.
- KURCZ, I. (1976). Struktura i funkcje języka. W: I. KURCZ (red.), *Psycholingwistyka* (s. 96–119). Warszawa: PWN.
- KURCZ, I. (2005). Organizacja słownika umysłowego. W: I. KURCZ, *Psychologia języka i komunikacji* (s. 125–135). Warszawa: Scholar 2005.
- LUPYAN, G., & MIRMAN, D. (2013). Linking language and categorization: Evidence from aphasia. *Cortex*, 49, 1187–1194.
- MACQUEEN, B.D. (2003). Neurolingwistyczne podstawy diagnozy i terapii logopedycznej. W: T. GAŁKOWSKI, & G. JASTRZĘBOWSKA (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi*. T. I (s. 191–224). Opole: Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego.
- MARUSZEWSKI, M. (1966). *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*. Warszawa: PWN.
- MARUSZEWSKI, M. (1970). *Mowa a mózg*. Warszawa: PWN.
- MARUSZEWSKI, M. (1974). *Chory z afazją i jego usprawnianie*. Warszawa: Nasza Księgarnia.
- MIERZEJEWSKA, H. (1976). *Badania lingwistyczne nad afazją: księga referatów wygłoszonych na międzynarodowej konferencji naukowej (Warszawa, 10–12 XII 1975)*. Wrocław: Ossolineum.
- MIERZEJEWSKA, H. (1977). *Afatyczna dezintegracja fonetycznej postaci wyrazów*. Wrocław: PWN.
- PANASIUK, J. (2013). *Afazja a interakcja. Tekst – metatekst – kontekst*. Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

- PANASIUK, J. (2015). Standardy postępowania logopedycznego w przypadku afazji. W: J. PANASIUK, S. GRABIAS, & T. WOŹNIAK (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki* (s. 869–916). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- PĄCHALSKA, M. (2005). Neuropsychologiczna diagnostyka afazji. W: T. GAŁKOWSKI, G. JASTRZĘBOWSKA, & E. SZELĄG (red.), *Podstawy neurologopedii* (s. 750–845). Opole: Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego.
- PĄCHALSKA, M. (2008). Patogeneza i neuropsychologiczna diagnostyka afazji. W: Ł. DOMAŃSKA, & A.M. BORKOWSKA (red.), *Podstawy neuropsychologii klinicznej* (s. 155–163). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- PĄCHALSKA, M. (2011). *Afazjologia*. Warszawa: PWN.
- PIOTROWSKA, I. (2014). Studium przypadku chorego z afazją ruchową. W: E. STECKO (red.), *Neurologopedyczne Studia Przypadków*. T. 1 (s. 271–278). Warszawa: Wydaw. ES.
- RAJTAR, A.M., PRZEWOŹNIK, D.A., STAROWICZ-FILIP, A., & BĘDKOWSKA-KORPAŁA, B. (2014). Dysfunkcje wykonawcze w afatycznych zaburzeniach mowy po udarze mózgu. *Postępy psychiatrii i neurologii*, 23, 41–46.
- REBER, A.S., & REBER, E.S. (2008). I. KURCZ, & K. SKARŻYŃSKA (red.), *Słownik Psychologii* (B. JANASIEWICZ-KRUSZYŃSKA, tłum.). Warszawa: Scholar.
- RUTKIEWICZ-HANCZEWSKA, M. (2017). *Neurobiologia nazywania. O anomii własnej i apelatywnej*. Poznań: Wydaw. Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- SENIÓW, J., & LITWIN, M. (2013). Afazja poudarowa. *Neurologia po dyplomie*, 8(2), 43–51.
- SIUDAK, A. (2015). Afazja w ujęciu lingwistycznym, czyli co strukturalizm, generatywizm, kognitywizm wnoszą do współczesnej afazjologii. *Socjolingwistyka*, 29, 89–104.
- SZEPIETOWSKA, E.M., & GAWDA, B. (2016). Mechanizmy neuronalne fluencji semantycznej i literowej: Badania z użyciem MRI. Implikacje kliniczne. *Polskie Forum Psychologiczne*, 21(2), 170–187.
- TKACZYK, D., & NIEZNAŃSKI, M. (2013). Sprawność pamięci roboczej a podatność na fałszywe wspomnienia w zadaniu Deese’a Roedigera McDermott. *Przegląd Psychologiczny*, 56(4), 491–506.
- VALLILA-ROHTER, S., & KIRAN, S. (2015). An examination of strategy implementation during abstract nonlinguistic category learning in aphasia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 58, 1195–1209.



ANNA GUZY

Wydział Humanistyczny, Instytut Językoznawstwa,
Uniwersytet Śląski w Katowicach

 0000-0002-6713-7293

Wybrane czynniki psychospołeczne a występowanie trudności głosowych wśród nauczycieli

Selected Psychosocial Factors and Voice Difficulties among the Teachers

ABSTRACT: The article discusses the factors determining the occurrence of voice emission problems, including internal, external, and psychosocial ones. It was proposed to distinguish the psychological / psychosocial factors as a separate group. The results of the research conducted among teachers (N = 265) in schools in the Silesian provinces show how psychological factors affect the self-assessment of voice (emotional, functional, and physical, measured by means of the Voice Handicap Index scale); these factors are: the level of perceived stress (PSS10), anxiety (STAI I and II – anxiety as a trait and anxiety as a state), self-assessment (SES) and life satisfaction (SWLS). The article describes the results of original research on the dependence of psychosocial factors and voice disability.

KEY WORDS: psychosocial factors, voice disorders, voice in the teaching profession

Wprowadzenie

W grupie zawodowej nauczycieli zaburzenia głosu występują 2–3 razy częściej, niżeli wśród osób niepracujących głosem. Niestety, tylko 15% osób zgłasza się do specjalistów w celu leczenia (Sinkiewicz, 2011). Niedyspozycje narządu głosu stanowią 20% przyczyn absencji w pracy w tej grupie zawodowej (dla porównania tylko 4% wśród osób niebędących nauczycielami) (Smith, Lemke, Taylor, Kirchner, & Hoffman, 1998). Warto zauważyć, że pojawiające się w środowisku nauczycieli trudności głosowe to zagadnienie szerokie, przybierające rozmaite formy. Specjaliści (trenerzy emisji głosu, logopedzi) pracujący z tą grupą zawodową powinni pamiętać, że problem jakości emisji głosu jest wielopłaszczyznowy, a ilość czynników, które należy brać pod uwagę podczas zarówno diagnozy, jak i planowania późniejszej pracy terapeutycznej – bardzo rozległa. Opisowaną wielość i różnorodność doskonale oddają dane zawarte w tabeli 1.

TABELA 1. Czynniki związane z jakością emisji głosu

Czynniki wewnętrzne	Czynniki zewnętrzne
<ul style="list-style-type: none"> ▪ wiek ▪ zdolność do nawiązywania kontaktów ▪ zmiany w ośrodkowym i autonomicznym układzie nerwowym ▪ nieprawidłowa technika fonacji i emisji głosu ▪ wydolność oddechowa ▪ zmiany strukturalne w narządzie głosu ▪ płeć 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ lata pracy ▪ warunki pracy ▪ przygotowanie do pracy ▪ charakter nauczanych przedmiotów ▪ <u>organizacja procesu nauczania</u> ▪ obciążenia psychospołeczne (zaburzenia adaptacyjne, stres) ▪ nawyki ▪ <u>zaniedbywanie pierwszych objawów chorób głosu</u> ▪ zażywanie niektórych leków ▪ ogólna kondycja fizyczna, zmęczenie, wyczerpanie ▪ <u>nadużywanie głosu w okresie infekcji górnych dróg oddechowych</u> ▪ nieprawidłowa postawa ciała ▪ infekcje wśród uczniów

ZRÓDŁO: Zestawienie na podstawie: Jałowska, 2012, s. 18–25, uzupełnione o uwagi Magdaleny Rzepey (2010).

Wyróżnione w tabeli (zaznaczenie pismem pogrubionym) czynniki, warunkujące powstawanie trudności głosowych, związane są z cechami temperamentalnymi, osobowościowymi, a także „obciążeniami psychospołecznymi” (stres, zaburzenia adaptacyjne) oraz zachowaniami zdrowotnymi (podkreślenia w tabeli). Z uwagi na złożoność zagadnienia, trudno jednoznacznie zaklasyfikować poszczególne elementy do jednej z grup: czynniki zewnętrzne, czynniki wewnętrzne, czynniki psychospołeczne; niektóre należą do dwóch kategorii: zewnętrznych i psychospołecznych lub wewnętrznych i psychospołecznych. Z tego powodu w dalszej części niniejszego artykułu zostanie zaproponowany model łączący cechy dystynktywne każdej z tych grup czynników.

Niektóre znajdujące się w opisie zmienne (por. tabela 1) tworzą odrębną grupę, którą można określić mianem czynników psychologicznych czy psychospołecznych. Obejmują one cechy osobowościowe, temperamentalne, radzenie sobie w różnorodnych sytuacjach (stresowych, lękowych, w okolicznościach przeciążenia hałasem, zmęczenia itp.), postawy i zachowania zdrowotne (podkreślone w tabeli 1 nadużywanie głosu w czasie choroby czy niezwracanie uwagi na pierwsze jej objawy). Czynniki psychospołeczne warto analizować odrębnie, ponieważ ich rola w występowaniu chorób oraz trudności głosowych jest znaczna. Jakość głosu zależna będzie od trzech grup czynników, wzajemnego ich powiązania: zewnętrznych, wewnętrznych oraz psychospołecznych (zob. ilustracja 1).



ILUSTRACJA 1. Czynniki związane z jakością emisji głosu

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Na istotność oddzielenia grupy czynników psychologicznych/psychospołecznych wskazuje także konstrukcja wybranych narzędzi diagnostycznych. Przykładowo Skala Niepełnosprawności Głosowej Voice Handicap Index VHI (Niebudek-Bogusz, Woźnicka, Kuzańska, & Śliwińska-Kowalska, 2007) zawiera osobne skale dla samooceny stanu emocjonalnego, funkcjonalnego oraz fizykalnego głosu. Jak wskazują różnorodne badania, zaburzenia głosu często mają tło czynnościowe. W zależności od stosowanych narzędzi i doboru próby notuje się, że wynoszą od 57% (Sielska-Budurek & Niemczyk, 2015, s. 12) do 70–80% (Seifert & Kollbrunner, 2005, s. 388; za: Kiese-Himmel & Kruse, 1996).

Poznanie psychosomatycznego charakteru niektórych dolegliwości może być niezwykle istotne w pomocy i leczeniu dotkniętych tego typu trudnościami osób. Dysfonie czynnościowe obejmują dwie grupy zaburzeń głosu¹: *phonophonosis* (na skutek nieprawidłowego tworzenia głosu) oraz *phononeurosis* (w efekcie wpływu czynników psychicznych) (Wiskirska-Woźnica & Domeracka-Kołodziej, 2015, s. 665). Występować mogą ponadto zaburzenia głosu o podłożu psychologicznym, jak: afonia histeryczna (zwana *bezgłosem paretycznym*) (Binkuńska, 2012, s. 111), dysfonia spastyczna (jąkanie krtaniowe) (Obrębowski & Sekuła, 2008, s. 91) czy afonia psychogenna (Morisson, 2016, s. 291). Uznano, że predyspozycje psychologiczne stanowią czynnik ryzyka występowania chorób głosu²; badania zmierzają w kierunku określenia i zdefiniowania owych „predyspozycji”, na które może składać się szereg zmiennych.

W polskiej i światowej literaturze odnajdziemy badania związane z próbą dokonywania opisu ilościowego i jakościowego czynników, które możemy uznać

¹ Szczegółowy opis zaburzeń głosu o charakterze czynnościowym: Cichecka-Wilk & Struzińska, 2018.

² Więcej na ten temat: Śliwińska-Kowalska, Pyżalski, Niebudek-Bogusz, & Mercz, 2004, s. 11–13.

za psychologiczne/psychospołeczne, i ich wpływu na szeroko rozumianą jakość głosu³. Obserwacje dotyczą dwóch głównych kierunków poszukiwań. Pierwszy związany jest z pomiarem konstruktów psychologicznych (poziomu stresu, lęku, zasobów, strategii radzenia sobie, samooceny itp.) wśród osób, u których zdiagnozowano występowanie znacznych trudności głosowych lub innych patologii w obrębie narządu głosu (guzki głosowe, nowotwory itp.). Drugi obszar badań stanowią osoby zdrowe (najczęściej nauczyciele lub inne grupy zawodowo posługujące się głosem, np. śpiewacy), u których wykonywano pomiar różnorodnych zmiennych psychologicznych (osobowości, temperamentu, poziomu stanu zdrowia, odczuwanego stresu, samooceny itp.) oraz badania narządu głosu (zarówno fizykalnego, jak i za pomocą skal samoopisowych). Niektórzy badacze, dbając o poziom swoich badań, wykonywali pomiary w grupach eksperymentalnej (osoby z diagnozą trudności głosowych lub osoby zawodowo wykorzystujące głos w pracy – głównie nauczyciele, śpiewacy) oraz kontrolnej (osoby, które zawodowo nie wykorzystują głosu w sposób istotny⁴, jak również osoby zdrowe, u których nie występują zmiany chorobowe w obrębie narządu głosu). Krytycznej ocenie poddawano postępowania badawcze, w których szukano zależności pomiędzy osobowością, czynnikami psychologicznymi a występowaniem zaburzeń narządu głosu w odniesieniu do dzieci⁵, natomiast nie odnaleziono analogicznej metaanalizy dotyczącej osób dorosłych⁶.

W zakresie badań nad czynnikami psychospołecznymi można wyróżnić analizę kilku grup zmiennych:

- stanu zdrowia (psychicznego i fizycznego), zachowań zdrowotnych czy jakości życia;
- temperamentu i osobowości;
- konstruktów: lęku (cechy i stanu), depresji, stresu, zadowolenia z życia, samooceny, wypalenia zawodowego, umiejscowienia kontroli;
- zasobów jednostki (sposobów radzenia sobie – coping, odporności psychicznej, podatności na frustrację, przystosowanie społeczne⁷ itp.).

³ Por. przykładowo: Baker, 2008.

⁴ Komisja ekspertów Unii Europejskiej Foniatrów dokonała klasyfikacji zawodów w odniesieniu do wymogów, jakie stawiane są narządowi głosu. Szczegółowy opis: Pruszewicz, 1992, s. 205.

⁵ Jednej z metaanaliz podjął się zespół badaczy z Health University of Uta: Jeong Min Lee, Nelson Roy oraz Maria Dietrich. Badacze z naukowych baz (PubMed, Skopus, Sience Direct oraz EBSCO) wybrali 278 artykułów spełniających wstępne kryterium (badanie zależności czynników psychologicznych w kontekście występowania trudności głosowych), ostatecznej ocenie poddano 8 pełnych artykułów. Uznano, że u dzieci, u których zdiagnozowano guzki głosowe, notowano wyższy poziom ekstrawersji, większą impulsywność, aktywność, wyższy poziom złości/frustracji i lęku. Gorzej radziły one sobie w przypadku odczuwania negatywnych emocji i frustracji. Więcej na ten temat: Lee, Roy, & Dietrich, w druku.

⁶ Artykułu poszukiwano w bazach: PubMed, Skopus, Sience Direct oraz EBSCO.

⁷ Część badanych tu zmiennych związana jest z cechami temperamentalnymi i osobowościowymi jednostki.

Poniżej postaram się dokonać, z konieczności skrótowego, przeglądu badań związanych z tymi czynnikami, by później zaprezentować część uzyskanych przede mną wyników badań własnych⁸.

Pierwszy czynnik: ogólny stan zdrowia (zarówno fizycznego, jak i psychicznego) – jest elementem z pogranicza (łączy czynniki zewnętrzne/wewnętrzne z psychospołecznymi). Badano związki pomiędzy ogólnym stanem zdrowia mierzonym za pomocą kwestionariusza GHQ 12 (General Health Questionnaire-12) a problemami głosowymi nauczycieli. Wykazano, że szeroko rozumiane zdrowie psychiczne, w tym obecność chorób psychicznych, ma wpływ na jakość wybranych czynników głosowych, w tym szczególnie na występowanie chrypki (Mesquita de Madeiros, Barreto, & Assunção, 2008, s. 676). Ponadto dowiedziono, że wśród nauczycieli z problemami głosowymi stan zdrowia psychicznego był zdecydowanie gorszy w porównaniu z grupą kontrolną (Śliwińska-Kowalska et al., 2004, s. 11–13). Czynniki psychologiczne mogą mieć wpływ na przebieg chorób somatycznych. Należą do nich m.in.: cechy osobowości i temperament, podatność na stres oraz styl radzenia sobie z nim czy współwystępujące zaburzenia o charakterze psychicznym, takie jak: zaburzenia afektywne, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości i inne.

Kolejnym obszarem badawczym stało się poszukiwanie związków pomiędzy osobowością i cechami temperamentalnymi a trudnościami głosowymi. Badania Anny Sinkiewicz nie wskazują na istnienie zależności między ekstrawersją / inrowersją / niestabilnością emocjonalną a występowaniem trudności głosowych (Sinkiewicz, 2011, s. 54). Badaczka wykorzystała kwestionariusz oceny osobowości Eysencka w wersji Maudsley Personality Inventory (MPI)⁹. Inne badania prowadzą natomiast do wniosku, że wzmóżona pobudliwość nerwowa może być przyczyną dysfonii oraz innych dysfunkcji głosowych (Marek, 2003). Dowiedziono również, że cechy osobowościowe, tj. nadpobudliwości i impulsywność, są niezależnymi czynnikami związanymi z występowaniem u badanych guzków głosowych (El Uali Abeida et al., 2013).

Zarówno styl życia, jak i podejmowane na co dzień działania związane z utrzymaniem zdrowia (uprawianie sportu, radzenie sobie ze stresem, korzystanie ze wsparcia społecznego, sposób odżywiania, sen, stosowanie używek) mają wpływ na podatność jednostek na stres czy wyczerpanie. Styl życia jednostki (Mazurkiewicz, 1978, s. 380), podejmowane zachowania zdrowotne, jak również umiejscowienie kontroli (Radwańska, 2013), mają wpływ na występowanie u niej trudności głosowych (Ostrowska, 1999). Stwierdzono również korelację pomiędzy liczbą wypalanych papierosów, ilością spożywanych napojów alkoholo-

⁸ Prezentowane w artykule wyniki badań związanych z poszukiwaniem związku między głosem a czynnikami społecznymi/psychologicznymi nie dotyczą wyłącznie grupy nauczycieli.

⁹ Ta wersja testu składa się z dwóch skal, z czego każda z nich zawiera po 24 pytania; określa poziom introwersji i ekstrawersji. Więcej na temat zastosowanego postępowania badawczego: Sinkiewicz, 2011, s. 24–33.

lowych a zaburzeniami głosu (Spantideas, Drosou, Karatsis, & Assimakopoulos, 2015).

Czynnikiem, który w istotny sposób warunkuje jakość życia jednostki, jest podatność na stres. Zależność stres-głos poddawana była licznym analizom. Badania potwierdzają, że stres może mieć negatywne konsekwencje dla narządu głosu (Alvear, Martinez-Arquero, Barón, & Hernández-Mendo, 2010; Deary & Miller, 2011; Gassull, Casanova, Botey, & Amador, 2010). Osoby doświadczające stresu częściej cierpią na napięcia mięśni czy guzki głosowe oraz występuje u nich wzrost częstotliwości podstawowej głosu (Giddens, Barron, Byrd-Craven, Clark, & Winter, 2013). Dowiedziono również, że ciężkie, stresujące zdarzenia życiowe mogą być przyczyną występowania trudności głosowych (Baker, Ben-Tovim, Butcher, Esterman, & McLaughlin, 2012). U nauczycieli, którzy doświadczają stresu, częściej notuje się trudności głosowe (Houtte, Claeys, Wuyts, & Van Lierde, 2012, s. 107). Wykazano także występowanie zależności pomiędzy wysokim poziomem lęku jako cechy i lęku jako stanu a pojawianiem się guzków głosowych u kobiet (Goldman, Hargrave, Hillman, Homlberg, & Gress, 1996) oraz afonii (Sinkiewicz et al., 2013). Ponadto w grupie osób z nawracającymi guzkami głosowymi odnotowano istotnie wyższy niż w grupie kontrolnej poziom lęku jako cechy i lęku jako stanu¹⁰.

Badacze analizowali zarówno wpływ depresji na doświadczanie trudności głosowych, jak i sposób, w jaki trudności głosowe mogą przyczyniać się do występowania tego zaburzenia afektywnego. Uznano, że w obu przypadkach istnieje pomiędzy tymi zmiennymi dodatnia korelacja (por. Goldman et al., 1996, s. 48). Dysfonie występowały w sposób istotny statystycznie częściej u badanych, u których występował epizod depresyjny (Marques de Rocha, Behlau, & Dias de Mattos Souza, 2015, s. 712). Prowadzono również badania, w których wykazano, że konkretne akustyczne charakterystyki głosowe występują częściej u osób z depresją (Hashim, Wilkes, Salomon, & Meggs, 2017, s. 256.e2). Ten nurt badawczy wydaje się być cenny w przypadku diagnozowania u badanych depresji (na podstawie analizy ich cech głosu).

Sinkiewicz z zespołem notuje u pacjentów z afonią funkcjonalną (czynnościową) podwyższony poziom objawów depresyjnych i lękowych (Sinkiewicz et al., 2013, s. 129.e12). Widać zatem, że czynniki psychologiczne nie w sposób izolowany, a częściej powiązany ze sobą wpływają na występowanie patologii głosowych (nasilają je lub czynią jednostkę bardziej na nie podatną). Często można doświadczać wielu trudności w tym samym czasie: depresji, lęku, podwyższonego poziomu stresu.

¹⁰ W badaniu tym nieznaczną wątpliwość budzi dobór próby. W grupie eksperymentalnej było 15 kobiet w wieku 33–50 lat (średnia wieku wynosiła 43 lata) oraz 5 mężczyzn w wieku 38–59 lat (średni wiek wynosił 49 lat). W grupie kontrolnej było tylko 9 kobiet o zdecydowanie niższej średniej wieku (27 lat), jak również 11 mężczyzn (także w wieku średnim znacznie odbiegającym od badanych w grupie eksperymentalnej: 28 lat). Brak zapewnienia jednorodnych pod względem płci i wieku prób badawczych może znacząco zniekształcać uzyskane w toku całej procedury wnioski. Więcej na ten temat: Ratajczak, Grzywacz, Wojdas, Rapijko, & Jurkiewicz, 2008, s. 759.

Dokonane powyżej, z konieczności skrótowe, wyliczenie grupy badań nad czynnikami psychologicznymi/psychospołecznymi potwierdza konieczność traktowania ich jako odrębnej grupy determinantów. Badacze zwracają uwagę na to, że istnieje podatność psychologiczna na występowanie trudności głosowych. Wydaje się, że badania w tym zakresie dopiero zyskują na popularności, a pełna lista czynników psychologicznych, zmiennych temperamentalnych i osobowościowych, mających wpływ na głos, a także innych parametrów psychologicznych, które ulegają pogorszeniu w przypadku trudności głosowych, wciąż nie jest zamknięta. Chcąc sprawdzić, czy opisywane zależności występują również wśród polskich nauczycieli, przeprowadziłam badania własne¹¹.

Wyniki badań własnych

W swoich badaniach, chcąc wpisać się w nurt badań nad czynnikami psychologicznymi (czy podatnością psychologiczną) jako elementem patogenezy zaburzeń głosu, uwzględniłam rolę kilku zmiennych psychologicznych (poziomu odczuwanego stresu, lęku, samooceny oraz zadowolenia z życia) oraz współzmienności tych zmiennych ze zgłaszanymi trudnościami głosowymi, mierzonymi za pomocą testu niepełnosprawności głosowej VHI.

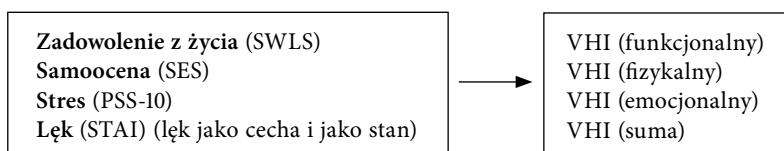
¹¹ Przedstawione w artykule badania są częścią większego postępowania badawczego. Badaniu poddano grupę 273 nauczycieli z losowo wybranych szkół z województwa śląskiego i dolnośląskiego. Okazało się, że 8 osób nie spełnia kryteriów, w tym używa mniej niż 20 godzin tygodniowo głosu w pracy (5 osób), ponadto w dniu diagnoz 3 osoby były przeziębione (w związku z tym nie można było uznać ich wyników testu VHI za reprezentacyjne). Średnia frekwencja nauczycieli z poszczególnych szkół wynosiła 60–90%. Głównym celem było zbadanie zależności pomiędzy wybranymi parametrami głosu (np. MCF), doświadczanymi skargami oraz wynikiem samooceny skali głosu VHI-30 a zmiennymi psychologicznymi. Badaniu poddano: ogólny stan zdrowia (badani wykonywali test GHQ12), zachowania zdrowotne (wypełniali test IZZ-Indeks Zachowań Zdrowotnych), podatność na depresję (badani wypełniali skalę depresji Becka), poziom odczuwanego stresu (mierzony testem PSS-10), poziom lęku (mierzony testem STAI), samoocenę (mierzona za pomocą testu SES), zadowolenie z życia (mierzona za pomocą testu SWLS), doświadczanie objawów wypalenia zawodowego (test BMI). Z uwagi na obszerność arkuszy psychologicznych nauczyciele wypełniali pewną liczbę testów bazowych (wszyscy wypełniali testy VHI, SES, SWLS, PSS-10 oraz STAI), natomiast pozostałe narzędzia służyły jako testy dodatkowe (po jednym dodatkowym teście w każdej z badanych szkół). Z tego też powodu nie uzyskano od wszystkich badanych kompletu danych mierzących wszystkie zmienne psychologiczne. W artykule uwzględniono tylko te zmienne, które były analizowane w przypadku całej próby badawczej. Testy psychologiczne nauczyciele wypełniali w osobnym pomieszczeniu (średnia długość wypełnienia testów przez nauczyciela wynosiła około godziny), umieszczali je we wcześniej przygotowanych, zakodowanych kopertach. Badani zostali poinformowani również o możliwości uzyskania wyników badań własnych w zestawieniu z pomiarami innych osób. Ich motywacja do badań była wysoka, każdy bowiem miał możliwość uzyskania indywidualnego zestawu ćwiczeń z zakresu emisji głosu, sugestii i zaleceń w oparciu o uzyskane wyniki badań.

W latach 2012–2017 poddałam badaniom¹² grupę 273 nauczycieli; z powodu choroby oraz nieobecności podczas badań¹³ ostateczną próbę stanowiło 265 osób, w tym 55 mężczyzn (21%) oraz 210 kobiet (79%). Niestety, nie udało się zapewnić równolicznej próby pod względem płci. Jest to związane z feminizacją zawodu nauczyciela. Średnia frekwencja nauczycieli z poszczególnych szkół wynosiła między 60 a 90%. Średni wiek badanych wyniósł 37,8 lat (37,6 w grupie kobiet i 37,9 w grupie mężczyzn). Najbardziej liczną grupą byli nauczyciele młodzi do 35. roku życia: 46,7% kobiet (98 osób) oraz 54,5% mężczyzn (30 osób). Liczną grupę stanowiły także osoby w wieku średnim 36–50 lat: 37,6% kobiet (79 osób) oraz 21,8% mężczyzn (12 osób). Zdecydowanie mniej wśród badanych było osób w wieku powyżej 51 lat: 15,7% kobiet (33 osoby) oraz 21,8% mężczyzn (12 osób). W próbie znalazła się tylko 1 osoba w wieku powyżej 65 lat (1 mężczyzna, co stanowi 1,8% ogółu badanych mężczyzn).

Postępowanie badawcze miało na celu udzielenie odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jak funkcjonuje narząd głosu nauczycieli pod wpływem różnorodnych czynników: stresu, lęku (zarówno jako cechy, jak i stanu)?
2. Czy i w jaki sposób samoocena oraz zadowolenie z życia korelują ze zgłaszanymi skargami głosowymi badanych?

Testowany model badawczy przedstawia ilustracja 2.



ILUSTRACJA 2. Model zmiennych

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Do pomiaru zmiennych psychologicznych zastosowano następujące testy:

1. Do oceny zadowolenia z życia wykorzystano test SWLS. Autorami Skali Satysfakcji Życiowej byli Ed Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larsen, Sharon Griffin. Polską adaptację stworzył Zygfried Juczyński¹⁴. Wskaźnik rzetelności

¹² W zbieraniu danych, sporządzaniu wywiadów, wpisywaniu uzyskanych wyników do arkusza kalkulacyjnego pomagali mi studenci zaangażowani w badania pt. „Jak mówić, żeby nie zaniemówić”, prowadzone pod moim kierunkiem w ramach projektu badawczego MNISW (dla młodych badaczy). Byli to studenci kierunków filologia polska oraz psychologia, w szczególności członkowie Polonistycznego Koła Naukowego „Bakałarz”, którego jestem opiekunem.

¹³ Badanie jednej osoby składało się z kilku etapów – wypełniała ona testy psychologiczne, odpowiadała na pytania związane ze swoimi trudnościami głosowymi, brała udział w badaniu spirometrycznym oraz badaniu MCF, wypełniała także test VHI.

¹⁴ Szczegółowy opis skali oraz badań nad jej własnościami psychometrycznymi: Juczyński, 2009, s. 128–136.

alfa Cronbacha narzędzia jest zadowalający i wynosi 0,81. Skala mierzy ogólną satysfakcję życiową.

2. Do oceny samooceny badanych zastosowano test SES, który został opracowany przez Morrisa Rosenberga i służy do oceny ogólnego poziomu samooceny, jak definiują to twórcy polskiej adaptacji skali: „przekonania o własnej wartości, ujawniany w samoopisie i traktowany jako stała własność osoby” (Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, & Łaguna, 2008, s. 5). Rzetelność polskiej adaptacji skali mierzona za pomocą współczynnika alfa Cronbacha waha się od 0,81 do 0,83, posiada ona satysfakcjonujące własności psychometryczne.
3. Do oceny odczuwanego stresu zastosowano test PSS-10. Autorami oryginalnej wersji narzędzia są Sheldon Cohen, Tom Kamarck oraz Robin Mermelstein, natomiast polskiej adaptacji – Zygfryd Juczyński oraz Nina Ogińska-Bulik¹⁵. Podstawy teoretyczne testu bazują na reakcyjnym modelu stresu.
4. Do oceny lęku jako cechy i lęku jako stanu zastosowano test STAI. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI jest adaptacją amerykańskiego kwestionariusza opracowanego przez Charlesa D. Spielberga, Richarda Gorsucha oraz Roberta E. Lushene w 1970 roku, twórcami zaś polskiej adaptacji, powstałej w 1987 roku, są Charles D. Spielberger, Jan Strelau, Maria Tysarczyk oraz Kazimierz Wrześniewski. Ostateczna wersja kwestionariusza składa się z dwóch skal (po 20 stwierdzeń w każdej ze skal). Wskaźnik rzetelności skali lęku-stanu (w różnych grupach) wynosił od 0,84 do 0,94, a skali lęku-cechy od 0,87 do 0,91.
5. Do oceny doświadczanych trudności głosowych użyto testu VHI. Test Niepełnosprawności Głosowej został stworzony przez foniatrów amerykańskich, natomiast zaadaptowany do polskich warunków przez Antoniego Pruszewicza i w takiej formie jest wykorzystywany w polskich badaniach związanych z jakością mowy.

Materiał badawczy był analizowany za pomocą arkusza kalkulacyjnego Excel oraz programu Statistica 13.1. Tabela 2 ilustruje uzyskane wyniki badań korelacyjnych. Z powodu trudności w doborze równolicznej (lub zbliżonej) pod względem płci próby, porównania w zakresie płci nie są możliwe.

TABELA 2. Macierz korelacji

Zmienna	Lęk (stan)	Lęk (cecha)	SWLS	PSS10	SES
VHI funkcjonalny	0,32 ¹⁶	0,23	-0,16	0,12	-0,32
VHI emocjonalny	0,33	0,19	-0,07	0,13	-0,31
VHI fizyczny	0,23	0,16	-0,02	0,11	-0,21
VHI suma	0,32	0,21	-0,09	0,13	-0,31

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

¹⁵ Szczegółowe informacje na temat narzędzia: Juczyński & Ogińska-Bulik, 2009, s. 11–21.

¹⁶ Na czerwono zaznaczono istotne statystycznie zależności.

Wyniki uzyskanych badań korelacyjnych wskazują na to, że większość badanych zmiennych psychologicznych: lęk jako cecha i jako stan, zadowolenie z życia, samoocena, jak również poziom odczuwanego stresu mają istotny statystycznie wpływ na zauważane i doświadczane przez badanych objawy w zakresie stanu funkcjonalnego, emocjonalnego i fizykalnego głosu. Najsilniejsze zależności zanotowano w przypadku lęku jako stanu a doświadczanymi trudnościami głosowymi. Również w istotny sposób samoocena wpływa na referowane przez badanych rozmaite trudności głosowe. Im niższa samoocena, tym więcej subiektywnie zgłaszanych skarg u badanych. Najmniej istotnych statystycznie zależności zanotowano w przypadku zadowolenia z życia. Jedyną zależność ($-0,16$) zaobserwowano w przypadku trudności głosowych, które mają wpływ na codzienne funkcjonowanie jednostki. Zależność ta dotyczyła osób, które mają niską samoocenę.

Podsumowanie

Uzyskane wyniki badań wskazują, że wśród badanych nauczycieli widoczne są istotne statystycznie zależności pomiędzy doświadczanymi przez nich trudnościami głosowymi a doświadczanym stresem i lękiem. Ponadto u osób z niższą samooceną zanotowano wyższy wynik w skali niepełnosprawności głosowej, a zatem zgłaszają one więcej symptomów mogących wskazywać na patologie głosu. Wyniki badań są spójne z rezultatami innych badaczy, którzy zauważają wpływ zmiennych psychologicznych na trudności głosowe (por. Roy & Bless, 2000).

Warto w przyszłości przeprowadzić kolejne badania, szczególnie wśród osób niepracujących głosem w takim wymiarze, aby porównać uzyskane wyniki. Dodatkowo warto rozpatrzyć analizowane zależności w zakresie płci (zgrupować wystarczającą do porównań liczbę badanych mężczyzn). Badanie grupy czynników psychologicznych/psychospołecznych czy pewnej podatności psychologicznej jednostek na problemy głosowe może być bardzo pomocne podczas projektowania terapii, a także podczas dokonywania diagnostyki. Warto również badać, w jaki sposób trudności głosowe warunkują występowanie określonych trudności (zaburzeń) natury psychologicznej czy szerszej – psychicznej (tj. występowanie depresji, podwyższonego poziomu lęku itp.).

Z przeprowadzonych badań płyną również wskazówki dla diagnostów oraz terapeutów (specjalistów prowadzących terapię głosu). Ważne jest, aby podczas diagnozy wielopłaszczyznowo przeanalizować możliwe tło zgłaszanych trudności głosowych; zastanowić się, czy nie współwystępują inne (oprócz somatycznych) przyczyny ewentualnych trudności, w szczególności – czy badany nie przeżywa przewlekłego stresu, obniżonego nastroju, nie przejawia nadmiernej lęklivosti.

W przypadku wątpliwości warto w takich sytuacjach skorzystać z konsultacji psychologicznej, aby zastanowić się nad dalszym leczeniem.

Bibliografia

- ALVEAR, R.M.B., MARTINEZ-ARQUERO, G., BARÓN, F.J., & HERNÁNDEZ-MENDO, A. (2010). An Interdisciplinary Approach to Teachers' Voice Disorders and Psychosocial Working Conditions. *Folia Phoniatr Logop*, 64, 24–34.
- BAKER, J. (2008). The role of psychogenic and psychosocial factors in the development of functional voice disorders. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10(4), 210–230.
- BAKER, J., BEN-TOVIM, D., BUTCHER, A., ESTERMAN, A., & MCLAUGHLIN, K. (2012). Psychological Risk Factors Which may Differentiate Between Women with Functional Voice Disorder, Organic Voice Disorder and Control Group. *International Journal of Speech Language Pathology*, 15, 547–563.
- BINKUŃSKA, E. (2012). *Higiena i emisja głosu mówionego*. Bydgoszcz: Wydaw. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- CICHECKA-WILK, M., & SRTUDZIŃSKA, K. (2018). Czynnościowe zaburzenia głosu z punktu widzenia foniatrii klinicznej, psychopatologii i psychiatrii psychodynamicznej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia*, XXXI, 175–194.
- DEARY, V., & MILLER, T. (2011). Reconsidering the role of psychosocial factors in functional dysphonia. *Curriculum Opin Otolaryngology Head Neck Surgery*, 19, 150–154.
- DZWONKOWSKA, I., LACHOWICZ-TABACZEK, K., & ŁAGUNA, M. (2008). *Samoocena i jej pomiar. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- EL UALI ABEIDA, M., FERNÁNDEZ LIESA, R., VALLÉS VARELA, H., GARCÍA CAMPAYO, J., RUEDA GORMEDINO, P., & ORTIZ GARCÍA, A. (2013). Study of the influence of Psychological Factors in the Etiology of Vocal Nodules in Women. *Journal of Voice*, 27, 129.e15–129.e20.
- GASSULL, C., CASANOVA, C., BOTEX, Q., & AMADOR, M. (2010). The Impact of the Reactivity to Stress in Teachers with Voice Problems. *Folia Phoniatr Logop*, 62, 35–39.
- GIDDENS, CH.L., BARRON, K.W., BYRD-CRAVEN, J., CLARK, K.F., & WINTER, A.S.: Vocal Indices of Stress. A Review. *Journal of Voice*, 27(3), 390.e21–390.e29.
- GOLDMAN, S.L., HARGRAVE, J., HILLMAN, R.E., HOMLBERG, E., & GRESS, C. (1996). Stress, Anxiety, Somatic Complains and Voice Use in Woman with Vocal Nodules. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 5(1), 44–54.
- HASHIM, N.W., WILKES, M., SALOMON, R., & MEGGS, J. (2017). Evaluation of Voice Acoustics as Predictors of Clinical Depression Scores. *Journal of Voice*, 31, 256.e1–256. e6.
- HOUTTE, E., CLAEYS, S., WUYTS, F.L., & VAN LIERDE, K. (2012). Voice Disorders in Teacher: Occupational Risk Factors and Psycho-emotional Factors. *Logopedics, Phoniatics, Vocology*, 37(3), 107–116.
- JAŁOWSKA, M. (2012). *Ocena realizacji postępowania profilaktycznego i diagnostyczno-leczniczego u nauczycieli w ramach programu „Chroń swój głos” na materiale Wielkopolskiego Centrum Medycyny Pracy w latach 2007–2011* [praca doktorska]. Opieka nauk. dr hab. n. med. B. Wiskirska-Woźnica. Poznań: Uniwersytet Medyczny w Poznaniu.
- JUCZYŃSKI, Z. (2009). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- JUCZYŃSKI, Z., & OGIŃSKA-BULIK, N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

- KIESE-HIMMEL, C., & KRUSE, E. (1996). Gibt es eine psychosomatische Dysphonie? *Sprache Stimme Gehör*, 20, 20–25.
- LEE, J.M., ROY, N., & DIETRICH, M. Personality, Psychological Factors, and Behavioral Tendencies in Children With Vocal Nodules: A Systematic Review. *Journal of Voice*, w druku.
- MAREK, K. (2003). *Choroby zawodowe*. Warszawa: Wydaw. Lekarskie PZWL.
- MARQUES DE ROCHA, L., BEHLAU, M., & DIAS DE MATTOS SOUZA, L. (2015). Behavioral Dysphonia and Depression in Elementary School Teachers. *Journal of Voice*, 29(6), 712–771.
- MAZURKIEWICZ, E. (1978). Podstawy wychowania zdrowotnego. W: Z.J. BRZEZIŃSKI, & C. KORCZAK (red.), *Higiena i ochrona zdrowia* (s. 468–481). Warszawa: Wydaw. Lekarskie PZWL.
- MESQUITA DE MADEIROS, A., BARRETO, S.M., & ASSUNÇÃO, A.A. (2008). Voice Disorders (Dysphonia) in Public School Female Teachers Working in Belo Horizonte: Prevalence and Associated Factors. *Journal of Voice*, 22(6), 676–687.
- MORISSON, J. (2016). *DSM-5 bez tajemnic. Podręczny przewodnik klinicystów*. Kraków: Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- NIEBUDEK-BOGUSZ, E., WOŹNICKA, E., KUZAŃSKA, A., & ŚLIWIŃSKA-KOWALSKA, M. (2007). Ocena zaburzeń głosu u nauczycieli za pomocą wskaźnika niepełnosprawności głosowej (Voice Handicap Index – VHI). *Medycyna Pracy*, 58(5), 393–402.
- OBREBOWSKI, A., & SEKUŁA, A. (2008). *Charakterystyka organicznych czynnościowych zaburzeń głosu*. W: A. OBREBOWSKI (red.), *Narząd głosu i jego znaczenie w komunikacji społecznej*. Poznań: Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Medycznego.
- OSTROWSKA, A. (1999). *Styl życia a zdrowie*. Warszawa: Wydaw. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- PRUSZEWICZ, A. (red.). (1992). *Foniatryka kliniczna*. Warszawa: Wydaw. Lekarskie PZWL.
- RADWAŃSKA, M. (2013). Styl życia a kompetencje emisyjne głosu studentek wychowania fizycznego i edukacji wczesnoszkolnej. *Rozprawy Naukowe AWF*, 43, 12–21.
- RATAJCZAK, J., GRZYWACZ, K., WOJDAS, A., RAPIEJKO, P., & JURKIEWICZ, D. (2008). Rola czynników psychologicznych w patogenezie zaburzeń głosu spowodowanych guzkami głosowymi. *Otolaryngologia Polska*, XII(6), 758–763.
- ROY, N., & BLESS, D.M. (2000). Personality Traits and Psychological Factors in Voice Pathology: A foundation for future research. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 43, 749–768.
- RZĘPA, M. (2010). Choroby zawodowe narządu głosu wśród nauczycieli. *Nauczyciel i Szkoła*, 3(48), 141–153.
- SIELSKA-BUDUREK, E., & NIEMCZYK, K. (2015). Postępowanie diagnostyczne w zaburzeniach głosu. *Polski Przegląd Otolaryngologiczny*, 4(2), 12–18.
- SINKIEWICZ, A. (2011). *Kompleksowa ocena skuteczności ćwiczeń emisji głosu w profilaktyce zaburzeń głosu*. Poznań: Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Medycznego.
- SINKIEWICZ, A., JARACZ, M., MACKIEWICZ-NARTOWICZ, H., WISKIRSKA-WOŹNICA, B., WOJNOWSKI, W., BIELECKA, A., KRAŚNY, J., KAMIŃSKA, I., & BORKOWSKA, A. (2013). Affective Temperament in Woman with Functional Aphonia. *Journal of Voice*, 27(1), 129.e11–129.e14.
- SMITH, E., LEMKE, J., TAYLOR, M., KIRCHNER, H., & HOFFMAN, H. (1998). Frequency of voice problems among teachers and other occupations. *Journal of Voice*, 12(4), 480–488.
- SPANTIDEAS, N., DROSOU, E., KARATSI, A., & ASSIMAKOPOULOS, D. (2015). Voice Disorders in the General Greek Population and in Patients With Laryngopharyngeal Reflux. Prevalence and Risk Factors. *Journal of Voice*, 29(3), 389.e27–389.e32.
- ŚLIWIŃSKA-KOWALSKA, M., PYŻAŁSKI, J., NIEBUDEK-BOGUSZ, E., & MERECZ, D. (2004). *Obciążenia psychofizyczne w zawodzie nauczyciela i ich wpływ na zdrowie*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- WISKIRSKA-WOŹNICA, B., & DOMERACKA-KOŁODZIEJ, A. (2015). Dysfonie czynnościowe. Dysfonie zawodowe. W: K. NIEMCZYK, D. JURKIEWICZ, J. SKŁADZIEŃ, C. STANKIEWICZ, & W. SZYFTER (red.), *Otolaryngologia kliniczna*. T. 2 (s. 665–699). Warszawa: Medipage.

CZĘŚĆ DRUGA

Studia z praktyki logopedycznej

Logopedia
Silesiana
8



EWA DZIĘCIOŁ-CHLIBIUK

Wydział Nauk Humanistycznych,

Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach

0000-0001-7034-0631

Realizacja struktury opisu na podstawie wypowiedzi ustnych i pisanych osób z uszkodzonym słuchem

Implementation of the Description Structure Based on Spoken and Written Statements of Hearing Impaired Persons

ABSTRACT: In addition to limiting the perception of sound stimuli, hearing impairment can affect human functioning in various spheres of life: including physical, mental, and social ones; at the same time, it might affect the development of communication and, above all, language skills as well. The results of scientific research briefly presented in the introductory part of this article report on the varying severity of these difficulties. Then, on the basis of the secondary literature, the principles of creating spoken and written texts are discussed. In the following part, the characteristic features of narrative forms of expression are listed, especially description, which is significantly different from the story. Next, the results of our own research on the ability to structure description based on the oral and written statements of 12 students with varying degrees of hearing loss are presented. Based on the collected material, it was noticed that the composition of written texts produced by the people with hearing disabilities are more thoughtful, more complex and more complete, although they also contain stylistic and linguistic errors. A significant number of people also used such sentences which clearly finish and/or summarise their descriptions. Spoken texts are short and concise, which is most noticeable in listing the distinctive elements or parts of a provided illustration, or individual features of one's appearance. There are also fewer texts in which the emotions of travellers are noticed and described. Single sentences and extended single sentences prevail. Moreover, features typical of spoken language are present as well. Finally, there are some difficulties in building a compositionally and logically correct statement.

KEY WORDS: persons with impaired hearing, structure of description, narration

I. Wada słuchu a trudności komunikacyjne

Słuch jest jednym ze zmysłów, dzięki któremu człowiek może odbierać wszelkie, różnorodne bodźce akustyczne z otaczającego go świata. Umożliwia jednostce przede wszystkim rozwój mowy, opanowanie sprawności językowych, komuni-

kacyjnych, a tym samym uczestnictwo w życiu społecznym. Jest zmysłem, który działa stale, bez udziału woli, nawet w czasie snu. Jak donoszą badania audiologiczne słuch stanowi dobrą drogę „wejścia” do ośrodkowego układu nerwowego, wpływając na rozwój inteligencji i myślenia, zwłaszcza abstrakcyjnego. Kształtuje osobowość, wzbogaca życie wewnętrzne człowieka, zapewnia pełniejsze przeżywanie uczuć i zdarzeń (Urban & Skarżyński, 2015, s. 113).

Wada słuchu oprócz ograniczenia możliwości percepcji bodźców dźwiękowych może wpływać na funkcjonowanie człowieka w różnych sferach życia: fizycznej, psychicznej, społecznej oraz na rozwój sprawności komunikacyjnej, a przede wszystkim językowej. O różnym stopniu nasilenia tych trudności donoszą wyniki badań naukowych. Problemy językowe i komunikacyjne osób niesłyszących i niedosłyszących zależne są od przyczyny, rodzaju, stopnia i czasu pojawienia się ubytku słuchu, a także podjęcia właściwych działań w celu skorygowania nieprawidłowości czy opóźnień w rozwoju mowy, m.in. czasu zaopatrzenia we właściwy aparat słuchowy bądź wszczep implantu ślimakowego, rozpoczęcia terapii logopedycznej itp. (Góralówna, 1994; Krakowiak, 2012, s. 93–94; Kurkowski, 1996, s. 27–28). Stopień ubytku słuchu wyznacza zakres możliwości słuchowych dziecka, które nie umniejszają jego wrodzonych zdolności językowych, ale wpływają na opanowanie i rozwój języka przez zablokowanie dostępu do kodowania znaczeń (Krakowiak, 2015a, s. 230).

II. Wada słuchu a sprawność językowa

Jak pokazują badania (Emiluta-Rozya, 1994; Kołodziejczyk, 2015; Korendo, 2007; Krakowiak, 2012, s. 128–132, 146–148; Uziębło, 2007) osoby niedosłyszące mają trudności na płaszczyźnie składniowej, leksykalnej, semantycznej, fleksyjnej języka oraz artykulacyjnej¹. Posiadają znacznie uboższy zasób słownictwa w porównaniu do rówieśników słyszących. Poznają znaczenia wyrazów nie „w procesie ustawicznego komunikowania się z otoczeniem, lecz w dużej mierze w warunkach nauczania specjalnego, w toku zaprogramowanego procesu dydaktycznego” (Muzyka-Furtak, 2011, s. 40). Wykazują także trudności w różnicowaniu poszczególnych części mowy. Dzieci niedosłyszące stopniowo opanowują cechy morfologiczne przypisane odpowiednim częściom mowy, ale jest to proces

¹ W sferze zaburzeń artykulacji występują deformacje, paralalie i mogilalie, szczególnie szeregu głosek detalizowanych (dziąsłowych, zębowych, prepalatalnych), a także ujawnia się tendencja do ubezdźwięczniania. Występują także zaburzenia w zakresie oddychania i prawidłowej fonacji. Dlatego też program wychowania słuchowego powinien zawierać propozycje ćwiczeń odnoszących się do różnych aspektów rozwoju właściwej i pełnej komunikacji językowej (Emiluta-Rozya, 1994; Kurkowski, 1996, s. 123–164; Trochymiuk, 2008, s. 16–23, 145–155, 208–225).

powolny. Poza tym przejawiają problemy w opanowaniu i zrozumieniu słownictwa literackiego, specjalistycznego, archaicznego i abstrakcyjnego². Z badań nad metaforycznymi znaczeniami (Dzięcioł, 2011a; 2011b; 2013) wynika, że osoby niedosłyszające mają ogromne trudności zarówno w rozumieniu, jak również w stosowaniu wyrażen metaforycznych, które zakorzenione są w systemie pojęć.

Trudności z leksyką i gramatyką sprawiają, że wypowiedzi osób niedosłyszających są nieprecyzyjne, ubogie pod względem treściowym, a nawet często nielogiczne. W tekstach pisanych również ujawnia się wiele błędów składniowych, stylistycznych, które przekładają się na nieporadność językową, zakłócając tym samym właściwy odbiór wypowiedzi (Rakowska, 1992, s. 257–258).

Zaznaczyć należy, że osoby z wadą słuchu stanowią bardzo zróżnicowaną wewnątrznie grupę nie tylko pod względem sposobu porozumiewania się (mowa, mowa i język migowy lub tylko język migowy, dodatkowo czytanie z ruchu warg), ale też opanowania sprawności językowych. Okazuje się, jak pokazują wieloletnie doświadczenia w pracy z osobami niedosłyszającymi m.in. Kazimierzy Krakowiak, że stopień ubytku słuchu nie zawsze przesądza o poziomie kompetencji językowej.

III. Tekst mówiony a pisany

Język mówiony i pisany należą do odmian języka ogólnego (Labocha, 2012; Wilkoń, 2000, s. 35). Zwrot językoznawców w kierunku zainteresowania tekstem mówionym, a nie tylko pisany, przypada na lata siedemdziesiąte XX wieku. Było to związane z intensywnym rozwojem prac badawczych z kręgu fonetyki i dialektologii. Autorzy prac (m.in. Grzegorzczkowska, 1990; 2004; Łuczyński, 1992; Ożóg, 1991; Pisarkowa, 1978; Wilkoń, 2000) zwracają uwagę na zasadnicze różnice między tekstem mówionym i pisany, które dotyczą nie tylko warstwy językowej, ale też komunikacyjnej (cel przekazu, funkcja, społeczna sytuacja użycia).

Jan Łuczyński (1992, s. 43–44) podkreśla, że obie formy wypowiedzi można rozpatrywać nie tylko jako kategorię zjawisk językowych, ale też jako środki porozumiewania się, które wymagają uwzględnienia społecznych reguł użycia. Oba rodzaje tekstów powstają w odmiennych warunkach i kontekstach sytuacyjnych. Według Krystyny Pisarkowej (1978) „rolę kontekstu zdania mówionego pełni akt mowy i sytuacja, w której się akt toczy. Wobec tego tła każde zdanie języka mówionego jest niesamodzielne. Dotyczy to oczywiście płaszczy-

² Początkowo nagminnie łączą przyrostki i końcówki fleksyjne przypisane danej części mowy z innymi (Muzyka-Furtak, 2011, s. 41).

znych *parole*. Wytopienie z *parole* wyabstrahowanego systemu *langue* mówionej wymaga więc uwzględnienia ogółu wyobraźalnych sytuacji i aktów mowy” (s. 16). Język mówiony zakłada bezpośredni kontakt nadawcy i odbiorcy, daje możliwość przewidywania reakcji interlokutora, uzupełnienia treści komunikatu licznymi środkami pozajęzykowymi, np. elementami suprasegmentalnymi oraz takimi, które mogą być tłem dźwiękowym mowy, np. płacz, śmiech, ziewanie (elementy parajęzykowe), przestrzenność i czas (kod proksymiczny), gestykulacja i mimika (kod kinezyiczny) (Wilkoń, 2000, s. 38–39). Autor tekstu pisanego, który tworzy skończoną, zamkniętą całość, jest ograniczony w zasobie znaków graficznych oddających środki pozawerbalne. Tekst pisany nie wymaga kontaktu bezpośredniego, może być kierowany do odległego, często nieznanego odbiorcy, w związku z czym wszelkie informacje w nim zawarte powinny być zapisane w sposób precyzyjny, zgodnie z normą stylistyczno-językową. Wilkoń (2000) zauważa, że język pisany „jest bardziej diachroniczny w sferze form gramatycznych i niektórych kręgów leksykalnych, wykazuje jednak w niektórych odmianach stylowych większy od języka mówionego dynamizm i otwartość w obrębie składni i słownictwa, a zarazem większy repertuar oraz funkcjonalne zróżnicowanie tych warstw językowych” (s. 42).

Wypowiedzi mówione wykorzystują te same reguły stylistyczno-składniowe, które służą tworzeniu wypowiedzi pisanych, ale struktura tekstu mówionego jest bardziej swobodna w porównaniu z rygorystyczną i złożoną strukturą tekstu pisanego. Podstawową cechą składni wypowiedzi mówionej jest eliptyczność, wiele jej elementów pozostaje niedopowiedzianych z powodu chęci szybkiego i sprawnego przekazu komunikatu. Te puste miejsca mogą być wypełnione na podstawie kontekstu; w przypadku komunikacji pośredniej zazwyczaj jest to niemożliwe (Awramiuk, 2001, s. 63). Nadawca w trakcie mówienia może zmieniać konstrukcję zdania, modyfikować ją, powtarzać, nie dokończyć i zacząć budować nowe wypowiedzenie (zdania urwane, zdania sklejone) lub wpleść w tok składniowy wtrącenia. „Mówiący buduje zdanie stopniowo i nie jest pewien jego ostatecznej struktury. Stąd często podczas mówienia zdarzają się zmiany struktury składniowej, gdyż nadawca zapomina o początku swej wypowiedzi” (Awramiuk, 2001, s. 66). Często występują tzw. potoki składniowe (ciągi luźno powiązanych wyrazów, wyrażań, wypowiedzi). Mówiący używa także operatorów kontaktu (różnorodnych wyrażań fatycznych, typu: *rozumie pan/pani; wiesz; widzisz?; prawda?; no nie?; i co ty na to?; proszę sobie wyobrazić; słuchaj!*), które w tekstach pisanych pojawiają się bardzo rzadko. Ze względu na spontaniczność, nieprzewidywalność, doraźność komunikacji ustnej występują w niej wyrażenia syntaktyczne swobodnie ze sobą powiązane, dlatego mogą pojawić się nagle zmiany tematu, przejęzyczenia, pomyłki, zbędne powtórzenia wyrazowe i myślowe, modyfikacje form leksykalnych czy gramatycznych (Awramiuk, 2001; Prizel-Kania, 2011, s. 373). „Myśl biegnie bowiem szybciej niż słowo, częściej myślimy o czymś innym, a o czym innym mówimy, zaczynamy pewne zdanie wypowiadać, nie

kończymy go, zmieniamy intencję wypowiedzi, dookreślamy, dopowiadamy nowe kwestie, stwierdzamy pomyłkę, nieprecyzyjność wypowiedzenia itd.” (Ozóg, 1993, s. 95).

W wypowiedziach mówionych i pisanych obserwuje się różne ilościowe wykorzystanie środków składniowych. Pewne typy konstrukcji w polszczyźnie mówionej występują rzadziej, np. konstrukcje imiesłowowe, rozbudowane zdania pojedyncze, zdania złożone podrzędnie, niewiele jest też wskaźników zespolenia i nawiązania. W tekstach mówionych z kolei częstsza jest parataksa (nierzadko bez wskazania wyraźnych powiązań semantycznych między opisywanymi zdarzeniami), użycie rozbudowanych zdań wielokrotnie złożonych, duży repertuar leksykalny wskaźników zespolenia i nawiązania (Grzegorzczkowska, 2004, s. 144; Wilkoń, 2000, s. 45–46)³.

Pewne typy struktur składniowych są szczególnie charakterystyczne dla wypowiedzi mówionych. Wiąże się to ściśle z faktem, że teksty mówione zależą ściśle od sytuacji aktu mowy, czego skutkiem są następujące właściwości:

- uzależnienie od kontekstu i sytuacji – wypowiedzi mówione mimo skrótowości i ogólnikowości (nasylenie zaimkami) mogą być w pełni zrozumiałe;
- charakter dialogiczny – ludzie mówią, żeby pytać, proponować, zalecać, informować i oczekiwać reakcji; stąd wśród środków językowych służących dialogowi można wyróżnić cały szereg typów: wykładniki nawiązania rozmowy, podtrzymania i kończenia dialogu; wykładniki replik (odpowiedzi na wcześniejszą wypowiedź), np. zgody, odmowy, potwierdzenia itp.;
- nacechowanie ekspresywnością (silne zabarwienie emocjonalnością i postawą aksjologiczną nadawcy) widoczne jest w używaniu wypowiedzeń wykrzyknieniowych, wypowiedzeń o modalności ekspresywnej, a także w nadużywaniu zaimków;
- wynikająca z sytuacyjności skrótowość – wypowiedzenia te są zrozumiałe w określonej sytuacji, a ich skrótowość może wynikać z potrzeby szybkiego przekazu komunikatu (Grzegorzczkowska, 2004, s. 144–145).

Badacze języka zauważają, że oba typy tekstów wymagają od nadawcy opanowania pewnych umiejętności/sprawności językowych. Język mówiony, uważany za genetycznie i komunikacyjnie prymarny w stosunku do języka pisanego (Labocha, 2012, s. 69), umożliwia jednostce interakcje i uczestnictwo w różnych grupach społecznych. Pisanie zaś, według Wilkonia (2000), „wymaga nie tylko wprawy, ale szczególnych predyspozycji oraz umiejętności rozwijania i komponowania wypowiedzi” (s. 39). Według badacza mówienie i pisanie są odmiennymi procesami, ich wytwory też są zróżnicowane.

³ Szczegółowe, tabelaryczne zestawienie porównawcze języka mówionego i pisanego por. Wilkoń, 2000, s. 44–47.

IV. Narracja – charakterystyka terminologiczna

Termin „narracja” w obecnych czasach stał się bardzo popularny – XXI wiek zafascynował się narracją⁴. Funkcjonuje ona w wielu dziedzinach nauki: w psychologii, historii, filozofii, językoznawstwie, socjologii, kulturoznawstwie, literaturoznawstwie, a także w logopedii. Narracja stała się interdyscyplinarna (Burzyńska, 2004). Człowiek żyje w świecie wypełnionym formami narracyjnymi. Każdy z nas jest narratorem, myślimy narracyjnie, nasze sny są narracyjne, piszemy i układamy swoje życie według narracji (Bruner, 1990).

Narracja postrzegana jest jako struktura określonego typu tekstów, określonego typu wypowiedzi, które są opowieściami o zdarzeniach uporządkowanych w pewnym ciągu czasowym (*Narracja*, 1988, s. 303)⁵. Tekst narracyjny jest semantyczną, pragmatyczną jednostką języka, realizowaną w wypowiedziach dyskursu (Bokus, Więcko, & Zamecka, 1992). Inny sposób rozumienia narracji to postrzeganie jej przez pryzmat nie tekstu, ale tożsamości jednostki, której ma ona być niezbywalnym czy wręcz konstytutywnym składnikiem (Okupnik, 2012, s. 102). Tekst narracyjny (ustny i pisany) jest zawsze składnikiem procesu komunikacyjnego lub interakcyjnego, tzn. że nadawca przekazuje go z określoną intencją odbiorcy mającemu określone oczekiwania w danej sytuacji komunikacyjnej (dotyczy to zarówno tekstów narracyjnych w potocznej komunikacji, jak i literackich) (Gulich, 1984, s. 251). W literaturoznawstwie zostały wyznaczone reguły, za pomocą których klasyfikuje się teksty/utwory literackie – rodzaje literackie (reguły związane z budową dzieła literackiego, które pozwalają na odróżnienie go od innych dzieł literackich: liryka, epika, dramat).

Chris Barker (2005) uważa, że teksty kultury przyjmują postać form narracyjnych, posiadających opisowy, uporządkowany ciąg pewnych zdarzeń. Zgodnie z założeniem badacza narracje „to opowieści skonstruowane, które stanowią próbę wyjaśnienia sposobów funkcjonowania świata. Dostarczają nam struktur rozumienia i reguł odniesienia dotyczących konstrukcji świata społecznego, udzielając tym samym odpowiedzi na pytanie, jak mamy żyć” (s. 32). Narracje są wynikiem pewnych procesów kognitywnych, podczas których następuje uporządkowanie wiedzy na temat świata zewnętrznego w taki sposób, by zostały wytworzone pewne schematy postępowania w nim (Dziob, 2010, s. 3). Tak rozumiana narracja wpisuje się w teorię psychologiczną wypracowaną przez Jerzego Trzebińskiego (2001, s. 13, 17), która zakłada, że jest ona formą rozumienia i reprezentowania rzeczywistości. Ogólna wiedza człowieka o świecie, w ramach której przypomina

⁴ Z treści referatu prof. Marii Kiejar-Turskiej wygłoszonego podczas Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej w Warszawie w 2017 roku.

⁵ Należy tu podkreślić rozgraniczenie terminologiczne – według prof. Stanisława Grabiasa (2015) dyskursem określamy rozmowę, dialog, natomiast narracja to jest już dłuższa forma wypowiedzi o zamkniętej strukturze.

on sobie, wyobraża, przewiduje przyszłe zdarzenia, również ma formę narracji. Trzebiński podkreśla, że osoby, które potrafią tworzyć spójne narracje o sobie samych, w większym stopniu odnoszą powodzenie w życiu, niż te, które takiej zdolności nie posiadają (s. 22).

Według Barbary Bokus (1991, s. 16–17) narracja to opowiadanie serii zdarzeń, które miały miejsce w przeszłości lub które przedstawione są tak, jakby w przeszłości faktycznie się wydarzyły. Autorka ujmuje narrację w perspektywie poznawczej oraz buduje metodologię jej analizy i opisu w kategoriach dyskursu (od strony pragmatycznej). Zdaniem Bokus narracja ma swoją strukturę (początek, środek, zakończenie). Te elementy odpowiadają trzem makrokategoriom w tzw. makrostrukturze narracji. By narracja była zrealizowana, powinny zostać wypełnione przynajmniej trzy elementy obligatoryjne: orientacja, komplikacja, rozwiązanie. Natomiast dwie kategorie: ocena i morał są fakultatywne.

Według badań psychologicznych narracja kształtuje/rozwija się jak inne formy rozumienia (nie od razu posiadamy w pełni rozwiniętą zdolność narracyjnej reprezentacji, nie jesteśmy w stanie budować pełnej narracyjnej struktury). Za pomocą narracji człowiek organizuje swoją wiedzę uzyskaną w wyniku doświadczeń (wiedza doświadczeniowa), a myślenie narracyjne wiąże się z pamięcią i operacyjną wiedzą jednostki (Trzebiński, 2001, s. 17–42).

Tomasz Woźniak (2005, s. 77, 101) rozumie narrację jako procedurę interpretowania świata przy pomocy języka. Struktury narracyjne funkcjonujące w umysłach są aktami umysłowymi. Narracji trzeba się nauczyć, dysponując przy tym odpowiednimi sprawnościami umysłowymi, ponieważ posiada ona strukturę zamkniętą o hierarchicznym układzie komponentów. Ten układ wyrażony jest w dwóch formach narracji: opisie i opowiadaniu (Grabias, Kurkowski, & Woźniak, 2002, s. 10). Dzieci uczą się narracji poprzez słuchanie opowiadań. Zatem teksty monologowe (opowiadanie, opis) pojawiają się w dziecięcych wypowiedziach po opanowaniu odpowiedniego zasobu systemu językowego i dopiero w nauczaniu szkolnym zyskują rangę wypowiedzi podstawowych (Grabias, 2015, s. 24). Ich realizacja budzi na początku trudności, spowodowane głównie bezradnością w zmaganiu się z językową organizacją czasu i przestrzeni („tu” i „tam”) i ramy czasowej („teraz–potem–przedtem”), co powoduje, że tekst staje się opowiadaniem.

Opis i opowiadanie są podstawowymi formami monologowymi. Przeciwwstawiają się im formy dialogowe, które są łatwiejsze do opanowania przez dzieci, gdyż nie wymagają planowania całego tekstu. Kolejne sekwencje dialogu wynikają na zasadzie przyczynowo-skutkowej z poprzednich. Młody człowiek uczy się tej formy wypowiedzi w środowisku rodzinnym.

Monolog to ciągła wypowiedź jednej osoby (jednego podmiotu) będąca całością formalnie i znaczeniowo autonomiczną, która wymaga umiejętności zaplanowania całego tekstu ze znajomością jego struktury (pojawia się dopiero po opanowaniu systemu językowego). Według Stanisława Grabiasa (2002) to liczba rozmów-

ców decyduje o monologicznej lub dialogowej (przynajmniej dwóch rozmówców) formie wypowiedzi, różnice w ich budowie też są zasadnicze – „dialog potoczny »nakreśla się« sam: każda jego następna sekwencja wynika na zasadzie przyczynno-skutkowej z sekwencji ją poprzedzających. Rodzą się one dopiero w trakcie interakcji, a ich przebieg jest nieprzewidywalny. Zaś autor wypowiedzi monologicznej musi planować pełny tekst. Ma w świadomości jego strukturę i poszczególne jej elementy wypełnia tworzywem językowym. Zabieg taki wymaga oczywiście znacznie większej sprawności językowej niż uczestnictwo w dialogu” (s. 286–287).

Narracja, zdaniem Grabiasa (2015), jest najtrudniejszą formą ludzkiej aktywności językowej, świadczy o możliwościach umysłowych człowieka. Posiada zamkniętą strukturę oraz niezwykle rozbudowaną wewnątrznie kompozycję. Odtworzenie wszystkich komponentów budowy wypowiedzi narracyjnej i przedstawienie ich zgodnie z porządkiem czasowym, przyczynowym i przestrzennym „zaświadcza o pełni umysłowych możliwości człowieka” (s. 22). Jak pokazują badania nad mową osób z różnymi zaburzeniami (np. w chorobie Alzheimera, schizofrenii, afazji), ich sprawność narracyjna jest utracona lub ograniczona w części lub ulega całkowitej dezintegracji. Doświadczenia logopedyczne wskazują, że rozwój sprawności narracyjnej w normie przebiega według określonych schematów, których opanowanie nie zawsze jest możliwe. Z tego powodu sprawność narracyjna często „staje się niedostępna osobom niesłyszącym, dzieciom z autyzmem, osobom obciążonym upośledzeniem umysłowym” (s. 24).

Dla celów diagnostycznych, w ocenie sprawności narracyjnych należy odróżnić opowiadanie (umiejętność porządkowania zdarzeń w następstwie czasowym) od opisu (umiejętność ujmowania zjawisk w relacjach przestrzennych). Początki refleksji nad opisem sięgają czasów antyku. W retoryce greckiej i rzymskiej opis traktowany był najczęściej nie jako autonomiczny składnik dyskursu, ale jako element, w którym koncentrować się mają różne funkcje mowy: wyjaśnianie, rozwijanie, zdobienie, poruszanie uczuć, ilustrowanie, imitowanie (Witosz, 1997, s. 16). Obecnie można wyodrębnić dwa nurty refleksji nad opisem:

1. teoretycznoliteracki, który traktuje opis jako kategorię dzieła literackiego (w epice – podstawowy oprócz opowiadania składnik narracji; w liryce – jeden z komponentów monologu lirycznego);
2. rozpatrujący opis jako gatunek tekstu (wypowiedzi), który występuje samodzielnie lub stanowi strukturalną część innego gatunku (tak jest najczęściej) i jest realizowany w fikcjonalnych i niefikcjonalnych interakcjach językowych.

Według podejścia ze strony poetyki i teorii literatury opis jest drugą podstawową formą narracji, która różni się od opowiadania sposobem ujęcia przedmiotu wypowiedzi, stanowi sekwencję motywów statycznych wyznaczających przede wszystkim stan rzeczy, który jest pozbawiony aspektu czasowego na rzecz uwydatniania stosunków przestrzennych (Miodońska-Brookes, Kulawik, & Tatar, 1978, s. 133). Philippe Hamon (1983) w swoim artykule definiuje opis jako jednostkę wkomponowaną w dzieło literackie, która powoduje pojawienie

się w opowiadaniu motywów uprawdopodobniających i tworzących tematykę pustą. Dzięki następuje uporządkowanie opowiadania (zapowiedź dalszego ciągu, redundancja treści, metonimiczne odbicie psychologii lub przeznaczenia postaci). Narrator zatem musi nadać mu jakąś rolę w opowiadaniu, aby nie stanowił tylko wypełnienia pustych miejsc.

Klasyfikacja różnych typów opisu opiera się na trzech kryteriach: przedmiot opisu (opisy osób, np. psychologiczny, tła zdarzeń, sytuacji), środki językowe, jakimi opis się posługuje, oraz podmiot, który dokonuje opisu. Opis w tekście literackim może pełnić różne funkcje, np. estetyczną (podkreślać niecodziennosc przedmiotów i miejsc, zadziwiać odbiorcę, wywoływać u czytelnika zmysłowe wyobrażenie obiektu: krajobrazu, wnętrza, rzeczy). Z drugiej strony może pełnić funkcję poznawczą, tzn. „wykazywać zdolność do organizowania wiedzy o świecie”. Oprócz tego – funkcję dydaktyczną (kiedy ma przedstawiać określone tezy dydaktyczne, wskazując to, co w świecie przedstawionym pożyteczne, słuszne, ale również naganne i szkodliwe); liryczną, strukturalną (regulacja tempa narracji, zwolnienie jej lub przyspieszenie, stopniowanie napięcia, wprowadzanie do wypowiedzi segmentów wyjaśniających, zapowiadających lub podsumowujących sekwencje akcji) (Witosz, 1997, s. 32).

Opis „służy przedstawieniu stanu i wyglądu postaci, przedmiotów i scenerii wydarzeń relacjonowanych w narracji” (Kulawik, 1997, s. 330). Kształtuje, charakteryzuje przestrzeń świata przedstawionego, narrator nakreśla miejsce, w którym mają się rozegrać kolejne wydarzenia. Ta forma wypowiedzi wymaga stosowania czasowników oznaczających stany oraz charakteryzuje się dużą frekwencją przymiotników. Według Józefy Rytlowej (1973, s. 123) opis cechuje przestrzenny, statyczny układ elementów danej treści, polegający na wyszczególnieniu charakterystycznych cech opisywanego przedmiotu, współistniejących w pewnym określonym czasie i w określonej przestrzeni. Natomiast Ryszard Więckowski (1973, s. 151) podaje, że opis polega na określeniu cech stanowiących szczególne właściwości danych przedmiotów i posiada charakter statyczny i przestrzenny.

Powyższe definicje ukazują, że opis jest formą wypowiedzi, która:

- ujmuje istotne właściwości danych przedmiotów – najczęściej są to: barwa, kształt, wielkość, materiał; rzadziej smak, zapach, ciężar, konsystencja i położenie; nie wyczerpujemy wszystkich cech przedmiotu, ale należy uchwycić i zaznaczyć te najbardziej charakterystyczne;
- jest statyczna – przedstawia obraz statycznie i dlatego występują w niej czasowniki (w większości w czasie teraźniejszym) oznaczające stan i niezmiennosc (np.: *jest, nie ma, widać, wygląda, znajduje się, stoi, wisi* itp.);
- jest przestrzenna – wymaga użycia wyrażen określających stosunki przestrzenne (przyimków), np. *pod, nad, nisko, wysoko, obok, powyżej, na pierwszym planie* itp. (Węglińska, 1989, s. 7–10).

Wyróżnić można następujące typy opisów: opis zewnętrzny (np. wyglądu postaci), psychologiczny (charakter, doznania emocjonalne, przekonania), tła

(krajobrazu), zdarzeń fabularnych, sytuacji, zjawiska. Ze względu na charakter opisu wyróżnia się: opis statyczny i dynamiczny (pełen ruchu); opis pojedynczego przedmiotu, opis porównawczy (Nagajowa, 1995, s. 127–129).

Opis znacznie różni się od opowiadania. Stosując tę formę narracji, wymaga się większego skupienia uwagi, intensywniejszego wysiłku myślowego, bogatszego zasobu słownictwa oraz umiejętności gospodarowania przestrzenią (przy czasie, który pozostaje niezmienny – rama: tu i teraz). Ta ostatnia umiejętność według Grabiasa jest znacznie trudniejsza do opanowania w rozwoju mowy niż budowanie następstw czasowych w opowiadaniu. Opis narzuca większe rygory umysłowe, bo wymaga wnikliwego przedstawienia nie tylko tego, co widać na obrazku, ale przede wszystkim tego, co się dzieje; czyli wymaga wyodrębniania przedmiotów, czynności, sytuacji poprzez dokonanie rzetelnej analizy. Tym samym „wpływa na rozwój pojęć, rozwija podstawowe procesy myślowe – porównywanie, analizę i syntezę, wnioskowanie i uogólnianie oraz rozwija wyobraźnię przez komponowanie brakujących fragmentów, uzupełnianie treści na zasadzie związków przyczynowo-skutkowych” (Płóciennik, 2011, s. 184). Dlatego umiejętność opisywania ilustracji kształtuje się na poziomie myślenia abstrakcyjnego, czyli po 10. roku życia, znacznie później niż opowiadania. Do najtrudniejszych czynności opisu zalicza się umiejętność językowego przechodzenia z jednej przestrzeni do innych.

Według Grabiasa (2015, s. 23) narracyjna sprawność opisu zasadza się na strukturze:

1. generalizacji zdarzeń – użycie formuł rozpoczynających opis i zaprezentowanie treści opisywanych zdarzeń (np. *obrazek przedstawia, na tym obrazku widać, widzę tutaj*);
2. przestrzenności – treść opisu jest ustrukturyzowana hierarchicznie w plany zdarzeń (patrzac na obraz, narrator ustala strukturę planu);
3. prezentatywności zdarzeń – zdarzenia dzieją się w określonych planach przestrzeni i są ujmowane zgodnie z doświadczeniem mówiącego (opis zdarzeń w przestrzeni);
4. atemporalności – nacechowana jest przestrzeń (opis jest statyczny).

Odwołując się do powyższych rozważań, zasadne wydaje się założenie, że poprzez analizę form narracyjnych (opisu i opowiadania) można poznać sposób postrzegania rzeczywistości badanej osoby. Zgodnie z założeniami językoznawstwa kognitywnego oraz socjolingwistyki przez analizę tekstów narracyjnych, poprzez ocenę elementów struktury języka i środków językowych dostrzega się różnice, oryginalność normatywną/nienormatywną w odbiorze świata i jego segmentacji. Formy narracyjne są tekstami, które umożliwiają ocenę wszystkich podsystemów języka, kompetencji i sprawności językowych, komunikacyjnych, a także indywidualnych sposobów konceptualizacji wiedzy o świecie (Grabias, 2012, s. 64). Według Elżbiety Płóciennik (2011) obraz/ilustracja „ukierunkowuje myślenie, jest opowieścią. Aby zrozumieć ilustrację, trzeba zobaczyć wiele rzeczy, których nie ma – ilustracja jest jakby fragmentem życia (lub powieści fantastycz-

nej) unieruchomionym w jakimś momencie jego trwania; trzeba wyobrazić sobie ruchy, czynności postaci nieruchomych na obrazie, domyślić się, co poprzedziło moment przedstawiony, aby wysnuć wnioski dotyczące tematu, treści i »myśli« obrazu. Zrozumienie jest więc rezultatem spostrzegania, dopełnienia treści przez wyobrażnię, abstrahowania i wnioskowania» (s. 181).

V. Narracja a sprawność językowa

Osoby z uszkodzonym narządem słuchu ze względu na swą dysfunkcję mają ograniczony dostęp (w mniejszym lub w większym stopniu) do języka zarówno mówionego, jak i pisanego (Krakowiak, 2015b, s. 114). Nie przyswajają tych języków w sposób naturalny, ale muszą się ich nauczyć, ponieważ uczestniczą w kulturze osób słyszących. Jak pokazują dotychczasowe badania, dochodzą do języka innymi ścieżkami. Przez to poznają i odbierają rzeczywistość w inny sposób niż osoby słyszące. Nie dostrzegają pewnych subtelnych różnic czy też przenośni. Mają trudności ze swobodnym posługiwaniem się znakami językowymi. To, co jest przez nich bezpośrednio doświadczane, funkcjonuje w ich wiedzy o świecie, a tym samym w języku. Na bazie dobrze poznanych i utartych form wyrazowych tworzą nowe. Mają jednak trudności ze zrozumieniem tego, że forma wyrazu wpływa na zmianę jego znaczenia, a zmiana znaczenia wpływa na zmianę miejsca wyrazu w strukturze języka (Maciejewska, 2011, s. 67).

Osoby z uszkodzonym słuchem mają trudności w zapamiętywaniu, odtwarzaniu wyrazów lub zdań o określonej formie gramatycznej czy też materiału językowego w określonej formie narracyjnej. Opowiadając treść danego tekstu lub udzielając odpowiedzi na zadane na jego temat pytania, uporczywie przytaczają (lub bezpośrednio cytują) całe jego fragmenty, często bez zrozumienia (odtworzą kolejność wyrazów). Poza tym „sztywność i schematyczność funkcjonowania pamięci dzieci niesłyszących powoduje, że przy rozwiązywaniu nowych zadań i problemów nie potrafią przypomnieć sobie posiadanych wiadomości” (Dryżalska, 2007, s. 44). Skoro osoby z niepełnosprawnością słuchu mają ograniczony dostęp do języka ogólnego, to nie zapoznają się w sposób naturalny z rozumieniem i interpretacją świata, jaka jest przyjęta i reprezentowana przez daną grupę/społeczność. Osoby niedosłyszące, z powodu posługiwania się językiem migowym lub/i miganym, wypracowały swoją własną, odrębną kulturę, która poprzez ich ograniczone możliwości komunikacyjne ze światem osób słyszących powoduje, że ich językowy obraz świata jest nieco inny (Maciejewska, 2012, s. 182). Składa się owszem z podobnych elementów, jednak proces dochodzenia do nich jest powolny i żmudny.

Charakterystyka badania

W badaniu wzięła udział niewielka grupa (12 osób) studentów Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach uczęszczających na lektorat języka polskiego dla osób z uszkodzonym słuchem – 4 kobiety i 8 mężczyzn.

TABELA 1. Ogólna charakterystyka grupy badawczej

1. LICZBA OSÓB BADANYCH	12 osób	
2. PŁEĆ OSÓB BADANYCH	4 kobiety	8 mężczyzn
3. WIEK W CZASIE BADANIA		
▪ 21 lat	1	0
▪ 20 lat	1	2
▪ 23 lata	0	1
▪ 22 lata	0	1
▪ 24 lata	2	4
4. RODZAJ USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU		
▪ lekki		1
▪ umiarkowany	2	2
▪ znaczny	0	1
▪ głęboki	2	4
5. CZAS USZKODZENIA SŁUCHU		
▪ prelingwalny	4	6
▪ perilingwalny	0	1
▪ postlingwalny		0
6. RODZAJ SZKOŁY		
▪ szkoła masowa	3	3
▪ szkoła dla osób niesłyszących	1	4
▪ na początku szkoła masowa, potem dla osób niesłyszących (liceum, technikum)		1
7. SPOSÓB APARATOWANIA		
▪ aparat słuchowy	2	6
▪ implant ślimakowy	2	2
	(od 8. roku życia; od 20. roku życia)	(od 15. roku życia; od 4. roku życia)
8. PREFERENCJA SPOSOBU KOMUNIKACJI		
▪ mowa (foniczna)	3	2
▪ język migowy + odczytywanie z ruchu warg	1	6
▪ mowa + język migowy	0	0
9. WYSTĘPOWANIE NIEDOSŁUCHU W RODZINIE		
▪ tylko osoba badana	2	6
▪ osoba badana i rodzice	0	0
▪ osoba badana i rodzeństwo	1	2

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne.

Jedna osoba w ogóle nie posługiwała się językiem migowym, tylko komunikowała się werbalnie (posiadała także implant od 4. roku życia). Pozostali studenci używali języka migowego jako podstawowego środka komunikacji oraz mowy (dodatkowo czytali z ruchu warg). Na podstawie własnych obserwacji podczas zajęć oraz po zapoznaniu się z wypowiedziami werbalnymi i pisemnymi studentów, mogę stwierdzić, że grupa charakteryzowała się bardzo zróżnicowanym poziomem kompetencji językowej. Co ciekawe, nie zawsze sprawność językowa uwarunkowana była lepszą percepcją słuchową.

Przebieg badania – próby badawcze

Próba złożona była z trzech części, podzielonych na dwa etapy (najpierw pozyskanie tekstów pisanych, a potem mówionych):

1. każda osoba otrzymała wydrukowany w kolorze obrazek sytuacyjny z poleceniem: *Opisz, co się dzieje na tym obrazku*;
2. następnie, na podstawie pytań pomocniczych, studenci zostali poproszeni o opisanie sytuacji przedstawionej na obrazku;
3. po przeczytaniu swoich dotychczasowych odpowiedzi osoby ankietowane jeszcze raz zostały poproszone o opisanie obrazka.

Opis jest najtrudniejszą formą narracji, która narzuca odpowiednie rygory umysłowe, a przede wszystkim wymaga umiejętności gospodarowania przestrzenią (Grabias, 2015, s. 23). Na podstawie literatury przedmiotu (m.in.: Cieszyńska, 2001; Korendo, 2007; Muzyka-Furtak, 2011) i własnych doświadczeń dydaktycznych (od lat prowadzę lektorat języka polskiego dla osób z uszkodzonym słuchem i terapię logopedyczną) uznałam, że osoby z wadą słuchu mogą mieć trudności z odtworzeniem struktury tej formy wypowiedzi. Dlatego następną część badania zawierała pytania, które porządkowały wypowiedzi studentów zgodnie z zasadami struktury opisu. Trzecia część została wprowadzona po to, żeby sprawdzić, czy osoby badane, po swoistym treningu językowym, wskazaniu elementów ważnych dla opisu, tworzą pełniejsze teksty. Zestawienie danych pozwoliło ocenić, czy wersje pierwszego i ostatniego tekstu opisu różnią się i na czym polegają te różnice.

Zbieranie wypowiedzi pisemnych prowadzone było w nielicznych grupach (trzy-, czteroosobowych), natomiast tekstów mówionych – indywidualnie (nagrywane na kamerę cyfrową). W przypadku osób posługujących się tylko językiem migowym badanie przeprowadzane było w obecności biegłej tłumaczki języka migowego pani mgr Haliny Grzeszczuk.

Cel badania

Celem badania była próba ocenienia, czy studenci z niepełnosprawnością słuchową potrafią odtworzyć strukturę opisu złożonego z kilku przestrzeni narracyjnych, w jaki sposób określają przestrzeń na obrazku oraz jaki jest ich sposób patrzenia na ilustrację, opowiadania tego, co widzą. A także: jakie różnice i trudności posiadają osoby z wadą słuchu w tworzeniu tekstu narracyjnego – opisu – zarówno w formie mówionej (fonicznej i miganej), jak i pisanej.

Strukturę opisu oceniałam według koncepcji Grabiassa (2015, s. 23), która uwzględnia:

1. generalizację zdarzeń;
2. przestrzenność;
3. prezentatywność zdarzeń;
4. atemporalność.

Wyniki badania⁶

Generalizacja: pięciu respondentów zastosowało właściwą formułę rozpoczynającą opis. Frekwencyjnie najwięcej było wypowiedzi rozpoczynających się zdaniem: *na tym obrazku / na obrazku widzę / dzieje się* (7 osób badanych); jedna wypowiedź rozpoczynała się od formuły: *widzę sytuację w autobusie*. Pozostała część osób badanych rozpoczęła opis od przedstawienia miejsca, w którym rozgrywało się zaprezentowane zdarzenie: *ludzie jeżdżą w autobusie; ludzie jadących do (pracy lub szkoły); w tramwaj na wiosnę, o 9.00*. Jedna osoba, korzystając z elementów ilustracji, ułożyła opowiadanie, wprowadzając do jego struktury krótki opis dotyczący charakterystyki miejsca i czynności, którą wykonuje chłopiec o rudych włosach: *Pewnego dnia dzieci skończyli lekcje i pewien chłopczyk postanowił kupić lody o smaku śmietankowym. Wsiadł do autobusu było za ciasno, ponieważ dużo ludzi wsiadają po pracy i po szkole. Chłopiec w trakcie jazdy autobusem jadł lody, ale nie powinien jeść bo pobrudził Panią i ma plamę. W autobusie lub innych środkach transportu nie można jeść i pić.*

W tekstach mówionych znaczna część wypowiedzi (sześć) rozpoczynała się od generalizacji: *obrazek przedstawia; na tym obrazku widzę*. Jedna osoba nie zachowała właściwych proporcji poszczególnych elementów struktury opisu – tak rozbudowała wstęp, że zajął on 1/3 całej wypowiedzi: *[...] pełno ludzi, od dziadka do dorosłych a nawet do starców. Oni albo wsiadają w autobusie albo w pociągu albo*

⁶ W cytowanych wypowiedziach osób badanych stosuję oryginalny zapis.

w tramwajach. (zabrakło mi słowo) [„środek transportu” – moja odpowiedź] Eeee, widzę, że ludzie som, oni majom różne charaktery. Nie wiem pozytywny, negatywny wpływ na to, aby są po pracy, aby jeżdżą do pracy, aby som po zakupach, abo wybierają się na spotkanie biznesowe, abo różne albo przyjacielskie. Cztery badane osoby rozpoczęły wypowiedź od opisu zdarzeń zaobserwowanych na ilustracji, a dwie od opisu przestrzeni.

Przestrzenność: treść opisu powinna być ustrukturowana hierarchicznie w plany zdarzeń. Na ilustracji można wyróżnić trzy plany: chłopca, który w jednej ręce ma loda, a drugą trzyma się uchwyty, żeby nie przewrócić się. Nie mogąc utrzymać równowagi, brudzi niechcący sukienkę pani, która stoi tyłem obok niego (z lewej strony) i marynarkę pana, który stoi za nim; chłopiec z lodem uderza niechcący plecakiem chłopca, który siedzi na siedzeniu obok niego (z prawej strony), za panią i chłopcem widać innych pasażerów, a pani o blond włosach patrzy na całą sytuację z uśmiechem.

Wszyscy respondenci opisali sytuację z pierwszego planu, ale z różną ilością szczegółów. Drugi plan przedstawiło sześć osób, dwie z nich z zastosowaniem określeń przestrzeni, tzn. umiejscowienia zdarzenia na tle całego obrazka: *dotatkowo chłopiec ma na plecach tornister, którym uderza w twarz chłopca siedzącego na siedzeniu obok; w autobusie jest dość ciasno, przez co siedzący obok chłopca – nieznanany rudy chłopczyk obrywa w twarz jego tornistrem*. Trzy pozostałe osoby badane nie podały właściwej lokalizacji opisywanego zdarzenia, ale uznałam, że zauważyły drugi plan: *chłopiec z plecaka uderzył na drugim chłopca; chłopak pchnął plecakiem w głowę małego chłopczyka; mały chłopiec szatyn pchąc się do mały chłopiec ruda i żółty ubranie na dyni*.

Trzeci plan został opisany przez czterech studentów, ale w ich wypowiedziach nie pojawiły się środki zaznaczające wyraźnie relację przestrzenną: *część pasażerów patrzy sobie przez szyby autobusów, część sobie rozmawia, a część przypatruje się tamtym w pojeździe, pasażerowie są mili i oglądają miasto, widzimy ludzi zmęczonych, poważnych, uśmiechniętych jest mało; starszy mężczyzna jest świadkiem zdarzenia (chodzi o uderzenie tornistrem chłopca z prawej strony)*.

W wypowiedziach mówionych, podobnie jak w pisanych, wszystkie badane osoby opisały sytuację z pierwszego planu. Cztery osoby zastosowały formułę *na pierwszym planie*, która wyraźnie umiejscowiła zdarzenia w przestrzeni ilustracji, osiem osób tego nie zrobiło. Drugi plan przedstawiło sześć osób, dwie z zastosowaniem formuły: *na drugim planie*. Pozostałe badane osoby opisały zdarzenia z różną ilością szczegółów z drugiego planu (znaczna część skupiła się tylko na opisie uderzenia w twarz plecakiem chłopca siedzącego z prawej strony). Trzy osoby dodatkowo opisały także dziewczynkę siedzącą po lewej stronie obrazka. Jedna z badanych osób uznała, że drugim planem są wszystkie osoby siedzące w tylnej części autobusu: *Na drugim planie są to starsi ludzie, którzy yhhmm... jak to powiedzieć, no nie stoją bez ruchu eee... nie pokazują żadnych emocji żadnych tam mhh, ciężko od nich odczytać, czy są zadowolone*

ni, czy nie. To znaczy... *hymm można się domyślać, że po prostu hmmm myślą o swoim życiu... ehhh.*

Trzeci plan został opisany przez dwóch studentów, ale w ich wypowiedziach nie pojawiły się środki zaznaczające wyraźnie relację przestrzenną: *Reszta, reszta pasażerów sobie rozmawia lub cierpliwie czeka na swoją stację. Hmmm po tle można stwierdzić, że autobus podróżuje po mieście.*

Po podaniu instrukcji (pytań pomocniczych) plan przestrzeni został wierniej odtworzony przez pięć osób w wypowiedziach pisanych, a w tekstach mówionych przez cztery, ale i tak nie wszyscy respondenci opisali trzy plany zdarzeń, np.: *Widzę na pierwszym planie pani z torby, chłopiec z łodą zabrudzi i lody na marynarkę. Też chłopiec z łodą zabrudzi na pana z tyłu. [...] Mała dziewczynka spokojna siedzi. Chłopiec uderzył plecak na drugim chłopca. Reszta nie zauważyli lub zauważyli, niektóre patrzą przez okna.*

Bardzo często w wypowiedziach studentów (zarówno pisanych jak i mówionych) można zauważyć, że rozpatrują oni przestrzeń na podstawie tego, co w pierwszej kolejności zauważą po spojrzeniu na ilustrację (co jako pierwsze przykuje ich wzrok). Na podstawie zebranego materiału w 100% był to mały chłopiec z lodem, potem pani w fioletowej sukni i pan w garniturze lub chłopiec z prawej strony, który został uderzony w twarz plecakiem, np.: *widzę w pierwszej kolejności jest mały chłopiec na pierwszym planie. Na drugim planie jest Pani która ma brudną kurtkę plamę lodę; na pierwszym planie widzę chłopca, który patrzy lody i nnych pasażerów. Na drugim planie widzę kobietę w fioletowej sukni, która przygląda chłopca; na początek 2 osoby, a na końcu żółty czy... nie widzę, koniec.* To może wskazywać na duże trudności językowe z przechodzeniem z jednej przestrzeni do kolejnej, które posiadają studenci z niepełnosprawnością słuchową. Jedna osoba nie podjęła się dwóch pozostałych części zadania w formie pisemnej.

Trzecia część próby badawczej spełniła założone cele. Studenci zostali poproszeni o ponowne przyjrzenie się obrazkowi oraz przeczytanie swoich wcześniejszych dwóch wypowiedzi, a następnie o stworzenie kolejnego opisu. Niektóre osoby dziwiły się i uważały, że jest to zupełnie niepotrzebne (strata czasu i energii), ale znaczna część w ogóle nie protestowała, gdyż zauważyła, że wcześniejsze wypowiedzi były niewłaściwe i ubogie treściowo, a tu pojawia się szansa, żeby lepiej i korzystniej wypaść. Poza tym uzasadnieniem takiego działania w tej próbie badawczej były wyniki badań przeprowadzonych przez zespół pod kierunkiem Marii Kielar-Turkiewicz (2018), które wykazały związek między zwerbalizowaną, jawną wiedzą o narracji a umiejętnością tworzenia tekstu narracyjnego (kompetencją narracyjną). „Dzieci dysponujące bogatszą wiedzą o narracji tworzyły opowiadania, w których wyraźnie zaznaczone były zdarzenia układające się w ciąg, z zaznaczonymi powiązaniem przyczynowo-skutkowymi, a także ich opowiadania były dłuższe” (s. 79).

U pięciu osób badanych trzeci opis ilustracji był pełniejszy oraz zawierał więcej i dokładniej przedstawionych planów zdarzeń (można przypuszczać, że studenci dokładniej przyjrzeni się ilustracji i „przetrenowali” sobie umiejętność plano-

wania i tworzenia tej formy wypowiedzi). Studenci, którzy opisywali wcześniej jeden plan, teraz przedstawili dwa, a ci, którzy poprzednio zauważyli dwa plany, w trzeciej części próby badawczej zaprezentowali już trzy. Wśród tych opisów znacznie więcej było podawanych szczegółów oraz zwiększyła się ilość opisywanych osób z ilustracji. Student, który w pierwszej części zadania napisał opowiadanie, w tej próbie zastosował już strukturę opisu (choć niepełną): *na podstawie obrazka widzimy dużo ludzi wsiadających autobusu. Znajdują osoby starsze, młodsze i dzieci. Chłopczyk ma zielonej spodnij ma przy sobie lody o smaku śmietankowym. Podczas jazdy autobusem chłopiec w trakcie jedzenia pobrudził panią w kolorze fioletowym. Również starszego pana w garniturze brązowym za plecami. A chłopczyk prawdopodobnie nie przeprosił, tylko się ze sobą bawi, bo to dzieciach. Pozostałe osoby nie zwrócili uwagę.* Jedna osoba nie opisała ponownie (w całości) obrazka, tylko dodała to, co według niej brakowało w jej wcześniejszych opisach (w poprzednich opisała starszą panią i chłopca, który pobrudził ją lodem, a inni pasażerowie sobie siedzieli lub stali): *To dziecko ze smutkiem obróci i uderzy swój plecak do drugiego dziecka, które zrani twarz jako (?) i za chwilę zdenerwuje go. To dziecko brudzi lodami też dziadka z brązową marynarką.*

W wypowiedziach mówionych również rozkład procentowy przedstawia się podobnie jak w wypowiedziach pisanych (60% odpowiedzi było pełniejszych i z wyraźnym zaznaczeniem dwóch planów przestrzennych).

Prezentatywność zdarzeń: zdarzenia dzieją się w określonych planach przestrzeni i są ujmowane zgodnie z doświadczeniem mówiącego. Wszystkie osoby właściwie opisały tło przedstawionej sytuacji na obrazku, dla dziesięciu był to autobus, a dla dwóch pozostałych tramwaj i metro. Dziewięć osób opisało przestrzeń zdarzenia, np.: *jest dużo ludzi i jest ścisk; dużo ludzie i na siedzący oraz stojący i jest ciasno; miejsce pełne ludzi; społeczność się denerwuje z powodu ciasnoty w autobusie; cała reszta siedząca w autobusie ogląda co się dzieje na ulicy, niektórzy rozmawiają. Ludzie obecni w autobusie gapią siebie nawzajem, stoją, rozmawiają; nie wszystkie ludzi siedzą i reszty zatrzymują i trzymają uchwytym.* Jedna osoba wierniej oddała przestrzeń, zwracając przy opisie uwagę na to, co znajduje się za oknami autobusu: *w oknach przebiega się widok na miasto.* Często w wypowiedziach respondentów (u ośmiu) pojawia się krytyczna ocena zachowania chłopca, np.: *zachowuje się nierozsądnie.* Zdarzają się też wypowiedzi, które odwołują się do pejzażu psychicznego postaci (postaciom z obrazka nadawane są emocje), np.:

- pobrudzona kobieta: *nie wygląda na zachwyconą tym faktem, pani ruda jest zła, jest wkurzona, zdenerwowała się (4);*
- chłopiec z lodem: *radośnie próbuje jeść lody; jest bardzo szczęśliwy i uśmiechał, z dobrym poczuciem humoru;*
- chłopiec w bluzce z dynią: *czuł przerażony tej sytuacji;*
- pozostali pasażerowie: *są zmęczeni, rozdrażnieni, nie wykazują żadnych emocji, ciężko jest wywnioskować czy są szczęśliwi czy nie.*

W wypowiedziach mówionych nie wszystkie osoby opisały tło przedstawionej sytuacji na obrazku (dokonało tego pięciu studentów). Spośród badanych 80% uważało, że miejscem zdarzenia jest autobus/tramwaj, jedna osoba stwierdziła, że może być to pociąg.

Opisy postaci z obrazka

Opis wyglądu chłopca z lodem zawarło w swojej wypowiedzi sześć osób, trzy zaś dokonały pełniejszego, bardziej szczegółowego opisu. Pozostali skupili się na jednej lub dwóch cechach opisywanej postaci (mały, uśmiechnięty). Podobny rozkład ilościowy przedstawia się w wypowiedziach mówionych, ale opisy są u 85% osób znacznie uboższe (skupienie uwagi na wieku chłopca, jego wyglądzie i emocjach, jakie mu towarzyszą): *w kolorowej bluzce jedną ręką próbuje się trzymać uchwyty, a w drugiej trzyma lody, które wyglądają na trochę roztopione, chłopczyk na zielonej spodnij ma lody o smaku śmietankowym; mały chłopiec, mały chłopiec szatyn jasny = chłopca małego, trzymającego loda; mały chłopczyk, który trzyma się również poręczy praktycznie na niej wisząc i jednocześnie jadł loda; chłopiec jest rozdrażniony, rozbawiony, wesoło się bawi.*

Podobny schemat opisu postaci odnosi się także do pozostałych bohaterów z obrazka, zwłaszcza do pobrudzonej lodem starszej pani. Dwie osoby zawarły pełniejszy opis starszej pani: *ale też garsonkę pewnej pani, która nie jest zachwycona tym faktem, ona była zła na chłopca; jest zażenowana sytuacją, może za chwilę skrzyczeć chłopca, panią w kolorze fioletowym.* Znaczna część wypowiedzi pisanych zawierała po jednej cesze: *pani ruda; przygląda poważnie na chłopca; była w pięknym ubraniu; panią w kolorze fioletowym; pani fioletowej sukni; pani fioletową kurtkę = starsza pani nie tylko zła, co zszokowana; kobieta, która się nie zorientowała, że ma brudne ubranie nie jest z tego powodu zadowolona, widać na nim, po jej minie; kobieta w fioletowej sukni przygląda chłopcu.*

Opisy wyglądu pozostałych osób z ilustracji, czyli dwójki dzieci siedzących po obu stronach autobusu (z lewej dziewczynki, z prawej chłopca) oraz starszego pana, są już znacznie uboższe oraz zazwyczaj odnoszą się do przedstawienia jednej, charakterystycznej cechy wyglądu, np.: *widać, że go to boli, bo się skrzywił; siedzi chłopiec o włosie rudy; chłopiec w żółtej bluzie; siedzi mała dziewczynka = po lewej stronie mała dziewczynka siedzi uśmiechnięta w sweteru pomarańczowym; po prawej stronie chłopiec o rudym włosy ubrany na żółto; staruszkowie po lewej stronie spoglądają przez okno, yhhh, a blond dziewczynka spogląda w przód.*

Opis trzeciego planu, pozostałych pasażerów autobusu, zawarły cztery osoby: *kilka osób zauważyli co oni zrobili sytuację, a reszta nie zauważyli i patrzeli przez okna, nie zwracali uwagę; pasażerowie są mili i obserwują otoczenie; starszego pana*

w garniturze brązowym; każdy człowiek znajdujący się w autobusie jest inaczej ubrany, dorośli mają na sobie eleganckie ubiory m.in. sukienki, garnitury, a dzieci ubrane są w wygodne, sportowe oraz kolorowe ubrania = ludzie po prostu korzystają z autobusu, wracając z pracy, ze sklepu, czy od lekarza; wszyscy obserwują miasto. Jest w jakimś dużym mieście. Za chwilę może się wydarzyć, że wszyscy się pośmieją na tego małego, niegrzecznego chłopca.

Dłuższe i bardziej szczegółowe są opisy postaci w tekstach pisanych, w mówionych zauważyć można skrótość, polegającą na wyliczeniu najbardziej charakterystycznej cechy wyglądu danej osoby. Znaczna część opisów zawierała krótką charakterystykę postaci z ilustracji, która koncentrowała się na przedstawieniu najbardziej wyrazistych cech jej wyglądu (najczęściej odnoszących się do wieku), np.: *chłopca małego, który trzyma lodą; mały chłopczyk; chłopiec w kolorowym ubraniu; starsza pani; dorosła starsza pani; pani elegancko ubrana; starszy pan z tyłu; pan w brązowym garniturze*. Znacznie mniej było wypowiedzi zawierających odniesienie do pejzażu psychicznego zilustrowanych bohaterów. Najwięcej było opisów (u 5 osób), które zwracały uwagę na emocje najbardziej wyrazistych postaci obrazka: *chłopca z lodem i starszej pani, np.: chłopczyk jest wesoły, roześmiany; chłopiec jest rozdrażniony, rozbawiony; jest rozbawiony, że ma tego lodą; pani była nie tylko zła, co zszokowana; nie jest z tego powodu zadowolona, widać na nim, po jej minie*. W tekstach mówionych można zauważyć pewną prawidłowość – jeżeli nie uwzględniono opisu wyglądu postaci z pierwszego planu (u ośmiu badanych osób), to wówczas koncentrowano się na przedstawieniu ich przeżyć, emocji.

W wypowiedziach zarówno pisanych, jak i mówionych studentów z uszkodzonym słuchem opisy poszczególnych planów zdarzeń nie są dokładnie przedstawione. W większości tekstów brakuje wyraźnego (językowego) zaznaczenia relacji przestrzennych, opisy wyglądu postaci mają ogólny charakter, który odnosi się do zaprezentowania jednej lub dwóch najbardziej wyrazistych cech, jak: kolor włosów, ubrania, określenie wieku. W niektórych wypowiedziach postaciom przypisywane są emocje: najczęściej pani, która została ubrudzona lodem i chłopcu uderzonemu tornistrem. Można przypuszczać, że związane jest to z umiejętnością postrzegania wzrokowego: to, co jest najwyraźniej przedstawione, widoczne, to przykuwa uwagę i na pewno jest istotne. Żadna z badanych osób nie opisała blondynki z tyłu autobusu, która z uśmiechem spogląda na całą sytuację.

Zakończenie

Na podstawie zgromadzonego materiału można przypuszczać, że teksty pisane osób z niepełnosprawnością słuchową są bardziej przemyślane, kompozycyj-

nie rozbudowane oraz pełniejsze, choć też nie brakuje w nich błędów stylistycznych czy językowych. Dłuższe i bardziej szczegółowe są opisy postaci z obrazka. Znaczna część osób w wypowiedziach pisanych użyła też zdań, które wyraźnie stanowią zakończenie i podsumowanie opisu. W tekstach mówionych zauważyć można skrótowość i ekonomiczność wypowiedzi, polegające na wyliczeniu najbardziej zauważalnych elementów/części ilustracji czy charakterystycznej cechy wyglądu danej osoby. Mniej jest też tekstów, w których dostrzeżone i opisane zostały emocje podróżujących osób. Przeważają zdania pojedyncze i pojedyncze rozbudowane. Pojawiają się ponadto cechy charakterystyczne dla języka mówionego: powtórzenia, wtrącenia, embołofrazje. Zauważyć też można trudności w budowaniu wypowiedzi właściwej pod względem kompozycyjnym i logicznym. W wielu przypadkach powtarzają się informacje, które zostały już wcześniej wypowiedziane, ale ujęte w nieco zmienionej formie językowej. W znacznej liczbie wypowiedzi brak wyraźnego zakończenia opisu, w 75% była to dłuższa pauza, po której pytałam, czy to wszystko, i dopiero pojawiała się odpowiedź: *Tak, koniec / to wszystko*. Każda z osób była skupiona na mówionej treści, a nie na sposobie przekazu uwzględniającym obowiązujące zasady ortofoniczne; potrzebowała też co jakiś czas potwierdzenia z mojej strony, że jest słuchana, a przede wszystkim rozumiana.

Wydaje się, że pełny udział w komunikacji, przekazie kulturowym, zdobywaniu wiedzy jest uwarunkowany opanowaniem języka i reguł posługiwania się nim. Sprawność narracyjna jest jednym z elementów świadczących o poziomie rozwoju językowego (poza sprawnością leksykalną i semantyczną – chociaż je też jesteśmy w stanie ocenić dzięki narracji), a przez to o obrazie rzeczywistości w umyśle ludzkim (Grabias, 2015, s. 22). Dowodem na to są m.in. wyniki prac badawczych Łuczyńskiego (1992, s. 45), z których wynika, że osoby o wyższym poziomie inteligencji operacyjnej lepiej odtwarzają strukturę i treść wypowiedzi, budując przy tym pełniejsze, bardziej spójne i czytelne teksty.

Jak pisze Stefan Szuman: „osoby wyrażające trafnie i umiejętnie treść swoich myśli za pomocą tworzywa językowego kształtują poszczególne zdania i ich powiązania w całości tekstu tak, że myśl nimi wyrażona uzyskuje jasność i precyzję. Osoby, które tego nie potrafią (lub jeszcze nie umieją, np. dzieci), myślą tak właśnie ubogo i skąpo, mętnie i niesprecyzowanie, jak to się wyraża w tym, co mówią” (Szuman, Dzierżanka, 1957, s. 15). Jednak na podstawie uzyskanych zachowań językowych mogę stwierdzić, że osoby z wadą słuchu posiadają potencjał i możliwości umysłu do tworzenia narracji, tylko trzeba to kształcić i rozwijać.

Zatem w kształceniu integracyjnym studentów z uszkodzonym słuchem wprowadzanie ćwiczeń rozwijających sprawność opisu obrazka dynamicznego wydaje się zadaniem koniecznym. Obrazki takie wymagają od obserwatora nie tylko opisu, ale także wyjaśnienia związków przyczynowo-skutkowych, relacji między bohaterami ilustracji lub między zachowaniem bohaterów a wydarzeniami przedstawionymi na obrazku. Wymagają interpretacji, dopowiedzeń ze względu

na częściową nieokreśloność lub niejednoznaczność. Dzięki takim cechom praca z obrazkiem dynamicznym stymuluje wszechstronny rozwój: obrazki te inspirują do wnikliwej obserwacji i poznawania, doskonałą procesy poznawcze i operacje umysłowe poprzez analizę i wyodrębnianie związków przestrzennych, czasowych, celu i obrazu działań, rozwijają mowę (Płóciennik 2011, s. 188).

Dlatego zasadne wydaje się wprowadzenie licznych ćwiczeń rozwijających i doskonalących narracyjną sprawność opisu już na wcześniejszych etapach edukacji osób z niepełnosprawnością słuchową. Należą do nich m.in.: ćwiczenia słownikowo-frazeologiczne, które ukierunkowane są na poszerzanie zasobu leksykalnego w obrębie wyrazów, zwrotów, wyrażen opisujących i oceniających przedmioty, zjawiska, postaci i stosunki przestrzenne; ćwiczenia w dobieraniu i stosowaniu synonimów odnoszących się do czasowników stanowych; ćwiczenia gramatyczno-stylistyczne (zwłaszcza w budowaniu zdania rozwiniętego, bogatego w informacje); ćwiczenia rozwijające umiejętność używania równoważników zdania oraz wykorzystujące różne części mowy zbliżone pod względem semantycznym dla urozmaicenia syntaktycznego wypowiedzi (Nagajowa, 1977, s. 166–167); ćwiczenia leksykalno-semantyczne (w tworzeniu antonimów, synonimów, definicji, eksplikacji oraz parafraz znaczeń wyrazów); ćwiczenia swobodnego przechodzenia z jednego planu przestrzennego do następnego, a także uświadomienie pełnej struktury opisu. Wszelkie te działania pozwolą na kształtowanie umiejętności postrzegania świata przez osoby z uszkodzonym słuchem, rozwijanie kompetencji językowej, zwiększenie także zasobu słownictwa, a to z kolei wpłynie na poprawę jakości komunikacji społecznej.

Bibliografia

- AWRAMIUK, E. (2001). Wpływ składni polszczyzny mówionej w wypowiedziach pisemnych uczniów. W: H. SĘDZIAK (red.), *Polszczyzna Mazowska i Podlasia. Cz. V: Frazeologia i składnia polszczyzny mówionej* (s. 63–71). Łomża: Łomżyńskie Towarzystwo Naukowe im. Wagów.
- BARKER, Ch. (2005). *Studia kulturowe. Teoria i praktyka* (A. SADZA, tłum.). Kraków: Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- BOKUS, B. (1991). *Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i polu narracji*. Kielce: Energeia.
- BOKUS, B., WIĘCKO, K., & ZAMĘCKA, J. (1992). Współtworzenie tekstu narracyjnego przez dzieci w wieku przedszkolnym (o kompetencji komunikacyjnej współnarratora). W: B. BOKUS, & M. HAMAN (red.), *Z badań nad kompetencją komunikacyjną dzieci* (s. 125–147). Warszawa: Energeia.
- BRUNER, J.S. (1990). Życie jako narracja. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 4, 3–17.
- BURZYŃSKA, A. (2004). Kariera narracji. O zwrocie narratystycznym w humanistyce. *Teksty Drugie*, 1–2, 43–64.
- CIESZYŃSKA, J. (2001). *Od słowa przeczytanego do wypowiedzianego. Droga nabywania systemu językowego przez dzieci niesłyszące w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*. Kraków: Wydaw. Naukowe Akademii Pedagogicznej.

- DRYŻAŁOWSKA, G. (2007). *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna. Model kształcenia integracyjnego*. Warszawa: Wydaw. Uniwersytetu Warszawskiego.
- DZIĘCIOŁ, E. (2011a). Metafory potoczne a kompetencja komunikacyjna osób niesłyszących. *Conversatoria Linguistica*, 4(2010), 13–21.
- DZIĘCIOŁ, E. (2011b). Związki frazeologiczne a sprawność językowa osób z uszkodzonym słuchem. W: A. MACIEJEWSKA (red.), *Między znakami – między słowami* (s. 139–152). Siedlce: Wydaw. Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego.
- DZIĘCIOŁ, E. (2013). Kto pyta, nie błądzi – przysłowia a sprawność językowa osób niedosłyszących. W: E. KORIAKOWCEWA, V. MACHNICKA, R. MNICH, & K. WOJTCZUK (red.), *Verba docent*. T. 1 (s. 61–73). Siedlce: Wydaw. Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego.
- DZIOB, A. (2010). Badanie narracji – między psychologią, socjologią a językoznawstwem. *Kwartalnik Językoznawczy*, 2, 2–10.
- EMILUTA-ROZYA, D. (1994). Wymowa dzieci niesłyszących. W: S. GRABIAS (red.), *Głuchota a język* (s. 177–182). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- GÓRALÓWNA, M. (1994). Czynniki decydujące o rozwoju języka słownego w kształtowaniu osób z wadami słuchu. W: S. GRABIAS (red.), *Głuchota a język* (s. 59–62). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- GRABIAS, S. (2002). *Język w zachowaniach społecznych*. Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- GRABIAS, S. (2012). Teoria zaburzeń mowy. Perspektywa badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego. W: S. GRABIAS, & M. KURKOWSKI (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy* (s. 15–71). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- GRABIAS, S. (2015). Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii. W: S. GRABIAS, T. WOŹNIAK, & J. PANASIUK (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 13–35). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- GRABIAS, S., KURKOWSKI, Z.M., & WOŹNIAK, T. (2002). *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*. Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Polskie Towarzystwo Logopedyczne.
- GRZEGORCZYKOWA, R. (1990). Pojęcie językowego obrazu świata. W: J. BARTMIŃSKI (red.), *Językowy obraz świata* (s. 39–46). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- GRZEGORCZYKOWA, R. (2004). *Wykłady z polskiej składni*. Warszawa: PWN.
- GÜLICH, E. (1984). Próba analizy tekstu narracyjnego z perspektywy teorii komunikacji (na przykładzie ustnych i pisanych wypowiedzi narracyjnych). *Pamiętnik Literacki*, 4, 249–289.
- HAMON, P. (1983). Czym jest opis. *Pamiętnik Literacki*, 74(1), 195–220.
- KIELAR-TURSKA, M. (2018). Refleksja nad istotą narracji w kontekście badań z zakresu psychologii rozwoju człowieka. *Horyzonty Wychowania*, 17(42), 71–84.
- KOŁODZIEJCZYK, R. (2015). Trudności gramatyczne u dzieci i młodzieży z uszkodzeniami słuchu. W: E. MUZYKA-FURTAK (red.), *Surdologopedia. Teoria i praktyka* (s. 156–175). Gdańsk: Wydaw. Harmonia Universalis.
- KORENDO, M. (2007). Przykłady tekstów pisanych, czyli jak teoria językoznawcza przystaje do rzeczywistości niesłyszących. W: A. MACIEJEWSKA (red.), *Zaburzenia komunikacji językowej w czytaniu i pisaniu* (s. 87–97). Siedlce: Wydaw. Akademii Podlaskiej.
- KRAKOWIAK, K. (2012). *Dar języka. Podręcznik metodyki wychowania językowego dzieci i młodzieży z uszkodzeniami narządu słuchu*. Lublin: Wydaw. Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- KRAKOWIAK, K. (2015a). Metody wychowania językowego osób niesłyszących. W: E. MUZYKA-FURTAK (red.), *Surdologopedia. Teoria i praktyka* (s. 230–248). Gdańsk: Wydaw. Harmonia.
- KRAKOWIAK, K. (2015b). Typologia zaburzeń mowy osób z uszkodzonym słuchem. W: E. MUZYKA-FURTAK (red.), *Surdologopedia. Teoria i praktyka* (s. 114–134). Gdańsk: Wydaw. Harmonia.
- KULAWIK, A. (1997). *Poetyka: wstęp do teorii dzieła literackiego*. Kraków: Wydaw. Antykwa.

- KURKOWSKI, Z.M. (1996). *Mowa dzieci sześcioletnich z uszkodzonym narządem słuchu*. Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- LABOCHA, J. (2012). Pragmatyczne mechanizmy składni języka mówionego. *Slavia Occidentalis*, 69, 69–145.
- ŁUCZYŃSKI, J. (1992). Mowa pisana jako środek komunikowania się (na przykładzie przekazywania instrukcji przez dzieci. W: B. BOKUS, & M. HAMAN (red.), *Z badań nad kompetencją komunikacyjną dzieci* (s. 41–62). Warszawa: Energeia.
- MACIEJEWSKA, A. (2011). Świat ukryty między słowami – interpretacja treści zagadek przez studentów z uszkodzonym słuchem. W: A. MACIEJEWSKA (red.), *Między znakami – między słowami* (s. 37–70). Siedlce: Wydaw. Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego.
- MACIEJEWSKA, A. (2012). Sprawność redefiniowania w rozwoju mowy i niektórych jej zaburzeniach. W: S. MILEWSKI, & K. KACZOROWSKA-BRAY (red.), *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki* (s. 172–183). Gdańsk: Wydaw. Harmonia.
- MIODOŃSKA-BROOKES, E., KULAWIK, A., & TATARA, M. (1978). *Zarys poetyki*. Warszawa: PWN.
- MUZYKA-FURTAK, E. (2011). *Konstrukcje słowotwórcze w świadomości językowej dzieci niesłyszących*. Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- NAGAJOWA, M. (1977). *Ćwiczenia w mówieniu i pisaniu w klasach V–VIII szkoły podstawowej*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- NAGAJOWA, M. (1995). *ABC metodyki języka polskiego dla początkujących nauczycieli*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Narracja*. (1988). W: GŁOWIŃSKI, M., KOSTKIEWICZOWA, T., OKOPIEŃ-SŁAWIŃSKA, A., & SŁAWIŃSKI, J. (red.), *Słownik Terminów Literackich* (s. 303–304). Wrocław: Ossolineum.
- OKUPNIK, M. (2012). Fenomen pamięci. O trudnościach badań narracji autobiograficznych o utracie. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Sociologica*, 41, 101–121.
- OŻÓG, K. (1991). Elementy metatekstowe ze składnikiem „mówię” w polszczyźnie mówionej. W: J. BARTMIŃSKI, & R. GRZEGORCZYKOWA (red.), *Język a Kultura*. T. 4: *Funkcje języka i wypowiedzi* (s. 183–194). Wrocław.
- OŻÓG, K. (1993). Ustna odmiana języka ogólnego. W: J. Bartmiński (red.), *Współczesny język polski* (s. 87–100). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- PISARKOWA, K. (1978). Zdanie mówione a rola kontekstu. W: T. SKUBALANKA (red.), *Studia nad składnią polszczyzny mówionej* (s. 7–20). Wrocław: Ossolineum.
- PŁÓCIENNIK, E. (2011). Obraz jako czynnik wspomagający rozwój twórczości dziecka. *Chowanna*, 1, 173–196.
- PRIZEL-KANIA, A. (2011). Teksty mówione w rozwijaniu sprawności rozumienia ze słuchu: próba charakterystyki. *Acta Universitatis Lodzianis. Kształcenie Polonistyczne Cudzoziemców*, 18, 371–377.
- RAKOWSKA, A. (1992). *Rozwój systemu gramatycznego u dzieci głuchych*. Kraków: Wydaw. Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- RYTŁOWA, J. (1973). *Ćwiczenia w mówieniu i pisaniu w klasach I–IV szkoły podstawowej: wskazówki metodyczne i przykłady ćwiczeń w zakresie słownictwa, wymowy i różnych form dłuższych wypowiedzi*. Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.
- SZUMAN, S., & DZIERŻANKA, A. (1957). Rozwój umiejętności opisywania i wyjaśniania przez dzieci splotu zdarzeń przedstawionego na obrazku. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Jagiellońskiego*, 1(1), 9–54.
- TROCHYMIUK, A. (2008). *Wymowa dzieci niesłyszących. Analiza audytywna i akustyczna*. Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- TRZEBIŃSKI, J. (2001). Narracyjne konstruowanie rzeczywistości. W: J. TRZEBIŃSKI (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata* (s. 13–42). Gdańsk: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.
- URBAN, I., & SKARŻYŃSKI, P.H. (2015). Zastosowanie nowych technik w diagnostyce, terapii i rehabilitacji osób z wadą słuchu. *Logopedia Silesiana*, 4, 113–139.

- UZIĘBŁO, A. (2007). Trudności w porozumiewaniu się językiem polskim studentów niedosłyszących. W: A. MACIEJEWSKA (red.), *Zaburzenia komunikacji językowej w czytaniu i pisaniu* (s. 107–118). Siedlce: Wydaw. Akademii Podlaskiej.
- WĘGLIŃSKA, M. (1989). *Opowiadanie jako forma wypowiedzi w klasach początkowych*. Kraków: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- WIĘCKOWSKI, R. (1973). *Zarys skutecznej organizacji pracy uczniów w nauczaniu początkowym*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Szkolnych.
- WILKOŃ, A. (2000). *Typologia odmian językowych współczesnej polszczyzny*. Katowice: Wydaw. Uniwersytetu Śląskiego.
- WITOSZ, B. (1997). *Opis w prozie narracyjnej na tle innych odmian deskrypcji. Zagadnienia struktury tekstu*. Katowice: Wydaw. Uniwersytetu Śląskiego.
- WOŹNIAK, T. (2005). *Narracja w schizofrenii*. Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.



OLGA PRZYBYŁA

University of Silesia in Katowice

Chair of Linguistic Didactics and Polish Literature, Speech Therapy Center

0000-0001-8924-3102

Facilitated Communication in Autism A Case Study

ABSTRACT: The article presents the case study of a sixteen-year-old girl with autism, who communicates by means of one of alternative and augmentative communication methods: Facilitated Communication, and the analysis of the results of working with the child. The theoretical part (two sections) presents the essence of interpersonal communication and focuses on the role of word in familiarizing oneself with the world. The paper also discusses relationships between disorders of cognitive functions and the development of communication skills in order to introduce Facilitated Communication as an alternative method of communication used among others by autistic persons.

KEY WORDS: communication, autism, autism spectrum disorders, Facilitated Communication, alternative and augmentative communication

Brain and communication

Owing to the experience of communicative reciprocity, it is becoming possible to cognize the world of other people. Meeting another person is a contribution to realizing that each of us lives in our own separate inner world. This open space requires finding a way to describe it because all kinds of communication acts unite a person with the world. A person usually gets to know and gets acquainted with the world by means of words since his/her cognitive structures are closely associated with the ability to use language. Verbal expression allows one to actively participate in social life and develop one's own mental activity.

Throughout his/her life, a person produces all manner of narratives that show how the world is mediated by him/her and express individual experience. How we put our language to use is, according to John R. Searle (2010), a manifestation of mental capacities that are biologically more fundamental than language itself. Therefore, in order to fully understand how language functions, we have to show how it is ingrained in these abilities. A different functioning of

any of the complex perceptual processes directly translates into the state of cognitive representation since “many language problems are special cases of problems of the mind” (p. 35).

Many a time multifaceted obstacles sustaining between the brain and language stem from erroneous perceptual experience which is a significant part of both, one’s functioning within the scope of verbal communication and mastering the use of language. The course of complex mental processes “depends on many cooperating brain areas” (Kotapka-Minc, 2004, p. 16). The conditions of the structure and function of the brain once they are altered, result in a series of irregularities and stimulate compensation mechanisms (replacing the space devoid of experiences with a different one) which serve as the foundations for recreating the lost system or – as is the case with a little child – building it anew and developing. The brain areas responsible for typical human abilities like the ability to use language, the ability to plan, and awareness of oneself, evolutionally speaking, quite recently, namely about 1.5 million years ago.¹

The goal of this study is to present a method that enables an autistic person to communicate with people around him/her, and furthermore, to present selected stages in building narrative competence (cf. Trzebiński, 2001). A person, when creating narratives, tells him-/herself about the world and “explains” it to him-/herself through language, which directly leads to the conclusion that narrative is the way of understanding the world and a form of participating in it.

However, it is not always possible. Autism belongs to the group of developmental disorders,² whose symptoms are of neurological origin (Minshew & Keller, 2010). Disorders of cognitive and social functions consequent upon changes in the anatomic structures of the brain lead to a deficiency in the ability of persons with autism to communicate interpersonally and are often connected with the mental and social disintegration of an individual.

Structural and functional studies of the brains of persons with autism carried out over the recent dozen or so years (Minshew & Keller, 2010) most of all point to very serious problems in sensory processing that prevent them from functioning properly. As a consequence, it becomes almost impossible for them to establish relationships with others. On the basis of studies on the brain and the brain organization of higher mental functions (including the theory of functional system (Łuria, 1967), whose source was discoveries in physiology and then in neuropsychology), we know that the brain takes part in performing higher nervous functions as a functionally differentiated whole. This means that all irregularities at the level of cognitive development and the frequently co-occurring neurologi-

¹ Cf. among others: DENNET, 1996; Dunbar, 1996; Edelman, 1992; Gazzaniga, 2011; Searle, 2004.

² In DSM IV they are termed *pervasive developmental disorders or autism spectrum disorders* (ASD). American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text revision*. Washington, DC 2000.

cal, emotional and motor disorders require the stimulation and restructuring of the entire complex functional system. The brain functioning is conditioned by genetic factors and adaptation to the environmental factors of the prenatal and perinatal phases, to subsequently include social environment, thereby intensifying the interaction of genes with multimodal external experiences. The complex process of self-organization of the functional system means continually getting to know reality owing to sensations arising as a result of direct effect of stimuli from the external world or from inside the organism upon receptors (nerve endings). Neuronal connections and cortical maps are remodeled by experiences absorbed from external or internal stimuli, their perception, adaptation and integration depending not so much on the stimuli as on responses to them (Przybyła, 2016, pp. 100–101).

This is the essence of developmental anomalies in persons with autism. It stems from the discrepancy between inadequate (because not yet identified) responses coming from the body (especially important in critical periods of childhood) and the social influence. On the basis of many years of research, neurologists and neuropsychiatrists stress that the architecture of the cortex is modelled upon entering into social environment and from the outset dependent on the relation of attachment. The successful self-organization of the brain is defined in the context of relationships with the *Other* and is identical with the interaction theory (Schore, 1996; Spence, Shapiro, & Zaidel, 1996).

This means that it is necessary to seek ways to overcome difficulties in the area of sensory processing for cognitive representation to develop in the mind (cf. Hickok, 2016; Temple, 2016). Seeking to achieve the proper level of sensory modulation and corresponding diversification of stimuli is the principal objective of actions contributive to building mutual communication. Owing to this, a person with autism, frequently having limited capacities of direct verbal activity, will be able to experience relationships with another person and will learn to express communicative intentions via his/her available modalities: words, gestures, facial expressions, pictures, and all manner of auxiliary devices/. For it is important that a child, regardless of his/her functional condition, should have an opportunity to communicate with others. This opportunity is provided, among others, by Facilitated Communication.

The method of Facilitated Communication (FC)³ was developed by Rosemary Crossley in the early 1980s in Melbourne, Australia. Initially, it was used to communicate with non-verbal persons with cerebral palsy; later, successful attempts were made to use it in developing the communication abilities of patients with / profound mental dysfunctions, including persons with autism. In the 1990s, FC was widely promoted by Professor Douglas Biklen of Syracuse University, NY, who, together with Rosemary Crossley, included it in the scope of Alternative and

³ Hereinafter referred to as FC.

Augmentative Communication (AAC), stressing that the method was addressed to persons who require communication assistance,⁴ because they are non-verbal or with highly disordered speech (Łasocha, 2006, p. 7).

In its definitional terms, FC was devised to facilitate expressing communication by supporting the hand, wrist, elbow or arm of the communicator and by providing opposing resistance to help the patient select letters on the letter board, typewriter, and computer with the Word program, or on a small, portable computer (Smith & Belcher, *Facilitated...*).

Those who study the issue of motor disorders in autism term FC as a “strategy” for improving motor functions, enabling a person to point to or touch objects, pictures or letters in order to communicate (Pisula, 1995).

In Poland, in accordance with the terminology proposed by the Association “Speaking without Words” [Stowarzyszenie „Mówić bez słów”], a substitute term has been introduced: “supportive ways of communication” understood as “all means by which persons with aphasia, poorly understanding speech, can express their needs, thoughts, and emotions” (Łasocha, 2006, p. 12). Facilitated Communication is one such measure, owing to which persons with aphasia can communicate with the environment. FC can be an addition, supplement or reinforcement of speech and can guarantee a supplementary way of communication.⁵ It is an alternative (often the only) form of communication with the environment available to persons with autism who did not develop speech (Rimland, 1991, p. 6).

It is important that a child should have opportunities to communicate with others. That is why it is absolutely necessary to create situations in which the child could actively influence them through his/her utterances. The 16-year-old girl with autism whose case is discussed in the article expresses her need to communicate as follows:

⁴ Communication assistance consists in: positioning of the body, tracking the keyboard with simultaneous provision of feedback information to the writing person (pronouncing each letter or word, or repeating the whole utterance); verification whether this is what she/he wanted to communicate, asking appropriate questions, assigning areas for further work. This entails supporting the FC user in controlling his/her behaviours, and stifling behaviours that disrupt communication: aggression, self-aggression, self-stimulation, and echolalia. Cf. ŁASOCHA, 2006, p. 10.

⁵ In 2000 the Facilitated Communication Institute, University of Syracuse, NY, produced a document describing the standards of Facilitated Communication. The project was coordinated by Marilyn Chadwick, and jointly edited with Mayer Shevin. Many FC specialists were invited to collaborate – mainly from the United States and Australia, among others the author of the method Rosemary Crossley, and its greatest promoter and founder of the Institute, Douglas Biklen. The document was prepared based on earlier versions of the method and is composed of three fundamental parts: I. Fundamental Principles and Best Practices; II. Framework for Training and Technical Assistance; III. Facilitator Competencies with attached materials (books, brochures, etc.) together with a reference list. Source: Facilitated Communication Institute: *Facilitated...*

...First, a feeling of relief that you'll get something off your chest, second, a person without speech is like, truth to tell, without intelligence and besides it, first of all, in speech that there is a whole arsenal of human experiencing of our autistic world. So dare speak through the keyboard...

Fundamental to the normal psychosocial development is being able to enter interaction(s) with another person. The structure of human knowledge about the world is determined by the narrative way of seeing reality. As Jerzy Trzebiński (2001) writes:

Let us agree that the term “understanding something” will mean the formation in our mind of cognitive representation, popularly called the “mirroring” of an object, phenomenon or state that makes up reality. Consequently, understanding will mean both noticing a simple physical object [...], and realizing its presence [...]. In both cases, understanding means the final product of cognitive processes (p. 87).

Therefore, cognition is constructive rather than reproductive, whereas the process of understanding means interpreting the data generated by the mind since understanding reality involves knowledge, emotions, and values, and is associated with participation in culture.⁶ Hence, a close attention must be given to creating narrative forms that enable the release of communication abilities. The most significant in the work of FC is the conclusion that the reality being created is understood by a person with autism in the form of his/her own history/story, of which she/he is a part.

Dialogue with the Other – A Case Study

The subject of studies was a 16-year-old girl, a first-grade student in the junior high school for children with autism. In addition to autism, Iwona, which is the subject's first name, has also the underdeveloped fingers of the right hand.

The girl walks by herself, and has well-developed visual-motor coordination. She likes games and playing, she can do all the exercises after they are exactly described verbally and demonstrated by the teacher. She finds it difficult to use art tools because of underdeveloped fingers, yet the girl takes pains to cooperate with the teacher and she achieves results in cutting with scissors, pasting glue, and holding a brush.

⁶ “Cognitive pattern is a model of a certain element of reality performing two interrelated basic and inseparable functions towards this reality: representation functions and functions of the rules of processing information about this reality” (cf. Trzebiński, 2001, p. 91).

Her ability to self-service is at a high level. She not only signals physiological needs but uses the toilet by herself and performs the functions of personal hygiene. She does not need any help when eating a meal, she eats in a very orderly manner, using cutlery.

Iwona follows commands, emulates, and is able to group objects by several common features (colour, shape, and size), shows differences between objects, pictures, and symbols. She can put together a picture consisting of more than ten elements, compose a logical sequence of events in a picture story; she correctly assigns labels to pictures, can reproduce arrangements of building blocks and mosaics on the models, she can add, subtract, and is aware of current time. She is also musically gifted: she composes her own melodies on the organ, remembers the texts of songs, rhythmical patterns, and likes listening to classical music.

However, social contacts are the subject's serious problem. Despite progress in learning, the behaviours that are worrying and impede work are: periodic attention disorders, emotional lability, or inability to cope in difficult stressful situations. There is an observable cyclical recurrence of aggressive behaviours, intensification of tics, obsession-compulsions, shouting, delayed echolalia, or destructive behaviours (destroying books, class registers, pulling, throwing objects). There are also difficult-to-control aggressive behaviours (grabbing the teacher's hair, pulling down fellow girls' spectacles or hair rubber bands), which makes it impossible to conduct classes and adversely affects other students. Very often, these are difficult-to-predict reactions inadequate to the situation.

In addition to the school environment, these behaviours disrupt functioning in the family environment, too. Mother finds it increasingly difficult to control her daughter's negative behaviours. She complains that Iwona no longer obeys her, manipulates her, and does not respond to any prohibitions and punishments.

Utterances in Facilitated Communication

The girl's speech is echolalic. Spontaneous utterances are a form of monologizing or an echo of the phrases heard earlier, they are out of the social context, which is why attempts were made from the beginning to develop an alternative way of communication.

At the first stage of education, the student used pictograms, but she soon proved that she could progress to the next communication stage, which is learning letters. In Iwona's case, the Glenn Doman Method, that is, learning to read globally, proved correct. Owing to this method, Iwona mastered the knowledge of letters perfectly. The next step was to initiate the attempts to write with assistance or to use Facilitated Communication. During the preliminary exercises of

signing, the girl became acquainted with the arrangement of the letters on the keyboard and improved her skill of proper pressure.⁷

As a consequence of activation and stimulation of visual-auditory and proprioceptive modalities acceptable to the girl, the mechanisms of neuroplasticity and neurocompensation were stimulated, which led in the first place to the formation of dialogue forms, and with time to narrative forms. As language difficulties were overcome, the girl's great sensitivity and emotionality emerged.

In the case of Iwona, introduction of cards with the words "YES" and "NO" was important, as it allowed her to quickly answer simple questions, for example:

Question: *Iwona chcesz skorzystać z toalety?*

Q: *Iwona, do you want to use the toilet?*

Answer: TAK.

A: YES.

or:

Q: *Idziemy dzisiaj na spacer?*

Q: *Are we going for a walk today?*

A: NIE.

A: NO.⁸

This enabled developing the girl's awareness of her own needs and learning to decide what she wanted (to do).

The next stage of "conversations" in FC was to develop the girl's ability to express her preferences for her favourite school meals and to train the ability to answer specific questions connected with the subject of a lesson. With the release of communication activities, her self-awareness developed. A manifestation of her maturity and awareness of her condition is the following utterance by Iwona:

[...] aparatura autyzmu nie działa według ludzkiego rozumu, i to że zachowuje się okropnościowo akurat nie jest moja zasługa, ale zasługa otoczenia i zmian w nich, to znaczy że zachowuje się zależnie od otoczenia i od tego jaka atmosfera panuje w domu, od tego czy się wyśpię i od działania kropelek. Raz jest lepiej, a raz gorzej. Przy takiej pogodzie nawet zdrowi mają dość, a co dopiero tacy jak ja...

[...] apparatus of autism does not work according to human mind and the fact that I behave atrociously is not my a credit but a credit of the environment and changes in them, it means that I behave depending on environment and on what atmosphere is at home,

⁷ During the work, the assisting person (facilitator) sits sideways to the writing person (in this case Iwona) and gently holds a palm of the writing person so that the hanging fingers (or a finger) could point to the letters of the computer keyboard. In the initial stages, the work takes little steps in order that the person with aphasia could experience a communication success, that is, express his/her own intentions.

⁸ The article presents the original records of Iwona's utterances.

on whether I sleep well and on the effect of drops. Sometimes it is better, sometimes worse. At this weather even healthy people have enough, to say nothing of such as me...

The girl has been using FC for five years. The first texts Iwona wrote were one-word replies. They had no clear grammatical subject, their subject matter was illogical, chaotic, and inconsistent. Currently, Iwona manages to form complete utterances. The texts produced by the girl in question can be regarded as coherent and logical. Her favourite form of utterance is letter. More importantly, the texts are written by her single-handedly, and she does not require auxiliary questions with clues from the teacher. For example, here is a letter addressed to the teacher who has recently given birth to a daughter (here the English translation is followed by the original Polish version):

Hello Mother of the newborn Babey.

The rest is not important only it matters and? don't worry about anybody else but her. I enjoy yor happiness and happiness in whole family to Gurgul (Cooer) in family all. We in conscience and soul are with you and your expanded family. Yor hapiness is our happinxs. There is no place for exaggeration so do your best to give this daughterlove so much calling with happiness and from the heights of joy let's rejoice over Martusia who weighs 3 kilos 400.

Together with you, are pleaxsed Ula and Nina. We feel good together and you don't worry about us because your will was fulfilled and Ula duly tries to substitutxe for you. Together with her we control the situation and it works well. It is so sensational that together we form the class? – you and we. It is a class over distance but after al it is only temporary.

Know tht I already quite well write with the shift key and it makes beatiful big letters. Know also tht possibly I know how to do varios great things because Ms Nina extremely decorates ourx clas.

On the occasion of the upcoming Christmaswish you many good moments spent in a family atmosphere, see the first starr and cuddle each other. Kindest regardxs and warm hugs.

Witaj Mamusiu nowonarodzonego dzieciatka.

Reszta jest nie wazna tylko ono się teraz liczy i nikim innym się nie martw i nie troszcz jak tylko nim. Raduje się z Twojego szczęścia i szczęścia w całej rodzinie Gurgulowi w rodzinie wszystkiej. Razem sumieniem i dusza jesteśmy przy tobie i Twojej powiększonej rodzinie. Wasze szczescie jest naszym szczesciem,. Tu nie ma miejsca na przesadzanie wiec dawajcie z siebie wszystko aby dac tej corezczemilosci tyle wolala ze szczescia i z samych wyzyn radosci radujemy się z Martusi co wazy 3 kilo 400.

Razem z wami ciesza się także Ula i Nina. Dobrze nam razem i ty się o nas nie martw bo wola twoja zostala spelniona i Ula godnie stara się Cie zastepowac. Razem z nia panujemy nad sytuacja i dobrze nam to wychodzi. To takie rewelacyjne ze razem tworzymy klase ty, i my. To klasa na odleglosc ale przeciez to tylko przejsciowe.

Wiedz ze pisze juz pewnie z shiftem i wychodza z tego piekne duze litery. Wiedz także ze ewentualnie wiem już jak robi się rozne fajne rzeczy bo pani Nina szalenie ozdabia nasza klase.

Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia życzę Wam wielu dobrych chwil spędzonych w rodzinnej atmosferze zobaczcie pierwszą gwiazdkę i przytulcie się do siebie. Pozdrawiam goraco i sciskam serdecznie.

This student has rich active vocabulary. She obeyed the rules of the letter genre and used diversified syntax. The girl has mastered the parts of speech on a good level because in her utterance she used, in addition to verbs and nouns, adjectives, a numeral and adverbs. She correctly introduced polite expressions/formulae into the text and identified herself with the text sender, correctly using verbs in the first person singular. The quality of the text in respect of correct spelling and punctuation was taken care of by the facilitator. The girl's utterance is rich in information conveyed and it reflects the rich internal world of autistic persons. The narrative of the letter demonstrates greater sensitivity, empathy, and understanding of the feelings of another person. Owing to the opportunity to express her own opinions by means of the FC method, Iwona has become an equal participant and partner in family and classroom events.

The high level of empathy and maturity in building the girl's communication relationships is confirmed in the letter addressed to her brother. The text is heterogeneous. The first two fragments function as an introduction and elaboration, while the ending of the utterance has a form of a request to the brother:

Hi my wo cool brother Au today I decided to write a letter. I would like to explain reason that is the motives why autism doesn't let me talkx with youx although I would like this very much but something alwaysx disturbs us and understand that I am not as unreasonxble as you think.

My dear little brother you have been very dear to me and I always could count on you you know that we have hard life and fate always has tried us xseverely so we must keepx together so as nobody can separate us. You know what is going on in our family and that is why I can telx you everything that's bothringx me.

Czesc mój wo fajny braciszku Au dzisiaj postanowiłam do ciebie napisac list.

Chciałabym ci wyjaśnić powód to znaczy motywy dlaczego autyzm nie pozwala mi na rozmowe z toba mimo ze bardzo bym tego chciała ale cos nam ciagle przeszkadza i zrozum ze ja nie jestem tak nierozsadna jak sobie myslisz.

Braciszku mój mily zawsze byles mi drogi i zawsze mogłam na ciebie liczyc sam wiesz ze zycie mamy ciezkie i los nas zawsze xdoswiadczał dlatego musimy się trzymac razem tak by żadna sila nas nie rozdzielila. Ty wiesz co w naszej rodzinie się dzieje i dlatego tobie mogę powiedziec wszystko co mi lezy na sercu.

The letter ends with the question to the brother: *Would you like to write on computer with me some time? Czy chciałbyś kiedyś pisać ze mną na komputerze?*, because the girl has never before communicated with her mother or brother in this way. Her fears stem from the fact that brother Irek does not accept her autism.

Iwona does not, however, want to remain passive and addresses a specific order to her brother: *You hold my hand and I will help you further, dear brother irk.* *Ty mnie trzymaj za reke a ja ci pomoge dalej kochany bracie irku.*

The main body of the letter is the description of Iwona's autism, which prevents her from a verbal contact with her brother. The text is full of emotions and feelings:

- *braciszku mój miły, zawsze byłeś mi drogi; my nice brother, you have always been dear to me*
- *Zycie mamy ciężkie i los nas zawsze xdoswiadczał; we have hard life and fate always has tried us xseverely*
- *tobie mogę powiedzieć wszystko co mi leży na sercu. I can tellx you everything that's bothringx me.*

We cannot fail to notice the great number of parts of speech present in the text: many nouns, verbs, and adjectives. The sentences are logically connected in terms of content, forming a coherent text (punctuation marks were suggested by facilitators assisting Iwona in writing).

In Iwona's case, the improvement in expressing communication effected a change in her behaviour: it? developed inner balance, owing to which aggressive behaviours were reduced. The girl started writing about them, which evidences that she is aware of her improper behaviour.

The analysis of the letters reflects the rich world of this child. The development of communication activities through FC releases the sense of self-awareness, results in ridding oneself of isolation, thereby being a chance to establish contacts with the surrounding environment and strengthen emotional bonds.

Some summarizing remarks on experiencing communicative reciprocity

Communication opens up “new prospects and new capabilities both in the process of learning and acting, begins to dominate previous experiences and begins to transform them” (Sacks, 1990, p. 74). It is implemented in linguistic actions, which are essentially a set of complex neurophysiological functions involving many cerebral structures. If they are achieved by an individual, this enables him/her to establish and maintain interpersonal relationships and co-participation in social life. This fact causes a person to enhance his/her development by collecting and organizing knowledge about him-/herself and the surrounding world. In the situation when a child does not feel the need to enter social interactions, the work on developing his/her ability to speak and understand appears to be a considerable problem. The child then has difficulties decoding messages, interpreting them correctly and, as a result, may react inadequately to them.

Despite difficulties in contacts with an autistic child, we should seek to stabilize often dysregulated sensory stimuli. A successful way of developing interactive abilities is to stimulate neuroplastic and neurocompensatory mechanisms by active participation and penetrating observation of the child's reactions and behaviours. Identification of the levels of sensory modalities acceptable to a person with ASD enables his/her harmonious functioning. FC, owing to which the persons participating in it remain in a relationship with one another, enables the explanation of seemingly inappropriate behaviours of an autistic person (and incomprehensible to the environment), for instance, failure to understand the reasons for his/her aggression or self-aggression. The work with this method provides persons with autism with the way of expressing their opinions on matters that concern them directly, owing to which they can co-decide about themselves and their lives. Experiencing communication also gives them an opportunity to discern the impact of their words on their environment and to take a greater responsibility for their own behaviour. It contributes to revealing the intellectual potential of the writing patient, thereby enabling the development and enhancement of his/her cognitive functioning.

Facilitated Communication is a way of developing the ability to communicate, thus making possible the path of therapeutic management because it contributes directly to exchanging ideas and experiences. It gives autistic persons a chance to establish contact with other people and is a form of communication with the external world.

Bibliography

- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Text revision*. Washington, DC 2000.
- DENNET, D.C. (1996). *Kinds of Minds. Toward and Understanding of Consciousness*. London: Basic Books.
- DUNBAR, D. (1996). *Grooming, Gossip and the Evolution of Language*. Cambridge: Harvard University Press.
- EDELMAN, G. (1992). *Bright air, brilliant fire of the Matter of the Mind*. New York: Basic Books.
- Facilitated Communication Institute: *Facilitated Communication Training Standards*, Syracuse 2000. Retrieved from: <http://soeweb.syr.edu/thefci> (access: 15.06.2014).
- GAZZANINGA, M.S. (2011). *Who's in charge? Free Will and the Science of the Brain*. New York: Ecco.
- HICKOK, G. (2016). *Mit neuronów lustrzanych*. Kraków: Copernicus Center Press.
- KOTAPKA-MINC, S. (2004). Funkcje poznawcze i ich zaburzenia. In: A. SZCZUDLIK, M. BARCIKOWSKA, & P. LIBERSKI (Eds.), *Otępienie* (pp. 11–22). Kraków: Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- ŁASOCHA, A. (2006). Wprowadzenie do Metody Ułatwionej Komunikacji. In: M. WRONISZEWSKA, M. WRONISZEWSKI, & O. FRĄCZAK (Eds.), *AUTICA. Materiały na temat autyzmu* (no. 2, pp. 9–14). Warszawa.

- ŁURIA, A.R. (1967). *Zaburzenia wyższych czynności korowych wskutek ogniskowych uszkodzeń mózgu* (A. KOWALISZYN, Trans.). Warszawa: PWN.
- MINSHEW, N.J., & KELLER, T.A. (2010). The nature of brain dysfunction in autism: Functional brain imagine studies. *Current Opinion in Neurology*, 23(2), 124–130.
- PISULA, E. (1995). Autyzm i ułatwiona komunikacja. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 33–34.
- PRZYBYŁA, O. (2016). Procesy przetwarzania sensorycznego w stymulowaniu rozwoju małego dziecka. In: K. KACZOROWSKA-BRAY, & S. MILEWSKI (Eds.), *Wczesna interwencja logopedyczna* (pp. 100–119). Gdańsk: Harmonia Universalis.
- RIMLAND, B. (1991). Facilitated Communication reports generate heated controversy. *Autism Research Review International*, 5(1), 5.
- SACKS, O. (1990). *Zobaczyć głos*. Poznań: Zysk i S-ka.
- SCHORE, A.N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Develop Psychopathol*, 8, 59–87.
- SEARLE, J.R. (2004). *Mind: A Brief Introduction*. Oxford: Oxford Univesity Press.
- SEARLE, J.R. (2010). *Umysł. Krótkie wprowadzenie* (J. KARŁOWSKI, Trans.). Poznań: Rebis.
- SMITH, M.D., & BELCHER, R.G. *Facilitated Communication and Autism. Separating fact from fiction*. Retrieved from: www.csaac.org/pub-fac.htm (access: 14.09.2016).
- SPENCE, S., SHAPIRO, D., & ZAIDEL E. (1996). The role of the right hemisphere in the physiological and cognitive components of emotional processing. *Psychophysiol*, 33, 112–122.
- TEMPLE, G. (2016). *Mózg autystyczny. Podróż w głąb niezwykłych umysłów*. Kraków: Copernicus Center Press.
- TRZEBIŃSKI, J. (2001). Narracja jako sposób rozumienia świata. In: B. OWCZAREK, Z. MITOSEK, & W. GRAJEWSKI (Eds.), *Praktyki opowiadania* (pp. 87–125). Kraków: Universitas.



ANETA SYTA

Zakład Logopedii i Emisji Głosu,
Uniwersytet Warszawski
ID 0000-0001-7487-4083

KINGA ZIOBROWSKA

Studentka logopedii ogólnej i klinicznej,
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wpływ ankyloglosji na funkcje prymarne

Influence of Ankyloglossia on Primary Functions

ABSTRACT: The aim of this article is to capture the influence of shortened tongue frenulum (ankyloglossia) on primary functions such as breathing, sucking, swallowing, as well as on food activities – biting and chewing. The publication is a review and is an attempt to combine the available professional literature (national and world) on the above topic, as well as to discuss the conclusions from the cited studies. One of the paragraphs is devoted to several cases of children with ankyloglossia and its impact on primary activities in these children. The article also includes own reflections and considerations from the literature and case description discussed in the publication, children with shortened sublingual frenulum.

KEY WORDS: ankyloglossia, primary functions, tongue frenulum, vertical and horizontal position of the tongue

Skrócone wędzidełko podjęzykowe nie jest czymś, co w prosty sposób można zdefiniować i opisać. Obraz ankyloglosji jest niejednorodny: u różnych osób wędzidełko może mieć różne poziomy skrócenia, miejsce przyczepu, sposób usytuowania względem samej powierzchni podjęzykowej (inaczej wędzidełka zewnętrzne lub ukryte pod śluzówką języka), kształt fałdu, elastyczność, sprężystość itd. W związku z tym może w różny sposób wpływać na jakość wymowy, a wcześniej na czynności prymarne. Ankyloglosja jest wadą anatomiczną, która ujawnia się tuż po urodzeniu i ma niebagatelny wpływ na funkcjonowanie dziecka w trakcie późniejszego rozwoju. Mimo to do gabinetu logopedycznego częściej trafiają starsze dzieci, już ze złożonymi problemami związanymi właśnie ze skróconym wędzidełkiem. Aby temu zapobiec, ważne jest, by zarówno logopedzi, jak i pracownicy placówek medycznych, np. położne, umieli rozpoznać u noworodków krótkie wędzidełko i ocenić ryzyko negatywnych skutków w późniejszym czasie.

Ankyloglosja

Pierwsze zastosowanie terminu „ankyloglosja” pojawiło się w anglojęzycznej publikacji medycznej, w latach sześćdziesiątych XX wieku, kiedy Anthony F. Wallace zdefiniował *tongue-tie* jako „[...] stan, w którym czubek języka nie może wystawać poza dolne zęby siekaczy z powodu krótkiego wędzidełka, często zawierającego bliznę” (Suter & Bornstein, 2009; Wallace, 1963). Na polskim gruncie opisywano również, że „[...] ankyloglosja (*ankylosis ligule, ankyloglossia, ankyloglossia interior*) to zaburzenie rozwojowe polegające na niedorozwoju wędzidełka języka i przyrośnięciu go do dna jamy ustnej, co uniemożliwia (utrudnia) jego poruszanie” (Ostapiuk, 1997, s. 132).

W literaturze medycznej można znaleźć informacje o tym, że wędzidełko języka jest fałdem tkankowym, który łączy dno jamy ustnej z dolną powierzchnią języka. Jest ono pozostałością embriologiczną, która powstaje na skutek niedokończonej apoptozy występującej w uprzednim procesie oddzielania się masy języka od dna jamy ustnej. Jeżeli nastąpi zaburzenie wyżej opisanego zjawiska – język w umiarkowanym lub znacznym stopniu będzie przytwierdzony do dna jamy ustnej. Taka anomalia w budowie jest zwana ankyloglosją. Skrócone wędzidełko zazwyczaj jest wadą izolowaną, mimo to zdarza się, że współistnieje z niektórymi syndromami, np. Kindlera, Beckwitha Weidmanna, rozszczepem podniebienia sprzężonym z chromosomem X (Stańczyk, Ciok, Perkowski, & Zadurska, 2017, s. 124).

Częstość występowania ankyloglosji

Częstość występowania ankyloglosji jest trudna do ustalenia, ponieważ zależy ona od przyjętego kryterium oceny stanu wędzidełka. Jednak w kanonie publikacji medycznych, logopedycznych można przeczytać, że wada ujawnia się częściej u chłopców niż u dziewczynek. Ta różnica w częstości występowania tłumaczona jest lepszą znajomością klasyfikacji i umiejętnością rozpoznawania ankyloglosji wśród personelu oraz traktowaniem krótkiego tylnego wędzidełka językowego – co przez wiele lat było nierozpoznawane i uznawane za normę – jako błąd w budowie języka (Sioda, 2012, s. 118). Ponadto wielu badaczy częstość występowania ankyloglosji wyznacza na 0,02 do 10,7% i wskazuje, że wada ta ujawnia się u chłopców od 1,5 do 3 razy częściej niż u dziewczynek (Ballard, Auer, & Houry, 2002, s. 16; Stańczyk et al., 2017, s. 124; Suter & Bornstein, 2009).

Leczenie i rehabilitacja

W literaturze przedmiotu znaleźć można kilka propozycji leczenia krótkiego wędzidełka podjęzykowego. Logopedzi przedstawiają różne stanowiska, które według nich są odpowiednie, jednak do tej pory nie opracowano jednolitego schematu leczenia i rehabilitacji ankyloglosji. Wydaje się, że kontrowersje dotyczące leczenia ankyloglosji w ujęciu różnych autorów i badaczy są w głównej mierze związane z odmiennymi poglądami nawiązującymi do tzw. możliwości lub niemożności rozciągania tej struktury.

TABELA 1. Stanowiska badaczy dotyczące rozciągania wędzidełka podjęzykowego

Stanowiska dotyczące rozciągania wędzidełka podjęzykowego	
Zwolennicy	Przeciwnicy
Skorek, 2010	Kotlow, 2008
Stecko, 1991; 2002	Ostapiuk, 1997; 2005; 2013
Zaleski, 2002	Pluta-Wojciechowska, 2013

ZRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: Pluta-Wojciechowska & Sambor, 2016, s. 134.

W powyższej tabeli przedstawiono tylko przykładowe nazwiska autorów, którzy jako zwolennicy rozciągania wędzidełka poprzez masaż opisują znaczenie, jakie metoda ta ma dla poprawy funkcji oraz nawyków artykulacyjnych. Z tabeli można wywnioskować, że popierano ją w dużo starszych publikacjach. Nowsze natomiast ukazują negatywny wpływ masażu, jednocześnie zwracając uwagę na korzyści płynące z zabiegów chirurgicznych.

Warto zauważyć, że w publikacjach polskich, jak i zagranicznych nie opisuje się badań, które potwierdziłyby skuteczność masażu fałdu tkankowego w jego rozciąganiu. Co więcej, są doniesienia potwierdzające jego negatywne skutki. Roberta Martinelli i jej współpracownicy (2014) przeprowadzili badania nad strukturą wędzidełka podjęzykowego. Stwierdzili, iż zbudowany jest z fałdu błony śluzowej, w której skład wchodzi włókna kolagenowe typu I oraz włókna elastyny. Udowodnili, że te struktury nie podlegają rozciąganiu, wręcz są odporne na ten ruch i zapewniają możliwość powrotu do pierwotnej długości. Dzięki usytuowaniu w wędzidełku takich włókien rozciągliwość nie jest możliwa w żadnym z rodzajów wędzidełek (przednie, tylne itp.).

Danuta Pluta-Wojciechowska i Barbara Sambor (2016, s. 127–131) zauważyły, że masaż może nieść negatywny skutek przejawiający się w naderwaniu ciągłości wędzidełka. Taką informację uzyskały z wywiadów zebranych od niektórych matek dzieci z ankyloglosją, które przez namowę logopedów masowały tę strukturę i doprowadziły do pojawienia się krwi i obrzęku. Niechęć do wykonywania zabiegów chirurgicznych może wiązać się więc z przekonaniem niektórych tera-

peutów, jak i części specjalistów (ortodontów, pediatrów itd.), że zabieg podcięcia wędzidełka to wyrządzanie dziecku krzywdy.

„Chirurgiczne leczenie” wędzidełka u noworodków stosowane było już co najmniej 3 tysiące lat temu, poprzez naderwanie jego struktury paznokciem. Jak można zauważyć, „zabieg” ten odbiega w dużym stopniu od współczesnych metod leczenia, świadczy jednak o tym, że konsekwencje ankyloglosji w późniejszych czynnościach fizjologicznych były poznawane od lat. W Polsce ten problem został doceniony w 2012 roku, gdzie na V Zjeździe Centrum Nauki o Laktacji wprowadzono badanie wędzidełka i jego podcięcie do standardowego postępowania u każdego noworodka (Ostapiuk, 2015, s. 659–660).

Ze względu na budowę krótkiego wędzidełka wyróżnia się różne rodzaje leczenia: frenotomię, frenektomię, frenuloplastykę. U najmłodszych dzieci za wstępne rodzaje leczenia uznaje się dwa pierwsze, które oznaczają kolejno: podcięcie wędzidełka i całkowite wycięcie wędzidełka. Zabieg frenuloplastyki, czyli różne metody jego korekty, uznawany jest za etap późniejszy. U noworodków frenotomia jest robiona bez znieczulenia, ale jest ono konieczne w przypadku starszych dzieci. W niektórych przypadkach jednorazowy zabieg nie wystarcza i często dodatkowe korekty są nieuniknione. Samo podcięcie wędzidełka nie rozwiąże od razu problemu, z którym dziecko zostało zgłoszone do zabiegu. Takimi powodami są głównie problemy z karmieniem dziecka, a tak naprawdę z niemożnością ssania przez dziecko mleka matki oraz w przypadku starszego dziecka – problemy z wymową. W związku z tym bardzo ważne jest wykonywanie ćwiczeń przed zabiegiem i po nim.

Dla małego dziecka naturalnym ćwiczeniem wędzidełka jest oczywiście ssanie. Dziecko, po wykonaniu zabiegu, jest od razu przystawiane do piersi. Starsze dziecko, które wykształciło już mowę w większym lub mniejszym stopniu, wymaga prowadzonych przez logopedę ćwiczeń pionizujących język – zarówno przed zabiegiem, jak i po nim. Tak jak przy każdym innym zabiegu i tutaj występują przeciwwskazania. Jeżeli noworodek ma problemy z krzepnięciem krwi lub wrodzoną chorobę jednostki ruchowej, nie może być zakwalifikowany do zabiegu, ze względu na duże ryzyko przesunięcia języka w stronę gardła i spowodowanie zaburzeń oddychania i połykania (Sioda, 2012, s. 121–122).

Funkcje prymarne

Funkcje prymarne kształtują się na podstawie motoryki pierwotnej i należą do nich takie czynności jak: oddychanie, przyjmowanie pokarmów i picie. Trzeba jednak wspomnieć, że termin ten nie ogranicza się wyłącznie do wypisanych wyżej funkcji. Mimika twarzy, autostymulacja, autozabawy w obrębie kompleksu

ustno-twarzowego oraz czynności fizjologiczne typu kasłanie i ziewanie – to elementy wskazujące na szersze znaczenie tego pojęcia (Malicka, 2013, s. 47).

Czas kształtowania się powyższych funkcji przypada na okres prenatalny. Ten etap to nie tylko modelowanie się konkretnej bazy wielotorowych czynności, ale również właściwy trening narządów, które z biegiem czasu będą brały udział początkowo w czynnościach prymarnych, a w późniejszym czasie w produkcji substancji fonicznej. W publikacji Pluty-Wojciechowskiej (2013, s. 55–56) opisane są badania, z których wynika, że do 16. tygodnia życia płodowego dziecko w ciągu dnia ujawnia około 20 tysięcy różnorodnych ruchów, które występują również w obrębie twarzy i narządu żucia. Natomiast w drugiej połowie pierwszego trymestru można zaobserwować wielorakie objawy, które pojawiają się w różnym czasie i są to przykładowo zwrot szyi i tułowia na bodziec wargi górnej, pobór, wypieranie i z czasem połykanie wód płodowych, możliwe jest wystąpienie ssania kciuka, co w niektórych przypadkach można zaobserwować podczas standardowego badania USG, oraz praca mięśni biorących udział w oddychaniu już poza łonem matki.

Oddychanie

Oddychanie to funkcja niezbędna do życia i jest ona odruchem bezwarunkowym. Charakteryzując oddychanie, powinno brać się pod uwagę takie elementy jak: droga wdechu i wydechu, pozycja narządów artykulacyjnych oraz typ oddechu (Pluta-Wojciechowska, 2013, s. 78–79). W mechanizmie oddychania wyróżnia się fazę wdechu oraz fazę wydechu. Irena Malicka (2013, s. 48) opisuje trzy sposoby oddychania: tzw. piersiowy, brzuszno-przeponowy (brzuszny) oraz brzuszno-piersiowy, czyli najefektywniejszy tor oddechowy, angażujący zarówno mięśnie klatki piersiowej, przepony, jak i brzucha.

Po porodzie zdrowy noworodek powinien oddychać torem nosowym. Jak pisze Urszula Kossakowska „[...] oddychanie przez nos jest jedynym sposobem fizjologicznego oddychania w pierwszych miesiącach życia człowieka” (Skorek & Rządka, 2011, s. 15). Droga ustna uaktywnia się u osoby podczas oddechu dynamicznego, gdzie występuje nasilony wysiłek fizyczny bądź podstawowa czynność mówienia. W takiej sytuacji powietrze pobierane jest zarówno torem ustnym, jak i nosowym (Pluta-Wojciechowska, 2013, s. 79).

Ssanie

Pierwszym sposobem poboru pokarmu przez niemowlę jest ssanie. Jest to złożona czynność, która wymaga koordynacji ssania, połykania i oddychania (por. Przybyła, 2015, s. 578-580). Za tę synchronizację odpowiada w przybliżeniu aż 56 mięśni, 5 nerwów czaszkowych człowieka oraz nerwy rdzeniowe szyi i klatki piersiowej (Sioda, 2012, s. 117). Wielu autorów jest zgodnych, iż odruch ssania stopniowo zanika, za co jest odpowiedzialny szczególnie rozwój psychiczny i somatyczny dziecka oraz progresywny rozwój nerwowy (Łuszczuk, 2013, s. 59). Moment całkowitego zanikania tego odruchu przypada na około 12. miesiąc życia człowieka. Ważnym jest fakt, że do tego momentu dziecko uczy się przyjmować pożywienie z łyżeczki, pić z kubka oraz odgryzać pokarmy o twardszej konsystencji (Malicka, 2013, s. 47).

Połykanie

Proces połykania towarzyszy człowiekowi od urodzenia, a nawet – tak jak zostało to opisane na początku niniejszego rozdziału – już w życiu płodowym. Aby rozwój czynności połykania przebiegał w sposób prawidłowy, szczególnie ważne jest właściwe funkcjonowanie zarówno obwodowego, jak i ośrodkowego układu nerwowego oraz zharmonizowanie pracy mięśni i oddechu. Według Williama R. Proffita i Henry'ego W. Fieldsa człowiek połyka parokrotnie na godzinę w ciągu nocy, natomiast w dzień średnio 800 razy, co łącznie daje około tysiąca przełknięć na dobę. U człowieka występują trzy fazy połykania: ustna, gardłowa, przełykowa. Pierwsza faza jest zależna od woli, natomiast dwie pozostałe przebiegają w sposób niekontrolowany (Proffit, Fields, & Sarver, 2007, s. 344).

Ważne jest to, iż proces połykania u dzieci i u dorosłych nie jest taki sam. Transformacja sposobu połykania z trzewnego (infantylnego, dziecięcego) na somatyczne (dojrzałe) dotyczy rozwoju układu stomatognatycznego, związanego z niwelowaniem fizjologicznego tyłożuchwia, pojawieniem się już większej ilości zębów mlecznych oraz wydłużeniem twarzy w odcinku dolnym. W literaturze przedmiotu występują dysonanse dotyczące czasu, w którym dziecko powinno oddychać już w sposób dojrzały. Za początek połykania somatycznego przyjmuje się jednak okres trzeciego roku życia (Pluta-Wojciechowska, 2011, s. 140–141).

Odgryzanie

Czas pojawienia się siekaczy mlecznych, przypadający pomiędzy 8. a 10. miesiącem życia, to początek ujawnienia się czynności odgryzania. Należy wiedzieć, że nie ma kilku sposobów odgryzania. Zarówno dorosłych, jak i dzieci obowiązuje jeden i ten sam mechanizm, który nie zmienia się z biegiem dojrzewania człowieka. Rytm czynności wykonywanych w tym procesie pojawia się w określonej kolejności. Z początku żuchwa obniża się i występuje ustawienie brzegów siecznych siekaczy górnych i dolnych naprzeciw siebie, następnie skurcz mięśni powoduje, że opisane wyżej struktury ślizgają się względem siebie i następuje odgryzienie stałego kęsa. Logopeda powinien umieć ocenić sposób odgryzania przez dziecko i wiedzieć, że wszelkie inne miejsce poza płaszczyzną siekaczy górnych i dolnych wykonania tej czynności jest już zaburzeniem (Pluta-Wojciechowska, 2013, s. 90).

Gryzienie i żucie

Kolejnymi funkcjami prymarnymi, które ujawniają się po opanowaniu czynności odgryzania, są gryzienie i żucie. Czas, w którym czynność gryzienia zaczyna się kształtować, równy jest etapowi wyżynania się kolejnych zębów mlecznych, natomiast żucie pojawia się po treningu gryzienia, zazwyczaj wraz z pojawieniem się zębów trzonowych (Pluta-Wojciechowska, 2013, s. 92–93).

We wczesnym okresie życia dziecka logopeda może ocenić umiejętność opisanych wyżej funkcji, biorąc pod uwagę odruchy związane z tymi czynnościami. Pierwszy z nich to odruch kąsania, który można zaobserwować u dziecka od urodzenia do nawet 4. a w skrajnych przypadkach 7. miesiąca życia. Aby ocenić ten odruch, należy położyć opuszki palców na górne dziąsła w okolicy kłów. Prawidłową reakcją na taki bodziec jest rytmiczne opuszczanie i wznoszenie żuchwy. Natomiast odruch żucia, który jest powiązany z odruchem kąsania, swoje początki ma w 4. miesiącu życia.

Dotyk warg, zębów lub jamy ustnej powoduje ruchy żuchwy w płaszczyźnie pionowej, tzn. ruchy odwodzące i przywodzące. Jednakże Pluta-Wojciechowska podaje, że gryzienie i żucie różni ruch wykonywany w innej liczbie płaszczyzn. W przypadku gryzienia są to dwie płaszczyzny powstające na skutek unoszenia i obniżania żuchwy, natomiast żucie wymaga ruchów w trzech płaszczyznach, w których dwa pierwsze odpowiadają ruchom podczas gryzienia, a trzeci to tzw. ruch żuchwy na boki (Skrzek, 2016, s. 348).

Wtórna różnica między gryzieniem a żuciem polega na konsystencji obrabianych pokarmów. W przypadku funkcji żucia są one znacznie bardziej twarde oraz

mają specyficzną architekturę. Zatem można wywnioskować, że funkcja żucia uaktywnia się wtedy, gdy gryzienie jest niewystarczające, a pokarmy powinny zostać dodatkowo zmiażdżone, co wymaga użycia większej siły i aktywności narządów artykulacyjnych (Pluta-Wojciechowska, 2013, s. 93–94).

Wpływ ankyloglosji na czynności prymarne

Żeby zrozumieć istotę niniejszego paragrafu, należy wstępnie poznać mechanizm działania określonych funkcji prymarnych, wiedzieć, że język jest jednym z najważniejszych narządów biorących udział w większości czynności układu stomatognatycznego oraz że konsekwencją anomalii jego budowy, w tym głównie skrócone wędzidełko, będzie brak pionizacji tego mięśnia (inaczej zaburzona pozycja wertykalno-horyzontalna) oraz ograniczenie jego ruchomości (Kaczmarek & Łysiak-Seichter, 2005, s. 134; Pluta-Wojciechowska & Sambor, 2016, s. 142; Stańczyk et al., 2017, s. 123).

Poza opisanymi wcześniej możliwymi analizami znaczenia skróconego fałdu tkankowego u noworodków i niemowląt dodatkową pomocą może być badanie przedstawione przez Plutę-Wojciechowską, które jest oceną anatomiczno-funkcjonalną. Najważniejszym wnioskiem, który autorka wysnuła, analizując funkcje oddychania, jedzenia i picia oraz połykania, jest to, iż pozycja wertykalno-horyzontalna to najważniejsza pozycja mięśnia biorąca udział w oddychaniu oraz somatycznym połykaniu (Pluta-Wojciechowska & Sambor, 2016, s. 135–136, 141). Podkreślano także, że krótkie wędzidełko językowe modyfikuje pozycję języka, szczególnie we wczesnym okresie życia oraz upośledza rozwój oralny (Huang, Quo, Berkowski, & Guilleminault, 2015).

Żeby zrozumieć sposób, w jaki krótkie wędzidełko wpływa na ruchomość i pracę języka, należy wiedzieć, że:

- fragmenty poszczególnych mięśni są ze sobą połączone w różnych częściach, a aktywność poszczególnych mięśni języka wpływa na aktywność całego narządu;
- język jest narządem artykulacyjnym o tej samej objętości, ale zmiennym kształcie;
- ograniczenie ruchu narządu nawet w jednym kierunku powoduje ruch całego języka w rozbieżny sposób (udział mięśni wewnętrznych i zewnętrznych języka);
- od wykonania określonej czynności języka w prawidłowy sposób zależna jest skoordynowana i niezakłócająca praca wszystkich mięśni języka (Pluta-Wojciechowska & Sambor, 2016, s. 152).

Ankyloglosja a oddychanie

„Istnieją doniesienia o częstym współwystępowaniu ankyloglosji z przemieszczeniem nagłośni oraz krtani objawiające się u noworodków dusznością oraz defektami skóry, a u dorosłych – niewydolnością oddechową oraz chrapaniem” (Stańczyk et al., 2017, s. 131). W literaturze przedmiotu wyróżnia się dwa czynniki patologicznego oddychania torem ustnym. Są to czynniki ogólnoustrojowe oraz miejscowe. Do czynników miejscowych zalicza się zaburzenia powodujące całkowitą lub częściową niedrożność nosa, a także m.in.: przyrośnięte wędzidełko języka, krótka warga górna, wady zgryzu, makroglosja oraz hipotonia mięśni (Łuszczuk, 2013, s. 56).

Znajdująca się w gardle podstawa języka ma zdolność kształtowania jego mięśni. Natomiast część języka, która umiejscowiona jest w środku jamy ustnej, ma kluczowe znaczenie dla rozwoju szczęki, kształtu twarzy i dróg nosowych w górnych drogach oddechowych. Nieprawidłowa budowa języka powoduje zaburzenia czynności mięśni twarzowych, co w następstwie prowadzi do problemów z drogami oddechowymi, m.in. do obturacyjnego bezdechu sennego (*Lingual, labial frenums...*).

Ankyloglosja a ssanie

Ssanie to jedna z funkcji prymarnych, która wymaga jednoczesnej aktywności wielu narządów artykulacyjnych. Do tych struktur należą przede wszystkim wargi, język oraz żuchwa (Pluta-Wojciechowska, 2013, s. 95). Mechanizm pracy języka jest niezwykle istotny w samym procesie ssania piersi. W akcie ssania język wykonuje kilka różnych ruchów: przytrzymuje brodawkę sutkową, łącznie z policzkami wytwarza w jamie ustnej podciśnienie oraz pokrywa krawędź zębodołową żuchwy i wykonuje ruchy protruzyjne, retruzyjne oraz perystaltyczne. W sytuacji, gdy ruchomość języka jest ograniczona poprzez występowanie ankyloglosji, naturalne zdolności przystosowawcze noworodka mogą nie wystarczać i w efekcie pojawi się zaburzenie funkcji języka, co spowoduje nieprawidłowe ssanie piersi lub całkowitą niemożność wykonania tej czynności (Sioda, 2012, s. 116–117).

Z szacunków wynika, że blisko 13% problemów związanych z karmieniem może być uzależnionych od nieprawidłowej budowy wędzidełka językowego. „Niemowlęta z krótkim wędzidełkiem nie potrafią wysuwać języka dalej niż do dolnego wału dziąsłowego i albo dociskają wałami dziąsłowymi na brodawkę sutkową, albo uciskają wałami podstawę brodawki i nie potrafią jej utrzymać” (Stańczyk et al., 2017, s. 126).

W publikacji Magdaleny Nehring-Gugulskiej, Moniki Żukowskiej-Rubik i Agnieszki Pietkiewicz (2017, s. 7) można przeczytać, że gdy wędzidełko przednie jest skrócone, obserwuje się niemożność ustabilizowania piersi oraz wytworzenia podciśnienia niezbędnego do efektywnego pobierania mleka przez niemowlę. W efekcie może towarzyszyć temu nagryzanie piersi i cmokanie. Jak zauważają autorki, nie każdy typ ankyloglosji uniemożliwia ssanie piersi. Podobne stanowisko zajmują Pluta-Wojciechowska i Sambor (2016, s. 134), których badania wykazały, że wiele niemowląt z ankyloglosją potrafiło ssać, jednak w przyszłości występowały u nich wady wymowy. Warto zauważyć, że nie jest ważne tylko to, że dzieci ssały, ale również sposób, w jaki tę czynność wykonywały.

W literaturze anglojęzycznej pojawiły się badania, które miały na celu sprawdzenie, czy obecność ankyloglosji wpływa na proces karmienia piersią. Jednym z takich analiz jest badanie wykonane przez naukowców z Katedry Pediatrii Uniwersytetu Medycznego Cincinnati w Ohio, które objęło 2763 karmionych piersią niemowląt, w tym 273 ambulatoryjne niemowlęta z problemami z karmieniem piersią pod kątem możliwej ankyloglosji, i oceniono każde dziecko z ankyloglosją, używając narzędzia oceny ryzyka dla funkcji językowej wędzidełka. Badacze obserwowali każde dziecko w chwili karmienia piersią. W sytuacji, w której pojawiały się problemy z zaciskaniem zębów dziecka na piersi, matki musiały opisać odczucie i jakość ssania piersi przez niemowlę oraz jeśli wystąpił ból, scharakteryzować go w skali od 1 do 10. Jeśli u któregoś dziecka rozpoznano problem ankyloglosji, matki wyraziły zgodę na przeprowadzenie swoim dzieciom zabiegu frenotomii. Wyniki ukazały, że skrócone wędzidełko występowało u 88 (3,2%) pacjentów hospitalizowanych oraz u 33 (12,8%) dzieci ambulatoryjnych. Po wykonanym zabiegu frenotomii zatrząsk poprawił się we wszystkich przypadkach, a poziom bólu u matek znacznie spadł (Ballard et al., 2002).

Ankyloglosja a połykanie

Język jest podstawowym narządem biorącym udział w połykaniu. Opisano już wcześniej dwa typy połykania, do których zaliczało się połykanie trzewne, inaczej infantylne, oraz somatyczne, tzw. dojrzałe. Drugie z nich wymaga ustawienia języka w pozycji wertykalno-horyzontalnej. Pozycja ta wymaga pionizacji szerokiego języka, gdzie jedna jego część jest wzniesiona i *apex* przylega do brodawki przysiecznej znajdującej się za sztykami zębów siecznych, przy czym *mediodorsum* przyklejone jest do podniebienia, a boki języka przylegają do górnych zębów trzonowych i przedtrzonowych, z drugiej zaś strony język przyjmuje kształt szeroki (Pluta-Wojciechowska & Sambor, 2016, s. 136).

Należy wiedzieć, że gdy język znajduje się w opisanej wyżej pozycji, powoduje tworzenie sił podobnych jak w przypadku skurczającego się mięśnia. Ponadto, łącznie z krótkim wędzidełkiem, mięsień gnykowo-językowy modyfikuje prawidłową pozycję mięśnia bródkowo-gnykowego z wynikającym z tego podwyższeniem i przesunięciem w przód kości gnykowej. W dynamicznej sytuacji ankyloglosja ogranicza możliwość wykonania określonych ruchów niezbędnych w procesie połykania, co powoduje różne konsekwencje, w szczególności:

- krótkie wędzidełko podjęzykowe działa jak przednie, anatomiczne ograniczenie dla mięśnia dwugłowego i mięśnia dwubrzuścowego, które podczas skurczu nie może przesuwac kości gnykowej w prawidłowy sposób;
- język nie może uderzyć w podniebienie twarde, ale pozostaje przywiązany do dna jamy ustnej;
- mięśnie podgnykowe nie mogą wykonywać stabilizacji kości gnykowej, a to powoduje nieprawidłową fleksję kręgosłupa szyjnego i głowy (Dezio, Piras, Gallottini, & Denotti, 2015, s. 5).

Zatem prawidłowy proces połykania to nie tylko pionizacja przedniej części szerokiego języka, ale również innych części oraz rola wielu mięśni, głównie zewnętrznych języka, które koordynują pracę całego mięśnia, by bolus został przemieszczony do przewodu pokarmowego. Pluta-Wojciechowska (2013) wyróżnia czynniki, które korzystnie wpływają na transformację połykania z trzewnego na somatyczny, a jednym z nich jest „prawidłowa budowa języka, w tym jego wielkość oraz stan wędzidełka języka” (s. 105).

Ankyloglosja a czynności pokarmowe

Odgryzanie

Proces odgryzania został już wcześniej opisany, mimo to należy przypomnieć, że język w owym procesie odgrywa znaczącą rolę. Istotne aspekty czynności odgryzania to przede wszystkim praca mięśni unoszących i obniżających żuchwę, praca języka polegająca na przemieszczaniu pokarmu oraz koordynacja oddechu (Pluta-Wojciechowska, 2013, s. 90). Rozwój umiejętności odgryzania jest stymulowany poprzez podawanie przez rodzica dziecku coraz twardszych pokarmów. „Podczas wykonania opisanej czynności odgryziony przy pomocy zębów siecznych pokarm musi być umieszczony na środkowej części języka, w wyniku czego możliwe jest wykonanie ruchu pionizacyjnego *apexu*” (Skrzek, 2016, s. 353).

Gryzienie i żucie

TABELA 2. Mechanizm funkcji gryzienia i żucia

	Gryzienie	Odgryzanie
Żuchwa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ unoszenie ▪ obniżenie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ odwiedzanie, przywodzenie ▪ ruchy zbliżone do obrotowych ▪ ruchy lateralne
Język	<ul style="list-style-type: none"> ▪ przemieszczanie pokarmu na powierzchni żujące zębów 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ przemieszczanie pokarmu mieszanie ze śliną
Inne	<ul style="list-style-type: none"> ▪ od ruchów skoordynowanych i nieregularnego rytmu do gryzienia płynnego 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ koordynacja oddechowa

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: Pluta-Wojciechowska, 2013, s. 92–93.

Jak wynika z tabeli 2, najważniejszymi narządami artykulacyjnymi biorącymi udział w procesie gryzienia i żucia są język i żuchwa. Stąd, gdy w terapii logopedycznej jest dziecko, które ma problemy w tym zakresie, trening gryzienia i żucia powinien zakładać stymulację ruchów rotacyjnych i lateralnych języka. Żeby ocenić, czy funkcje gryzienia i żucia przebiegają w sposób prawidłowy, główną umiejętnością, jaką terapeuta musi sprawdzić, jest przemieszczanie pokarmu na zęby trzonowe, za pomocą których dokonuje się proces rozdrabniania, miażdżenia lub mielenia. Żucie odbywa się w trzech płaszczyznach i w odróżnieniu od gryzienia dotyczy długotrwałej obróbki twardych pokarmów, np. mięsa (Skrzek, 2016, s. 354).

Jak podaje Pluta-Wojciechowska w publikacji *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji* (2013), „[...] obserwacja rozwoju umiejętności jedzenia wskazuje, że klasyczne odgryzanie i gryzienie z użyciem zębów poprzedza wykorzystywanie do rozmiękczenia i rozpuszczania pokarmów bezzębnych dziąseł, języka i podniebienia” (s. 95–96). Niemowlę uczy się przemieszczania pokarmu w różne części narządu artykulacyjnego, rozcierania pokarmu na podniebieniu lub poprzez wykorzystanie bezzębnych dziąseł oraz rozmiękczenia pokarmu. Autorka czynności, które występują u dziecka nieposiadającego jeszcze zębów mlecznych, proponuje nazwać w dwojaki sposób: preodgryzanie i pregryzienie lub pseudoodgryzanie i pseudogryzienie. Wyżej opisane aktywności w fizjologiczny sposób przygotowują dziecko do gryzienia i żucia.

Należy wspomnieć, że podczas żucia koordynacja takich narządów układu stomatognatycznego jak wargi, policzki i język odbywa się na podstawie kluczowej aktywności języka, który poprzez przyjmowanie różnych kształtów i pozycji przetrzuca pokarm, miesza go ze śliną, formułuje bolus, umieszczając go na środkowej części mięśnia, a później w trakcie połykania somatycznego, unosi *apex* do przestrzeni za górnymi zębami i wykonując ruchy perystaltyczne, przesuwają pokarm w kierunku przełyku (Pluta-Wojciechowska, 2013, s. 95–96).

Badania nad wpływem krótkiego wędzidełka na czynności pokarmowe wykazały, że jest ono przyczyną nieprawidłowego ssania, żucia oraz połykania, co w konsekwencji prowadzi do zaburzeń mowy (Huang et al., 2015, s. 2). Istnieje wiele przypadków bagatelizowania problemu ankyloglosji u noworodków i niemowląt, co w okresie wczesnodziecięcym skutkuje wyraźnymi wadami wymowy, które okazują się być następstwem skróconego wędzidełka podjęzykowego. Jak w swojej publikacji zwracają uwagę Pluta-Wojciechowska i Sambor (2016), taka sytuacja może wynikać stąd, że rodzice dziecka oraz lekarze nie zauważyli, że dziecko nie wykonuje którejś z funkcji i w związku z tym woleli zaczekać i nie kierować dziecka na zabieg frenotomii.

Należy jednak wiedzieć, że „w ocenie przebiegu funkcji biologicznych istotne jest nie tylko to, że dziecko je i oddycha, ale także to **jak je i jak oddycha**” (Pluta-Wojciechowska & Sambor, 2016, s. 125). Autorki porównują ruchy narządów podczas czynności biologicznych do marszu, natomiast ruchy narządów w artykulacji do tańca, które są bardziej precyzyjne i wyszukane. Odnosząc się do tego porównania, można stwierdzić, że ten, kto umie maszerować, nie zawsze będzie potrafił tańczyć jak baletnica, stąd oceniając tak ważny twór jak wędzidełko, należy uwzględnić zarówno potrzeby podstawowych funkcji prymarnych, jak i późniejsze potrzeby artykulacyjne (s. 125, 135).

Dobrym przykładem badania, które udowadnia związek czynności prymarnych z czynnościami sekundarnymi, jest badanie przeprowadzone przez logopedę Plutę-Wojciechowską „Dzieci i dorośli z lub bez ankyloglosji i/lub wadami zgryzu”. Wzięło w nim udział 40 osób w wieku od 4 do 30 lat, u których nie występowały problemy ze słuchem fizycznym i fonemowym, rozszczep podniebienia i wargi, mózgowie porażenie dziecięce, upośledzenie umysłowe, zespół Downa, alalia oraz autyzm. U 36 badanych stwierdzono wielorakie zaburzenia realizacji fonemów, a tylko u 4 mowa była całkowicie poprawna. Badanie pokazało, że prawidłowe warunki anatomiczne, głównie wady zgryzu i wędzidełko podjęzykowe, miała wyłącznie jedna osoba; u 31 występowała różnej wielkości ankyloglosja, a u 22 wady zgryzu.

Z powyższych danych wynika, że niektóre osoby miały sprzężoną wadę anatomiczną (ankyloglosja i wada zgryzu). Poprzez analizę poszczególnych funkcji fizjologicznych wykazano, że prawidłową pozycję języka podczas oddychania i prawidłowe oddychanie miało jedynie 13 osób, natomiast pozostała część ujawniała niską pozycję spoczynkową języka, jednak nie u wszystkich z nich tor pobierania powietrza był nieprawidłowy. Z wywiadu wynikało, że problemy z prawidłowym torem oddechowym zaczęły się u tych osób już w przeszłości. Autorka uzasadniła, że u większości pacjentów przyczyną wady wymowy było sprzężenie czynników patologicznych, o charakterze anatomicznym ruchowym (ankyloglosja, wada zgryzu) oraz funkcjonalnym (nieprawidłowe połykanie, oddychanie), a strategie kompensacyjne czynności prymarnych przekładały się na podobne strategie kompensacyjne czynności sekundarnych (Pluta-Wojciechowska, 2013, s. 293–296).

Należy jednak pamiętać, że w skład funkcji prymarnych nie wchodzi tylko i wyłącznie czynności opisane wyżej. Jak podaje Pluta-Wojciechowska, czynnościami prymarnymi są również inne niewerbalne czynności kompleksu ustno-twarzowego, takie jak:

- mimika twarzy;
- autostymulacja;
- autozabawy orofacjalne;
- odczuwanie doznań płynących z jamy ustnej;
- czynności fizjologiczne typu kasłanie i ziewanie;
- inne czynności okresu prenatalnego i postnatalnego (Malicka, 2013, s. 47).

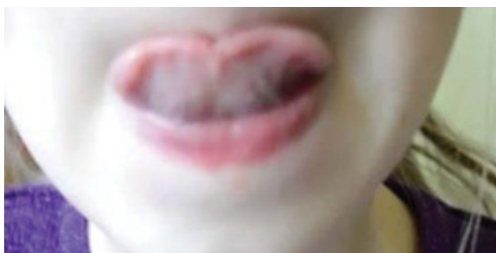
W opisanych wyżej funkcjach język nie odgrywa głównej roli, dlatego można stwierdzić, że ankyloglosja nie wpływa na wspomniane czynności i nie powoduje zaburzeń owych funkcji.

Ankyloglosja u dzieci – opis przypadków

W niniejszym paragrafie przedstawiono przypadki trojga dzieci w wieku przedszkolnym, u których nie został wykonany zabieg frenotomii. Wszystkie dzieci mają skrócone wędzidełko języka w stopniu znacznym. Omówiony został wpływ ankyloglosji na ich funkcjonowanie (oddychanie, ssanie, połykanie oraz czynności pokarmowe) oraz to, jak przedstawia się ich sytuacja obecnie. Poniższe dane pochodzą z wywiadu z rodzicami dzieci oraz analizy dokumentacji logopedycznej i medycznej. Na potrzeby publikacji wszystkie imiona dzieci zostały zmienione.

Przypadek 1. Ania, 4 lata

Jak wynika z wywiadu z matką dziecka oraz z analizy dokumentacji medycznej, brak podcięcia wędzidełka u dziewczynki był skutkiem nieprawidłowego odgryzania i połykania. W wieku 9 miesięcy dziewczynka bardzo się krztusiła, pojawiały się problemy z odgryzaniem miękkich pokarmów (mimo chęci nie radziła sobie z tą czynnością), które podawali jej opiekunowie. Sytuacja poprawiła się około 12. miesiąca życia, przez co rodzice nieco się uspokoili. Pomimo tego opiekunowie nie zdecydowali się na podcięcie wędzidełka, jak sami stwierdzili, ze strachu przed samym zabiegiem. Ania poszła do przedszkola w wieku 3 lat i przez rok pod okiem logopedy wykonywała ćwiczenia rozciągające wędzidełko. Jak twierdzi matka, ćwiczenia niewiele zmieniły u dziecka.



ILUSTRACJA 1. Ania, 4 lata. Skrócone wędzidełko językowe – zakrycie językiem czerwieni górnej wargi

ŹRÓDŁO: Archiwum autorek.



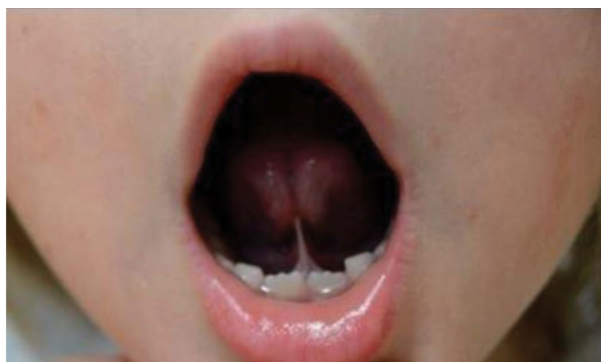
ILUSTRACJA 2. Ania, 4 lata. Skrócone wędzidełko językowe – próba uniesienia szerokiego języka za górny łuk zębowy

ŹRÓDŁO: Archiwum autorek.

Przypadek 2. Jaś, 3 lata

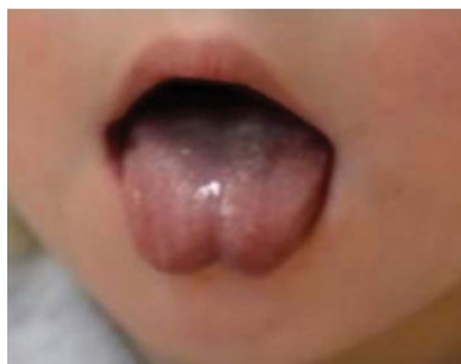
Jaś urodził się w 38. tygodniu ciąży. Już od pierwszych dni życia dziecka podczas karmienia matka odczuwała ból piersi. Zaniepokoiło ją również to, że chłopiec podczas picia mleka często miał kolki i czkawki. Po kilku tygodniach matka zauważyła, że chłopiec nie przybiera na wadze, a jego kamienie milowe się przesuwają. Po spotkaniu z doradcą laktacyjnym matka karmiła dziecko z butelki i ssanie u chłopca znacznie się poprawiło.

Kiedy Jaś miał 2 miesiące, mamę zaniepokoił fakt, iż chłopiec zarówno w ciągu dnia, jak i podczas snu oddycha przez usta. Odpowiedzi na pytanie, dlaczego tak się dzieje, kobieta zaczęła szukać na forach internetowych. Po przeczytaniu postów innych matek, które pisały, że ich dzieci funkcjonują w podobny sposób, twierdząc, że nie ma w tym nic złego, mama Jasia poczuła spokój i zaprzestała dalszych interwencji. W 2. roku życia dziecka, gdy chłopiec zaczynał wypowiadać swoje pierwsze wyrazy, rodzice zauważyli, że jego mowa jest niewyraźna i odbiega od cech mowy dzieci ich znajomych. Natomiast gdy chłopiec osiągnął 3 lata, a jego artykulacja stała się jeszcze bardziej niezrozumiała, przerażeni rodzice skontaktowali się z logopedą, który zalecił podcięcie wędzidełka i zaproponował dalszą terapię.



ILUSTRACJA 3. Jaś, 3 lata. Skrócone wędzidełko językowe – próba uniesienia języka do góry

ŹRÓDŁO: Archiwum autorek.



ILUSTRACJA 4. Jaś, 3 lata. Skrócone wędzidełko językowe – wysunięcie języka na brodę

ŹRÓDŁO: Archiwum autorek.

Przypadek 3. Michał, 5 lat

Jak wynika z wywiadu, Michał tydzień po urodzeniu, ze względów zdrowotnych matki i z powodu przyjmowanych przez nią leków, zaczął uczyć się pobierania pokarmu z butelki. W 6. miesiącu życia rodzice zaczęli wprowadzać chłopcu pokarmy papkowate, jednak Michał przez długi czas wypluwał podawane mu posiłki. Z biegiem czasu rodzice podawali chłopcu miękki pokarm, który jadł wybiórczo. Problemy pojawiły się, gdy dziecko dostawało np. mięso z zupy. Chłopiec nie radził sobie z przeżuwaniem tej potrawy (jak ocenił lekarz pediatra, mechanizm żucia przebiegał nieprawidłowo, ponieważ przypominał czynność gryzienia z otwartą buzią).

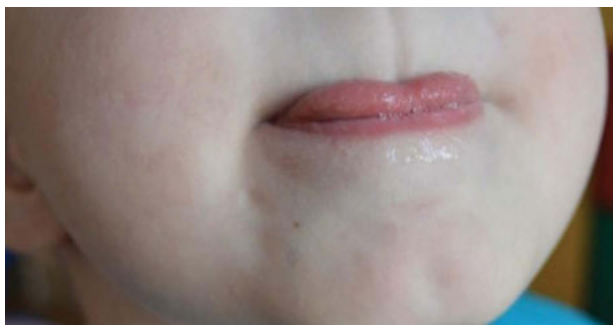
W 3. roku życia dziecka rodzice zdecydowali się na wizytę u logopedy, ponieważ zaniepokoiła ich niewyraźna mowa syna. Terapeuta zauważył, że chłopiec oddycha torem ustnym i podczas mowy wypowiada słowa na wdechu i wydechu oraz bardzo często i głośno pobiera powietrze do dróg oddechowych. Pani

logopeda wyjaśniła rodzicom, że chłopcu należy podciąć wędzidełko, ponieważ jest za krótkie i wszystkie problemy wynikają właśnie stąd. Rodzice Michała nie zdecydowali się jednak na zabieg, uznając go za zbyt inwazyjny.



ILUSTRACJA 5. Michał, 5 lat. Skrócone wędzidełko językowe – próba uniesienia szerokiego języka za górny łuk zębowy

ŹRÓDŁO: Archiwum autorek.



ILUSTRACJA 6. Michał, 5 lat. Skrócone wędzidełko językowe – zakrycie czerwieni górnej wargi

ŹRÓDŁO: Archiwum autorek.

Podsumowanie

Zagadnienie ankyloglosji i jej wpływu na funkcje primarne nie zostało jeszcze dostatecznie wyczerpane. Występuje wiele nieścisłości zarówno w źródłach polskich, jak i zagranicznych dotyczących tego tematu. Należałoby przeprowadzić badania, które udowodnią możliwość wpływu skróconego wędzidełka na wszystkie podstawowe funkcje fizjologiczne układu orofacjalnego lub też taki wpływ zanegują.

Ponadto ważne jest, by wprowadzić jeden, wspólny schemat postępowania w przypadku ankyloglosji. Nie od dziś wiadomo, że wielu logopedów ma odmienne zdania dotyczące zarówno skróconego wędzidełka, jego funkcji w układzie

stomatognatycznym, jak i skutków, jakie ankyloglosja ze sobą niesie. W związku z tym współpraca logopedy z innymi terapeutami i lekarzami jest bardzo ważna, ponieważ skrócone wędzidełko nie tylko wpływa na wadliwą wymowę, ale również zaburza opisane w niniejszym artykule czynności prymarne, jak również przyczynia się do występowania anomalii w zgryzie, nieprawidłowej artykulacji czy problemów emocjonalnych. Warto też zwrócić uwagę na fakt, iż na tle innych przyczyn anatomicznych nieprawidłowej wymowy ankyloglosja jest wadą anatomiczną, którą relatywnie łatwo usunąć. Dlatego istotne jest uświadomienie rodzicom i opiekunom wpływu ankyloglosji na rozwój dziecka i problemów, jakie mogą się pojawić w związku z jej nieleczeniem.

Bibliografia

- BALLARD, J.L., AUER, C.E., & KHOURY, J.C. (2002). Ankyloglossia: assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics*, 5, e63–e63.
- DEZIO, M., PIRAS, A., GALLOTTINI, L., & DENOTTI, G. (2015). Tongue-tie, from embryology to treatment: a literature review. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 4(1), 1–12.
- HUANG, Y.S., QUO, S., BERKOWSKI, J.A., & GUILLEMINAULT, C. (2015). Short Lingual Frenulum and Obstructive Sleep Apnea in Children. *Int J Pediatr Res*, 1, 1–4.
- KACZMAREK, A., & ŁYSIAK-SEICHTER, M. (2005). Ankyloglosja i jej wpływ na powstawanie wad zgryzu, opis przypadków. *Forum Ortodontyczne*, 1(5), 133–141.
- KOTLOW, L. (2008). Lasers and pediatric dental care. *Gen Dent*, 56, 618–627.
- Lingual, labial frenums: Early detection can prevent health effects associated with tongue-tie*. Pobrane z: <https://www.rdhmag.com/articles/print/volume-35/issue-12/content/lingual-and-labial-frenums.html> (data dostępu: 15.03.2019).
- ŁUSZCZUK, M. (2013). Zaburzenia czynnościowe w obszarze narządu żucia jako podłoże wad wymowy. *Forum Logopedyczne*, 21, 55–62.
- MALICKA, I. (2013). Oddychanie jako jedna z funkcji prymarnych. *Forum Logopedyczne*, 21, 47–54.
- MARTINELLI, R., MARCHESAN, I.Q., GUSMÃO, R.J., RODRIGUES, A., & BERRETIN-FELIX, G. (2014). Histological Characteristics of Altered Human Lingual Frenulum. *Int J Pediatrics and Child Health, Health*, 2, 5–9.
- NEHRING-GUGULSKA, M., ŻUKOWSKA-RUBIK, M., & PIETKIEWICZ, A. (2017). *Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy*. Kraków: Wydaw. Medycyna Praktyczna.
- OSTAPIUK, B. (1997). Zaburzenia dźwięczności realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji. *Audiologia*, X, 117–136.
- OSTAPIUK, B. (2005). Logopedyczna ocena ruchomości języka. W: M. MŁYNARSKA, & T. SMEREKA (red.), *Logopedia. Teoria i praktyka* (s. 299–306). Wrocław: Wydaw. A. Linea.
- OSTAPIUK, B. (2013). *Dyslalia ankyloglosyjna. O krótkim wędzidełku języka, wadliwej wymowie i skuteczności terapii*. Szczecin: Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- OSTAPIUK, B. (2015). Postępowanie logopedyczne u osób z dyslalią i ankyloglosją. W: S. GRABIAS, J. PANASIUK, & T. WOŹNIAK (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 655–685). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

- PLUTA-WOJCIECHOWSKA, D. (2011). Paradigmat postępowania w przypadku zaburzeń połykania w fazie ustnej. Ujęcie logopedyczno-ortodontyczne. *Forum Logopedyczne*, 19, 138–152.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA, D. (2013). *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji*. Bytom: Wydaw. Ergo-Sum.
- PLUTA-WOJCIECHOWSKA, D., & SAMBOR, B. (2016). O różnych typach skróconych wędzidełek języka, ich ocenie i interpretacji wyników badań w logopedii. *Logopedia*, 45, 123–157.
- PROFFIT, W.R., FIELDS, H.W., & SARVER, D.M. (2007). *Contemporary orthodontics*. St. Louis: Mosby Elsevier.
- PRZYBYŁA, O. (2015). Postępowanie logopedyczne w przypadku noworodków i niemowląt. W: S. GRABIAS, J. PANASIUK, & T. WOŹNIAK (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 555-559). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- SIODA, T. (2012). Wędzidełko języka u noworodka – ocena neonatologiczna i zalecenia. *Stand Med Ped*, 9, 115–123.
- SKOREK, E.M. (2010). *Reranie. Profilaktyka, diagnoza, terapia*. Kraków: Impuls.
- SKOREK, E.M., & RZĄDZKA, M. (2011). *Profilaktyka i terapia dysfunkcji oddechowych u dzieci*. Zielona Góra: Wydaw. Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- SKRZEK, J. (2016). Diagnostyka i terapia funkcji pokarmowych w obrębie okolicy orofacjalnej – połykania, gryzienia i żucia. W: S. MILEWSKI, & K. KACZOROWSKA-BRAY (red.), *Wczesna interwencja logopedyczna* (s. 337–354). Gdańsk: Wydaw. Harmonia Universalis.
- STAŃCZYK, K., CIOK, E., PERKOWSKI, K., & ZADURSKA, M. (2017). *Ankyloglosja – przegląd piśmiennictwa*. „Forum Ortodontyczne Warszawa”. Warszawski Uniwersytet Medyczny.
- STECKO, E. (1991). Czynności przygotowujące niemowlęcy narząd artykulacyjny do podjęcia funkcji mowy. W: B. ROCEŁAWSKI (red.), *Opieka logopedyczna od poczęcia*. Gdańsk: Wydaw. Uniwersytetu Gdańskiego.
- STECKO, E. (2002). *Zaburzenia mowy u dzieci – wczesne rozpoznawanie i postępowanie logopedyczne*. Warszawa: Wydaw. Uniwersytetu Warszawskiego.
- SUTER, V., & BORNSTEIN, M.M. (2009). Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. *J Periodontol*, 80(8), 1204–1219.
- WALLACE, A.F. (1963). Tongue tie. *Lancet*, 2, 377–378.
- ZALESKI, T. (2002). *Opóźniony rozwój mowy*. Warszawa: Wydaw. Lekarskie PZWZL.



BEATA SZEWCZYK

Przemysłowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Gdańsku

0000-0001-9052-2571

Diagnoza i terapia zaburzeń oddechowo-fonacyjnych w dyszartrii Studia indywidualnych przypadków

Diagnosis and Therapy of Respiratory and Phonatory Disorders in Dysarthria. Case Studies

ABSTRACT: This article presents the exemplary types of dysarthria with its characteristic respiration, phonation, and prosody disorders. The author examined the voice capabilities of three patients, aged 52, 74 and 81, respectively, described them, and composed short session programmes in voice therapy (comprised of three meetings) adapted to their individual needs. The author carried out the part of the therapy and then listed tendencies resurfacing during the exercises performed by the patients. Finally, the expected effects of further exercises (following previously applied methods) were presented.

KEY WORDS: dysarthria, respiration, phonation, voice modulation, neurologopaedic diagnosis and therapy

Wprowadzenie

Ludzki głos jest powszechnie uznawany za jeden z najdoskonalszych instrumentów dętych, wygenerowanych przez samą naturę. Jego trzy główne cechy – napięcie, barwa oraz częstotliwość – są dla każdego człowieka wyjątkowe i niepowtarzalne. Jest on zwierciadłem szerokiej gamy emocji, która towarzyszy codziennym komunikatom. Ten element fizjologii człowieka jest tak oczywisty, że jego nagła zmiana, utrata czy defekt wydają się niewyobrażalne. Tymczasem, w przebiegu wielorakich schorzeń może dojść do jego nieodwracalnych, a nawet postępujących zaburzeń. Jedną z niekwestionowanych przyczyn takiego biegu zdarzeń jest wystąpienie dyszartrii, czyli „niezdolności do wyraźnego wypowiedania się, zespołu zaburzeń opuszkowo-fonacyjno-artykulacyjnych spowodowanych uszkodzeniem ośrodków i dróg unerwiających aparat mowy, występujących mimo poprawnego planu mowy” (Gatkowska, 2012, s. 19).

Mowa w dyszartrii jest zniekształcona pod względem fonetycznym i ekspresyjnym, pozostaje natomiast nienaruszona pod względem leksykalnym, gramatycznym i syntaktycznym.

Grażyna Jastrzębowska (2003) słusznie zauważa, że terminem „dyszartria” często określa się zaburzenia artykulacji, ale zaznacza, iż są to także zaburzenia fonacji, czyli generowania dźwięków w obrębie krtani oraz zaburzeń rezonacji – zmian brzmienia dźwięków zachodzących w nasadzie. Na niesłusznie marginesowe traktowanie dysfunkcji oddechowych i fonacyjnych zwraca uwagę również Urszula Mirecka (2008, s. 235).

Zaburzenia funkcji oddechowych i fonacyjnych w poszczególnych rodzajach dyszartrii

Przed przystąpieniem do analizy konkretnych zaburzeń głosu, jakie mogą wystąpić w poszczególnych rodzajach dyszartrii, warto przypomnieć definicję głosu, określić czym się on charakteryzuje, gdy jest prawidłowy (eufoniczny) oraz gdy jest nieprawidłowy (dysfoniczny). Agata Szkiełkowska (2012) definiuje te pojęcia w następujący sposób: „**Głos prawidłowy** jest dźwięczny i czysty, pozostaje taki również po wysiłku, nie zawiera komponentów szumowych, jest bogaty rezonansowo i tworzony z nastawieniem miękkim, ma wysokość odpowiednią do płci i wieku oraz natężenie odpowiednie do sytuacji; w czasie wypowiedzi zmiany natężenia i wysokości tego głosu występują płynnie, stosownie do treści wypowiedzi, artykulacja jest prawidłowa, wyrazista”. W **dysfonii** natomiast „zmianie ulegają sposób emisji, charakter głosu, zakres, średnie położenie głosu oraz czas fonacji. Dysfonia jest zaburzeniem czynności narządu głosu, jako skutek istniejącej w obrębie narządu głosu zmiany patologicznej (dysfonia organiczna) lub efekt zaburzeń czynności skomplikowanych mechanizmów w procesie tworzenia (dysfonia czynnościowa). Zaburzenia głosu o typie dysfonii zawsze spowodowane są niesprawnością narządu głosu i bardzo często towarzyszy im chrypka” (Szkiełkowska, 2012, s. 186).

W celu opisanego zaburzeń fonacji i oddychania w poszczególnych typach dyszartrii posłużono się klasyfikacją objawową Frederica L. Darleya i współautorów z 1975 roku, która wyróżnia następujące typy tego zaburzenia: dyszartria wiotka, dyszartria spastyczna, dyszartria ataktyczna, dyszartria hiperkinetyczna, dyszartria hipokinetyczna i dyszartria mieszana (Mirecka, 2012).

Dyszartria spastyczna charakteryzuje się nadmiernym napięciem fałdów głosowych, czego efektem są trudności w rozpoczęciu emisji głosu. Gdy napięcie fałdów głosowych wzrasta, mogą pojawić się niekontrolowane zmiany wysokości i natężenia głosu oraz zakłócenia w jego modulacji. Częściej jednak wysokość

i natężenie głosu są patologicznie niezmiennie, co jest efektem długotrwałego utrzymywania się wzmożonego napięcia fałdów głosowych. Wzmożone napięcie dotyczy również podniebienia miękkiego, wskutek czego głos charakteryzuje się nosowym zabarwieniem (Jauer-Niworowska & Kwasiborska, 2015, s. 39, 40). Pojawiają się załamania wysokości głosu, głos jest chrapliwy, niski, słaby i napięto-zdławiony. Trudności oddechowe objawiają się głównie skróceniem fraz oraz słyszalnym w toku mowy przydechem (Mirecka, 2012, s. 535).

W **dyzartrii wiotkiej** zaburzenia rozpoczęcia emisji głosu są spowodowane trudnościami w uzyskaniu zwarcia fałdów głosowych z uwagi na patologicznie obniżone napięcie mięśni aparatu fonacyjnego. Ta sama przyczyna powoduje patologiczną monotonię natężenia i wysokości głosu. Nosowe zabarwienie również jest tu obserwowane, ale w odróżnieniu od dyzartrii spastycznej, powoduje go obniżenie mięśni podniebienia miękkiego (Jauer-Niworowska & Kwasiborska, 2015, s. 39, 40). Głos jest szorstki, monotony, o obniżonym natężeniu i osłabionej dźwięczności. Niekiedy obserwuje się zjawisko diplofonii. Te trudności fonacyjne wynikają z porażenia mięśni zaopatrywanych przez X nerw czaszkowy. Zaburzenia oddechu manifestują się jego spłyceniem, osłabieniem kontroli fazy wydechowej i skróconym czasem wydechu. Podczas mówienia występuje męczliwość oddechowa, wdech jest głośny (Mirecka, 2012).

Dyzartria ataktyczna, w której zaburzenia głosu są kompatybilne z objawami uszkodzenia mózdzku, charakteryzuje się dyskoordynacją pracy fałdów głosowych, przez co rozpoczęcie emisji głosu również jest utrudnione. Drżenia zamiarowe i zaburzenia koordynacji fałdów głosowych powodują niekontrolowane zmiany wysokości i natężenia głosu, a jego nosowe zabarwienie, obecne również w tym typie dyzartrii, wynika z zaburzeń koordynacji mięśni podniebienia miękkiego. Wysokość głosu jest patologicznie niezmienna w wyniku skandowania, a natężenie – w wyniku obniżonego napięcia fałdów głosowych (Jauer-Niworowska & Kwasiborska, 2015, s. 39, 40). Barwa głosu określana jest jako chrapliwa (Mirecka, 2012).

W **dyzartrii hiperkinetycznej** występują takie trudności fonacyjne jak: krótkie, rytmiczne przerwy w fonacji, nieoczekiwane zamilknięcia, chrapliwy, drżący, napięto-zdławiony głos, nadmierna głośność. Zaburzenia oddechowe występują pod postacią nagłych, mimowolnych wdechów i wydechów, przyspieszonego oddychania, skrócenia frazy oraz mówienia na wdechu (Mirecka, 2012, s. 536). Emisja głosu w dyzartrii hiperkinetycznej **pląsawiczej** nie zawsze rozpoczyna się z wysiłkiem; zależy to od aktualnego napięcia fałdów głosowych, które charakteryzuje się zmiennością. Na skutek mimowolnych ruchów fałdów głosowych występują zaburzenia modulacji głosu w zakresie jego wysokości i natężenia. Ruchy mimowolne mięśni podniebienia miękkiego mogą przyczyniać się do występowania nosowania. Dyzartria hiperkinetyczna występuje również w postaci **dystonicznej** i cechuje się emisją rozpoczynaną z wysiłkiem, w skrajnych postaciach afonią, pojawiającą się w czasie dystonicznych skurczów fałdów głosowych –

ta sama przyczyna powoduje również zaburzenia napięcia i częstotliwości głosu oraz jego nosowe zabarwienie w przypadku skurczów mięśni podniebienia miękkiego (Jauer-Niworowska & Kwasiborska, 2015, s. 39, 40).

Ze względu na wzmożone napięcie fałdów głosowych, występujące w **dyszartrii hipokinetycznej**, emisja głosu zawsze rozpoczyna się z dużym wysiłkiem. Wysokość i napięcie głosu są patologicznie niezmiennie. Wzmożone napięcie mięśni podniebienia miękkiego skutkuje nosowym zabarwieniem głosu (Jauer-Niworowska & Kwasiborska, 2015, s. 39, 40). Głos jest chrapliwy, drżący, z przydechem, charakteryzuje się skróconą fazą fonacji (Mirecka, 2012).

Dyszartria mieszana może być połączeniem objawów dwu lub więcej typów dyszartrii. Praktyka kliniczna odnotowuje kombinacje prawie wszystkich jej rodzajów. Badania z 1995 roku wykazują, że najczęstszymi kombinacjami są dyszartria wiotko-spastyczna (42%), ataktyczno-spastyczna (23%), hipokinetyczno-spastyczna (7%), ataktyczno-wiotko-spastyczna (6%) i hiperkinetyczno-hipokinetyczna (3%) (Mirecka, 2012, s. 537).

Podsumowując: każdemu rodzajowi dyszartrii z wyżej przytoczonej klasyfikacji można przypisać specyficzne problemy w zakresie emisji głosu. Co więcej, są one kompatybilne z ogólnymi zaburzeniami ruchowymi, jakie występują przy schorzeniach nierozzerwalnie związanych z dyszartrią. Mięśnie narządu głosu i aparatu mowy zachowują się podobnie, jak wszystkie inne mięśnie organizmu zaatakowane przez chorobę o podłożu neurologicznym.

Cel pracy, materiał i metoda

Celem artykułu jest zaprezentowanie przykładowych zaburzeń oddechowo-fonacyjnych towarzyszących dyszartrii oraz udzielenie odpowiedzi na pytanie: czy i w jakim stopniu terapia głosu w przypadku dyszartrii jest efektywna? Badania o tym charakterze mogą zachęcić terapeutów prowadzących rehabilitację chorych z dyszartrią do bardziej wnikliwego spojrzenia na temat ich możliwości oddechowo-fonacyjnych, zwłaszcza, że w artykule zgromadzono szereg gotowych ćwiczeń przydatnych w pracy praktycznej.

Grupę badaną stanowią trzej pacjenci ze zdiagnozowaną dyszartrią o odmiennym podłożu etiologicznym, której towarzyszą zaburzenia oddechu i fonacji. Obraną przez autorkę metodą przeprowadzania badań jest studium indywidualnych przypadków. Do diagnozy pacjentów z grupy badanej wykorzystane zostały następujące narzędzia badawcze:

1. **Skala GRBAS** – najczęściej stosowana przez foniatorów i terapeutów głosu skala służąca do oceny percepcyjnej (odsłuchowej). Skala ta opisuje zaburzenia głosu za pomocą pięciu następujących parametrów: G (*grade of hoarseness*) – stopień

chrypki; R (*roughness*) – szorstkość głosu wynikająca z nieregularności drgań fałdów głosowych; B (*breathiness*) – głos chuchający, będący wynikiem wydobywania się powietrza w czasie fonacji przez niezwartą głośnię; A (*asthenic*) – głos słaby asteniczny; S (*strained*) – głos napięty, hyperfunkcjonalny. Parametry te podlegają ocenie według następujących czterech stopni natężenia zaburzeń (w odniesieniu do wszystkich parametrów): 0 – oznacza głos normalny; 1 – lekkie nasilenie; 2 – mierne nasilenie; 3 – ciężkie nasilenie zaburzenia. Skala GRBAS jest subiektywną metodą badania głosu, uwzględniającą najważniejsze jego cechy, oceniane odsłuchowo. Została skonstruowana w 1981 roku przez japońskiego lekarza Minoru Hirano (Śliwińska-Kowalska & Niebudek-Bogusz, 2009, s. 13).

2. **Pomiar czasu fonacji** – polega na określeniu maksymalnego czasu, w którym pacjent wypowiada samogłoskę [a] podczas pełnego wydechu. Ostateczny pomiar to średnia z trzech podjętych pomiarów (Śliwińska-Kowalska & Niebudek-Bogusz, 2009, s. 13).
3. **Próba Czermaka** – próba służąca do rozpoznawania zjawiska nosowania otwartego. Polega na ustawieniu nieograniczonego lusterka przed ujściem nozdrzy przednich pacjenta i poleceniu wymawiania samogłosek lub sylab złożonych ze spółgłosek wybuchowych i samogłosek, np.: „pa-pa”, „ta-ta”, „ba-ba”. Gdy para wodna, znajdująca się w wydychanym przez badanego powietrzu wydobywającym się z nosa, skrapla się na lusterku, powodując tym samym zamglenie jego powierzchni, diagnozuje się wówczas nosowanie otwarte (Pruszewicz, 1992, s. 250).

Pozostała część badań jest inspirowana publikacją pt. *Dyzartria nabyta. Diagnoza logopedyczna i terapia osób dorosłych* autorstwa Olgi Jauer-Niworowskiej, która w rozdziale „Badanie kliniczne możliwości oddechowo-fonacyjnych” proponowała wiele przydatnych w praktyce prób jakościowego badania głosu.

Badania przeprowadzono na oddziale rehabilitacji neurologicznej w szpitalu św. Wincentego a Paulo w Gdyni oraz w Poradni Przychodni Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Norberta Barlickiego w Łodzi. Wszystkie informacje zdobyte drogą obserwacji były niezwłocznie odnotowywane, a następnie analizowane.

Charakterystyka badanych

Ryszard, 74 lata

Pacjent był hospitalizowany przez okres dwóch miesięcy w szpitalu w Gdyni. Na oddział neurologiczno-udarowy trafił z udarem podległej półkuli mózgu. Miał problemy z motoryką narządów artykulacyjnych, fonacyjnych i oddechowych, co

dawało typowy obraz zaburzeń dyszartrycznych. Pacjent nie skarżył się na duszności podczas mówienia, odczuwał natomiast napięcie w krtani. Obserwowano u niego trudności ze swobodnym oddychaniem przez nos (oddech był nierównomierny i słychać było w nim poświsty) oraz z wykonaniem głębokiego, swobodnego wdechu. Dość często zdarzało mu się dobierać powietrze podczas mówienia.

Głos był ochrypły, szorstki, asteniczny, o skróconym czasie fazy wydechowej (18 s) i fonacyjnej (12 s). Barwa głosu była zmieniona w stosunku do głosu fizjologicznego, jego częstotliwość była nienaturalnie niska, a natężenie lekko zmniejszone. Pacjent w niewielkim stopniu świadomie kontrolował zmniejszanie i zwiększanie siły głosu zarówno w ciągłej fonacji głoski [a], jak i realizacji tej głoski *staccato*. Ciśnienie podgłośniowe było prawidłowe, umożliwiające swobodną rozmowę. Podczas wymawiania sylab lusterko ustawione przed nosem badanego zostało zaparowane, co oznacza, że próba Czermaka, badająca sprawność zwarcia podniebno-gardłowego, była dodatnia.

Badanie za pomocą skali GRBAS wykazało:

- stopień chrypki: 3;
- stopień szorstkości głosu: 3;
- stopień emisji chuchającej: 2;
- stopień słabości głosu: 2;
- stopień napięcia głosu: 2.

Marianna, 81 lat

Pani Marianna, emerytowana nauczycielka matematyki, uczęszczała na terapię do jednej z łódzkich poradni przyszpitalnych. Do dyszartrii wiotkiej, z jaką się zmagала, doprowadził udar na poziomie pnia mózgu. Pacjentka miewала duszności w czasie mówienia, nie odczuwała natomiast dolegliwości fizycznych związanych z narządem głosu. Odnotowano zaś objawy związane z oddychaniem statycznym, a mianowicie: trudności ze swobodnym oddychaniem przez nos, trudności z wykonaniem głębokiego, swobodnego wdechu i arytmie w procesie oddychania. Podczas monologu pacjentki obserwowano częste dobieranie powietrza.

Głos był męczliwy, osłabiony, drżący. Był również pozbawiony modulacji, monotony, a co więcej – cichy i stale, patologicznie podwyższony. Pacjentka miała problemy z rozpoczęciem emisji. Czas fonacji był zdecydowanie skrócony (5 s), faza wydechowa również (10 s). Próba mająca na celu sprawdzenie umiejętności stopniowania siły głosu nie przyniosła pożądaných efektów. Ciśnienie podgłośniowe także okazało się niedostatecznie wysokie. Próba Czermaka wykazała występowanie nosowości.

Badanie za pomocą skali GRBAS wykazało:

- stopień chrypki: 1;
- stopień szorstkości głosu: 1;

- stopień emisji chuchającej: 2;
- stopień słabości głosu: 3;
- stopień napięcia głosu: 1.

Konrad, 52 lata

Pan Konrad również był pacjentem poradni przyszpitalnej w Łodzi ze zdiagnozowaną ataksją, której towarzyszyła dyzartria mózdkowa. Arytmiczny oddech i trudności w swobodnym oddychaniu wynikały z typowej dla tego rodzaju dyzartrii dyskoordynacji oddechowo-fonacyjnej. Pacjent często dobierał powietrze i skarżył się na duszności w czasie mówienia. Nie zgłaszał dolegliwości sensorycznych w obrębie narządu głosu.

Pacjent miał trudności z rozpoczęciem emisji głosu. Natężenie głosu zmieniało się podczas mówienia – mężczyzna z reguły miał donośny głos, ale niekiedy głos ten zupełnie zanikał. Próba polegająca na stopniowaniu fonacji podczas wypowiedzania głoski [a] *staccato* i *legato* wykazała problemy z kontrolą natężenia głosu. Średnica głosu wydawała się optymalna. Długość fazy wydechowej i czas fonacji okazały się skrócone (odpowiednio: 15 s i 11 s), zaś ciśnienie podgłośniowe prawidłowe. Próba Czermaka potwierdziła występowanie nosowego zabarwienia głosu o postaci zmiennej, czego przyczyną była dyskoordynacja mięśni podniebienia miękkiego.

Badanie za pomocą skali GRBAS wykazało:

- stopień chrypki: 1;
- stopień szorstkości głosu: 3;
- stopień emisji chuchającej: 2;
- stopień słabości głosu: 2;
- stopień napięcia głosu: 2.

Przebieg terapii

Poniżej przedstawiono indywidualne programy terapii dla pacjentów. Uwzględniają one cele ćwiczeń, czas trwania sesji terapeutycznych, zalecane formy i metody pracy, pomoce logopedyczne oraz przykładowe ćwiczenia. Dla każdego z badanych zaplanowano trzy spotkania z terapeutą. Niepodważalnie jest to niedostateczna ilość czasu, jaki należałoby poświęcić osobie z dyzartrią, ponieważ rehabilitacja schorzeń neurologicznych, którym towarzyszy dyzartria, jest zwykle stanem na trwałe wpisującym się w życie poszkodowanego. Prezentacja przykładowych programów terapii ma jedynie za zadanie zainspirować

do dalszych działań rehabilitacyjnych dzięki zawartym w nich różnorodnym ćwiczeniom i wskazówkom.

Czas trwania pojedynczej sesji terapeutycznej: 20 min.

Forma terapii: indywidualna.

Metody pracy: wyjaśnianie i prezentacja zaproponowanych ćwiczeń, stopniowanie trudności ćwiczeń.

Ryszard, 74 lata

Pierwsza sesja rehabilitacji logopedycznej

Cele terapii: pogłębienie wdechu, wydłużenie fazy wydechowej i fonacyjnej.

Pomoce logopedyczne: kserokopia fragmentu wiersza.

Przykładowe ćwiczenia:

1. Pacjent leży na plecach. Jedną dłoń kładzie na górnej części klatki piersiowej, drugą pomiędzy łukami żebrowymi. Najpierw kilka razy wykonuje wdech nosem i swobodny wydech ustami. Kontroluje dłońmi wypełniającą się powietrzem klatkę piersiową. Następnie wykonuje szybki wdech ustami i nosem jednocześnie, starając się doprowadzić powietrze do najniższych pięter klatki piersiowej. Dłoń leżąca pomiędzy łukami żebrowymi powinna unosić się w sposób wyraźny, natomiast leżąca w górnej części klatki piersiowej – w znacznie mniejszym stopniu. Pacjent następnie napina mięśnie brzucha, starając się przez moment zatrzymać powietrze w płucach, po czym wydycha powietrze bardzo wolno, przez lekko rozchyłone usta (Śliwińska-Kowalska & Niebudek-Bogusz, 2009, s. 41).
2. Pacjent wymienia kolejno liczby na jednym wydechu w umiarkowanym tempie, stopniowo zwiększając fazę wydechową. Najpierw liczy od 1 do 10, następnie od 1 do 15, od 1 do 20 itd., do uzyskania coraz większej liczby.

Zalecenia do samodzielnej pracy: pacjent dostaje czterowersowy fragment poematu epickiego *Pan Tadeusz, czyli ostatni zajazd na Litwie* autorstwa Adama Mickiewicza:

Śród takich pól przed laty, nad brzegiem ruczaju,
Na pagórku niewielkim, we brzozowym gaju,
Stał dwór szlachecki, z drzewa, lecz podmurowany;
Świeciły się z daleka pobielane ściany [...]

Ćwiczenie rozpoczyna od czytania jednego wersu na jednym wydechu. Następnie wydłuża czytanie do dwóch wersów. Ostatecznie podejmuje próbę

przeczytania na jednym wydechu wszystkich czterech wersów. Czyta w tempie umiarkowanym, z monotonną intonacją.

Druga sesja rehabilitacji logopedycznej

Cele terapii: podwyższenie średnicy głosu i wypracowanie kontroli wysokości głosu.

Pomoce logopedyczne: kserokopia fragmentu wiersza, zestaw słów z głoską [i] pełniącą funkcję sylabotwórczą, ukulele lub inny niewielki instrument strunowy.

Przykładowe ćwiczenia:

1. Ćwiczenie z wykorzystaniem cech fonetycznych głosek. Pacjent powtarza wyrazy z głoską [i], pełniącą funkcję sylabotwórczą, przedłużając ją. Przykładowe wyrazy: „nici”, „zima”, „lis”, „kino”, „piła”, „kiwi” itd.
2. Ćwiczenie z instrumentem. Zalecamy pacjentowi wykonywanie *glissando* między dwoma tonami – pierwszy to taki, który jest w zbliżony do aktualnych możliwości głosowych pacjenta, a drugi taki, który chcemy osiągnąć. Prezentujemy dwa dźwięki na instrumencie, na którym również jest możliwość wykonania *glissando*, np. na ukulele. Pacjent emituje głoskę [m], a następnie każdą samogłoskę ustną: [a], [e], [i], [o], [u], [y].
3. Pacjent czyta wiersz, który otrzymał na poprzedniej sesji terapeutycznej, przedłużając samogłoski. Początkowo szuka swojej aktualnej najwygodniejszej wysokości głosu, następnie stara się mówić głosem wyższym (np. o około pół tonu, maksymalnie o 2 tony). Czyta w sposób monotony, pilnując, aby obrona tonacja pozostała niezmienna.

Zalecenia do samodzielnej pracy: połączenie dwóch ćwiczeń – czytanie czterowersowego wiersza z monotonną intonacją i w umiarkowanym tempie na jednym wydechu, z koncentracją na uzyskanej na tej sesji wysokości głosu.

Trzecia sesja rehabilitacji logopedycznej

Cele terapii: zwiększenie natężenia głosu, zmniejszenie nosowości.

Pomoce logopedyczne: chusteczka higieniczna.

Przykładowe ćwiczenia:

1. Pacjent dmucha na rozłożoną chusteczkę tak, by odchylała się o jak największy kąt.
2. Pacjent wielokrotnie artykułuje sylabę „bu!” w donośny sposób, jakby chciał kogoś przestraszyć. Jedną dłonią kontroluje pracę przepony podczas artykula-

- cji, drugą – ilość wydychanego powietrza (dąży się tu do jego zminimalizowania).
3. Ćwiczenie z wykorzystaniem głosek tylnojęzykowych zwartych: [k] i [g]. Pacjent powtarza logatomy: akka, ekke, okko, ukku, ykky, agga, egge, oggo, uggu, yggy.
 4. Pacjent emituje kolejno samogłoski ustne, starając się kontrolować barwę głosu przy pomocy narządu słuchu. Następnie powtarza ćwiczenie z zamkniętymi skrzydełkami nosa. Stara się, by różnica między pierwszym a drugim sposobem emisji samogłosek była niemal niedostrzegalna.

Zalecenia do samodzielnej pracy: pacjent powtarza sylaby: „ma”, „me”, „mi”, „mo”, „mu”, „my”, przedłużając samogłoski. Ćwiczenie wykonuje w pozycji leżącej, z nogami lekko podniesionymi do góry tak, by poczuł pracę mięśni brzucha.

Marianna, 81 lat

Pierwsza sesja rehabilitacji logopedycznej

Cele terapii: pogłębienie wdechu i wydłużenie fazy wydechowej.

Pomoce logopedyczne: leżanka, chusteczka higieniczna.

Przykładowe ćwiczenia:

1. Chora wykonuje swobodne wdechy i wydechy w naturalnym rytmie, wdech nosem, wydech ustami. Poziomą głębokość wdechu chora może sprawdzać samodzielnie, przykładając dłoń do klatki piersiowej lub brzucha. Na wstępnym etapie ćwiczenie pomaga uświadomić sobie własny rytm oddechowy i głębokość wdechu. Pacjentka jest w pozycji półleżącej z ugiętymi kolanami i ugięciem w stawach biodrowych. Stopniowo zwiększa głębokość wdechu, nabierając coraz większą ilość powietrza (Jauer-Niworowska, 2009, s. 70).
2. Chora wykonuje ćwiczenia oddychania połączone z ruchami rąk i nóg: wdech – ręce powoli unosi ku górze, wydech – opuszcza ręce; oraz: wdech – ręce bokiem w górę, nogi wyprostowane w kolanach, wydech – opuszcza ręce, ugina kolana do brzucha (Jauer-Niworowska, 2009, s. 70).
3. Pacjentka dmucha na chusteczkę przytwierdzoną do ściany tak, by przez jak najdłuższy czas utrzymywała się na jej powierzchni.
4. Pacjentka wypowiada jak najdłużej na jednym wydechu głoski [f] i [s].
5. Pacjentka liczy na jednym wydechu jak najwięcej wron: „jedna wrona bez ogona, druga wrona bez ogona, trzecia wrona bez ogona, czwarta wrona bez ogona, piąta wrona bez ogona...”. W czasie ćwiczenia pacjentka zwraca uwagę

na to, by ostatnie słowo było wypowiedziane tak samo donośnie jak pierwsze (Walencik-Topiłko, 2009, s. 43).

Zalecenia do samodzielnej pracy: pacjentka ma za zadanie przeczytać zdanie: „Ależ alabastrowa Ala alarmuje altem alpejskiego albatrosa” na jednym wydechu. Stopniowo powieliła to zdanie, wypowiadając je dwa razy, trzy razy itd. (Wosik-Kawala, 2015, s. 71).

Druga sesja rehabilitacji logopedycznej

Cele terapii: zwiększenie siły wydechu i wydłużenie czasu fonacji.

Pomoce logopedyczne: woda, kubek, słomka, stoper.

Przykładowe ćwiczenia:

1. Pacjentka dmucha przez słomkę (o średnicy około 10 mm) ułożoną na języku, zanurzoną w wodzie, aby na powierzchni wody utworzyły się pęcherzyki powietrza. W razie potrzeby początkowo uciska skrzydełka nosa tak, by większa część powietrza nie wylatywała nosem.
2. Chora dmucha na zanurzoną uprzednio w wodzie dłoń tak, by poczuć na niej podmuch powietrza. W miarę poprawy sprawności dmucha z coraz większą siłą (Jauer-Niworowska, 2009, s. 71).
3. Pacjentka kolejno emituje jak najdłużej na jednym wydechu samogłoski: [a], [e], [i], [o], [u], [y].
4. Pacjentka emituje wszystkie samogłoski ustne na jednym wydechu, zapętłając je: „a-e-i-o-u-y-a-e-i-o-u-y-a-e...”.

Zalecenia do samodzielnej pracy: pacjentka wymawia samogłoskę [a] na jednym wydechu, mierząc sobie czas za pomocą stopera lub wskazówki zegara wyznaczającej sekundy. Zapisuje wyniki i przedstawia je na kolejnej sesji terapeutycznej.

Trzecia sesja rehabilitacji logopedycznej

Cele terapii: zwiększenie siły głosu i likwidacja nosowania.

Pomoce logopedyczne: brak.

Przykładowe ćwiczenia:

1. Pacjentka wykonuje *mormorando* na głosce [m]. Następnie rozpoczyna emisję głosu cicho, niemal szeptem, stopniowo zwiększa siłę głosu, kończąc na donośnym, dźwięcznym [m].

2. Pacjentka wielokrotnie artykułując sylabę „bu!” w donośny sposób, jakby chciała kogoś przestraszyć. Jedną dłonią kontroluje pracę przepony podczas artykulacji, drugą ilość wydychanego powietrza (dąży się do jego zminimalizowania).
3. Ćwiczenie z wykorzystaniem głosek tylnojęzykowych, zwartych: [k] i [g]. Pacjentka powtarza logatomy: akka, ekke, okko, ukku, ykky, agga, egge, oggo, uggu, yggy.
4. Pacjentka wypowiada kolejno samogłoski ustne, starając się kontrolować barwę głosu przy pomocy narządu słuchu. Następnie powtarza ćwiczenie z zamkniętymi skrzydełkami nosa. Stara się, by różnica między pierwszym a drugim sposobem realizacji samogłosek była niemal niedostrzegalna.

Zalecenia do samodzielnej pracy: pacjentka ma powtarzać sylaby, przedłużając samogłoski: ra, re, ri, ro, ru, ry, w pozycji leżącej, z nogami lekko podniesionymi do góry tak, by poczuła pracę mięśni brzucha.

Konrad, 52 lata

Pierwsza sesja rehabilitacji logopedycznej

Cele terapii: wypracowanie równomiernej siły wydechu.

Pomoce logopedyczne: kartka, świeca, zapalniczka, chusteczka.

Przykładowe ćwiczenia:

1. Pacjent trzyma kartkę w odległości około 30 cm od twarzy. Dmucha na dolną jej część tak, by odgięła się o 30–40 stopni od osi pionowej. Stara się utrzymać ten kąt wychylenia siłą wydechu przez cały czas jego trwania (Walencik-Topiłko, 2009, s. 44).
2. Pacjent dmucha na tę samą kartkę, która została użyta w ćwiczeniu pierwszym, ale kilkakrotnie. Odchylenie kartki powinno być za każdym razem takie samo.
3. Pacjent dmucha na płomień świecy tak, by się poruszał, ale ostatecznie nie zgasł.
4. Pacjent utrzymuje na powierzchni ściany chusteczkę za pomocą strumienia powietrza przez jak najdłuższy czas.
5. Pacjent wykonuje trzy wydechy z równomiernym wymawianiem głoski [s] jak najciszej (Walencik-Topiłko, 2009, s. 44).

Zalecenia do samodzielnej pracy: pacjent wymawia głoskę [s] *staccato* raz cicho raz głośno, rytmicznie.

Druga sesja rehabilitacji logopedycznej

Cele terapii: kształtowanie kontroli głośności tonu.

Pomoce logopedyczne: kartka, długopis.

Przykładowe ćwiczenia:

1. Pacjent wykonuje *mormorando* na głosce [m], by pobudzić do pracy rezonatory. Następnie głosce [m] towarzyszą kolejno wszystkie samogłoski ustne. Pacjent dodaje je, zmieniając jedynie ułożenie narządów artykulacyjnych. Nie zmienia wysokości ani natężenia głosu. Nie robi też pauzy między [m] a samogłoską, np.: „mmmmaaaaa”, „mmmmeeeee” itd.
2. Pacjent wymawia głoskę [a] *staccato* (7 razy), zaczynając cicho, niemal szeptem, stopniowo zwiększając natężenie głosu. Ostatnia musi być wymówiona najgłośniej ze wszystkich. Następnie tę samą głoskę wypowiada coraz ciszej. Ćwiczenie powtarza na wszystkich samogłoskach ustnych. Później wszystkie samogłoski realizuje także *legato*.
3. Pacjent wymawia zdanie: „Wczoraj bolała mnie głowa, ale dzisiaj czuję się lepiej”, zaczynając szeptem, a następnie stopniowo zwiększa siłę głosu.
4. To samo zdanie (jak w ćwiczeniu 3) pacjent wymawia na cztery różne sposoby: szeptem, półgłosem, głosem pełnym i wykrzykuje.

Zalecenia do samodzielnej pracy: pacjent wypowiadać ma sylaby z ćwiczenia pierwszego („ma”, „me”, „mi”, „mo”, „mu”, „my”), ale tym razem z opadającą i wznoszącą intonacją na zmianę.

Trzecia sesja rehabilitacji logopedycznej

Cele terapii: kształtowanie kontroli wysokości tonu i modulacji głosu.

Pomoce logopedyczne: fragment siódmego rozdziału powieści *Mistrz i Małgorzata* autorstwa Michaiła Bułhakowa.

Przykładowe ćwiczenia:

1. Pacjent wymawia jak najdłużej i bez zmiany wysokości głosu po kolei samogłoski: [a], [e], [i], [o], [u], [y] (Wosik-Kawała, 2015, s. 86).
2. Pacjent wymawia wszystkie samogłoski ustne jednym ciągiem tak, jakby stanowiły jedno słowo: „aeiouy”, przedłużając przy tym każdą z nich i starając się nie dopuszczać do zmiany wysokości tonu.
3. Pacjent słucha fragmentu tekstu i określa, w którym miejscu występuje intonacja opadająca, a w którym wznosząca się.

4. Pacjent wymawia połączenie samogłosek „au” z różną intonacją (jako pytanie, twierdzenie, zdziwienie, gniew, zachwyty) (Walencik-Topiłko, 2009, s. 50).
5. Pacjent za pomocą samogłosek [a], [e], [i], [o], [u], [y] stara się wyrazić: zdziwienie, zadowolenie, gniew, wstręt, oburzenie, zaprzeczenie, rozdrażnienie, kpinę, wątpliwość i sarkazm (Wosik-Kawała, 2015, s. 86).

Zalecenia do samodzielnej pracy: pacjent przypomina sobie dwie emocje, których nazwy nie padły w ćwiczeniu 5. Zastanawia się, jak można by było je przedstawić za pomocą tych samych samogłosek i przygotowuje się do zaprezentowania ich w czasie następnej sesji terapeutycznej. Przed prezentacją nie mówi terapeutę, jakie to emocje – muszą być na tyle wyraziste, by logopeda sam je odgadł.

Efekty terapii

Nielatwo mówić o długotrwałych i efektywnych skutkach terapii głosu przy wyznaczonym przez placówki limicie spotkań z pacjentami w celach badawczych. Na ich podstawie można jedynie podjąć się opisu przewidywanego przebiegu terapii. Aby stworzyć taką prognozę, należy wziąć pod uwagę kilka istotnych czynników, takich jak: zaangażowanie pacjenta w wykonywane ćwiczenia, precyzja wykonywanych ćwiczeń, poziom kontroli słuchowej wykonywanych ćwiczeń, liczba i jakość zrealizowanych celów wyznaczonych na potrzeby każdej sesji terapeutycznej, świadomość problemów z aparatem głosu, chęć dostosowania się do zaleceń terapeuty czy też traktowanie z należytą powagą zadań domowych.

W przypadku pana Ryszarda można było sobie pozwolić na wyznaczenie minimum dwóch celów dla każdej sesji terapeutycznej. Wszystkie polecenia kierowane do pacjenta po zaprezentowaniu ćwiczeń stawały się zrozumiałe. Pacjent uczestniczył w terapii aktywnie, zadawał pytania i wykonywał ćwiczenia zalecone do samodzielnej pracy. Porównywał przebieg wykonywanych ćwiczeń z zaprezentowanym przez terapeutę wzorcem i korygował swoje błędy poprzez eksperymenty.

Dużą część pierwszej sesji terapeutycznej poświęcono ćwiczeniu pierwszemu, które wdrożyło pacjenta w tok terapii, a przy okazji miało oddziaływanie relaksacyjne. Cztery dni przerwy między pierwszym a kolejnym spotkaniem pozwoliły na zrealizowanie celu, jakim było przeczytanie czterowersowego wiersza na jednym wydechu. To zaowocowało wprowadzeniem kolejnych, nowych celów w drugiej sesji terapeutycznej. Doskonałym elementem urozmaicającym terapię okazało się użycie instrumentu, ponieważ pacjent zachował podstawową wiedzę o muzyce, jaką wyniósł ze szkoły muzycznej. Wymierne efekty przyniosło również wykorzystanie cech fonetycznych samogłoski [i], klasyfikowanej jako samogłoska przymknięta, przednia, niezaokrąglona. Ze względu na swoje cechy akustyczne

(najwyższa częstotliwość spośród polskich samogłosek ustnych) sprzyjała podwyższeniu średnicy głosu.

Nieco więcej czasu trzeba było poświęcić na wyuczenie pacjenta stopniowego zwiększania i zmniejszania częstotliwości głosu, konieczne do prawidłowego wykonania ćwiczenia 2 na drugim spotkaniu terapeutycznym, ponieważ początkowo emitował on tylko skrajne dźwięki. Taka nagła zmiana mogła nie sprzyjać pracy fałdów głosowych. Dla zobrazowania *glissando* dodano więc pomocniczy, płynny ruch dłonią. Ćwiczenie trzecie nie sprawiło już problemów. Terapeuta zaproponował odpowiednią tonację, z którą wypowiedział wiersz, następnie deklamował go wspólnie z pacjentem, a na koniec pacjent wykonał zadanie samodzielnie.

Pierwsze ćwiczenie na trzecim spotkaniu przyniosło pozytywne efekty ze względu na dodatkową pracę analizatora wzrokowego. Pacjent, widząc odchylającą się o odpowiedni kąt chusteczkę, widział tym samym skutek swojej pracy, zatem łatwiej było mu kontrolować oddech. Miał jednak kłopot ze zwarciem podniebienia miękkiego z tylną częścią języka, co dało się zaobserwować podczas ćwiczenia drugiego. W przypadku ćwiczenia trzeciego pacjent zauważył różnicę między nosowaniem otwartym a jego brakiem, demonstrowanym przez logopedę, natomiast miał kłopot w dostrzeżeniu tej różnicy u siebie.

Podsumowując, rokowanie w przypadku tego pacjenta wydaje się być dobre, pod warunkiem, że będzie on tak samo skory do wykonywania ćwiczeń jak dotychczas oraz jeśli jego stan zdrowia nie pogorszy się.

Pani Marianna była pacjentką, która w momencie badania podlegała terapii już od dłuższego czasu (około dwóch lat). Praca z takim pacjentem była łatwiejsza, ponieważ opanował on już przybliżony schemat terapii, znał cele swoich ćwiczeń, a w poradni stawiał się samodzielnie i z własnej woli.

Pierwsze dwa ćwiczenia, wykonywane w pozycji leżącej, miały charakter relaksacyjny. Do ćwiczenia na siłę wydechu wykorzystano chusteczkę, ponieważ jest lekka i nietrudno utrzymać ją na powierzchni ściany – tak przynajmniej było w przypadku pani Marianny. Maksymalny czas, w którym chusteczka była utrzymywana, wyniósł 5 s. Pomimo że jest to wynik dwa razy mniejszy od zmierzzonego w trakcie diagnozy czasu wydechu, warto pamiętać, że utrzymanie na ścianie chusteczki za pomocą strumienia powietrza wymaga również odpowiedniej siły wydechu, która zużywa dużą część energii. Następne ćwiczenie polegało na przedłużonej realizacji głosek szczelinowych – to zadanie, powtarzane wielokrotnie z przerwami na swobodne wdechy i wydechy, zaowocowało wydłużeniem ogólnego czasu wydechu do 13 s. Ostatnie zadanie wykonywane tego dnia – „liczenie wron” – również przyniosło pozytywny skutek („pięć wron bez ogona”), zwłaszcza z uwagi na fakt, że pacjentka mówiła powoli, a jej głos był dość słaby, z nastawieniem chuchającym.

Drugie spotkanie rozpoczęto od sprawdzenia efektów wykonywania zadania domowego. Pacjentka przeczytała zdanie dwa razy na jednym wydechu. Nastę-

nie przystąpiono do dalszych ćwiczeń, tym razem mających na celu zwiększenie siły wydechu i wydłużenie czasu fonacji. Dwa początkowe ćwiczenia łączył jeden cel, natomiast różnica między nimi polegała na tym, że pierwsze było obiektywne (terapeuta był naocznym świadkiem efektu i mógł korygować wykonawstwo), a drugie subiektywne (tylko pacjentka mogła odczuć ewentualny skutek, co pozwalało na wypracowanie samokontroli). Wielokrotna emisja samogłosek ustnych, wspomagana instrukcją terapeuty, przedłużyła czas fonacji o 2 s. Pacjentka, skorzystawszy ze sposobów poznanych w czasie terapii, zademonstrowała na początku tej sesji czas fonacji wydłużony o maksymalnie 4 s w stosunku do stanu w momencie diagnozy.

Trzeci seans miał przyczynić się do zwiększenia siły głosu i likwidacji nosowania otwartego. Pierwsze ćwiczenie polegało na fonacji głoski [m] ze stopniowo zwiększającą się siłą (wykorzystano tu ćwiczenia kierowania głosu „na maskę”), a drugie na donośnej i zdecydowanej artykulacji sylaby „bu” (tu wspomagano się ćwiczeniami usprawniania pracy przepony). Trzecie ćwiczenie stanowiło przydatny wstęp do terapii zwarcia podniebленно-gardłowego. Ostatnie zadanie wiązało się z kontrolą słuchową. Pacjentka, wykorzystując zdobyte umiejętności, mogła choć w niewielkim stopniu zredukować nosowanie. Do domu zalecono ćwiczenie zwiększenia siły głosu, angażujące przeponę.

Pracy pani Marianny oraz osiąganym dzięki niej efektom nie można było wiele zarzucić. Pacjentka przykładała się do każdego ćwiczenia, miała świadomość swoich zaburzeń oraz własne, wypracowane sposoby na osiągnięcie celów.

Pan Konrad, najmłodszy z badanych pacjentów, również uczęszczał samodzielnie na zajęcia logopedyczne. Podobnie jak pani Marianna korzystał z terapii w placówce już od dłuższego czasu (około trzech lat). Cele ćwiczeń były nastawione głównie na uzyskanie stabilności oddechu i fonacji.

Podczas pierwszego seansu terapeutycznego skoncentrowano się na wypracowaniu równomiernej siły wydechu. Ogólnie ujmując, pacjent poradził sobie z każdym z ćwiczeń. Najtrudniejsze było dla niego to z użyciem świeczki, ponieważ wymagało naprawdę dużej kontroli, aby wydech był równomierny i jednocześnie na tyle łagodny, by jej nie zgasić. Przy tym typie dyszartrii było to nie lada wyzwanie.

Drugie spotkanie skupiało się na kontroli głośności tonu. Pacjent miał już wypracowaną umiejętność łagodnego stopniowania głośności tonu, ale na zajęciach trzeba było mu o niej przypominać, by skupił na niej swoją uwagę – dopiero wtedy ćwiczenia były wykonywane z zamierzonym skutkiem. Najmniej kłopotów sprawiło pacjentowi ćwiczenie czwarte, prawdopodobnie ze względu na fakt, że nie wymagało ono stopniowania głośności, lecz dostosowania głośności i intonacji do konkretnego, narzuconego sposobu wypowiedzi (szepem, półgłosem, głosem pełnym, krzykiem).

Trzecie spotkanie rozpoczęło się od sprawdzenia pracy domowej. Pacjent przyznał, że nie znalazł czasu na samodzielne ćwiczenie w domu, ale poproszony

o wykonanie go, podołał zadaniu. Następnie podjęto się kształtowania kontroli wysokości tonu oraz modulacji głosu. Dwa pierwsze ćwiczenia wykazały, że ewentualne chwilowe odchylenia od wyznaczonego tonu są nieznaczne. Trzecie ćwiczenie (słuchowe) nie sprawiło pacjentowi żadnego problemu – wszystkie zdania ocenił poprawnie pod względem intonacji. Stanowiło ono wstęp do terapii modulacji głosu. Ćwiczenia głosowe w tym zakresie przysporzyły pacjentowi pewnych kłopotów, ponieważ z jednej strony były subiektywne (ze względu na zindywidualizowane sposoby wyrażania emocji przez ludzi), a z drugiej strony wyrażana emocja musiała być na tyle ewidentna, by terapeuta mógł ją w adekwatny sposób odkodować. Ten cel nie został w pełni zrealizowany (choć trop był dobry), więc przekazano pacjentowi związane z tym tematem zadanie domowe wraz z instrukcjami.

Rokowania w przypadku terapii głosu pana Konrada są dobre przede wszystkim dlatego, że jest on człowiekiem w stosunkowo młodym wieku, aktywnym zawodowo i uczęszczającym regularnie na terapię. Powinien jednak znajdować więcej czasu na zalecane przez terapeutę samodzielne ćwiczenia w domu.

Podsumowanie

Badanie głosu u trzech pacjentów z dyzartrią wykazało istniejące między nimi pewne różnice i podobieństwa. U wszystkich występowało nosowe zabarwienie głosu, zaburzenia modulacji głosu oraz skrócenie fazy wydechowej i fonacyjnej. Takie parametry, jak natężenie czy częstotliwość były zróżnicowane w zależności od etiologii zaburzenia, a więc podwyższone, obniżone lub zmienne. U niektórych pacjentów z dyzartrią można rozpoznać niepożądane zjawiska akustyczne w oddechu i fonacji, takie jak poświsty czy chrypka, inni natomiast miewają subiektywne dolegliwości związane z aparatem oddechowo-fonacyjnym, takie jak odczuwanie ucisku w krtani czy duszności podczas mówienia.

Podczas obserwacji pracy pacjentów istotnymi czynnikami, mającymi wpływ na efekty rehabilitacji głosu, okazały się: wiek pacjenta, jego sprawność ruchowa i etap terapii. Najbardziej zauważalne efekty spośród trzech pacjentów osiągał ten, który był najmłodszy, mimo iż nie zawsze znajdował czas na ćwiczenia zalecane do samodzielnej pracy w domu. Prognoza dalszych efektów terapii jest dość subiektywnym zjawiskiem – można ją wysnuć na podstawie tego, czego dowiedzieliśmy się o pacjencie dotychczas. Pacjent pewnego dnia może stawić się na spotkanie z terapeutą w obniżonym nastroju, z infekcją czy też z pogłębieniem objawów. Nie powinno się pod wpływem takich momentów modyfikować swojej prognozy, lecz jedynie wtedy, kiedy taki stan zaczyna utrzymywać się permanentnie.

Należy stosować się do zasad bezpieczeństwa zdrowia pacjenta – włączyć do terapii prawidłową pracę przepony, by nie nadwyrężyć dodatkowo narządu głosu, wyjaśniać zasady opuszczania żuchwy przy samogłoskach, by nie uszkodzić stawu skroniowo-żuchwowego oraz zapobiegać zawrotom głowy czy hiperwentylacjom podczas wykonywania ćwiczeń oddechowych. Warto uświadomić pacjentowi, jak ogromną rolę w terapii pełnią zalecenia do samodzielnej pracy. Głównym zadaniem terapeuty jest kontrolowanie postępów i udzielanie instrukcji, a celem pacjenta – korzystanie ze wskazówek i podejmowanie ćwiczeń każdego dnia, po kilkanaście do kilkudziesięciu minut dziennie.

Bibliografia


- GATKOWSKA, I. (2012). *Diagnoza dyszartrii u dorosłych w neurologii klinicznej*. Kraków: Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- JASTRZĘBOWSKA, G. (2003). Dyszartria, anartria. W: T. GAŁKOWSKI, & G. JASTRZĘBOWSKA (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*. T. 2 (s. 772–783). Opole: Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego.
- JAUER-NIWOROWSKA, O. (2009). *Dyszartria nabyta. Diagnoza logopedyczna i terapia osób dorosłych*. Warszawa: Wydaw. Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- JAUER-NIWOROWSKA, O., & KWASIBORSKA, J. (2015). *Wskazówki do diagnozy różnicowej poszczególnych typów dyszartrii*. Gliwice: Wydaw. Komlogo Piotr Gruba.
- MIRECKA, U. (2008). Standard postępowania logopedycznego w przypadku dyszartrii. *Logopedia*, 37, 235–242.
- MIRECKA, U. (2012). Dyszartria w aspekcie diagnostycznym – typologia zjawisk. W: S. GRABIAS, & M. KRUKOWSKI (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy* (s. 527–545). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- PRUSZEWICZ, A. (1992). *Foniatria Kliniczna*. Warszawa: Wydaw. Lekarskie PZWL.
- SZKIEŁKOWSKA, A. (2012). Klasyfikacja zaburzeń głosu. W: S. GRABIAS, & M. KURKOWSKI (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy* (s. 185–193). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- ŚLIWIŃSKA-KOWALSKA, M., & NIEBUDEK-BOGUSZ, E. (2009). *Rehabilitacja zawodowych zaburzeń głosu. Poradnik dla nauczycieli*. Łódź: Wydaw. Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- WALENCIK-TOPIŁKO, A. (2009). *Głos jako narzędzie. Materiały do ćwiczeń emisji głosu dla osób pracujących głosem i nad głosem*. Gdańsk: Wydaw. Harmonia.
- WOSIK-KAWAŁA, D. (2015). *Podstawy emisji głosu*. Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.



RAFAŁ MŁYŃSKI

Katedra Języka Polskiego jako Obcego,


Uniwersytet Jagielloński

 0000-0001-9069-0612

MARYIA REDKVA

Instytut Filologii Wschodniosłowiańskiej,

Uniwersytet Jagielloński

 0000-0002-1981-8510

Diagnoza logopedyczna kompetencji językowych u wielojęzycznych dzieci z Ukrainy

Speech-language Diagnosis of Linguistics Competences of Multilingual Children from Ukraine

ABSTRACT: The article discusses the speech therapy diagnosis of children growing up in multilingual environments. The authors present the desiderata of global standards used in the assessment of speech and language among bilingual children. Particular attention is paid to the important role of an interpreter in the differential diagnosis of the typical operations of speech/language development, bilingualism and communication, and language deficits. The cases of speech patterns among bilingual children analysed both by the speech therapist and the interpreter complement the theoretical part of the article.

KEY WORDS: speech-language diagnosis, bilingualism, interpreter

1. Diagnoza dziecka dwujęzycznego w światowych standardach logopedycznych

Problem diagnozowania mowy i języka dziecka dwujęzycznego został do tej pory najlepiej opracowany na potrzeby tych społeczności, w których można zanotować użycie wielu języków etnicznych, różnych od języka oficjalnego i dominującego w przestrzeni publicznej. Szerokie ujęcia tej problematyki w wymiarze teoretycznym i aplikacyjnym są dostępne na gruncie anglosaskim, dlatego niniejszy podrozdział prezentuje najważniejsze dezyderaty wykorzystywane przez *American Speech-Language Hearing Association (ASHA)*, *Royal College of Speech and Language Therapy (RCSLT)*, *Speech Pathology Australia (SPA)*. Stanowią one pod-

stawę działań logopedów w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Australii i mogą stać się inspiracją do stworzenia polskiej wersji standardu postępowania diagnostycznego dla dwujęzycznych dzieci¹.

Przedmiotem zainteresowania dwujęzycznych logopedów (BSLT – *Bilingual Speech-Language Therapist*) powinny być osoby, które przyswoiły języki w sposób symultaniczny i sekwencyjny, oraz te, u których proces akwizycji języka dodatkowego był wspomagany nauczaniem formalnym (np. dzieci realizujące program EEL – *English Language Learners*).

Proces diagnostyczny osoby dwujęzycznej powinien rozpocząć się wywiadem, na podstawie którego można uzyskać informacje dotyczące dwujęzycznego funkcjonowania: wieku i sposobu akwizycji języków, używanego dialektu (jeśli dotyczy), języków używanych w domu, przedszkolu/szkole, czasu ekspozycji na każdy z języków, języka/języków używanego/używanych w kontaktach z rówieśnikami, postępów w przyswajaniu i uczeniu się języka edukacyjnego, wszystkich kontaktów z użytkownikami swojego języka etnicznego i edukacyjnego, aktualnej biegłości w języku etnicznym i edukacyjnym, wieku imigracji (jeśli dotyczy) (Rimikis, Smiljanic, & Calandrucchio, 2013, s. 793). Powyższe dane pomogą ustalić wstępną charakterystykę kompetencji komunikacyjnej, jaką osiągnęły te osoby w obu językach i odnieść ją do pojęć takich jak „bazowe umiejętności językowe” (BICS – *Basal Interpersonal Communication Skills*) lub „akademicka biegłość językowa” (CALP – *Cognitive Academic Language Proficiency*) (Cummins, 2000, s. 35–36; Lipińska, 2015). Wywiad powinien też pozyskiwać informacje od rodziców/opiekunów o rozwoju fizycznym dziecka, decydujące o prawidłowym ukieunkowaniu procesu diagnostycznego (Thal, Jackson-Maldonado, & Acosta, 2000).

Za kolejny etap diagnozy należy uznać pozyskanie produkcji w obu znanych dziecku językach. Do jej przeprowadzenia niezbędne są narzędzia, które zostały opracowane dla dzieci bilingwalnych. Czynnikiem wykluczającym powszechne testy logopedyczne jako podstawowe jest fakt, iż stworzono je w oparciu o dane od dzieci jednojęzycznych (Caesar & Kohler, 2007, s. 191). Badacze przewidują dla nich jedynie funkcję pomocniczą przy opisie zaobserwowanych zjawisk językowych (Hegde & Maul, 2006, s. 348).

Trzecim etapem postępowania diagnostycznego jest analiza dwujęzycznych danych pod kątem fonologicznym (Goldstein & Fabiano-Smith, 2007), morfologicznym, syntaktycznym i semantycznym (Austin, 2009; Morgan, Restrepo, & Auza, 2013; Paradis & Genesee, 1996; Zurer-Pearson, Fernandez, & Kimbrough, 1993). ASHA, RCSLT oraz SPA wyraźnie podkreślają, aby jej efektem była diagnoza różnicowa polegająca na zakwalifikowaniu zaobserwowanych operacji językowych do tych, które wynikają z kontaktu systemów oraz do tych, które wynikają z deficytu komunikacyjnego (Kohnert, 2013; Kohnert & Medina, 2009).

¹ Szczegółowe rozszerzenie sygnalizowanych informacji znajduje się w następujących dokumentach: *Bilingual Service...*; *Good Practise...*; *Working in a Culturally...*

Warunkiem przeprowadzenia diagnozy różnicowej jest wiedza dotycząca transferu pozytywnego i negatywnego, okresu ciszy, przełączania kodów i tracenia języka etnicznego².

2. Współpraca logopedy z interpretatorem

W przypadku, gdy diagnozy dziecka dwujęzycznego musi dokonać jednojęzyczny logopeda, wymagane jest, aby nawiązał kontakt z tzw. interpretatorem – osobą znającą język etniczny badanego dziecka, która będzie w stanie aktywnie włączyć się w cały proces diagnostyczny.

The National Council on Interpreting in Health Care proponuje różne sposoby rozumienia takiej osoby. W dokumencie *The terminology of health care interpreting. A glossary of terms* autorzy wyróżnili **interpretatora ad hoc**, **interpretatora certyfikowanego**, **wykwalifikowanego interpretatora** i **tłumacza** (s. 4–8)³. Interpretator *ad hoc* to osoba bez specjalnego wykształcenia, która deklaruje znajomość drugiego języka i nieodpłatnie może świadczyć usługę pośrednika. Może to być członek rodziny pacjenta lub wolontariusz. Certyfikowany interpretator posiada odpowiednie uprawnienia, zdobyte dzięki wymagającym kursom, organizowanym przez instytucje rządowe lub organizacje pozarządowe. Wykwalifikowany interpretator jest osobą, u której stwierdza się wysoki poziom kompetencji komunikacyjnej w dwóch językach, posiada podstawowe przeszkolenie i postępuje według wytycznych krajowego kodeksu etycznego oraz standardów praktyki interpretatorskiej. Tłumacz rozumiany jest jako profesjonalista w zakresie przekładu tekstów pisanych. Podstawą rekomendacji *The National Council on Interpreting in Health Care* jest polityka antydyskryminacyjna, zakładająca pełne wsparcie mniejszości etnicznych oraz etyczny wymiar relacji logopedy a dziecko potrzebujące komfortu w sytuacji badania (zob. też Thordardottir, 2010, s. 526).

Rola interpretatora w procesie diagnostycznym może być dwójaka, tzn. pełnić funkcję asystenta kulturowego (*cultural broker*) lub asystenta językowego (*linguistics broker*). Asystent kulturowy dostarcza logopedzie niezbędnych informacji dotyczących dziedzictwa kulturowego np. dziecka cudzoziemskiego, umożliwiających prawidłową ocenę jego zachowania. Asystent językowy potrafi

² Zob. na ten temat: Anderson, 2010; Anderson & Centeno, 2007; Dulay, Burt, & Krashen, 1982, s. 22–23; Haynes, s. 1–5; Meisel, 2001; 2006.

³ W dalszym toku niniejszej pracy zasadne jest użycie terminu „interpretator” bez określających go imiesłowów przymiotnikowych. Osoba, która razem z polskojęzycznym logopedą dokonała zaprezentowanej w dalszej części tekstu analizy różnicowej, legitymuje się wykształceniem ukraińskim, została przeszkolona z zakresu rozwoju mowy dziecka, jednak nie posiada certyfikatów interpretatorskich (brak możliwości uzyskania takich kwalifikacji na terenie Polski i Ukrainy).

dokonać analizy fonologicznej, semantycznej i pragmatycznej wypowiedzi dziecka oraz podstawowej charakterystyki socjolingwistycznej środowiska, z którego pochodzi dziecko (*Bilingual Service...*). Oprócz czynności bezpośrednio związanych z tłumaczeniem i interpretacją danych kulturowych i językowych, interpretator doradza przy wyborze materiałów diagnostycznych i terapeutycznych; współtworzy materiały dedykowane mniejszościom etnicznym; wspiera dziecko i rodzinę w trakcie procesu diagnostycznego; rozszerza świadomość logopedów w zakresie panujących w społeczności mniejszości etnicznej standardów dotyczących wychowania, wartości, wierzeń i roli rodziców; rozszerza świadomość logopedów w ramach potrzeby diagnozy i terapii dzieci z mniejszości etnicznych; wspiera logopedyczną terapię rodzinną (Gerrish, Chau, Sobowale, & Birks, 2004, s. 409).

W *Good Practise for Speech and Language Therapists Working with Clients from Linguistics Minority Communities* dodatkowo określono działania, które logopeda powinien podjąć wobec interpretatora: dokształcanie w zakresie diagnostyki i terapii logopedycznej; integrowanie ze środowiskiem logopedów; identyfikacja pojedynczych pacjentów lub ich grup, z którymi wspólnie mogą nawiązać kontakt.

3. Dwujęzyczna diagnoza logopedyczna w formule BID (BID Process)

Henriette Langdon oraz Teresa Saenz (2016, s. 109–133) zaproponowały trzy-stopniowy model diagnozy logopedycznej, która jest współprowadzona przez jednojęzycznego logopedę oraz interpretatora: *Briefing – Interaction – Debriefing Process*.

Etap *Briefing* polega na zaplanowaniu przez zespół pierwszego spotkania z rodzicami/opiekunami oraz dzieckiem i wzięciu pod uwagę poniższych zagadnień:

- opracowanie szczegółowych celów spotkania;
- określenie strategii pomocnych w zebraniu kluczowych informacji (scharakteryzowanie kontekstu rodzinnego i kulturowego dziecka, dostosowanie złożoności komunikatów kierowanych do opiekuna i dziecka, ujęcie terminów logopedycznych w jak najbardziej zrozumiałe dla opiekuna formy, reakcje na niechętnie udzielanie odpowiedzi przez opiekuna);
- obserwacja niewerbalnych zachowań rodziców/opiekunów i dziecka;
- klarowne przedstawienie opiekunowi prawnych aspektów diagnozy;
- wybór strategii tłumaczeniowej;
- wybór testów i materiałów diagnostycznych z uwzględnieniem ich rangi oraz kolejności stosowania.

Drugim etapem procesu jest *Interaction*, w trakcie którego logopeda i interpretator:

- obserwują werbalne i niewerbalne reakcje dziecka podczas wykonywania zadań testowych;
- wykonują zapisy swoich obserwacji;
- w równym stopniu uczestniczą w komunikacji z rodzicami/opiekunami i dzieckiem.

Z punktu widzenia niniejszej pracy najważniejszy jest etap trzeci, czyli *Debriefing*. W tym czasie:

- interpretator dokonuje transkrypcji próbek językowych;
- logopeda i interpretator analizują dane pod kątem ich poprawności i adekwatności do sytuacji badania;
- interpretator wskazuje logopedzie wszelkie odchylenia od normy języka etnicznego dziecka;
- zespół konstruuje raport diagnostyczny.

4. Diagnoza logopedyczna dzieci przedszkolnych z Ukrainy z udziałem interpretatora – badania własne

4.1. Dane dotyczące emigracji ukraińskiej w Polsce

Potrzeba logopedycznych diagnoz dzieci z Ukrainy jest bezpośrednio związana ze znaczącym wzrostem liczebności Ukraińców na terenie Polski. Nowa fala masowej emigracji rozpoczęła się w 2014 roku po zmianach politycznych, ekonomicznych oraz społecznych w Ukrainie. Rewolucja Godności, początek wojny na wschodzie kraju i aneksja Krymu spowodowały wielkie zmiany w wewnętrznej i zewnętrznej migracji ludności. Polska stała się jednym z krajów docelowych nie tylko dla emigracji zarobkowej pojedynczych osób, ale również całych rodzin. Szacuje się, iż obecna liczba Ukraińców w Polsce wynosi około 1,2 mln, choć należy zwrócić uwagę na wyraźne trudności w podaniu dokładnych danych (*Ministerstwo Rodziny...; Urząd do Spraw...*).

Według informacji sondażowych ponad 60% ukraińsko- i rosyjskojęzycznych emigrantów z Ukrainy deklaruje chęć zamieszkania w Polsce na stałe (*Profil społeczny...*). Tego typu deklaracja determinuje uczęszczanie do polskich przedszkoli oraz szkół dzieci, dla których język polski najpierw jest językiem obcym, a potem drugim. W obu tych przypadkach nie można wykluczyć występowania rozwojowych zaburzeń komunikacji językowej.

Etap przygotowawczy (*Briefing*)

Przeprowadzona ocena mowy dzieci przedszkolnych odnosiła się do zaprezentowanych wcześniej ogólnych wytycznych diagnostyki osób dwujęzycznych oraz formuły BID. Etap *Briefing* polegał na wspólnym zaplanowaniu pierwszego spotkania z rodzicem i dzieckiem. Głównym celem było uzyskanie informacji dotyczących historii medycznej dziecka, jego aktualnej sytuacji edukacyjnej i wszystkich czynników warunkujących dwujęzyczne funkcjonowanie. Wybrano również odpowiednie narzędzia logopedyczne, tj. *Kwestionariusz badania mowy* (Billewicz & Zioło, 2012); *Movlennieva kartka z kartynkami: lohopedychne obstezhennia rivnia movlennievoho rozvytku dytyny* Anny Korol (2017). Kwestionariusz w języku ukraińskim został doprecyzowany i uzupełniony przez interpretatora. Rozmowa z rodzicem miała odbyć się w języku polskim, w razie konieczności interpretator miał stosować tłumaczenie konsekwentne.

Etap współdziałania (*Interaction*)

Produkcje pozwoliły na pozyskanie danych dotyczących fonologii, syntaktyki, słownictwa oraz morfologii w obu językach. W trakcie przeprowadzania badania logopeda oraz interpretator naprzemiennie dokonywali obserwacji komunikacji werbalnej i niewerbalnej dziecka. Rodzic nie ingerował w proces diagnostyczny.

Etap analizy i interpretacji danych językowych (*Debriefing*)

Po zakończonym spotkaniu zespół badawczy dokonał analizy zebranych w wywiadzie logopedycznym danych oraz weryfikacji wniosków dotyczących zachowania dziecka. Najważniejszą częścią było przyjrzenie się jego wypowiedziom w obu badanych językach. Poniższa analiza zawiera dane, które zostały poddane interpretacji.

4.2. Dane uzyskane podczas badania w języku polskim

Dziecko: M.; płeć: chłopiec; wiek: 4;3

Dwujęzyczność symultaniczna (polsko-ukraińska); język rosyjski czasowo używany w kontaktach z babcią

Podsystem fonetyczno-fonologiczny. W wyrazie *koszyk* /kɔʃyk/ zidentyfikowano labializację [o] – operację należy uznać za rozwojowe mieszanie kodów. Rzeczownik *chleb* zrealizowano jako /kxlɛp/ – epenteza [k] do rzeczownika [xlɛp] jest niezwiązana z ukraińskim *хліб* /xlib/ ‘chleb’ czy rosyjskim ekwiwalentem *хлеб* /xlɛp/. Taką operację należy uznać za rozwojową, bez związku z dwujęzycznością. Substytucja [l]:[r] w rzeczowniku *parasol* /parasɔl/ – /parasɔr/ nie jest związana z ukraińskim ekwiwalentem *парасоль* /parasɔlja. Taką operację należy uznać za rozwojową. W leksykalnym zapożyczeniu z języka rosyjskiego *кукла* /kukła/

‘lalka’ zastosowanym zamiast oczekiwanego pol. *lalka* zanotowano substytucję [l]:[w]. Taką operację należy uznać za rozwojowe mieszanie kodów. W leksykalnym zapożyczeniu z języka rosyjskiego *курица* /kuritsa/, zastosowanym zamiast oczekiwanego pol. *kogut*, zanotowano depalatalizację[r]. Operację należy uznać za rozwojowe mieszanie kodów. Elizja [n] i palatalizacja [m] w wyrazie *ziemniak* – /zʲemʲiak/; operacje językowe należy uznać za rozwojowe, niezależne od używanych języków. Substytucja [g]:[k] w rzeczowniku *kogut* – /kəkut/; operację należy uznać za rozwojową, niezależną od używanych języków. Przeniesienie akcentu na drugą sylabę od końca w wyrazie *рука* – /ruka/ ‘ręka’. Taką operację można uznać za rozwojowe mieszanie kodów ukraińskiego i polskiego.

Podsystem leksykalny. W większości przykładów operacje leksykalne są związane z rozwojowym mieszaniem kodów: kontaminacja ros. *заколка* /zakółka/ ‘spinka’ i pol. *spinacz* /spʲinaʃ/ – /zapʲinaʃ/; substytucja leksykalna rzeczownika *spinka*; kontaminacja pol. *rycerz* /ritsɛʃ/ i ukr. *рицар* /ritsar/ ‘rycerz’ – /ritser/ w funkcji substytucji rzeczownika *diabeł*. Substytucja leksykalna rzeczownika *owoce* – /vaziva/, spowodowana prawdopodobnie podobieństwem formalnym ukr. *овочи* /ovotʃi/ ‘warzywa’. Zapożyczenie ros. *телевизор* ‘telewizor’ /tʲilʲevizar/ w realizacji /tʲilʲevizor/ było substytucją rzeczownika *telewizor*. Zapożyczenie ros. *игрушки* /igruʃki/ ‘zabawki’ jako substytucja leksykalna rzeczownika *zabawki*. Zapożyczenie ukr./ros. *люблю* /lʲublʲu/ ‘lubie’ w funkcji substytucji leksykalnej czasownika *lubie*. Zapożyczenie ros. *картошка* /kartoʃka/ ‘ziemniak’ jako substytucja leksykalna rzeczownika *ziemniak*. Neologizm /bɔtin/ wystąpił jako substytucja leksykalna rzeczownika *bocian* – operacja była rozwojowa, niezależna od używanych języków. Neologizm /litavʲets/ jest kontaminacją pol. *latawiec* /latavʲets/ i ukr. czasownika *літати* /litati/, który wystąpił jako substytucja leksykalna rzeczownika *balon*. Zapożyczenie ros. *глаз* /glas/ ‘oko’ wystąpiło jako substytucja leksykalna rzeczownika *oko*. Neologizm /gzebʲik/ był substytucją leksykalną rzeczownika *grzebień* – operacja rozwojowa, niezwiązana z używanymi językami. Zapożyczenie ukr./ros. *шапка* /ʃapka/ ‘czapka’ stanowiło substytucję leksykalną rzeczownika *czapka*. Zapożyczenie ros. *дету* /dʲeti/ ‘dzieci’ było substytucją leksykalną rzeczownika *dzieci*. Zapożyczenie ros. *автобус* /aftobus/ ‘autobus’ pełniło funkcję substytucji leksykalnej rzeczownika *autobus*.

Podsystem gramatyczny. Na poziomie gramatycznym rozwojowe mieszanie kodów zostało zaprezentowane w wielu przykładach: zmiana końcówki /ɛ/ w rzeczowniku *owoce* /ovotʃɛ/ na /i/ – /ovotʃi/; operacja była związana z interferencją z języka ros.: końcówka –(ц)ы jak w wyrazach *огурцы*, *пальцы* /ogurtsi/, /palʲtsi/ ‘ogórki’, ‘palce’. W zdaniu /ja lʲublʲu dini/ użyto ukraińskiej składni, dodatkowo zmiana końcówki fleksyjnej /ɛ/ na /i/ w formie polskiego rzeczownika *dynie* nastąpiła pod wpływem formy ukr. *дини* /dini/ ‘melony’. W zdaniu /ja lʲublʲu vōʒi/ użyto ukraińskiej składni, oprócz tego zanotowano substytucję /ɛ/:/ɔ/ w wyrazie /vɛʒi/ ‘węże’ – operacja była rozwojowa, bez związku z używanymi językami. Zmiana końcówki fleksyjnej rzeczownika *ogórek* – /ogurtʃɛ/ pod

wpływem ros. *озирати* /ɔgurtʲi/ ‘ogórki’. Użycie ukraińskiej składni w zdaniu /ja ʎubʎu gęšiv/ – zmiana końcówki biernika liczby mnogiej rzeczownika *gęsi* nastąpiła analogicznie do końcówki biernika liczby mnogiej rzeczownika rodzaju męskiego w języku ukraińskim. Rozwojowe mieszanie polskiego i ukraińskiego kodu z błędnym schematem składniowym w obu językach zaobserwowano w zdaniach /to jest tɕo vkljuŋaje sviatwa/ oraz /tut možna fotɕo jesʲtsʲi/. Rozwojowe mieszanie polskiego i ukraińskiego kodu z niepoprawnym użyciem zaimka *ich* zamiast niemęskoosobowej formy *je* w konstrukcji zanotowano w zdaniu /ja ʎubʎu oŋliodatsʲi sʲilimaki, ʎubʎu ix karmitsʲi/, prawdopodobnie związane z brakiem kategorii męsko-/niemęskoosobowych form w ukraińskim. Rozwojowe mieszanie polskiego i rosyjskiego kodu zaobserwowano w wyrażeniach: /eto jest takaja [...] možna eodetsʲi i katatsʲa:/; /kura takaja naziva eε kɔkut/; /bo ja ʎubʎu botini i tam biw tam u dziatka biw takoj botin a tam biw takoj botin takoj u nas u dziatka i on stojaw i uliŋiw patŋiw na nas i uliŋiw/; /zebi nie utsiekw kakoj ta pies/.

Dziecko: S.; płeć: dziewczynka; wiek: 4;8

Dwujęzyczność sekwencyjna (język ukraiński i okazjonalne zapożyczenia z rosyjskiego); język polski nabywany w sposób sekwencyjny

Podsystem fonetyczno-fonologiczny. Substytucja [l]:[w] w rzeczowniku *lampa* /wampa/; operacja związana z interferencją z języka polskiego (twarde ukr. [l] realizowane jako pol. [w]). Substytucja zmiękczonej [h] na zmiękczoną [p] w pol. *hipopotam* – /pipɔpɔtam/; operację należy uznać za rozwojową, niezależną od używanych języków. Substytucja [o] ustnego na [ɔ] labialne w wyrazie /kɔmin/; operacja spowodowana interferencją z języka ukraińskiego. Na poziomie fonetycznym zauważono operacje rozwojowe, niezależne od używanych języków: /skaf/ – substytucja [ʃ]:[s]; /kuklʲa/ – substytucja [l]:[ʎ]; /sɔsiska/ – substytucja [i]:[i]. W wyrazach /klʲoun/ ‘klaun’ i /tɕemɔdan/ ‘walizka’ również można dostrzec operacje rozwojowe, tj. substytucje [l]:[ʎ] oraz [ʃ]:[s]. W rzeczowniku /kovʲbasa/ przeniesiono akcent na drugą sylabę od końca; operacja związana z interferencją z języka polskiego.

Podsystem leksykalny. U dwujęzycznego dziecka czasami w mowie pojawiały się leksykalne zapożyczenia z rosyjskiego, np. zapożyczenie ros. *шкаф* /ʃkaf/ ‘szafa’ realizowane w mowie jako /skaf/, będące substytucją leksykalną rzeczownika *szafa*. Zapożyczenie ros. *сковородка* /skɔvɔrɔtka/ ‘patelnia’ spełniło rolę substytucji leksykalnej rzeczownika *patelnia*. Zapożyczenie ukr. *каструля* /kastrulʲa/ ‘garnek’ pojawiło się jako substytucja leksykalna rzeczownika *garnek*. Zapożyczenie ros. *кукла* /kukla/ ‘lalka’ było substytucją leksykalną rzeczownika *lalka*. Zapożyczenie ukr. *чемодан* /tɕemɔdan/ ‘walizka’ zrealizowane jako /tɕemɔdan/ to substytucja leksykalna rzeczownika *walizka*. Zapożyczenie ukr. *cocуска* /sɔsiska/ ‘parówka’ zrealizowana jako /sɔsiska/ to substytucja leksykalna rzeczownika *kielbasa*. Zapożyczenie ukr. *ковбаса* /kovbasa/ ‘kielbasa’ stanowiło substytucję

leksykalną rzeczownika *kiełbasa*. Zapożyczenie ros. *автобус* /aftɔbus/ ‘autobus’ to substytucja leksykalna rzeczownika *autobus*. Zapożyczenie z ukr. *ванна* /van:a/ ‘wanna’ lub ‘łazienka’ pojawiło się jako substytucja leksykalna rzeczownika *łazienka*. Zapożyczenie ros. *забор* /zabɔr/ ‘płot’ stanowiło substytucję leksykalną rzeczownika *płot*. Zapożyczenie ukr. *цвітна капуста* /tsvitna kapusta/ i użycie /kapusta/ zamiast rzeczownika *kalafior*. Zapożyczenie ukr. *дошка* /dɔʃka/ ‘tablica’ zrealizowano jako /dɛska/, co było substytucją leksykalną rzeczownika *tablica*. Kontaminacja ukr. *яблуко* /jablukɔ/ ‘jabłko’ i pol. *jabłko* /japko/ – użyto w formie /jabukɔ/. Zapożyczenie ros. *фартук* /fartuk/ ‘fartuch’ było substytucją leksykalną rzeczownika *fartuch*.

Podsystem gramatyczny. W trakcie badania nie udało się zebrać danych, za pomocą których można byłoby przedstawić wartościową analizę.

4.3. Dane uzyskane podczas badania w języku ukraińskim

Dziecko: M.; płeć: chłopiec; wiek: 4;3

Dwujęzyczność symultaniczna (polsko-ukraińska); język rosyjski czasowo używany w kontaktach z babcią

Podsystem fonetyczno-fonologiczny. Większość przykładów to operacje związane z rozwojowym mieszaniem kodów językowych: substytucja [l]:[w] w wyrazach ukr. *акула* /akula/ ‘rekin’ – /akuwa/; ukr. *лелека* /leleka/ ‘bocian’ – /wɛwɛka/; ukr. *білка* /bilka/ ‘wewiurka’ – /biwka/; ukr. *лампа* /lampa/ ‘lampa’ – /wampa/; ukr. *олень* /olenʲ/ ‘jelenʲ’ – /ɔwenʲ/. Zannotowano też ubezdźwięcznienia /fi/→/x/ prawdopodobnie związane z wpływem języka polskiego i zanikaniem foneua /fi/, charakterystycznego tylko dla języka ukraińskiego: ukr. *вагон* /vaɦɔn/ ‘wagon’ – /vaɦɔn/; ukr. *носоріг* /nɔsɔriɦ/ ‘nosorożec’ – /nɔsɔrix/. W rzeczowniku ukr. *бігемот* /bɛɦɛmɔt/ ‘hipopotam’ zredukowano sylabę /ɦɛ/, co dało formę /bɛmɔt/. Zauważono też tendencje do ubezdźwięczniania końcowych, dźwięcznych spółgłosek: ukr. *зуб* /zub/ ‘ząb’ – /zup/, co jest wpływem języka polskiego. W wyrazie ukr. *сова* /sɔva/ ‘sowa’ pojawiła się substytucja [ɔ]:[u], związana z nienormatywną labializacją samogłoski /ɔ/ w języku ukraińskim, co dało formę /suva/.

Podsystem leksykalny. Zapożyczenie pol. *fontanna* było substytucją leksykalną rzeczownika ukr. *фонтан* /fɔntan/ ‘fontanna’; operacja związana z rozwojowym mieszaniem języków. Zapożyczenie ros. *малоток* /malatɔk/ ‘młotek’ stanowiło substytucję leksykalną rzeczownika ukr. *молоток* /mɔlotɔk/ ‘młotek’; operacja również związana z rozwojowym mieszaniem języków. Kontaminacja ukr. *виноград* /vinɔɦrad/ ‘winogrona’ i pol. *winogrona* dała formę /vinɔɦrɔda/. Ukr. *лох* /lɔx/, używane w mowie potocznej na określenie głupiego lub naiwnego, było substytucją leksykalną ukr. *лось* /lɔsʲ/ ‘łoś’. Ukr. *князь* /knʲazʲ/ ‘książe’ zostało subsytuowane na /pan jɛzus/. Operacje można uznać za rozwojowe.

Podsystem gramatyczny. W zdaniach i wyrażeniach zaobserwowano rozwojowe mieszanie ukraińskiego, polskiego i rosyjskiego kodu: /ɛta rɛkʲin bɔ ja ʎublʲu rɛkʲini/; /ɛto jest zavʲɛ xɔmik/; /ja ʎublʲu ɛtu bajka/; /ja jadwem na ɔbit sup/; /ɛta lizak/; /z Santoju jizdiʲ ɛwiɛʲti Mikɔwaj/; /ɛta gvʲaztka/; /ruki namalʲovane bɔ jal ʎublʲu malʲuvatʲ/. Mylenie końcówek fleksyjnych i form gramatycznych u dziecka było spowodowane interferencją języków: /ɛ/ zamiast /i/ w ukr. туплі /tufli/ ‘buty’ zrealizowano jako /tufliɛ/, końcówka jak w pol. *palce, pantofle*; /i/ na /i/ w ukr. ноги /nɔʲi/ zrealizowano jako /nɔʲi/, co również jest wpływem polskiego. Zapożyczenie pol. wyrazu *pająk* i użycie ukr. końcówki /iv/ rzeczowników liczby mnogiej w bierniku pojawiło się w zdaniu /ja ʎublʲu pajɔkiv/.

Dziecko: S.; płeć: dziewczynka; wiek: 4;8

Dwujęzyczność sekwencyjna (język ukraiński i okazjonalne zapożyczenia z języka rosyjskiego); język polski nabywany w sposób sekwencyjny

Podsystem fonetyczno-fonologiczny. Operacje związane z interferencją języka polskiego to: ubezdźwięcznienie [h]:[x] w ukr. *гарбуз* /ɦarbuʒ/ ‘dynia’, co dało formę /xarbuʒ/; ukr. *носорік* /nɔsɔriɦ/ ‘nosorożec’ jako /nɔsɔrix/; substytucja [ɦ]:[g] w ukr. *газета* /ɦazɛta/ ‘gazeta’, co dało formę /gazeta/; ukr. *вагон* /vaɦɔn/ ‘wagon’, co dało formę /vagon/; ukr. *бегемот* /bɛɦɛmɔt/ ‘hipopotam’, co dało formę /bɛgɛmɔt/; ukr. *виноград* /vinɔɦrad/ ‘winogrona’, co dało formę /vinɔgrad/; substytucja [l]:[lʲ] oraz [ɥ]:[f] w ukr. *лев* /lɛɥ/ ‘lew’, co dało formę /liɛf/. Substytucja [sʲ]:[ɛ] w ukr. *бабуся* /babusʲa/ ‘babcia’, co dało formę /babuea/; ukr. *сім* /sʲim/ ‘siedem’ jako /eim/; ukr. *таксі* /taksʲi/ ‘taksówka’ jako /takei/. Zmieniono akcent na drugą sylabę od końca w ukr. *сова* /sɔʲva/, co dało realizację /ʲsɔva/. Pojawiła się również substytucja [l]:[w] w ukr. *дятел* /dʲatɛl/ ‘dzięcioł’, co dało formę /dʲatew/. Zaobserwowano też depalatalizację /tsʲ/ w ukr. *заєць* /zajɛtsʲ/ ‘zając’, co dało formę /zajɛts/. Operacje rozwojowe, niezwiązane z używanymi językami: palatalizacja [l] w ukr. *акула* /akula/ ‘rekin’, co dało formę /akuʲa/; substytucja [l]:[r] w ukr. *ялинка* /jalinka/ ‘choinka’, co dało formę /jirinka/; elizja [m] w ukr. *трамвай* /tramvaj/ ‘tramwaj’, co dało formę /travaj/.

Podsystem leksykalny. Na poziomie leksykalnym obserwowano interferencje z języka polskiego: substytucja leksykalna rzeczownika *кенгуру* /kenɦuru/ jako /kiɛngur/; zapożyczenie pol. *pantofle* z przeniesieniem końcówki /i/ z języka ukraińskiego, będące substytucją leksykalną ukr. *туплі* /tufli/ ‘pantofle’, ostatecznie zrealizowane jako /pantɔfli/; zapożyczenie pol. *ucho* będące substytucją leksykalną ukr. *вихо* /vuxɔ/; zapożyczenie pol. *czapka* z fonetyczną substytucją [tʃ]:[ts] stanowiło substytucję leksykalną ukr. *шапка* /ʃapka/ ‘czapka’; zapożyczenie pol. *guzik* jako substytucja leksykalna ukr. *гудзик* /ɦudzik/ ‘guzik’; zapożyczenie pol. *wazon* jako substytucja leksykalna ukr. *ваза* /vaza/ ‘waza’; zapożyczenie pol. *król* jako substytucja leksykalna ukr. *король* /kɔrɔʲlʲi/; zapożyczenie pol. *ciasteczka* (w błędnej formie *ciasteczki*) jako substytucja leksykalna ukr. *печиво* /pɛɦivɔ/

‘ciasteczka’; zapożyczenie pol. *dziób* jako substytucja leksykalna ukr. *дзюб* /dʒɔb/ ‘dziób’; zapożyczenie ros. *паяк* /pauk/ ‘pająk’ jako substytucja leksykalna rzeczownika ukr. *павук* /pavuk/ ‘pająk’; zapożyczenie ros. *пчела* /pʃɛla/ ‘pszczoła’, jako substytucja leksykalna ukr. *бджола* /bdʒola/, zrealizowano w formie /pʃɛla/; kontaminacja ukr. *Вінні Пух* /vin:i pux/ ‘Kubuś Puchatek’ i pol. *Kubuś Puchatek* jako /vin:i puxatek/.

Podsystem gramatyczny. W podsystemie gramatycznym wystąpiło mieszanie kodu polskiego, ukraińskiego i rosyjskiego: /papuzka ktura powtoraję/ lub /jajtsɔ/ – zamiana końcówki [ɛ]:[ɔ] w ukr. *яйце* /jajtsɛ/ ‘jajko’ i ros. *яйцо* /jajtsɔ/.

5. Wnioski

Zebranie dwujęzycznych danych od chłopca M. i dziewczynki S., interpretacja w odniesieniu do norm rozwojowych dla jedno- i dwujęzycznych (symultanicznych i sekwencyjnych) dzieci oraz ogólnych wzorców dla języka polskiego, ukraińskiego i rosyjskiego pozwoliło wysunąć kilka wniosków. Współpraca jednojęzycznego logopedy oraz interpretatora doprowadziła do zaobserwowania u badanych dzieci zjawisk typowych dla wielojęzycznego rozwoju – mieszania kodów (*code mixing*) i interferencji z języka dominującego oraz odziedziczonego. Pozwoliła również na zróżnicowanie wykonanych operacji językowych, które potencjalnie można zaobserwować w mowie dzieci, tj. rozwojowe (zachodzące również u dzieci jednojęzycznych); wynikające z kontaktu dwóch i/lub trzech systemów językowych; zaburzenia wymowy i/lub mowy. Tak zorientowana diagnoza różnicowa pozwoliła na pełną ocenę kompetencji językowych w zakresie podsystemu fonetyczno-fonologicznego, gramatycznego i leksykalnego.

W podsystemach fonetyczno-fonologicznych M. i S. uwagę zwracają wymiany ustnego [o] na [ɔ] labialne, a także zanik tych spółgłosek, które nie występują w języku polskim, tj. [ɦ], twardego [l], miękkiego [rʲ]. Istotnymi obserwacjami są także częste substytuowania ukraińskiego [l] polskim [w], palatalizowanie [k] i [g] w języku ukraińskim oraz zmiana ukraińskich, zmiękczonej spółgłosek [sʲ] i [zʲ] na polskie, miękkie [ɛ] i [z]. Zjawiskiem, które również wynika z kontaktu języków, jest tendencja do utrwalania akcentu paroksytonicznego, zasadniczego w języku polskim. U badanych dzieci pojawiły się równoległe objawy rozwoju fonetycznego jak u dzieci jednojęzycznych, np. substytucje [r]:[l] czy spółgłosek przedniojęzykowodziałowych przedniojęzykowozębowymi. W obu przypadkach nie zanotowano żadnych zaburzeń artykulacyjnych w języku polskim i ukraińskim.

Przeгляд zebranych danych wskazał na przewagę użycia ukraińskiego i rosyjskiego zasobu leksykalnego oraz wzajemne, międzyjęzykowe wpływy na tworze-

nie prawidłowych form fleksyjnych u M. i S. Obydwoje dzieci przejawiały także stosowanie składni, która nie zawsze odpowiadała polskiej, ukraińskiej czy rosyjskiej, co można zinterpretować jako proces rozwojowy.

Przeprowadzone badanie diagnostyczne wielojęzyczności polsko-ukraińsko-rosyjskiej według procedury BID wykazało zasadność jej stosowania oraz wyraźnie podkreśliło znaczenie współpracy jednojęzycznego logopedy oraz interpretatora. Udział doświadczonego sławisty (natywnego użytkownika języka ukraińskiego i rosyjskiego) umożliwił pełną ocenę języka ukraińskiego i rosyjskiego oraz zestawienie jej z kompetencją w języku polskim. Tak zorientowane postępowanie pozwoliło na zrealizowanie głównego celu, czyli diagnozy różnicowej. Niniejsza analiza może być również wskazówką dla logopedów-praktyków, którzy borykają się z prawidłowym przeprowadzeniem diagnozy dziecka ze środowiska wielojęzycznego, zwłaszcza pochodzącego z za wschodniej granicy.

Bibliografia


- ANDERSON, R. (2010). First language loss in Spanish-speaking children. In: B. GOLDSTEIN (Ed.), *Bilingual language development and disorders Spanish-English speakers* (pp. 193–212). Baltimore: Brookes Publishing.
- ANDERSON, R., & CENTENO, J. (2007). Contrastive analysis between Spanish and English. In: J. CENTENO, R. ANDERSON, & L. OBLER (Eds.), *Communication disorders in Spanish speakers: theoretical, research and clinical aspects* (pp. 11–33). Tonawanda, New York: Multilingual Matters.
- AUSTIN, J. (2009). Delay, interference and bilingual development: The acquisition of verbal morphology in children learning Basque and Spanish. *International Journal of Bilingualism*, 13(4), 447–479.
- Bilingual Service Delivery*. Pobrane z: www.asha.org (data dostępu: 9.10.2019).
- BILLEWICZ, G., & ZIOŁO, B. (2012). *Kwestionariusz badania mowy*. Kraków: Impuls.
- CAESAR, L.G., & KOHLER, P.D. (2007). The state of school-based bilingual assessment: actual practice versus recommended guidelines. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 38(3), 190–200.
- CUMMINS, J. (2000). *Language, power and pedagogy. Bilingual children in crossfire*. Clevedon: Multilingual Matters.
- DULAY, H., BURT, M., & KRASHEN, S. (1982). *Language two*. Oxford: Oxford University Press.
- GERRISH, K., CHAU, CH., SOBOWALE, A., & BIRKS, E. (2004). Bridging the language barrier: The use of interpreters in primary care nursing. *Health & Social Care in the Community*, 12(5), 407–413.
- GOLDSTEIN, B.A., & FABIANO-SMITH, L.C. (2007). Assessment and intervention for bilingual children with phonologica disorders. *ASHA Leader*, 12(2), 6–31.
- Good Practise for Speech and Language Therapists Working with Clients from Linguistics Minority Communities*. Pobrane z: www.rcslt.org (data dostępu: 9.10.2019).
- HAYNES, E. *What is language loss?* Pobrane z: www.cal.org/heritage/pdfs/briefs/what-is-language-loss.pdf (data dostępu: 15.06.2019).
- HEGDE, M., & MAUL, Ch. (2006). *Language disorders in children: an evidence-based approach to assessment and treatment*. Fresno: Pearson.

- KOHNERT, K. (2013). *Language disorders in bilingual children and adults*. San Diego: Plural Publishing.
- KOHNERT, K., & MEDINA, A. (2009). Bilingual Children and Communication Disorders. A 30-Year Research Retrospective. *Seminars in Speech and Language*, 30(4), 219–233.
- KOROL, A. (2017). *Movlennieva kartka z kartynkami: lohopedychne obstezhennia rivnia movlennievoho rozvytku dytyny*. Ternopil: Mandrivets.
- LANGDON, H., & SAENZ, T. (2016). *Working with interpreters and translators: A guide for speech-language pathologists and audiologists*. San Diego: Plural Publishing.
- LIPIŃSKA, E. (2015). Dwujęzyczność kognitywna. *Lingvaria*, 10(2), 55–68.
- MEISEL, J.M. (2001). Early differentiation of languages in bilingual children. In: L. WEI (Ed.), *The bilingualism reader* (pp. 344–370). London: Routledge.
- MEISEL, J.M. (2006). The bilingual child. In: T. BATHIA, & W. RITCHIE (Eds.), *The handbook of bilingualism* (pp. 90–113). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej*. Pobrane z: <https://archiwum.mpips.gov.pl/analizy-i-raporty/cudzoziemcy-pracujacy-w-polsce-statystyki/> (data dostępu: 22.07.2019).
- MORGAN, G., RESTREPO, M., & AUZA, A. (2013). Comparison of Spanish morphology in monolingual and Spanish-English bilingual children with and without language impairment. *Bilingualism: language and cognition*, 16(3), 578–596.
- PARADIS, J., & GENESEE, F. (1996). Syntactic acquisition in bilingual children: autonomous or independent? *Studies in Second Language Acquisition*, 18, 1–25.
- Profil społeczny migranta zarobkowego z Ukrainy*. Pobrane z: http://www.pol-ukr.com/wp-content/uploads/2019/04/PIZ_Raport_2019.pdf. (data dostępu: 22.07.2019).
- RIMIKIS, S., SMILJANIC, R., & CALANDRUCCIO, L. (2013). Nonnative English speaker performance on the Basic English Lexicon (BEL) sentences. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 56, 792–804.
- THAL, D., JACKSON-MALDONADO, D., & ACOSTA, D. (2000). Validity of a parent-report measure of vocabulary and grammar for Spanish-speaking toddlers. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 43(5), 1087–1100.
- The terminology of health care interpreting. A glossary of terms*. Pobrane z: <https://www.ncihc.org/assets/documents/NCIHC%20Terms%20Final080408.pdf> (data dostępu: 15.06.2019).
- Thordardottir, E. (2010). Towards evidence-based practice in language intervention for bilingual children. *Journal of Communication Disorders*, 43(6), 523–537.
- Urząd do Spraw Cudzoziemców*. Pobrane z: <https://migracje.gov.pl/statystyki/zakres/polska/typ/decyzje/widok/tabele/rok/2019/> (data dostępu: 22.07.2019).
- Working in a Culturally and Linguistically Diverse Society*. Pobrane z: www.speechpathologyaustralia.org.au (data dostępu: 9.10.2019).
- ZURER-PEARSON, B., FERNANDEZ, S., & KIMBROUGH, O. (1993). Lexical Development in Bilingual Infants and Toddlers: Comparison to Monolingual Norms. *Language Learning*, 43(1), 93–120.




BOŻENA MIKŁASZ-SENDECKA

Centrum Medyczne BetaMed S.A.

 0000-0001-8758-3234

OLGA PRZYBYŁA

Wydział Humanistyczny, Instytut Językoznawstwa,
Uniwersytet Śląski w Katowicach

 0000-0001-8924-3102

Dwujęzyczność wczesnodziecięca Studium przypadku

Early Childhood Bilinguality. Case Study

ABSTRACT: Early childhood bilingualism, natural bilingualism, and multilingualism, which occurs more often than ever before, are widely discussed in the secondary literature. Bilingualism entails acquiring a new identity and induces a change in linguistic thinking. This article contributes to the studies concerning the methods and strategies that are undertaken by such families that either raise or aim at raising a bilingual child; moreover, it puts forward a case study of a boy who is 2 years and 9 months old. In the introduction, the essential issues of raising a bilingual child are presented with a special emphasis put on the parents' attitude towards bilingual education and their conviction of its underlying benefits for the boy. The empirical part of this article focuses on language proficiency and communication competences, and their assessment.

KEY WORDS: early bilingualism, natural bilingualism, language transmission, “one person – one language” approach, bilingual education

Terminologia i pojęcia dotyczące dwujęzyczności

Dwujęzyczność, wielojęzyczność nie są pojęciami wolnymi od skojarzeń i uprzedzeń. Badania z lat dwudziestych zeszłego stulecia zakładały negatywny wpływ obecności dwóch lub trzech języków na funkcjonowanie społeczeństwa (Czykwin & Misiejuk, 1998, s. 94). Segregacja społeczna na tle płciowym, językowym, religijnym, rasowym wpisywała się w te lata dość znacząco. Przełom nastąpił pod koniec lat osiemdziesiątych XX wieku, kiedy fiński językoznawca, *Håkan Ringbom*, dowiódł, że osoby dwu- i wielojęzyczne przewyższają osoby znające jeden język w uczeniu się, kojarzeniu faktów czy okazywaniu tolerancji na odmienność (za: Kiermasz, 2015, s. 457–458). Dzięki jego badaniom stopniowo

zaczęto odchodzić od krzywdzących opinii (Grosjean, 2007, s. 311–339; Guillermo-Sajdak, 2014, s. 125–147). Co więcej, pochyłono się nad dwujęzycznością pod względem medycznym (dowiedziano mniejszą zapadalność na choroby zwyrodnieniowe mózgu osób dwujęzycznych), socjologicznym (Europa lat dziewięćdziesiątych zaczynała się językowo modyfikować) i metajęzykowym (większa kreatywność, postrzeganie i opisywanie świata poprzez języki)¹. Według Jagody Cieszyńskiej (2006) termin *dwujęzyczność* może odnosić się do sytuacji indywidualnej lub społecznej:

Z bilingwizmem indywidualnym mamy do czynienia, gdy jest on wynikiem osobistych losów jednostki. Termin *bilingwizm społeczny* stosowany jest do sytuacji językowej większych grup społecznych. Trudno tutaj orzec, jak duża powinna być wspomniana grupa, aby można było już mówić o dwujęzyczności społecznej. Dla celów operacyjnych warto przyjąć rozumienie wspólnoty językowej według Labova, opisującego ją jako grupę użytkowników języka, których łączy system społecznych uwarunkowań w dziedzinie języka. Te społeczne uwarunkowania to, poza rodziną i kręgiem znajomych, szkoła, kościół, sklepy, restauracje (s. 40).

Panuje powszechne przekonanie o łatwości uczenia się języków przez dzieci. Potwierdzają to badania językoznawców, którzy często dodają, że dzieci stają się dwujęzyczne naturalnie (por. Lipińska, 2003; Wróblewska-Pawlak, 2004; 2013; 2014; Chłopek, 2011). Sprzyja temu codzienne przebywanie, od najmłodszych lat, w dwóch lub wielu systemach językowych. Bardzo ważne jest zdefiniowanie *naturalności* w odniesieniu do dwujęzyczności. *Naturalność* to niezorganizowana, niezinstytucjonalizowana forma dostępu do drugiego języka / innych języków. To kanał językowy łączący matkę z dzieckiem na równym poziomie jak kanał językowy ojca będący w użytku w stosunku do dziecka. Naturalność zdobywania drugiego języka jest charakterystyczna dla domu, rodziny, kontaktów z rówieśnikami z obszarów dwujęzycznych, spontanicznych kontaktów dziecka z otoczeniem. *Bilingwizm naturalny* jest czasami zastępowany terminem *bilingwizm złożony*, czyli taki, w którym występuje wspólne znaczenie dwóch słów (Cieszyńska, 2006, s. 41; Chłopek 2011, s. 26–27). Proces przekładu jest w tym przypadku nieświadomy. Użytkownik języków posługuje się w każdej dziedzinie i z taką samą biegłością znaczeniami wymiennymi. Cieszyńska (2006), na podstawie koncepcji Uriela Weinreicha, wyróżnia jeszcze dwa rodzaje bilingwizmu:

[...] Prócz bilingwizmu złożonego wyróżnia się bilingwizm współrzędny (koordynatywny), w którym słowa z dwóch języków są całkowicie oddzielone, w każdym systemie mają specyficzne znaczenia, dokonanie tłumaczenia jest tu zazwyczaj utrud-

¹ M.in.: Błasiak, 2011; Chruszewski, 2011; Dubisz, 1997; Jakobson, 1989; Kowalcze, 2009, s. 49–84; Ligara, 2014, s. 149–167; Miodunka, 2010; 2014.

nione. Bilingwizm współrzędny charakteryzuje osoby uczące się L1 i L2 w różnych miejscach i czasie, np. w szkole i w domu. Użycie jednego z języków zależne jest od sytuacji. Trzecim rodzajem dwujęzyczności jest bilingwizm podporządkowany, będący odpowiednikiem bilingwizmu kompozycyjnego, w którym dochodzi do tłumaczenia znaczeń. W tej sytuacji L2 nabywany jest poprzez L1 (s. 41).

Najczęściej spotykanym rodzajem bilingwizmu jest model naturalny/złożony mieszany ze współrzędnym/koordynatywnym. Typ czysto złożony, z powodów etnicznych, występuje w Polsce rzadko. Tendencja do zwiększania się bilingwizmu złożonego wzrasta na skutek emigracji Polaków i ich późniejszych powrotów do kraju. Ten typ dwujęzyczności charakterystyczny jest dla Polonii przebywającej na stałe za granicą. Zazwyczaj już drugie pokolenie urodzone na obczyźnie wykazuje pełne cechy bilingwizmu złożonego. Osoby te, zakładające rodziny z partnerem obcojęzycznym, opisują dziecku świat w swoim języku. Mamy z nim zatem do czynienia w rodzinach dwujęzycznych. W takich przypadkach przełączenie się dziecka z języka na język jest niekontrolowane, dzieje się nieświadomie. Stąd obserwuje się w tych sytuacjach interferencję obu języków (Cieszyńska, 2006, s. 41). Istnieje też rodzaj bilingwizmu, któremu przyglądają się badacze języka. To tzw. bilingwizm równoczesny – występujący, gdy drugi język zostaje wprowadzony przed trzecimi urodzinami dziecka. Jeśli zaś kolejny język nauczany jest po trzecim roku życia, uznawane jest to za bilingwizm sukcesywny (Cieszyńska, 2006, s. 42).

Już w latach osiemdziesiątych Josiane F. Hamers i Michel H.A. Blanc posłużyli się pewnymi kryteriami do wyróżnienia typów dwujęzyczności. Wzięli zatem pod uwagę relacje między mową a myśleniem, poziom kompetencji w obu językach, wiek przyswajania języków, status społeczno-kulturowy obu języków, tożsamość kulturową osoby dwujęzycznej (za: Kiermasz, 2015, s. 457). Na podstawie tych kryteriów pojawiły się następujące rodzaje dwujęzyczności:

- dwujęzyczność współrzędna, gdzie jeden język służy do komunikacji w domu, a drugi poza nim;
- dwujęzyczność zrównoważona i dominująca;
- dwujęzyczność wczesna, dwujęzyczność wieku dorastania, dwujęzyczność dorosłych;
- dwujęzyczność wzbogacająca i zubażająca;
- dwujęzyczność dwukulturowa, monokulturowa (L1) i akulturowa (L2) (Cieszyńska, 2006, s. 41–42).

Charakterystyka dwujęzyczności we wczesnym dzieciństwie

„Wokół różnic przyswajania języka drugiego przez dzieci i dorosłych narodziło wiele legend i sporo nieporozumień. Nieporozumienia te polegają na tym, że znajomość języka w kategoriach człowieka dorosłego to inna nieco umiejętność niż u dziecka” (Arabski, 1985, s. 47). Wczesne kontakty z naturalnym, dwujęzycznym środowiskiem predysponują do biegłej znajomości obydwu języków na podobnym poziomie. Co więcej, dzieci poddają się w sposób bierny wpływom drugiego języka obecnego w ich rodzinnym otoczeniu i reagują na niego w sposób naturalny (Kainacher, 2007; Lipińska, 2003; Wróblewska-Pawlak, 2004; 2014).

Na czas rozwoju mowy dziecka przypada kilka momentów krytycznych. Ciągły rozwój aparatu mowy pozwala na plastyczne przechodzenie z głosek, sylab, wyrazów jednego języka w drugi. Spontaniczność mowy, chęć podjęcia dialogu z obojgiem rodziców, aktywność i słaba pamięć mechaniczna sprawiają, że małe, dwujęzyczne dziecko szybko uczy się niejako podwójnej (w sensie strukturalnym) komunikacji. Dziecko zanurzone od urodzenia w dwóch językach i otoczone nimi przechodzi momenty krytyczne podobnie do rówieśników, ale i przy okazji rozbudowuje sobie system znaczeń (okres wyrazu), gramatykę i fleksję (okres zdania), a także podwójną prozodię, akcent czy pragmatykę mowy. Noworodek, niemowlę czy dziecko dwu- bądź trzyletnie nie wymagają specjalnej, dodatkowej i wymuszonej motywacji czy systematycznych ćwiczeń, aby opanować drugi język; przyswajają go automatycznie i bez większego wysiłku. Wczesne dzieciństwo pozbawione jest lęku przed mówieniem².

Z punktu widzenia medycyny dla przyswajania drugiego języka wiek dziecka jest bardzo istotny. Gdy weźmiemy pod uwagę neuroplastyczność mózgu oraz ogromne możliwości szybszego niż u dorosłych rozwoju sieci neuronalnych, okazuje się, że momentem idealnym dla rozwoju mózgowych obszarów mowy jest wczesne dzieciństwo³. Jak wiadomo, język(i) mieszka(ją) w mózgu. Dzieciństwo natomiast ułatwia ich nabywanie. W przypadku języka odzwierciedlają się

² Jednoczesne nabywanie dwóch języków ojczystych przez dzieci wychowywane dwujęzycznie przebiega analogicznie jak przyswajanie języka przez dziecko jednojęzyczne, zwłaszcza gdy chodzi o podstawowe etapy nabywania języka (opanowywanie łatwiejszych dźwięków przed trudniejszymi, generalizowanie znaczeń słów, stopniowe wydłużanie długości tworzonych zdań, upraszczanie struktur składniowych na początkowym etapie uczenia się języka). Sytuacja kształtuje się odmiennie w przypadku dziecka starszego (zwłaszcza około szóstego, siódmego roku życia). Wówczas włączanie do komunikacji drugiego języka odbywa się już na bazie pierwszego języka i przez ten język (z wykorzystaniem istniejącej już wiedzy językowej, społecznej i osiągniętego rozwoju funkcji poznawczych) (Wróblewska-Pawlak, 2013, s. 89–97; 2014, s. 239–250).

³ Anderson, Mak, Keyvani Chahi, & Białystok, 2018; Arabski, 1985, s. 64–65; Białystok, 2015; 2016; Białystok & Barac, 2012; Białystok, Craik, Green, & Gollan, 2009; Białystok, Abutalebi, Bak, Burke, & Kroll, 2016.

tw. procedury odkrywcze. Teoria zwana **modelem procesu** lub **analizą strategii**, wpisująca się zarówno w nurt strukturalny, jak i kognitywny, jest połączonym modelem transformacjonalistów i behawiorystów. Podstawą tej teorii jest głębsze przyjrzenie się aspektowi psychologicznemu użytkownika języka (stany umysłowe nadawcy i odbiorcy) i jednocześnie kierowanie uwagi na kryteria gramatyczności, synonimii itp. (Arabski, 1985, s. 14–15). Co małe dziecko musi wiedzieć, aby zrozumieć i wypowiedzieć zdanie gramatyczne? A co jego mózg musi zrobić, aby to zdanie zrozumieć i wypowiedzieć? Dodając do tego drugi, równoległy język obecny w rodzinie małego dziecka, nie można analizować jego mowy jako oddzielnych, dwujęzycznych wypowiedzi. Model procesu traktuje język jako akt mowy służący pragmatycznemu celowi. Pragmatyzm jest sensem porozumienia się dziecka z dwujęzycznymi rodzicami. Rozwój kompetencji komunikacyjnej dziecka dwujęzycznego jest doskonałym obszarem do badania całego aktu mowy z uwzględnieniem sytuacji wypowiedzi. Dziecko dwujęzyczne przechodzi z jednego języka w drugi w środku wypowiedzi, gdyż zdaje sobie doskonale sprawę z tego, że zostanie zrozumiane. Pragmatycznie radzi sobie zatem doskonale. Dzięki naśladownictwu, wzmacnianiu, późniejszej autokorekcie dochodzi do wzorców językowych charakterystycznych dla języka ojczystego matki i dla języka ojczystego ojca (Lipińska, 2003; Wróblewska-Pawlak, 2013, s. 89–97; 2014, s. 239–250).

Stymulowanie procesu przyswajania języka w gronie rodzinnym może się odbywać poprzez rozmowy z dzieckiem, wspólne czytanie, zabawy, śpiewanie piosenek, oglądanie filmów, naukę wyliczanek i rymowanek, gry komputerowe. Każdy prowadzony z dzieckiem dialog sprawia mu przyjemność. Ma ono poczucie, że jest słuchane i akceptowane, niezależnie od popełnianych błędów językowych czy też mieszania ze sobą dwóch systemów językowych. Wychodzenie poza struktury gramatyczne, leksykalne czy semantyczne, w celu zrozumienia siebie nawzajem, jest na etapie wczesnego dzieciństwa znacznie cenniejszą nauką dla dziecka dwujęzycznego, niż ciągle poprawianie go, czy rozdzielanie aktu mowy na osobne całości polskie i angielskie. Osoba dorosła, która mówi wyraźnie i wolno, daje dziecku możliwość obserwowania ruchu warg i języka (aspekt motoryczny poznawania i różnicowania głosek, sylab, wyrazów obu języków). Efektem takiego postępowania rodziców – będących reprezentantami pierwszego i drugiego języka – może być dwujęzyczność zrównoważona, którą charakteryzuje jednakowy poziom kompetencji w obu językach. W przypadku gdy kompetencje dziecka w jednym z języków są wyższe niż w drugim mamy do czynienia z dwujęzycznością dominującą. Dwujęzyczność dominująca jest również charakterystyczna dla dzieci imigrantów. Stąd też pojawia się socjolingwistyczny aspekt mowy; za językiem podążają kultura i tożsamość. Dziecko dwujęzyczne jest w pewien sposób bogatsze w doświadczenia językowe. To, co może działać na jego niekorzyść, to przede wszystkim początkowe problemy z samookreśleniem się w grupie rówieśników mówiących jednym, najczęściej dominującym językiem. Jeśli dziecko jest akceptowane i rozumiane w domu, to wyćwiczone

od wczesnego dzieciństwa kompetencje komunikacyjne pozwolą mu przetrwać w grupie przedszkolnej, szkolnej i później w świecie. Zasada „jeden rodzic – jeden język” ułatwia zachowanie języków dominującego i podległego zarówno w głowie malucha, jak i później w radzeniu sobie w życiu przedszkolnym bez mamy i taty (Wróblewska-Pawlak, 2013, s. 89–97).

Trudności z komunikacją werbalną wynikające z dwujęzyczności we wczesnym dzieciństwie

Problemy, jakie spotykają dzieci dwujęzyczne w rozwoju językowym i komunikacyjnym, są często podobne do tych, które dotyczą dzieci mówiących tylko w jednym języku (Nott-Bower, 2015, s. 34–40). W dużym stopniu przyczyną różnic językowych u tych dzieci może być fakt, że miały one kontakt z dwoma lub wieloma językami. Język wybierany przez dziecko podczas monologów skierowanych do siebie, podczas samotnej zabawy, spaceru, wieczornych „łóżeczkowych” opowiadań, może świadczyć o tym, że jeden język ma dla niego większe znaczenie lub jest mu emocjonalnie w konkretnej chwili bliższy. Może to stanowić problem dla jednego z rodziców lub rodziny. Inne odchylenia językowe to utrata płynności mowy lub wtrącanie wyrazów języka drugiego podczas mówienia w języku pierwszym. Czasami występują nieporozumienia w postaci mylenia przypadków bądź odmiany czasownika, błędnie używanych form fleksyjnych, przemieszania szyku zdania. Podczas mówienia w jednym ze znanych języków dziecko może nieświadomie stosować kalki językowe. Potrafi też tworzyć liczne neologizmy składające się z przeróżnych form wyrazowych obydwu języków. Posługiwanie się przez rodziców swoimi rodzimymi językami nie ma zatem negatywnego wpływu na błędy językowe dwujęzycznych dzieci. Nauka mowy, przyswajanie jej reguł i słownictwa, wśród dzieci dwujęzycznych nie odbiega od normy przewidzianej dla dzieci jednojęzycznych. Gdy do głosu dochodzą emocje, pozytywne lub negatywne, mogą występować „przełączania” na drugi język (Kowalcze, 2009, s. 49–84; Nott-Bower, 2015, s. 34–40).

Gdy dziecko dwujęzyczne rozpoczyna naukę w przedszkolu, pojawia się konieczność przenoszenia znaczeń na nowe pola tematyczne. Dziecko odkrywa intencje innych, jednojęzycznych i nieznanymi mu wcześniej dorosłych. Zaczyna się nabywanie języka poprzez sytuacje, w których wcześniej nie miało okazji się sprawdzić. Elementem poznawania i odwzorowywania świata są przedszkolne zabawy w role. Cieszyńska stwierdza, że:

Dzieci dwujęzyczne podejmowały zabawy symboliczne (zabawy w role, zabawy imaginacyjne) dopiero wówczas, gdy mogły komunikować się językowo ze swoimi rówieśnikami. Nie można bowiem pełnić żadnej roli bez językowego jej opisanie, choćby tylko jednym słowem. Fakt ten potwierdzają obserwacje dzieci autystycznych i niesłyszących, nieposługujących się żadnym kodem (nawet migowym), które nie potrafią bawić się tak, jak ich rówieśnicy. Nie inicjują zabaw w role, ani nawet nie potrafią się w nie włączyć (Cieszyńska, 2006, s. 48).

Jeżeli dwujęzyczne przedszkolne dziecko spotka się z odrzuceniem, zanegowaniem czy wyśmianiem, to najczęstszą jego reakcją będzie agresja, a zaraz po niej pasywność i bierność wobec grupy, które mogą odbić się również na relacjach rodzinnych. Dzieci potrafią utonąć w sytuacji braku możliwości językowego komunikowania się. Przekłada się to automatycznie na ich poczucie własnej wartości, tożsamości, poczucie wspólnoty itd. Efektem niezrozumienia jest oddalenie się w stronę zabaw równoległych i samotnych. Pogarsza to już nadszarpniętą pewnością siebie dziecka i wyklucza rozwój słownictwa, swobodne wymienianie myśli z innymi dziećmi czy też beztronską zabawę z rówieśnikami. Z biegiem czasu, gdy język dominujący będzie na tyle sprawny, że da dziecku możliwość swobodnej komunikacji z otoczeniem, mogą się pojawiać problemy z drugim językiem etnicznym. Dziecko zdaje sobie sprawę, że bywa nierozumiane; chce coś opisać, opowiedzieć rodzicom, i nie wie, jak to zrobić.

Dzieci, które do momentu pójścia do przedszkola posługują się tylko językiem rodziców, powinny być stopniowo przygotowywane do zetknięcia się z sytuacją utrudnionego porozumienia lub wręcz jego braku. Postulat, by objąć opieką logopedyczną w przedszkolu wszystkie dzieci emigrantów, wydaje się uzasadniony. [...] Budowanie systemu językowego dzieci dwujęzycznych zachodzić może jedynie w interakcjach społecznych, kształtowanie ich staje się podstawowym zadaniem logopedy (Cieszyńska, 2006, s. 50–51).

Terapia logopedyczna takich dzieci nie może się ograniczać do zwykłej, kilkudziesięciminutowej pracy przy stoliku. Powinna bazować na wiedzy z kilku dyscyplin naukowych, a także włączać rodzinę w proces kształtowania mowy i umiejętności komunikacyjnych dziecka. Warto przy tym sięgać po dwujęzyczne bajki, książki, filmy opisujące świat dziecka w językach rodziców. Zachowanie w umyśle dziecka języka etnicznego obojga rodziców pozwoli mu na pełne zrozumienie własnej tożsamości, ale i możliwości zaistnienia w świecie. Wczesna interwencja logopedyczna pozwoli również dziecku na wolny wybór „języka wewnętrznego”, co wykreuje przyszłego, świadomego siebie dorosłego człowieka.

Studium przypadku

Przedmiot i cele badań

Studium przypadku dotyczy chłopca w wieku 2 lat i 9 miesięcy. Dziecko przejawia oznaki dwujęzyczności i leworęczności. Od urodzenia przebywa z mamą mówiącą do niego po polsku i w językach południowosłowiańskich oraz z tatą mówiącym po polsku i angielsku (od czasu do czasu (podczas wyjazdów w rodzinne strony ojciec dziecka używa w rozmowie tylko gwary podhalańskiej). Dziecko jest zatem zanurzone w kilku systemach językowych. Porozumiewa się z każdym członkiem rodziny bez problemu.

Badanie, któremu poddany został chłopiec, miało charakter orientacyjny. Zostało podzielone na dwa etapy. Pierwsza część badania, prowadzona w języku polskim, służyła obserwacji dziecka podczas swobodnej rozmowy i zabawy z opiekunem. Celem badania było poznanie wielu obszarów jego rozwoju, takich jak: język i komunikacja, zapamiętywanie i ćwiczenie uwagi, obszar psychomotoryczny, emocjonalny i czasoprzestrzenny. Druga część badania została przeprowadzona w językach polskim i angielskim. Założeniem było wytypowanie konkretnego zjawiska, w tym przypadku dwujęzyczności dziecka oraz jego zaangażowania w język obcy.

1. Opis przypadku na podstawie wywiadu⁴

Imię: Jan

Data urodzenia: 4.02.2016

Data badania: 19.11.2018

Przebieg ciąży

Czynniki negatywne wpływające na rozwój układu nerwowego – brak. Czynniki genetyczne, zewnątrzpochodne wpływające na rozwój układu nerwowego – brak. Czynniki działające na dziecko w trakcie porodu i po urodzeniu – poród przedłużający się, dziecko odwrócone plecami do pleców matki. Choroby wirusowe, bakteryjne, zatrucie ciążowe, nadciśnienie tętnicze, obrzęki, krwawienia, wymioty podczas trwania ciąży – brak. Wady słuchu, wzroku, narządów wewnętrznych występujące w rodzinie – rodzinna krótkowzroczność, leworęczność występująca w linii matki. Leki przyjmowane w ciąży – brak. Palenie

⁴ Wywiad na podstawie: Przybyła, 2015, s. 592–593.

czynne/bierne w trakcie trwania ciąży – brak. Matka pracowała do dnia porodu (praca umysłowa).

Przebieg porodu

Poród nastąpił w 38. tygodniu ciąży. Czas trwania porodu – 10 godzin od odejścia wód płodowych. Skurcze parte wspomagane oksytocyną trwały 2 godziny. Poród odbył się siłami natury, bez znieczulenia.

Dziecko po porodzie

Stan noworodka według skali Apgar – 10 pkt; waga – 3520 g, wzrost – 56 cm; Kontakt skóra do skóry zaraz po urodzeniu. Pierwsze przystawienie do piersi na sali porodowej. Dziecko zapłakało kilka chwil po urodzeniu i nie miało problemów z oddychaniem. Dziecko karmione piersią na żądanie. Spało z matką. Niedokarmiane sztucznie. Oddało smótkę, nie wymiotowało wodami płodowymi ani pokarmem. Stan psychofizyczny dziecka w normie do czasu szczepienia BCG i WZW B. Po podaniu szczepionek nastąpiło pogorszenie ssania, ulewianie pokarmu, wiotkość tchawicy utrzymująca się do 6. miesiąca życia i galopująca, nasilona żółtaczka trwająca do 3. miesiąca życia dziecka. Poziom bilirubiny w czwartej dobie po porodzie wynosił 14,5 mg%. Zastosowano leczenie fototerapią. Poziom bilirubiny w dniu wypisu – 9,80 mg%. Spadek poziomu bilirubiny był bardzo powolny. Norma ustaliła się w okolicach 3. miesiąca życia dziecka. Szczepienia odroczone do czasu unormowania się sytuacji. Nie zalecano szczepień skojarzonych. Hipotyreoza, fenyloketonuria, mukowiscydoza, MS/MS pobrane. Test pulsoksymetryczny-PK D98%. Wyniki przeprowadzonego badania słuchu były w normie.

Przebieg rozwoju

Dziecko karmione piersią do 2. roku życia. Ssanie silne, miarowe, spokojne, z biegiem czasu (od 18. miesiąca życia) ssanie wieczorne przed spaniem. Alternatywne metody karmienia nie były stosowane. Ulewianie ustąpiło w wieku 6 miesięcy. Wiotkość tchawicy utrzymywała się również do końca 6. miesiąca życia. W momencie przejścia na pokarmy półpłynne i stałe Jaś okazywał niepokój i miał problemy z przełykaniem twardszych kawałków. Z czasem, w okolicach 7–8. miesiąca, sytuacja się unormowała. Chłopiec lubił karmienie piersią, przytulanie, głaskanie, masaż Shantala, masaż refleksologiczny stóp, kąpiele, bujanie, kołysanie, podrzucanie. Spał spokojnie w dzień i w nocy. Już w okresie niemowlęcym Jaś przejawiał zainteresowanie światem, był aktywny w kontakcie.

Rozwój fizyczny

U chłopca nie występują wady wrodzone oraz choroby układu nerwowego. Pierwszy ząb, dolna jedynka, pojawił się w wieku 6 miesięcy. Samodzielne siadanie – około 9. miesiąca, stanie – 11. miesiąc, chodzenie – 13. miesiąc. Stan słuchu i wzroku w normie. Łaknienie w normie. Ogólny stan zdrowia bardzo dobry. Rozwój motoryki w normie.

Rozwój mowy

Dziecko głużyło, gaworzyło, bawiło się dźwiękiem. Pierwsze słowa zaczęło wypowiadać po pierwszym roku życia (mama, tata, baba, dada, auto, giko-mleko, nie, ta, uek-wózek, anan-banan, apko-jabłko itp.). W drugim roku życia zasób słownictwa był skromny. Jaś rozumiał, co się do niego mówi. Wykonywał proste polecenia. Pierwsze zdania zaczął wypowiadać przed 18. miesiącem życia. Obecnie mówi dużo i chętnie. Rozumie wszystko. Nie wszystkie polecenia wykonuje od razu.

Jaś od urodzenia przebywa w dwujęzycznym otoczeniu z przewagą użycia języka polskiego. Rozumienie mowy w języku polskim jest bardzo dobre. Rozumienie mowy w języku angielskim dobre. Zapamiętywanie języka angielskiego odbywa się najszybciej podczas słuchania muzyki, powtarzania tekstów piosenek, dialogów itp. Dziecko potrafi prowadzić dialog i monolog (podczas zabawy). Mowa jest płynna, szybka, niedostatecznie rozumiała dla obcych osób. Liczne elizje, substytucje, zniekształcenia występują częściej podczas mówienia po polsku. Reguły gramatyczne w trakcie zapamiętywania. Związki zgody i rzędu nie zawsze używane. Zdania oznajmujące, pytające, zaprzeczenia używane prawidłowo. Zdania w języku angielskim pojawiają się spontanicznie w trakcie oglądania bajek w tym języku lub podczas zabawy, przy czym zazwyczaj są w odpowiednim kontekście.

Słownictwo coraz bogatsze w obu językach. Nazewnictwo często angielskie, a jeszcze częściej mieszane. Prozodia mowy prawidłowa. Dziecko powtarza z oryginalnym akcentem, zapamiętuje i odtwarza w swobodnej rozmowie angielski akcent wyrazowy. Jeżeli chodzi o język polski, to akcent wyrazowy jest poprawny, chociaż czasami widoczne są zahamowania, przeciąganie samogłosek. Barwa głosu czysta. Dziecko muzykalne, uczone przez ojca gry na gitarze i pianinie. Powtarza piosenki polskie i angielskie. Od września 2018 roku uczęszcza na zajęcia z muzyki i logorytmiki (grupa rówieśnicza), co ma ogromny wpływ na rozwój mowy, poczucie rytmu, posługiwanie się instrumentami muzycznymi.

2. Badanie logopedyczne na podstawie materiałów dydaktycznych w języku polskim i angielskim

Celem przeprowadzonych analiz jest przedstawienie wczesnej, naturalnej dwujęzyczności na podstawie oceny mówienia i rozumienia prowadzonych podczas zabaw z dzieckiem (śpiew, wspólna gra na instrumentach muzycznych, lepienie z ciastoliny, naklejanie, kolorowanie itp.). Przeprowadzono również badanie uzupełniające – badanie aparatu mowy. Jaś, będąc w pierwszym i drugim roku życia praktycznie codziennie pod opieką taty, w sposób naturalny zaadaptował język angielski jako swój. Z czasem sam zaczął wybierać język, w którym się komunikuje. Głównym językiem dziecka jest polski, ale często – niejednokrotnie dla przekory – dziecko używa języka angielskiego, dobrze się przy tym bawiąc. Sytuacje podczas wyizolowanej zabawy naznaczone są dwujęzycznym monologiem dziecka.

Materiał eksplikacyjny stanowiły również zarejestrowane nagrania prowadzonych zabaw z dzieckiem, w czasie których starano się uchwycić momenty przechodzenia dziecka na język angielski oraz zaobserwować momenty zwykłej, swobodnej zabawy. W miarę możliwości włączano w nagrania ojca Jasia. Język angielski jest jego naturalnym językiem, a co za tym idzie – czuje się w nim swobodnie. Dziecko chętnie rozmawia z tatą w tym właśnie języku. Praca rozpoczęła się od wspólnej, standardowej rozgrzewki toru oddechowego i aparatu mowy. Z uwagi na zbliżające się święta, zajęcia i ćwiczenia właściwe zostały utrzymane w konwencji zimowej i bożonarodzeniowej.

W ćwiczeniach skupiono się na kształtowaniu wrażliwości słuchowej, uwzględniając spółgłoski przedniojęzykowo-zębowe i środkowojęzykowe, z którymi dziecko ma widoczny problem. Podczas sprawdzania powtarzania i wymawiania wszystkich głosek w izolacji zauważono, że głoski wargowo-zębowe są nagminnie opuszczane nie tylko w nagłosie, ale równie często w śródgłosie.

Cele ogólne zajęć przygotowawczych i zajęć właściwych:

- kształtowanie prawidłowego toru oddechowego;
- usprawnianie artykulatorów;
- kształtowanie wrażliwości słuchowej i słuchu fonematycznego z uwzględnieniem głosek przedniojęzykowo-zębowych (s, z, c, dz, t, d, n) w opozycji do środkowojęzykowych (ś, ź, ć, dź, ń, j);
- doskonalenie koordynacji słuchowo-ruchowej (wspólny śpiew z użyciem dzwonek, cymbałków, gitary, itp.);

Cele szczegółowe zajęć przygotowawczych i zajęć właściwych:

- usprawnianie języka w pozycji poziomej i zwrócenie uwagi na jego pionizację;
- utrwalanie wymowy głosek przedniojęzykowo-zębowych;
- utrwalanie wymowy głosek środkowojęzykowych;
- rozwijanie koncentracji uwagi podczas słuchania odgłosu dzwoniących dzwonekó;
- obserwacja dziecka podczas wykonywania zadań; obserwacja reakcji na muzykę itp.

Metody pracy:

- pokazywanie i naśladowanie;
- powtarzanie słowne;
- ćwiczenia praktyczne;
- zabawa.

Forma pracy:

- indywidualna praca rodzica z dzieckiem.

Środki dydaktyczne:

- lustro;
- pomoce do ćwiczeń oddechowych;
- ciastolina, naklejki, wyklejanki bożonarodzeniowe;
- skonkretyzowane obrazki zawierające w sobie głoski przedniojęzykowo-zębowe i środkowojęzykowe o tematyce świąteczno-zimowej.

Zajęcia wprowadzające:

1. Ćwiczenia oddechowe:
 - dmuchanie na świeczkę;
 - dmuchanie w gwizdki;
 - rozcieranie rączek i dmuchanie w rączki (zimą jest zimno, a więc: „hu hu ha, nasza zima zła!”).
2. Ćwiczenia rozgrzewające język, mięśnie twarzy i mięsień języka wykonywane przy szeroko otwartych ustach:
 - unoszenie języka do wargi górnej;
 - oblizywanie wargi górnej;
 - klaskanie językiem;
 - unoszenie czubka języka do wałka dziąsłowego za zębami górnymi.
3. Gimnastyka buzi:
 - zabawa w „minki”; naśladowanie min pokazywanych przez mamę (mina wesoła, smutna, zdziwiona, zła);
 - zabawa w powtarzanie samogłosek; zwracanie uwagi na charakterystyczny układ warg;

- A – buzia bardzo szeroko otwarta,
- O – wargi mocno zaokrąglone,
- U – wargi w dzióbek,
- E – szeroki uśmiech,
- Y – westchnięcie na głos,
- I – buzia uśmiechnięta ze złączonymi zębami.

4. Do ćwiczeń zostały użyte piosenki: *Zima, zima, zima* oraz *Deszczyk pada*.

Przeprowadzono z dzieckiem kilka nagrań wideo. Wszystkie utrzymane były w konwencji zabawy i edukacji. Podczas nagrywania pracy dziecka używano różnych pomocy dydaktycznych, takich jak: gitara, dzwonki, świeczki, gwizdki, naklejki i ciastolina. W większości pracowano w języku polskim. Dziecko było pogodne, wypoczęte i skore do współpracy. Z zainteresowaniem śledziło rozwój zabawy i brało w niej czynny udział. Zasadniczym celem była obserwacja obszarów rozwoju, takich jak: komunikacja, utrzymywanie uwagi, psychomotoryka, zapamiętywanie i rozpoznawanie konkretnych obiektów, motoryka mała i duża, stopień rozwoju mowy. Chciano również zaobserwować, kiedy dziecko przechodzi na język angielski oraz jak wyglądają poszczególne poziomy mowy dziecka.

Komunikacja

Na podstawie uzyskanych materiałów stwierdzamy, że Jaś komunikuje się w sposób zrozumiały. Chętnie śpiewa i tańczy. Potrafi śledzić ruchy osoby pokazującej układ taneczny i wykonuje je prawidłowo. Widać, że taniec i ruch go cieszą, i są traktowane jako forma zabawy. Chłopiec prowadzi dialog, potrafi opisywać, co robi i co się wokół niego dzieje. Świadomie konfabuluje, wiedząc, że wywołuje to zainteresowanie słuchających. Podczas zabawy lampkami choinkowymi nadaje im inne znaczenie: raz są one choinką, raz fontanną, innym razem pociągami i autobusem. Jaś wypowiada słowa i onomatopeje. Podczas pracy przed lustrem chętnie powtarza samogłoski w izolacji i nie ma z nimi problemu. Potrafi naśladować i rozpoznawać różne miny, chociaż przy pracy przed lustrem szybko się nudzi, a niepowodzenia zniechęcają go do powtórzeń. Nie jest w stanie skupić uwagi na patrzeniu w lustro i powtarzaniu tego, o co się je prosi. Woli patrzeć na mamę i naśladować jej ruchy. W nagraniach prowadzonych częściowo w języku angielskim zaangażowanie w dialog jest nieco mniejsze, chociaż rozumienie jest poprawne. Dziecko potrafi wykonać polecenia kierowane do niego w języku angielskim, ale odpowiedzi są krótkie, skandowane, ograniczone do rzeczowników i pojedynczych dwu- bądź trzywyrazowych zdań. Widoczne jest zaangażowanie chłopca zarówno w zabawę, jak i naukę z dorosłym. Jaś bardzo chętnie pracuje sam, rozu-

mie, co należy zrobić z ciastoliną, naklejkami, dzwoneczkami, gitarą, lampkami choinkowymi. W nagraniu fonogramów do wyrazu „kula” w pewnym momencie chciał przejąć inicjatywę w pokazywaniu rekwizytów i mówieniu do kamery.

Psychomotoryka

Procesy umysłowe, takie jak emocjonalność czy koncentracja, oraz indywidualne cechy osobowości wpływają na spontaniczność ruchów oraz sposób poruszania się (Eisenberg, Murkoff, & Hathaway, 2005, s. 31–32). Jaś bawi się spontanicznie, jego rozwój psychomotoryczny jest prawidłowy (chodzi, biega, skacze, macha rękami, maluje, nakleja, dzwoni dzwoneczkami, liczy, powtarza, podaje rękę na powitanie, naśladuje zabawy przed lustrem). Także rozwój mowy jest w granicach normy (Porayski-Pomsta, 2015, s. 119–122). Nie zauważamy problemów w swobodnej komunikacji w języku polskim. Komunikacja w języku angielskim jest raczej bierna, choć pojawiają się prawidłowe reakcje na zadawane pytania w języku obcym, często połączone z podskakiwaniem, bieganiem, śmiechem. Dziecko, zachęcane do dialogu, odpowiada „całym sobą”. Widać, że niejednokrotnie brakuje mu słów, aby opisać wszystko, co chciałby powiedzieć.

Koordinacja słuchowo-ruchowa jest poprawna (obserwacja dzwoneczków i powtarzanie sekwencji dźwięku dzwoneczków, naśladowanie grzmotu poprzez tupnięcie). Również koordynacja wzrokowo-ruchowa jest bez zarzutu (prawidłowe pokazywanie kolorów, liczb, liczenie kasztanów). Wrażliwość czuciowo-dotykowa jest poprawna (oparzenie się lampkami choinkowymi, zabawa w mycie rączek przy samowarze). Zarówno wyniki badania słuchu, jak i ocena podstawowych reakcji emocjonalnych są w normie.

Do 18. miesiąca życia Jaś niechętnie mówił, ale powtarzał poprawnie charakterystyczne dźwięki gitary i uderzenia bębnowe w piosenkach anglojęzycznych (w tamtym czasie popołudnia spędzał częściej z ojcem, więc był bodźcowany językiem angielskim i dźwiękami). Tata Jasia zawodowo gra na gitarze i praktycznie całe popołudnia ćwiczył różne utwory, więc siłą rzeczy chłopiec się temu przysłuchiwał i naśladował grę na instrumencie na swoim małym drewnianym ukulele. Wraz z rozwojem mowy, w okolicach drugich urodzin, zaczęły pojawiać się u niego coraz bardziej skoordynowane ruchy dłoni w chwytaniu gitary, a do tego zapamiętywał teksty piosenek. Sytuacja ta wzmogła potrzebę swobodniejszego mówienia. Samo umuzykalnianie dziecka wpłynęło i nadal wpływa na rozwój koncentracji uwagi, koordynacji ruchowej, opanowania, pewności siebie i poczucia własnej wartości.

Zapamiętywanie i rozpoznawanie konkretnych obiektów

Praca przy stoliku z książeczką o tematyce świątecznej umożliwiła zobrazowanie przebiegu procesu zapamiętywania i rozpoznawania konkretnych, często ukrytych obiektów. Zadaniem Jasia było odnalezienie wśród rozsypanki naklejkowej odpowiednich grup przedmiotów należących do pewnego zbioru. W zależności od tematu obrazka Jaś miał odnaleźć choinki (małe i duże), prezenty, bombki itp. Chłopiec z łatwością poradził sobie z wykonaniem zadania.

Motoryka mała i duża

Motoryka mała jest poprawna; Jaś ćwiczy ją z ojcem podczas gry na gitarze (coraz częściej sam siada z gitarą). Szczególnie usprawnia się wówczas palec wskazujący i kciuk lewej dłoni, gdyż leżą one na strunach pudła rezonansowego. Chłopiec chętnie przeciska przez wszystkie palce ciastolinę, plastelinę, piasek kinetyczny, farby plakatowe i purée ziemniaczane. Potrafi poradzić sobie z odklejaniem i przyklejaniem naklejek. W zakresie motoryki dużej ujawniają się niewielkie nieprawidłowości związane z dojrzeniem układu nerwowego. Jaś potrafi: chodzić, wchodzić na schody i schodzić z nich (wchodzenie i schodzenie często zaczyna lewą nogą); skakać na podłożu twardym (nie przepada za skokami na trampolinie); huśtać się na podwieszanych przedmiotach w przód-tył, góra-dół; lubi stabilne drabinki, zjeżdżalnie, baseny z kolorowymi kulkami. Potrafi poruszać się w plastikowym aucie, odpychając się obunóż, ale jeszcze niechętnie siada na rower. Nie przepada natomiast za wspinaniem się po tzw. pajęczynie, czyli linach zawieszonych nad piaskownicą.

Stopień rozwoju mowy

Do badania mowy posłużono się trzema kwestionariuszami:

1. Grażyny Billewicz i Brygidy Ziolo *Kwestionariusz badania mowy* (2001) – celem sprawdzenia artykulacji głosek w izolacji oraz w nagłosie, śródgłosie i wygłosie;
2. *Profil osiągnięć ucznia* autorstwa Jacka Kielina (2002) – żeby sprawdzić nie tylko słownictwo czynne i bierne, lecz także motorykę dużą i małą, koordynację wzrokowo-ruchową, rozwój społeczny, naśladownictwo, funkcje poznawcze i samodzielność;
3. *Kwestionariusz diagnostyczny zaburzeń mowy ze szczególnym uwzględnieniem afazji i dysartrii dla młodzieży i dorosłych. Materiały do badania* (2014) – wykorzystany do ćwiczeń aparatu artykulacyjnego; posłużył do sprawdzenia znajomości kolorów i mowy w języku angielskim.

Poziom fonologiczny

Podczas pracy z kwestionariuszem zauważono, że Jaś realizuje prawidłowo samogłoski ustne zarówno w nagłosie, śródgłosie, jak i w wygłosie. Problematiczne stają się nosowe [õ] i [ẽ], które realizowane są w śródgłosie jak /o/ i /e/, a w wygłosie jako /om/, /em/. Spółgłoski wargowe realizowane są poprawnie w wygłosie i śródgłosie, natomiast niewłaściwie wymawiana jest głoska [ɥ]. Następuje tutaj zamiana na /i/ i /n/ w śródgłosie i wygłosie, a w nagłosie spółgłoska ta jest opuszczana. Co ciekawe, ten problem nie występuje, gdy dziecko w języku angielskim wymawia wyrazy zawierające głoskę [ɥ]. Pozostałe spółgłoski wargowe wymawiane są prawidłowo. Spółgłoski wargowo-zębowe są nieprawidłowo realizowane w nagłosie. W zasadzie nagłos [v], [vʰ], [f], [fʰ] dla dziecka nie istnieje. Spółgłoski są w tym miejscu praktycznie całkowicie opuszczane. Śródgłos i wygłos realizowane są poprawnie. Spółgłoski przedniojęzykowo-zębowe [t], [d], [n] realizowane są poprawnie w nagłosie, śródgłosie i wygłosie. Problem pojawia się z głoskami [ç] i [ʃ] w nagłosie (elizja). Spółgłoska [ç] opuszczana jest również w śródgłosie, natomiast w wygłosie realizacja jest poprawna. Spółgłoski przedniojęzykowo-dziąsłowe [ʃ], [ʒ], [ç] są zamieniane na odpowiedniki z szeregu ciszącego /s/, /z/, /ç/. Spółgłoska [ʒ] zamieniana jest na syczące /z/. Dodatkowo [ç] jest opuszczane w nagłosie. Spółgłoski [r] i [l] realizowane są jak /i/, natomiast [lʰ] jest realizowane poprawnie. Spółgłoski środkowojęzykowe [ʃ], [ʒ], [ç], [ʒ], [ń], [i] realizowane są prawidłowo. Sporadycznie pojawiają się elizje głoski [ʒ] w śródgłosie. Spółgłoski tylnojęzykowe realizowane są prawidłowo we wszystkich kombinacjach.

Poziom morfologiczny

Fleksja czasownika:

a) kategoria osoby:

liczba pojedyncza:

- pierwsza osoba (ja): występuje [mam],
- druga osoba (ty): występuje [rob'is],
- trzecia osoba (on, ona, ono): występuje [myje še];

liczba mnoga:

- pierwsza osoba (my): obecne w mowie, ale w materiale nie występuje,
- druga osoba (wy) obecne w mowie, ale w materiale nie występuje,
- trzecia osoba (oni, one): obecne w mowie, ale w materiale nie występuje;

b) kategoria liczby:

- dziecko prawidłowo używa form liczby pojedynczej i mnogiej;

c) kategoria rodzaju:

- rodzaj męski – rozwinął się szybciej niż rodzaj żeński,
- rodzaj żeński – często pomijana charakterystyczna dla rodzaju żeńskiego końcówka „a”,
- rodzaj nijaki – rzadziej stosowany; użycie ograniczone do czasowników *być-jest* ewentualnie *jechać-jedzie*;

d) kategoria trybu:

- tryb przypuszczający – nie występuje,
- tryb oznajmujący – obecny w mowie,
- tryb rozkazujący – obecny w mowie, ale w materiale nie występuje;

e) kategoria czasu:

- dziecko używa czasowników w czasie teraźniejszym: [ide], [maluje], [gra],
- dziecko używa czasowników w czasie przyszłym: [beŋde malovaŋ],
- dziecko używa czasowników w czasie przeszłym: [biŋ];

f) kategoria strony:

- w wypowiedziach dziecka występuje strona czynna i zwrotna.

Fleksja rzeczownika pojawiała się w następującym porządku:

1. mianownik [auto];
2. biernik [viʒe mame];
3. dopełniacz [autka], [ideleca];
4. narzędnik [p'ilotem];
5. miejscownik [f auc'e];
6. celownik [daj mam'e].

Podczas pracy z farbami, kolorami, czyli w przypadku odmiany przymiotników, dziecko myli mianownik z dopełniaczem. Na pytanie: *Jaki to kolor?* odpowiedź brzmi: [ńeb'esk'ego... ebesk'i!]. Sytuacja taka nie ma miejsca podczas stosowania przysłówków, gdyż obecnie ich odmiana kończy się na mianowniku. W użyciu są przysłówki odprzymiotnikowe zakończone na -o i -e. Dziecko jest na etapie różnicowania i stopniowania zarówno przymiotników, jak i przysłówków. Rozumie i rozpoznaje różnice wynikające ze stopniowania.

Poziom leksykalny

Dziecko dysponuje średnim zasobem słownictwa. Stosuje wypowiedzi adekwatne do pytań. W wypowiedziach występują różne części mowy, przeważają jednak rzeczowniki i przymiotniki, rzadziej pojawiają się czasowniki. Przyimki są używane dość często. Równie często występują liczebniki główne i porządkowe – zarówno w języku polskim, jak i angielskim. Zaimki ograniczają się do rzeczownych i przymiotnych, rzadziej przysłownych. Spójnik *i* występuje sporadycznie, podczas gdy spójnik *a* – wcale. Twierdzenia bywają zastępowane przez: *yyy*, *yhmm*, *eeee*, a zaprzeczenia przez *eee..eee*.

System składniowy

Bardzo często jedno słowo oznacza zdanie – zazwyczaj w czasie teraźniejszym, w trybie rozkazującym. Stan uczuciowy dziecka determinuje szyk wyrazów w zdaniu. Wypowiedzi dwu- i trzyczłonowe bazują na orzeczeniu i podmiocie lub orzeczeniu i dopełnieniu (bliższym lub dalszym), orzeczeniu i okoliczniku (miejsca i czasu) oraz orzeczeniu i przydawce, najczęściej przymiotnej. Zdania złożone pojawiają się równocześnie ze zdaniami pojedynczymi i rozwiniętymi. Zdania

współrzędne poprzedzają podrzędne. Dziecko rozumie i stosuje zdania złożone współrzędnie łączne, przeciwstawne i wynikowe. Całkiem niedawno zaczęły pojawiać się u niego zdania złożone podrzędnie okolicznikowe przyczyny (ma to związek z wchodzeniem dziecka w grupę rówieśniczą, w której musi zawalczyć o miejsce, stąd natrętne: [iiiiic, bo ja tu šezę]). Inne zdania złożone podrzędnie to przykładowo dopełnieniowe: [viz'is, ze šezę] (mające na celu uzyskanie pochwały) czy okolicznikowe warunku, związane z oczekiwaniem na gratyfikację. Rozwój składni wzrasta sukcesywnie. Zdania i równoważniki zdań, zdania pytające i zaprzeczenia pojawiają się równocześnie ze zdaniami twierdzącymi.

Dziecko, przebywając w pierwszym roku życia z anglojęzycznym tatą, niejako z automatu i równocześnie (oprócz języka polskiego) przyswajało segmentalne i suprasegmentalne aspekty drugiego języka.

Wiek między osiemnastym a dwudziestym czwartym miesiącem życia jest bardzo ważnym okresem uczenia się odczytywania przez dziecko intencji osób z otoczenia. W różnych, powtarzających się kontekstach komunikacyjnych budowane są znaczenia słów i całych wypowiedzi. Jest to wszakże możliwe tylko wówczas, gdy sytuacje te mają znamiona dzielenia wspólnej uwagi (Cieszyńska, 2006, s. 140).

Motywowanie dziecka do komunikowania się poprzez rozmawianie z nim od najwcześniejszych momentów jego życia w języku angielskim (ojciec i rodzina przebywająca za granicą) dało efekt zakodowania pewnych struktur językowych, związków frazeologicznych, akcentu wyrazowego. Rozmawiając z dzieckiem, ojciec używa prostych zdań, które zawierają znane dziecku słowa: oznaczające kolory, liczby, nazwy liter. Stosuje konwencjonalne formuły powitań i pożegnań oraz onomatopeje charakterystyczne dla języka angielskiego. Do dziś dziecko, słysząc szczekającego psa, mówi: [hau, hau, ruf, ruf], czyli nie wybiera pomiędzy dwoma językami, ale używa dwóch jednocześnie. Podczas zabawy z otwieraniem i zamykaniem kurka z wodą (nagranie pt.: *Otwieranie, zamykanie*) długo nie był w stanie zdecydować się, czy powinien powiedzieć *open* czy *otwarte; shut* czy *zamknięte*.

Przez bardzo długi czas Jaś nie był w stanie zrozumieć, że kolory w języku polskim nazywają się inaczej niż w języku angielskim. Dopiero regularne zajęcia w grupie rówieśniczej⁵ sprawiły, że zaczął zdawać sobie sprawę z różnic wynikających z innego nazewnictwa kolorów, liczb czy form witania i żegnania się z innymi dziećmi. Obecnie sam wybiera język, którym się posługuje w domu i w komunikacji z innymi ludźmi. Wstawki angielskie są nadal częste, szczegól-

⁵ Chłopiec uczęszcza na zajęcia do Centrum Integracji Międzypokoleniowej. Celem spotkań jest integracja dzieci w grupie i przygotowanie ich do pójścia do przedszkola. Spotkania dedykowane są dzieciom dwu- i trzyletnim. Grupa, do której trafił Jaś, składa się z czterech dziewczynek i dwóch chłopców.

nie przy ojcu, który od pół roku, z racji wykonywanego zawodu, widuje dziecko weekendowo. Angielski słownik umysłowy dziecka ogranicza się do kilkunastu rzeczowników, kilku przymiotników i czasowników, a także zwrotów grzecznościowych. Zwroty te stopniowo wypierane są przez odpowiedniki polskie. Mniejsza stymulacja i krótsze bodźcowanie naturalnym językiem angielskim w drugiej połowie 3. roku życia dają efekt rzadszego używania tego języka. Niemniej podstawowe słowa z otoczenia dziecka, jak również często powtarzane do niego zwroty – choć w formie biernej – wciąż istnieją w jego pamięci i w razie potrzeby są w czynnym użyciu. Żywa reakcja na język angielski słyszany na ulicy, na placu zabaw czy podczas rozmowy telefonicznej również utwierdza w przekonaniu, że dziecko zdaje sobie sprawę z rozumienia drugiego języka oraz doskonale wie, kiedy go używać i w jakim kontekście i formie. Ciekawą teorię opisują badacze Elizabeth Peal i Wallace E. Lambert, starając się dowieść, że dzieci dwujęzyczne posługują się pojęciami abstrakcyjnymi i relacyjnymi sprawniej niż dzieci jednojęzyczne (Kurcz, 2007, s. 156).

3. Propozycje pracy z dzieckiem

Przedstawione propozycje pracy są kierowane do rodziców dzieci przejawiających cechy dwujęzyczności na wczesnym etapie rozwoju społecznego. Wskazówki są przeznaczone dla dzieci mieszkających w kraju pochodzenia jednego z rodziców. Celem jest utrzymanie dwujęzyczności oraz rozwój drugiego, mniej popularnego i tym samym rzadziej używanego w interakcjach z innymi ludźmi języka.

Aby zachować poczucie przynależności dziecka do obojga rodziców, wybrano strategię „jeden rodzic – jeden język”: gdy ojciec rozmawia z synem po angielsku, mama mówi w drugim, również zrozumiałym dla dziecka języku. Ważna jest przy tym konsekwencja w posługiwaniu się jednym językiem przez każdego z rodziców, aby w dziecku w sposób prawidłowy rozwijała się kompetencja w obu systemach językowych⁶.

Z powodu przebywania i codziennego życia dziecka w miejscu pochodzenia jednego z rodziców język i kultura drugiego rodzica mogą odgrywać różną

⁶ Podobne zasady funkcjonowania dziecka w rodzinie/grupie dwu- lub wielojęzycznej z powodzeniem sprawdzają się w placówkach prowadzonych metodą Marii Montessori. Dzieci pochodzące z rodzin wielokulturowych są prowadzone w językach, które same wybierają. Odkrywają świat w takim języku, w jakim potrzebują i czują. Przykładowo w przedszkolu prowadzonym przez siostry Urszulanki w Słowenii, w którym pracowała jedna z współauterek, dzieci porozumiewały się zarówno po słoweńsku jak i po angielsku, francusku, niemiecku i włosku. Standardem były przedszkolne dni „z tatą” i dni „z mamą” podczas których dziecko mogło swobodnie pracować z rodzicem w takim języku w jakim chciało.

i nierównowazną rolę w stosunku do języka i kultury pierwszego rodzica. Pojawienie się takiej trudności nie powinno zniechęcać rodziców do komunikowania się z dzieckiem dwoma językami. Warto je motywować i zachęcać do używania i wzmocnienia słabszego języka. Stąd wielokrotne prośby, by dziecko odpowiadało na pytania: *A jak to jest po angielsku? A jak by to powiedział tata? A pamiętasz taką piosenkę po angielsku?* Motywacją do używania drugiego języka mogą być zabawy z rówieśnikami, dla których ten właśnie język jest ojczystym. Można zachęcać dziecko i rodzica do czytania oraz opowiadania sobie treści książek w niedominującym języku. Podobnie jest z oglądaniem filmów, bajek, słuchaniem piosenek, rozmową telefoniczną z rodziną mieszkającą za granicą. Stały kontakt z drugim językiem zapewni dziecku poczucie bezpieczeństwa, przynależności do konkretnej wspólnoty i tożsamości. Małe dziecko w rodzinie dwujęzycznej tak samo lubi słuchać rymowanek, historyjek i opowiadań w obu językach. Nawet na wczesnym etapie rozwoju mowy i umiejętności społecznych warto pokazywać dziecku, że ma wokół siebie przyjaznych ludzi, chętnych do wysłuchania go i wspierania we wszystkim, co robi – niezależnie w jakim języku to czyni. Dla usprawniania słabszego języka ważnym, jeżeli nie najważniejszym elementem jest codzienna dawka tego języka. Zdrowe, słyszące dziecko przyswoi język otoczenia samoistnie. Natomiast rzadziej używany język musi być włączany w sytuacje komunikacyjne dziecka by ono samo czuło się w nim równie pewnie jak w języku dominującym.

Rodzice mogą wprowadzić w życie elementy metody RDI (Relationship Development Intervention), zwanej po polsku Metodą Rozwoju Relacji⁷. Jest to opracowana przez Stevena Gutsteina i Rachele Sheely metoda nawiązywania relacji z dzieckiem autystycznym, ale może się sprawdzić również w przypadku dziecka dwujęzycznego. W tej metodzie szczególny nacisk położony jest na rozwój umiejętności komunikacyjnych. Terapia ta, prowadzona w domu lub w miejscach dziecku znanych, jest tak naprawdę stymulacją jego inteligencji dynamicznej. Na inteligencję dynamiczną składają się: komunikacja dynamiczna, dynamiczne myślenie i rozwiązywanie problemów, analiza dynamiczna (sposób przetwarzania i organizacji informacji), samoświadomość i pamięć epizodyczna (pamięć epizodów, czyli zdarzeń w połączeniu z emocjami, jakie im towarzyszyły). Razem z pamięcią semantyczną, czyli pamięcią dotyczącą znaczeń i zbiorów informacji, składa się na pamięć deklaratywną, czyli długotrwałą pamięć świadomą⁸. Dziecku dwujęzycznemu łatwiej jest organizować język(i) w umyśle, lepiej przebiega budowanie relacji z innymi, a także ma ono większe poczucie własnej wartości.

⁷ W Polsce jedyną certyfikowaną konsultantką RDI jest Maria Dąbrowska-Jędral, lekarz i wiceprezes Fundacji Rozwiązać Autyzm, prowadząca Centrum Rozwoju (<http://mariajedral.pl/rdiu> Relacji DROGA).

⁸ <http://www.logopedia.pl/metody-terapii> (data dostępu: 18.05.2019).

4. Cele bliższe i dalsze terapii wymowy

Cele bliższe i dalsze na tym etapie rozwoju mowy dziecka to: wywołanie, zakodowanie i utrwalenie głosek wargowo-zębowych; utrwalenie głosek przedniojęzykowo-zębowych [c] i [s] w nagłosie oraz [c] w śródgłosie; ćwiczenia w pionizacji języka; utrwalenie i ćwiczenie w różnicowaniu dźwięczności głosek środkowojęzykowych; przyjrzenie się spółgłosce [u], która jest zbyt często opuszczana w nagłosie i zamieniana w śródgłosie i wygłosie na /i/. Dalsze cele to wywołanie, zakodowanie i utrwalenie wszystkich głosek przedniojęzykowo-dziąsłowych oprócz [l'] oraz praca nad samogłoskami nosowymi; w dalszej przyszłości – obserwacja wymowy głoski [r] i w razie potrzeby jej prawidłowe wywołanie, zakodowanie i utrwalenie.

W czasie zajęć z Jasiem zauważono, że chłopiec lubi się uczyć, bawić i poznawać świat bez względu na używany język. Wcześniej wspomniana strategia „jeden rodzic – jeden język” sprawdza się znakomicie i podczas nauki, i podczas zabawy. Dwujęzyczność wspomaga rozwój intelektualny, emocjonalny, duchowy i twórczy dziecka. Uczestnictwo w różnych doświadczeniach rodzinnych i domowych (polsko- i anglojęzycznych) wzbogaca chłopca językowo. Rozwój umiejętności językowych wpływa zaś na budowanie relacji społecznych poza rodziną. A problem z odnalezieniem siebie zaczyna się często dopiero poza nią. Wystawienie na przetrwanie w grupie jednojęzycznej i niejako jednolitej kulturowo stanowi dla dwujęzycznego dwulatka nie lada wyzwanie.

Bilingwizm Jasia można określić jako zrównoważony z lekką skłonnością do języka polskiego jako języka dominującego. Zarówno, w zabawie, jak i w edukacji nieznacznie przeważa język polski. Spotkania z tatą są emocjonalne i w obecności ojca chłopiec automatycznie przechodzi na język angielski. Wtedy wita się, liczy, śpiewa, nazywa literki, stara się opowiadać w prosty sposób – po angielsku. Stosując strategię „jeden rodzic – jeden język”, Jaś zyskuje kompetencję językową charakterystyczną dla bilingwizmu pełnego, a co za tym idzie – rozwija się jego kreatywność, myślenie abstrakcyjne, tolerancja czy przyswajalność innych języków. Wszystko to przekłada się na inteligencję emocjonalną, pragmatyzm i charakter. Problem pojawia się dopiero w momencie, w którym dziecko zdaje sobie sprawę, że poza rodziną jest znacznie gorzej rozumiane.

Psychologiczne aspekty dwujęzyczności w dzieciństwie

Nabywanie, uczenie się, naśladowanie brzmienia i później wymowy drugiego języka obecnego w rodzinie poszerza zakres rozumienia i interpretowania otaczającego świata. Dziecko, zwiększając możliwości tworzenia i nazywania przestrzeni wokół siebie, już od wczesnego dzieciństwa kształtuje w umyśle dwutorowy sposób myślenia i oceniania świata. Jeżeli rodzice czują równowartość obu języków, kultur, tradycji i zwyczajów, to dwutorowość jest neutralna i tak samo emocjonalnie bliska dziecku. Aspekt psychologiczny tego zjawiska jest bardzo szeroki, gdyż nie tylko łączy poczucie przynależności do dwóch kultur, tożsamości, języków, lecz także nasuwa pytania o poczucie, rozumienie i ocenę wartości własnej kultury. Czym dla dziecka dwujęzycznego jest istota jego własnej, mieszanej kultury? Jaka jest i jaka będzie jej rola w rozwoju osobistym?

Rozwój psychologiczny i emocjonalny dziecka przebiega fazami, skokami (Czykwin & Misiejuk, 1998, s. 107). Na każdy etap rozwoju przypadają zarówno momenty euforii, radości z nowych osiągnięć, jak i kryzysy i odczucia porażki. Używając języka, dziecko udowadnia sobie i otoczeniu, jak wielkie kroki milowe poczyniło od narodzin do chwili, w której się aktualnie znajduje. Wszystkie następstwa wynikające z używania języka są miarą rozwoju psychologicznego dziecka. Poprzez słuchanie, spostrzeganie i kojarzenie dźwięków mowy, gaworzenie, sylabizowanie, nazywanie, mówienie, a później czytanie i pisanie jesteśmy w stanie zaobserwować, kim dane dziecko jest, jakie jest, czy jest świadome swoich umiejętności i czy potrafi je wykorzystywać.

Język(i) wspaniale odzwierciedla(ją) wnętrze człowieka dorosłego i dziecka. Dwujęzyczność czy wielojęzyczność, nad którymi narosło wiele nieprawdziwych legend, potwierdzają, że ludzie posługujący się większą liczbą systemów językowych są bardziej otwarci na różnorodność w otaczającym ich świecie; dzieci zaś uczą się od urodzenia poszanowania inności, tolerancji i uwrażliwienia na odczucia innych ludzi. Przekłada się to na ich późniejsze wybory życiowe, ścieżkę kariery, styl życia i poczucie przynależności lub wręcz odwrotnie – poczucie odrzucenia, wyobcowania czy izolacji. Badania naukowców dowodzą, że dwujęzyczność naturalna ma ogromny wpływ m.in. na kreatywność, poszerzanie dostępu do informacji, alternatywne sposoby organizowania myśli i postrzegania otaczającego świata, a także budowanie twórczego myślenia u dziecka (Bertelle, 2011, s. 242). Jeżeli rodzice, nauczyciele, środowisko dziecka nie odrzucają jego dwujęzyczności i akceptują ją jako coś naturalnego, to dziecko ma szansę stać się naprawdę mądrym, świadomym swojej wartości człowiekiem. Gdy jednak pojawiają się odrzucenie, izolacja, zaprzeczanie istnienia dwujęzyczności czy jej zanegowanie na jakimkolwiek poziomie – od rodziny zaczynając, a na otoczeniu kończąc – to szansa na naturalny, bezproblemowy rozwój psychologiczny i emocjonalny może zostać zaprzepaszczona.

Za każdym razem, gdy na drodze rozwoju pojawia się nieufność – czy to dziecka do świata zewnętrznego, który ma przyjąć, czy też otoczenia do samego dziecka – blokada przejawia się już na gruncie opozycji ufność–nieufność⁹. Na tym pierwszym etapie rozwoju tożsamości, obejmującym okres niemowlęstwa, język jawi się jako „przyjemny, emocjonalny komunikat, dający poczucie bezpiecznego gniazda” (Czykwin & Misiejuk, 1998, s. 108). Rozmawiając z dzieckiem w dwóch językach, śpiewając mu, rytmizując komunikat, uwrażliwiając na różne charakterystyczne dźwięki mowy ojczystej matki czy ojca, wspieramy go w zmierzeniu się z pierwszym wyzwaniem – ufnym zadomowieniem się w świecie (Czykwin & Misiejuk, 1998, s. 108). Dla dziecka dwujęzycznego będzie to zawsze świat dwóch kultur, języków itp.; świat podwójny, ale dla niego bezpieczny i naturalny.

Faza druga w rozwoju psychologicznym dziecka przypada na okres wczesnego dzieciństwa (8 miesięcy – 3 lata). Podczas niej rozwija się dziecięce poczucie autonomii – poprzez uświadomienie sobie własnych ograniczeń. Etap ten jest wyzwaniem nie tylko dla dziecka, lecz także dla rodziców. Zbyt liberalne podejście do oczekiwań dziecka wobec świata i otoczenia rzutuje na jego błędne rozumienie granicy tego, co wolno, a czego nie. Ograniczanie poszukiwania własnej autonomii skutkuje zaś wycofaniem i zablokowaniem własnych potrzeb, doznań itp.

Cechą tej fazy rozwoju jest też autonomia ujawniająca się w języku. Szczególną uwagę należy zwrócić na monologi. Zdobywanie pewności siebie jako świadomego użytkownika języka widoczne jest w momentach „dialogu z samym sobą na dywanie”. Dwujęzyczność pojawiająca się podczas takich dialogów jest dowodem na to, że dziecko poszukuje swojej granicy językowej oraz że ją nieustannie poszerza. Utożsamia się z językami ojczystymi matki i ojca; swobodnie operuje nazwami, znaczeniami, prozodią obu języków; nie jest przy tym negowane, karcane czy zawstydzane (kryzys drugiej fazy według Erika Eriksona to właśnie poczucie wstydu). Poznając rzeczywistość, dziecko stymuluje rozwój języka i samo wyznacza własne ramy. Dzięki temu tożsamość języka będzie jedną ze zmieniających pozwalających na wyodrębnienie własnej osoby spośród innych obiektów (Czykwin & Misiejuk, 1998, s. 112). Co ciekawe, w warstwie językowej dziecko ma wciąż prawo traktować siebie jako rzecz i mówić o swoich działaniach w trzeciej osobie liczby pojedynczej. I rzeczywiście, gdy Jaś mówi po polsku, używa tego schematu; natomiast używając języka angielskiego, doskonale rozumie, że *me and you* to *ja i ty*.

⁹ Według Erika Eriksona każdy zdrowo rozwijający się człowiek przechodzi w trakcie swego rozwoju osiem stadiów – od okresu niemowlęstwa aż do starości. Przy tym w każdej fazie napotyka określonego rodzaju problem, który musi rozwiązać. Rozwiązanie konfliktu warunkuje przejście do następnej fazy rozwojowej. Jeżeli zaś dany konflikt nie zostanie pozytywnie rozwiązany na danym etapie rozwoju, powróci on w przyszłości w formie różnego rodzaju trudności w funkcjonowaniu.

To, w jaki sposób dziecko będzie przechodzić kolejne fazy rozwoju psychologicznego, nadal będzie zależało od rodziców, ich zaangażowania i wsparcia. Dziecko będzie wchodziło w coraz to nowe grupy społeczne (przedszkole, szkoła, grono przyjaciół). Wspólne rozmowy będą stanowić fundament w coraz to bardziej świadomym wkraczaniu w aspekty dwujęzyczności¹⁰. Badacze dwujęzyczności mówią w tym kontekście o sześciu korzyściach, które pozwalają osobom dwujęzycznym radzić sobie sprawniej niż osobom jednojęzycznym w życiu społecznym:

1. Giętkość mentalna, rozumiana jako możliwość patrzenia na rzeczy z różnych punktów widzenia.
2. Umiejętność rozwiązywania problemów. Badania pokazały, iż dzieci dwujęzyczne szybciej osiągają etap abstrakcyjnego myślenia, sprawniej analizują złożone informacje, omijając zbędne elementy i skupiając się nad tymi ważnymi, dzięki czemu są w stanie tworzyć różne hipotezy w celu rozwiązania problemów.
3. Zdolności metajęzykowe, pojmowane szczególnie jako umiejętności odczytywania prawdziwego celu komunikacji nadawcy ukrytego w wypowiedzi „pomiędzy wierszami”. To bardzo ważne narzędzie, dzięki któremu osoba dwujęzyczna jest w stanie sprawniej się porozumiewać z otoczeniem i osiągać swoje cele.
4. Umiejętność uczenia się, nie tylko poprzez wykorzystanie informacji danej, ale również jako możliwość tworzenia nowych rozwiązań z nabytych informacji.
5. Umiejętność tworzenia relacji interpersonalnych. Dzięki swoim umiejętnościom metajęzykowym, osoba dwujęzyczna, szybciej odczytując sytuacje, jest w stanie lepiej rozumieć punkt widzenia drugiej osoby i skuteczniej się z nią porozumiewać.
6. Dzięki znajomości języków i treningowi umysłowemu, zgodnie z wynikami testów prowadzonych na ludziach starszych, osoby dwujęzyczne starzeją się umysłowo od dwóch do czterech lat później niż osoby jednojęzyczne (Bertelle, 2011, s. 243).

Zagadnienie dwujęzyczności i coraz częściej spotykanej wielojęzyczności jest obszerne. Wymaga wielu nowych opracowań, które dotkną faktów nie tylko językowych, lecz także społecznych, psychologicznych i kulturowych. Bilingwizm wiąże się bowiem z nabywaniem nowej tożsamości, zmianą myślenia językowego. W dobie globalizmu i wszechobecnej mobilności ludzi proces ten będzie narastał. Wymaga to nowego i szerszego spojrzenia na samo zjawisko oraz związane z nim terminy. Ważne jest przy tym badanie, przyglądanie się osobie, a nie oddzielonemu od człowieka problemowi. Oznacza to, że – pochylając się nad dwujęzycznymi dziećmi i ich rodzicami – otwieramy pole poznania konkretnej osoby, a nie

¹⁰ Istotne jest zwrócenie uwagi na rozróżnienie dwujęzycznego wychowania (do czasu skolaryzacji, to jest pójścia dziecka do przedszkola lub szkoły) i dwujęzycznego nauczania (dwóch języków, ale i w dwóch językach) oraz edukacji dwujęzycznej, jako najszerszego zakresowo określenia.

jedynie „czyjegos” wydzielonego problemu posługiwania się dwoma językami. Terapia dzieci mających problemy z tytułu dwujęzyczności powinna obejmować nie tylko słownictwo, lecz także poprawne używanie gramatyki języka, z którym maluch ma trudności. Jej nieodłącznym elementem będzie również rozwijanie, wzbogacanie i wzmacnianie tożsamości dziecka.

Bibliografia

- ANDERSON, J.A.E., MAK, L., KEYVANI CHAHI, A., & BIALYSTOK, E. (2018). The language and social background questionnaire: Assessing degree of bilingualism in a diverse population. *Behavior Research Methods*, 50, 250–263. doi 10.3758/s13428-017-0867-9.
- ARABSKI, J. (1985). *O przyswajaniu języka drugiego (obcego)*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- BIALYSTOK, E. (2015). Bilingualism and the development of executive function: The role of attention. *Child Development Perspectives*, 9(2), 117–121. doi:10.1111/cdep.12116.
- BIALYSTOK, E. (2016). Aging and bilingualism. *Linguistic Approaches to Bilingualism*, 6(1), 1–8. doi:10.1075/lab.16004.bia.
- BIALYSTOK, E., & BARAC, R. (2012). Emerging bilingualism: Dissociating advantages for metalinguistic awareness and executive control. *Cognition*, 122, 67–73. doi:10.1016/j.cognition.2011.08.003.
- BIALYSTOK, E., CRAIK, F.I.M., GREEN, D.W., & GOLLAN, T.H. (2009). Bilingual minds. *Psychological Science in the Public Interest*, 10, 89–129. doi:10.1177/1529100610387084.
- BIALYSTOK, E., ABUTALEBI, J., BAK, T.H., BURKE, D.M., & KROLL, J.F. (2016). Aging in two languages: Implications for public health. *Ageing Research Reviews*, 27, 56–60. doi:10.1016/j.arr.2016.03.003.
- BERTELLE, L. (2011). Dwujęzyczność w świetle najnowszych badań naukowych. *Lingwistyka stosowana*, 4, 241–249.
- BILLEWICZ, G., & Zioło, B. (2001). *Kwestionariusz badania mowy*. Kraków: Impuls.
- BLASIAK, M. (2011). *Dwujęzyczność i penglish. Zjawiska językowo-kulturowe polskiej emigracji w Wielkiej Brytanii*. Kraków: Collegium Columbinum.
- CHŁOPEK, Z. (2011). *Nabywanie języków trzecich i kolejnych oraz wielojęzyczność*. Wrocław: Wydaw. Uniwersytetu Wrocławskiego.
- CHRUSZCZEWSKI, P.P. (2011). *Językoznawstwo antropologiczne. Zadania i metody*. Wrocław: Polska Akademia Nauk. Oddział we Wrocławiu.
- CIESZYŃSKA, J. (2006). *Dwujęzyczność, dwukulturowość, przekleństwo czy bogactwo? O poszukiwaniu tożsamości Polaków w Austrii*. Kraków: Wydaw. Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- CZYKWIN, E., & MISIEJUK, D. (1998). *Dwujęzyczność i dwukulturowość w perspektywie psychopedagogicznej*. Białystok: Trans Humana.
- DUBISZ, S. (1997). Język polski poza granicami kraju – próba charakterystyki kontrastowej. W: S. Dubisz (red.), *Język polski poza granicami kraju* (s. 324–376). Opole: Uniwersytet Opolski. Instytut Filologii Polskiej.
- EISENBERG, A., MURKOFF, H.E., & HATHAWAY, S.E. (2005). *Drugi i trzeci rok życia dziecka* (I. BUDZISZEWSKA i wsp., tłum.). Poznań: Rebis.
- GROSJEAN, F. (2007 [1997]). Mieszanie, przetwarzanie językowe – problemy, wyniki i modele. W: I. KURCZ (red.), *Psychologiczne aspekty dwujęzyczności* (s. 311–339). Gdańsk: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.

- GUILLERMO-SAJDAK, M. (2014). Modele stawania się i bycia dwujęzycznym przedstawicieli Polonii argentyńskiej. *LingVaria IX*, 1(17), 125–147.
- KAINACHER, K. (2007). *Dziecko w środowisku dwujęzycznym i jego komunikacja międzykulturowa*. Kraków: Collegium Columbinum.
- <http://www.logopedia.pl/metody-terapii> (data dostępu: 18.05.2019).
- KIELIN, J. (2002). *Profil osiągnięć ucznia. Przewodnik dla nauczycieli i terapeutów z placówek specjalnych*. Gdańsk: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.
- KIERMASZ, Z. (2015). Dwujęzyczność i wielojęzyczność – problemy terminologiczne w badaniach nad wieloma językami. *KSJ*, 3(4), 457–458.
- KOWALCZE, K. (2009). Bilingwizm w sytuacji komunikacyjnej wyrażania emocji. Studium przypadku dwujęzyczności polsko-włoskiej. W: W.T. MIODUNKA (red.), *Nowa generacja w glottodydaktyce polonistycznej* (s. 49–84). Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas.
- KURCZ, I. (2007). *Psychologiczne aspekty dwujęzyczności*. Gdańsk: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.
- LIGARA, B. (2014). Bilingwizm w tekście zapisany. Część I. Status lingwistyczny. Paradygmaty badawcze. *LingVaria IX*, 1(17), 149–167.
- LIPIŃSKA, E. (2003). *Język ojczysty, język obcy, język drugi. Wstęp do badań dwujęzyczności*. Kraków: Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- MIODUNKA, W.T. (2010). Dwujęzyczność, walencja kulturowa i tożsamość (e)migracji polskiej w świecie. *Biuletyn Polskiego Towarzystwa Językoznawczego*, LXVI, 51–71.
- MIODUNKA, W.T. (2014). Dwujęzyczność polsko-obca w Polsce i poza jej granicami. Rozwój i perspektywy badań. *LingVaria IX*, 1(17), 199–226.
- NOTT-BOWER, A. (2015). Diagnoza oraz terapia zaburzeń mowy i języka u osób dwujęzycznych. *Forum Logopedyczne*, 23, 34–40.
- PORAYSKI-POMSTA, J. (2015). *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*. Warszawa: Elipsa.
- PRZYBYŁA, O. (2015). Postępowanie logopedyczne w przypadku noworodków i niemowląt. W: S. GRABIAS, J. PANASIUK, & T. WOŹNIAK (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego* (s. 555–599). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- SZŁAPA, K., TOMASIK, I., & WRZESIŃSKI, S. (2014). *Kwestionariusz diagnostyczny zaburzeń mowy ze szczególnym uwzględnieniem afazji i dysartrii dla młodzieży i dorosłych. Materiały do badania*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- WRÓBLEWSKA-PAWLAK, K. (2004). *Język – tożsamość – imigracja. O strategiach adaptacyjnych Polaków zamieszkałych we Francji w latach osiemdziesiątych XX wieku*. Warszawa: Instytut Romanistyki UW.
- WRÓBLEWSKA-PAWLAK, K. (2013). Naturalna dwujęzyczność, czyli o dwujęzycznym wychowaniu dzieci. *Języki Obce w Szkole*, 1, 89–97.
- WRÓBLEWSKA-PAWLAK, K. (2014). O naturalnej dwujęzyczności i przekazywaniu języka dzieciom w sytuacji imigracji. *LingVaria IX*, 1(17), 239–250.



ANETA SYTA

Zakład Logopedii i Emisji Głosu,
Uniwersytet Warszawski

0000-0001-7487-4083

Wybrane techniki kognitywne muzykoterapii neurologicznej w terapii afazji akustyczno-mnestycznej Opis przypadku

ABSTRACT: Music is able to stimulate the human brain at different levels, resulting in greater durability of treatment results, as well as the overall health of patients is improved. The aim of the article is to present the use of cognitive neurological music therapy techniques in the treatment of acoustic-mnestic aphasia patients. In the theoretical part of the article, the language and communication deficits occurring in the acoustic-mnestic aphasia are described. The basic assumptions and mechanisms of neurological music therapy were also presented, as well as the neuromuscular therapeutic techniques were briefly characterized and divided into three groups due to the area of influence (sensomotor, speech therapy and cognitive). Next, a case study of a patient with acoustic-mnestic aphasia was presented. Based on the characteristics and description of linguistic and communication disorders of the patient, appropriate cognitive techniques of neurological musicotherapy were selected and their use in the therapy of the described patient was described.

KEY WORDS: neurological music therapy, speech disorders, speech therapy, acoustic and mnestic aphasia, cognitive techniques

Wprowadzenie

Istnieje wiele metod do terapii afazji, lecz oczywistym jest, że najlepsza metoda to taka, która daje możliwie najszybsze efekty i przynosi radość pacjentowi. Najważniejszą zasadą w planowaniu terapii afazji jest rzetelnie postawiona diagnoza, dzięki której logopeda będzie wiedział, z jakim typem zaburzeń językowych ma do czynienia i jak odpowiednio zaprogramować terapię i dobrać do niej stosowne techniki i metody.

Jednym z rodzajów afazji jest afazja akustyczno-mnestyczna, która charakteryzuje się m.in. utratą śladów pamięciowych w modalności słuchowej, co przejawia się trudnościami w aktualizacji nazw. Często występują problemy w rozumieniu

dłuższych wypowiedzi, powtarzaniu i mówieniu – ze względu na niemożność utrzymania w pamięci poszczególnych elementów tekstu (Panasiuk, 2012b). Biorąc pod uwagę opisane wyżej deficyty, oczywistym jest, że postępowanie logopedyczne przy zaburzeniach słuchowo-mnesticznych ma na celu przede wszystkim kształtowanie zdolności zachowywania kompleksu elementów w pamięci słuchowej (Styczek, 1981, s. 254–286).

W niniejszym artykule przedstawiono studium przypadku mężczyzny z afazją akustyczno-mnesticzną, u którego w terapii wdrożono kilka wybranych technik kognitywnych muzykoterapii neurologicznej. Zanim jednak przejdę do opisu tychże technik oraz przebiegu terapii wyżej wymienionego pacjenta, pragnę przybliżyć, czym w ogóle jest muzykoterapia neurologiczna.

Muzykoterapia neurologiczna – definicja, cele oraz założenia

Muzykoterapia neurologiczna (*Neurologic Music Therapy* – NMT) – to terapeutyczne wykorzystanie muzyki w poznawczych, czuciowych i ruchowych dysfunkcjach wywołanych uszkodzeniami bądź chorobami układu nerwowego (Thaut, 2005, s. 12). Stosowana jest w zaburzeniach mowy pochodzenia neurologicznego. NMT obejmuje 20 wystandaryzowanych technik klinicznych, które dzielą się na: kognitywne, logopedyczne oraz sensomotoryczne. Twórcą technik jest Michael H. Thaut – muzykoterapeuta i neurofizjolog, który razem z grupą współpracowników w Centrum Badań Biomedycznych w Muzyce (The Center for Biomedical Research in Music), działającym przy Uniwersytecie Stanowym w Kolorado, od wielu lat prowadzi badania nad wykorzystaniem muzyki w terapii.

Neuromuzykoterapia stymuluje te obszary mózgu, dzięki poprawie funkcjonowania których pacjent poprawi swoją jakość życia. Została stworzona w oparciu o kilka neurofizjologicznych teorii. Jednym z jej założeń jest potrzeba uczenia się i treningu za pośrednictwem muzyki i rytmu w formie stymulacji (szczególnie jeśli chodzi o usprawnianie funkcji poznawczych, werbalnych oraz ruchowych). „NMT odnosi się do założeń neurorehabilitacji i traktowana jest jako jeden z czynników mogących wpłynąć na torowanie się nowych połączeń nerwowych w mózgu zgodnie z teorią jego plastyczności” (Kinalski, 2008, s. 26). Neurologiczne torowanie polega na stymulacji słuchowej mającej na celu wzmocnienie motorycznych, poznawczych i językowych funkcji pacjenta. Stosowanie się do wyżej wymienionych założeń w przebiegu muzykoterapii pozwala obserwować pozytywne jej skutki (Kinalski, 2008, s. 26). Muzykoterapia neurologiczna obejmuje współpracę wielu specjalistów-lekarzy, fizjoterapeutów, logopedów, terapeutów zajęciowych oraz muzykoterapeutów. Konieczna jest zatem w tym obszarze praca w zespole interdyscyplinarnym (Baker & Tamplin, 2006, s. 18).

Techniki neuromuzykoterapii mają swoją neurologiczną podstawę, która opiera się na „neurofizjologicznych mechanizmach konieczności przetwarzania informacji w obu półkulach mózgowych. Jej bazą jest teoria stosowania bodźców czuciowych oraz uruchomienie zaangażowania rytmicznego” (Ruda & Trypka, 2013, s. 20). Specjaliści, którzy nie są muzykoterapeutami, mogą prowadzić niektóre elementy technik neuromuzykoterapeutycznych. Dotyczy to np. terapeutów zajęciowych (logopedów) czy też fizjoterapeutów (Ruda & Trypka, 2013, s. 20).

Zasady działania muzyki w muzykoterapii neurologicznej

Thaut identyfikuje cztery mechanizmy działania muzyki w rehabilitacji neurologicznej. Pierwszy z nich definiuje jako „stymulację rytmiczną i *entrainment*”, czyli zestrojenie z „pulsacją muzyczną, synchronizację rytmów biologicznych z muzycznymi [...] na zasadzie rezonansu akustycznego” (Galińska, 2015, s. 837). Kolejnym mechanizmem jest „przetwarzanie informacji ujętej we wzory” – gdzie muzyka stanowi złożony bodziec czasowy, który jest zorganizowany w różnego rodzaju wzory. Trzecim z kolei jest „przetwarzanie neurologiczne zróżnicowanych parametrów muzycznych”, które polega na tym, że pozwala na dostęp do rejonów uszkodzonych i kompensacyjne przejęcie ich funkcji przez alternatywne połączenia. Ostatni mechanizm to „odpowiedź afektywno-estetyczna”, gdzie emocje i znaczenia wyrażane są poprzez muzykę, która jest silnym impulsem do odbioru jej symbolicznej, wewnętrznej struktury elementów muzycznych (Galińska, 2015, s. 837).

Techniki NMT wykorzystywane są m.in. w łagodzeniu objawów afazji, pragnozji, chorób Parkinsona i Huntingtona, porażenia mózgowego, choroby Alzheimera, autyzmu i innych chorób neurologicznych, które wpływają na funkcje poznawcze, a także ruch i komunikację (np. stwardnienie rozsiane, dystrofia mięśniowa itp.). NMT obejmuje rehabilitację neurologiczną, neuropediatryczną, neuropsychiatryczną, neurogeriatryczną i neurorozwojową (Thaut, McIntosh, & Hoemberg, 2015, s. 2).

Techniki sensomotoryczne

NMT poprzez techniki sensomotoryczne (*sensorimotor training*) daje możliwość budowania terapii, która jest zorientowana na zadania. W technikach tych terapeuci starają się uczyć pacjentów aktywności, które są podobne do tych

z dnia codziennego. Forma zadaniowa ułatwia zrozumienie, a także wykonanie danej aktywności. Spośród technik sensomotorycznych Thaut wyróżnił następujące: **technika rytmicznej stymulacji słuchowej** (*rhythmic auditory stimulation*), która służy do tego, aby wypracować prawidłowy wzorec chodu przy muzyce. Celem zaś **terapeutycznego grania na instrumentach muzycznych** (*therapeutic instrumental music performance*) jest stymulowanie funkcjonalnych wzorców ruchowych w terapii logopedycznej. Z kolei **wzmacnianie wzorców czuciowych** (*patterned sensory enhancement*) obejmuje stymulację górnego i dolnego tułowia, kończyn lub całego ciała, np. poprzez ćwiczenia chwytu (Bukowska, 2012, s. 170).

Techniki logopedyczne

Pacjenci po incydentach neurologicznych, którzy cierpią na zaburzenia mowy, dzięki technikom logopedycznym (*speech/language training*) mogą z powodzeniem doskonalić swoją mowę. W obrębie muzykoterapii neurologicznej można wyróżnić 8 technik logopedycznych, które obejmują różne typy uszkodzenia komunikacji werbalnej (Bukowska, 2012, s. 170). Najbardziej znaną jest **terapia melodyczno-intonacyjna** (*melodic intonation therapy*), która stosowana jest najczęściej u pacjentów ze zdiagnozowaną afazją ruchową. Istotą techniki jest to, że poprzez śpiew i ruch (np. ręki) pozwala pomóc pacjentowi w upłynnieniu jego mowy, a także w całkowitym jej odbudowaniu (Thaut & Hoemberg, 2014, s. 246).

Z kolei **muzyczna stymulacja mowy** (*musical speech stimulation*) pozwala na stymulowanie naturalnego wzorca mowy, m.in. poprzez granie na instrumentach lubianych przez pacjenta rymowanek muzycznych. **Rytmiczne planowanie mowy** (*rhythmic speech cueing*) to technika, która ma na celu m.in. poprawę planowania ruchowego u pacjenta z niemożnością wykonywania ruchów precyzyjnych, np. pisanie, szycia.

Poprawie artykulacji pacjentów oraz wzmocnieniu siły ich głosu służy **terapia głosowo-intonacyjna** (*vocal intonation therapy*). W **śpiewaniu terapeutycznym** (*therapeutic singing*) najważniejszym aspektem techniki jest to, iż może ona służyć w terapii różnych zaburzeń neurologicznych i jest techniką wspomagającą. **Ćwiczenia oddechowe i motoryczne ust** (*oral motor and respiratory exercises*) wykorzystuje się w terapii do poprawy kontroli artykulacyjnej i siły oddechowej, jak również do poprawy funkcji aparatu mowy.

Techniką logopedyczną, która jest dedykowana m.in. dzieciom z alalią, jest **rozwojowy trening mowy przy muzyce** (*developmental speech and language training through music*). W swej istocie wykorzystuje ona połączenie muzyki i ruchu do tego, aby m.in. poprawić orientację w przestrzeni, a także usprawnić ogólną komunikację pacjenta. Z kolei **symboliczny trening komunikacyjny przy muzyce**

(*symbolic communication training through music*), dzięki wykorzystaniu improwizacji muzycznej, pozwala na stymulowanie konwersacji (Thaut, 2005, s. 111).

Techniki kognitywne

Techniki kognitywne (*cognitive training*) pozwalają na stymulację percepcji oraz zaburzeń poznawczych. Na potrzeby artykułu wybrane techniki kognitywne zostaną dokładnie omówione i przedstawione w opisie przypadku pacjenta z afazją akustyczno-mnestyczną. Wśród nich można wyróżnić cztery podgrupy:

1. Techniki służące poprawie uwagi i percepcji – prowadzone m.in. w celu orientacji pacjenta do siebie, innych osób oraz miejsca i czasu, czy też w celu trenowania podzielności, ciągłości i zmienności uwagi. W tej grupie można wyróżnić następujące techniki: **muzyczny zmysłowy trening orientacyjny** (*musical sensory orientation training*), **muzyczny trening zespołu zaniedbywania** (*musical neglect training*), **muzyczny trening kontroli uwagi** (*musical attention control training*) oraz **słuchowy trening percepcyjny** (*auditory perception training*).
2. Techniki służące poprawie pamięci – muzyka jest tu wykorzystywana do zapamiętywania np. imion, nazwisk czy innych słów, poprzez ich rytmiczne powtarzanie. Techniki klasyfikowane w tej kategorii to: **muzyczny trening pamięci** (*musical mnemonic training*), **skojarzeniowy trening nastroju i pamięci** (*associative mood and memory training*).
3. Techniki służące poprawie funkcji wykonawczych – ćwiczenia są oparte głównie na improwizacji, jest to **muzyczny trening funkcji wychowawczych** (*musical executive functions training*).
4. Techniki służące poprawie zachowań psychospołecznych – mają na celu wzmocnienie właściwej ekspresji emocjonalnej. W obrębie tej grupy wyróżnić można **muzyczną psychoterapię i doradztwo** (*musical psychotherapy and counseling*).

Afazja – ustalenia terminologiczne, klasyfikacja

Pomimo występowania wielu definicji afazji, które można znaleźć w literaturze, najczęściej przywoływaną jest definicja Mariusza Maruszewskiego (1966), według którego „afazja to spowodowane organicznym uszkodzeniem odpowiednich struktur mózgowych częściowe lub całkowite zaburzenie mechanizmów programujących czynności mowy u człowieka, który już uprzednio opanował te

czynności” (s. 26). Maruszewski w swojej formule uwzględnia patomechanizm zaburzenia, zaburzone funkcje oraz lokalizację uszkodzenia. Wskazuje również na stopień i głębokości zaburzenia językowego (Panasiuk, 2012a, s. 69). Zapewne dlatego definicja ta jest najczęściej przywoływana.

Postaci afazji jest bardzo wiele, stąd w literaturze przedmiotu można znaleźć wiele klasyfikacji afazji. Na potrzeby tej publikacji posłużono się klasyfikacją afazji stworzoną przez Aleksandra Łurię. Wyodrębnił on 6 czynników, które realizowane przez określone okolice kory mózgowej, warunkują prawidłowy przebieg czynności mowy; są to:

1. słuch fonematyczny – realizowany przez okolicę Wernickego, która zlokalizowana jest w tylnej części górnego zakrętu skroniowego w lewej półkuli mózgu;
2. słuchowa pamięć werbalna – wiążąca się z funkcjonowaniem tylnej części płata skroniowego, leżącej poniżej okolicy Wernickego;
3. czucie ułożenia elementów aparatu artykulacyjnego oparte na przetwarzaniu informacji zwrotnej czuciowej (somestetycznej) wytwarzanej podczas wypowiedzania tekstu – czynność tę regulują struktury korowe wieczka ciemieniowego;
4. synteza sekwencyjna (organizacja w czasie ruchów aparatu artykulacyjnego) – odpowiada za nią okolica Broca w dolnej części lewej okolicy przedruchowej;
5. synteza symultatywna – realizowana przez okolice kory mózgowej leżące na pograniczu płatów: ciemieniowego, potylicznego i skroniowego;
6. mowa wewnętrzna – przynależna okolicom lewego płata czołowego, położonym do przodu od okolicy Broca (Herzyk, 1997, s. 90–95).

Na podstawie wyżej wymienionych czynników Łuria wyróżnił następujące postaci afazji:

- afazję kinetyczną, eferentną lub ośrodkowo-ruchową (powstałą w wyniku uszkodzenia syntezy sekwencyjnej);
- afazję kinestetyczną, aferentną lub dośrodkowo-ruchową (spowodowaną zaburzeniem czucia ułożenia elementów aparatu artykulacyjnego);
- afazję motoryczno-dynamiczną (będącą wynikiem zaburzenia mowy wewnętrznej);
- afazję akustyczno-gnostyczną (wywołaną przez zaburzenie słuchu fonematycznego);
- afazję akustyczno-mnestyczną (powstałą w wyniku zakłóceń słuchowej pamięci werbalnej);
- afazję semantyczną (będącą skutkiem zaburzenia syntezy symultatywnej) (Panasiuk, 2012a, s. 69).

Afazja akustyczno-mnestyczna – patomechanizm, korelacje neuroanatomiczne i czynnościowe

Afazja akustyczno-mnestyczna może występować jako pierwotna postać afazji. Zaburzenia nominacyjne mogą pojawić się w następstwie trudności w przypominaniu sobie nazw albo trudności w rozpoznawaniu przedmiotów, jak to się dzieje w przypadku otępienia typu Alzheimera. Może też wystąpić jako afazja pierwotna postępująca (*primary progressive aphasia*), która najczęściej towarzyszy otępieniu czołowo-skroniowemu (Pąchalska, 2008). Afazja akustyczno-mnestyczna pojawia się w wyniku urazu środkowo-tylnej części lewego płata skroniowego w taki sposób, że nie następuje pełne uszkodzenie ośrodka Wernickego.

Płaty skroniowe związane są przede wszystkim ze słyszeniem. Dochodzą tutaj impulsy nerwowe z receptorów słuchowych. Zostają one poddane dalszej analizie w słuchowej korze asocjacyjnej zlokalizowanej w tylnej części górnego zawoju skroniowego (okolice Wernickego). Z obszarem tym związane jest rozumienie wypowiedzi słownych, co umożliwiającą liczne połączenia korowe z innymi układami sensorycznymi. Szczególne znaczenie ma tutaj pamięć zorganizowana w postaci sieci neuronalnej obejmującej płaty skroniowe oraz struktury podkorowe (Pąchalska, 1999, s. 89).

Afazja akustyczno-mnestyczna – zaburzenia czynności językowych i poznawczych

Jak wspomniano na początku artykułu, głównym deficytem w afazji akustyczno-mnestycznej jest zaburzenie słuchowej pamięci słownej, która definiowana jest jako „zdolność utrzymywania w pamięci usłyszanych słów i zdań, związana z funkcjonowaniem tylnej części płata skroniowego, leżącej poniżej okolicy Wernickego” (Panasiuk, 2012a, s. 71). W związku z tym zaburzona jest **zdolność rozumienia dłuższych wypowiedzi** – osoba chora nie ma trudności z różnicowaniem fonemów, ale ma trudności z utrzymaniem w ognisku uwagi i w pamięci większej ilości danych słuchowych (przy czym wcale nie musi mieć ogólnych problemów z pamięcią).

W tym typie afazji występują również problemy m.in. z powtarzaniem fragmentów wypowiedzi, które nasilają się wraz ze **wzrostem napływających informacji** – chory może prawidłowo różnicować i powtarzać pojedyncze głoski w izolacji, zaś **naśladowanie bardziej skomplikowanych elementów** będzie sprawiało mu trudność. Pacjent z afazją akustyczno-mnestyczną bez trudu powtórzy wyraz w odosobnieniu, ale seria trzech czy czterech słów będzie już dla niego proble-

matyczna (szczególnie gdy ma pamiętać o ich kolejności). Pojawiają się **trudności dotyczące nazywania obiektów**, w związku z czym pomocą może być podpowiadanie początkowych fragmentów wyrazów. „Trudności w znajdowaniu słów (anomia) występują właściwie we wszystkich rodzajach afazji, jednakże przy uszkodzeniach lewego zakrętu kąтового często prowadzą do wystąpienia zaburzeń mnesticznych, podobnie jak przy uszkodzeniu drugiego zakrętu skroniowego” (Pąchalska, 1999, s. 94). Pacjenci napotykają także **trudności w mowie rozwiniętej i myśleniu werbalnym**, które ulegają dużym zaburzeniom wskutek nietrwałości śladów słownych (Łuria, 1976, s. 37). Ponadto w tym typie afazji mogą występować:

- parafazje – zastępowanie wyrazów;
- peryfrazy – opisy (najczęściej funkcjonalne) słów;
- pauzy – puste odcinki na fali głosowej (występują szczególnie wtedy, kiedy pacjent rozmawia na tematy ogólne, nieosobiste);
- neologizmy oraz pustosłowie.

W afazji akustyczno-mnesticznej względnie zachowane są natomiast następujące sprawności językowe, komunikacyjne oraz poznawcze:

- słuch fonematyczny;
- rozumienie słów;
- poprawne generowanie mowy;
- mowa dość płynna;
- prawidłowa artykulacja;
- pamięć wzrokowa;
- głośne czytanie i pisanie.

W afazji akustyczno-mnesticznej rolę kompensacyjną przy braku spójności semantycznej pełnią w działaniach tekstotwórczych spójność gramatyczna oraz pragmatyczna (Panasiuk, 2012a, s. 89).

Opis wykorzystanych technik kognitywnych” w terapii pacjenta z afazją akustyczno-mnesticzną

Głównym celem podjętych działań terapeutycznych było poprawienie dysfunkcji pacjenta związanych ze zdiagnozowaną afazją akustyczno-mnesticzną. Dane na temat osoby poddanej terapii pochodzą z wywiadu z rodziną, jak również z analizy dokumentacji medycznej, a także diagnozy logopedycznej. W oparciu o wyniki badań opisano plan terapii z wykorzystaniem technik kognitywnych muzykoterapii neurologicznej, a także dokonano charakterystyki jej przebiegu.

Charakterystyka badanej osoby

Pan Andrzej ma 58 lat. Posiada wykształcenie wyższe, jest notariuszem; żonaty, ma troje dzieci. Mieszka w Polsce w średniej wielkości mieście na Pomorzu. Dwa lata temu, w wieku 56 lat, pacjent uległ wypadkowi samochodowemu, w wyniku którego doznał uszkodzenia płata skroniowego lewej półkuli mózgu. Wskutek tego wydarzenia u mężczyzny nastąpił niedowład połowiczny prawostronny oraz afazja akustyczno-mnesticzna.

Jak wynika z wywiadu z żoną, po wypadku pan Andrzej przebywał w szpitalu 5 tygodni. Po okresie hospitalizacji logopeda zdiagnozował u niego afazję akustyczno-mnesticzną. W dokumentacji logopedycznej z tamtego okresu można przeczytać, że mężczyzna miał trudności w zapamiętywaniu dłuższych zdań, które wypowiadali do niego inni ludzie oraz nie był w stanie przywołać w pamięci konkretnych zdarzeń, np. z dzieciństwa. Ponadto jego nastrój był obniżony oraz miał stany depresyjne.

Od czasu objęcia mężczyzny terapią logopedyczną terapeutom, którzy z nim pracowali, udało się usprawnić jego mowę pod kątem prozodii – mowa pacjenta jest płynna. Pan Andrzej nie zastępuje również wyrazów, których nie zna, rozbudowanymi opisami, ale szuka w pamięci odpowiedniej dla danego desygnatu nazwy.

Pacjent cały czas objęty jest terapią logopedyczną, jednak nadal ma problem z zapamiętaniem wypowiedzi, która ma więcej niż trzy zdania. Nie może również swobodnie oglądać wiadomości w telewizji, ponieważ nie jest w stanie utrzymać w pamięci zasłyszanych informacji. Stale pojawiają się trudności z zapamiętywaniem skomplikowanych słów, a w szczególności terminów prawniczych, co powoduje u mężczyzny duży dyskomfort psychiczny. Problemy uwidaczniają się również na poziomie zapamiętywania nazw przedmiotów użytku codziennego, takich jak: telefon, lampa; sporo wysiłku sprawia pacjentowi także skupienie uwagi na wykonywanym zadaniu.

Cele i metody programu terapii logopedycznej oraz jej przebieg

Po wnikliwej analizie dokumentacji medycznej i logopedycznej, własnej obserwacji pacjenta oraz rozmowie z logopedą prowadzącym na temat jego zaburzeń językowych i komunikacyjnych, zaproponowałam panu Andrzejowi terapię konkretnymi technikami kognitywnymi muzykoterapii neurologicznej. Z uwagi na utrzymujące się problemy pacjenta wyznaczono następujące cele terapeutyczne:

- poprawa pamięci;
- poprawa uwagi i percepcji;
- poprawa w utrzymaniu uwagi.
Do pracy nad poprawą pamięci pacjenta wybrano:
- **Muzyczny Trening Pamięci** (*Musical Mnemonic Training – MMT*);
- **Skojarzeniowy Trening Nastroju i Pamięci** (*Associative Mood and Memory Training – AAMT*).
Do pracy nad uwagą i percepcją wykorzystano:
- **Muzyczny Zmysłowy Trening Orientacyjny** (*Musical Sensory Orientation Training – MSOT*).
W celu poprawy w utrzymaniu uwagi pacjenta zastosowano:
- **Muzyczny Trening Kontroli Uwagi** (*Musical Attention Control Training – MACT*).
Sesje terapeutyczne odbywały się w domu pacjenta, trzy razy w tygodniu po 60 minut, przez okres 12 tygodni. Podczas terapii wykorzystywano instrumenty perkusyjne, takie jak: bęben, tamburyno oraz marakasy, a także instrument klawiszowy – keyboard.

Praca nad poprawą pamięci

Pierwszą techniką zastosowaną w terapii mężczyzny był **Muzyczny Trening Pamięci** (MMT), którego istotą jest użycie ćwiczeń muzycznych do tego, by móc adresować różne funkcje, np. kodowanie i dekodowanie/przywoływanie pamięci. Bodźce muzyczne mogą być używane jako szablon pamięci w utworze, śpiewie czy rymie lub w celu ułatwienia uczenia się innych informacji. Dzieje się to za pomocą sekwencjonowania i organizowania informacji w tymczasowo ustrukturyzowanych wzorach lub fragmentach (Thaut, 2005, s. 44).

Ćwiczenia tą techniką polegały na ustawieniu przed pacjentem bębna i poproszeniu go o wybijanie stałego rytmu przy jednoczesnym, synchronicznym wypowiedaniu ustalonego słowa, zwrotu lub zdania. Podczas pierwszej sesji terapeutycznej z panem Andrzejem wybrałam sentencję łacińską *audiat et altera pars*, co oznacza: „niech będzie wysłuchana i druga strona”. Zwrot powtarzany był 20 razy w stałym rytmie podczas każdej sesji terapeutycznej. Podczas kolejnych 11 tygodni terapii pacjent zapamiętał jeszcze 7 sentencji łacińskich: trzy składające się z 5 słów, dwie składające się z 6 słów oraz dwie składające się z 8 słów.

Kolejną techniką kognitywną z grupy służącej poprawie pamięci wykorzystaną podczas sesji terapeutycznej był **Skojarzeniowy Trening Nastroju i Pamięci** (AAMT). Muzyka pełni tu rolę pomocniczą w zapamiętywaniu np. słów, zdań,

poprzez wywoływanie pozytywnego nastroju. Właściwości muzyki pomagają również przywołać dobre wspomnienia (Bukowska, 2012, s. 170).

Cała rodzina mężczyzny, jak i on sam byli fanami zespołu T-Love. Podczas jednej z sesji terapeutycznych włączyłam panu Andrzejowi znaną piosenkę zespołu – „Nie, nie, nie”. Pacjent przyznał, że z tym utworem wiązą się dla niego same miłe wspomnienia. Kiedy utwór leciał w tle, poprosiłam pana Andrzeja o to, by ułożył dość skomplikowaną historyjkę obrazkową, która składała się z 8 elementów. Pacjentowi za pierwszym razem udało się ułożyć poprawnie 5 elementów, ale przy trzeciej sesji terapeutycznej z wykorzystaniem opisanego utworu ułożył już wszystkie elementy układanki i był w stanie opowiedzieć całą historię zapisaną na kartach. Na piątym spotkaniu pacjent zaprezentował mi swój repertuar 30 ulubionych utworów, przy akompaniamencie których na kolejnych sesjach terapeutycznych m.in. rozwiązywaaliśmy krzyżówki czy też prosiłam pana Andrzeja o wykonywanie ćwiczeń mających na celu poprawę fluencji słownej.

Praca nad poprawą uwagi i percepcji

Muzyczny Zmysłowy Trening Orientacyjny (MSOT) stosuje się w celu poprawy orientacji pacjenta co do siebie, drugiej osoby oraz miejsca i czasu. Dzięki niemu można wypracować również umiejętność orientowania się w przedmiotach codziennego użytku (Ruda & Trypka, 2013, s. 159). Praca tą techniką polegała na tym, że podczas sesji terapeutycznej, np. na melodię „Panie Janie” śpiewałam pacjentowi kilkakrotnie zwrot: „gdzie jest wazon?”. Zadaniem pana Andrzeja było odpowiedzieć mi na pytanie, śpiewając, przy wykorzystaniu tej samej melodii, a także wskazując jednocześnie palcem na miejsce, w którym stał przedmiot.

Technikę tę wykorzystywałam również przy użyciu materiału obrazkowego. Polegało to na śpiewaniu pacjentowi na dowolną melodię zwrotu np. „pokaż, gdzie jest dywan”, a zadaniem pana Andrzeja, analogicznie jak w poprzednim ćwiczeniu, było wskazanie przedmiotu – tym razem na ilustracji – wraz z użyciem śpiewu. Technikę tę można stopniować pod względem trudności, np. prosząc pacjenta, żeby podczas odpowiedzi na pytanie wybrał inną melodię niż ta, którą najpierw nuci terapeuta.

Praca nad utrzymaniem uwagi

Muzyczny Trening Kontroli Uwagi (MACT) ma na celu trenowanie selektywności, ciągłości, podzielności i zmienności uwagi pacjenta (Ruda & Trypka, 2013, s. 160). Ćwiczenia prowadzone tą techniką polegały na tym, że prosiłam pana Andrzeja o to, by swobodnie śpiewał lubianą przez siebie melodię (ale znaną również mi), używając przy tym marakasów lub tamburyna (w celu wybijania rytmu do swojego śpiewu). Pacjent wybrał piosenkę „Cicha woda brzegi rwie” Zbigniewa Kurtycza (poniżej fragment tekstu):

Płynął strumyk przez zielony las,
A przy brzegu leżał stukilowy głaz.
Płynął strumyk. Minął jakiś czas,
Stukilowy głaz zaginął,
Strumyk płynie tak jak płynął.

Refren:

Cicha woda brzegi rwie...

W momencie, w którym pan Andrzej zaczął śpiewać refren, ja zaczynałam śpiewać tę samą piosenkę, zaczynając od pierwszej zwrotki i grając jednocześnie na keyboardzie jej melodię. Miało to na celu sprawdzenie tego, czy pacjent zdoła skupić uwagę na tym, co aktualnie śpiewa i będzie przy tym w stanie dalej wybijać odpowiedni dla siebie rytm. To ćwiczenie miało znaczące przełożenie na umiejętność skupienia uwagi przez pana Andrzeja w przypadku wykonywania innych zadań i ćwiczeń logopedycznych (bez użycia muzyki).

Uwagi końcowe o terapii

Wymienione i opisane wyżej techniki neuromuzykoterapeutyczne są obrazem pracy terapeutycznej z pacjentem z afazją akustyczno-mnestyczną. Warto pamiętać, że ostateczny rezultat terapii zależy od przebiegu choroby, ale także motywacji pacjenta oraz stopnia jego zaangażowania się w proces usprawniania. Podczas terapii pan Andrzej wykonywał wszystkie ćwiczenia z pełną starannością.

Po 12 tygodniach terapii u pacjenta w znaczący sposób zwiększyła się zdolność zapamiętywania coraz większej ilości materiału słownego. Mężczyzna rozwiązywał coraz trudniejsze krzyżówki, zapamiętywał dużo więcej informacji niż przed terapią, np. oglądając telewizję czy czytając gazetę. Po zakończonej terapii logopeda prowadzący pana Andrzeja stwierdził, że znacznie poprawiła się jego percepcja i skupienie podczas wykonywania ćwiczeń logopedycznych bez użycia muzyki.

Podsumowanie

Dla pacjentów z afazją akustyczno-mnestyczną techniki kognitywne są motywacją do pracy nad procesami poznawczymi, takimi jak uwaga czy pamięć, a także do wykonywania innych operacji myślowych. Pozwalają również na polepszenie funkcjonowania językowego pacjentów, a co za tym idzie – poprawie ulega także ich jakość życia.

W stosowaniu technik kognitywnych, jak również wszystkich innych z wachlarza technik muzykoterapii neurologicznej, bardzo ważnym jest, aby odpowiednio dobrać utwory, ich parametry, harmonię, dźwięk (Paszkiewicz-Mes, 2013). Równie ważny jest staranny dobór wykonawców i instrumentów muzycznych, który powinien być uzależniony od rodzaju schorzenia, typu osobowości pacjenta, jego stanu psychicznego oraz celów terapeutycznych, które chcemy osiągnąć.

Bibliografia

- BAKER, F., & TAMPLIN, J. (2006). *Music therapy methods in neuro-rehabilitation. A clinician's manual*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- BUKOWSKA, A. (2012). Muzykoterapia neurologiczna. W: K. STACHYRA (red.), *Modele, metody i podejścia w muzykoterapii* (s. 165–178). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- GALIŃSKA, E. (2015). Znaczenie muzykoterapii w rehabilitacji neurologicznej. *Psychiatria Polska*, 49(4), 835–846.
- HERZYK, A. (1997). Taksonomia afazji. Kryteria klasyfikacji i rodzaje zespołów zaburzeń. *Audiofonologia*, X, 83–101.
- KINAŁSKI, R. (2008). *Neurofizjologia kliniczna dla neurorehabilitacji. Podręcznik dla studentów i absolwentów wydziałów fizjoterapii*. Wrocław: MedPharm.
- ŁURIA, A.R. (1976). *Problemy neuropsychologii i neurolingwistyki*. Warszawa: PWN.
- MARUSZEWSKI, M. (1966). *Afazja. Zagadnienia teorii i terapii*. Warszawa: PWN.
- PANASIUK, J. (2012a). *Afazja a interakcja. Tekst, metaTekst, konTekst*. Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- PANASIUK, J. (2012b). Diagnostyka logopedyczna w przebiegu chorób neurologicznych u osób dorosłych. W: E. CZAPLEWSKA, & S. MILEWSKI (red.), *Diagnostyka logopedyczna. Podręcznik akademicki* (s. 263–321). Sopot: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.
- PASZKIEWICZ-MES, E. (2013). Muzykoterapia jako metoda wspomagająca leczenie. *Hygeia Public Health*, 48(2), 168–176.
- PĄCHALSKA, M. (1999). *Afazjologia*. Warszawa–Kraków: PWN.
- PĄCHALSKA, M. (2008). Patogeneza i neuropsychologiczna diagnostyka afazji. W: Ł. DOMAŃSKA, & A.R. BORKOWSKA (red.), *Podstawy neuropsychologii klinicznej* (s. 153–191). Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- RUDA, K., & TRYPKA, E. (2013). Terapeutyczne znaczenie muzyki dla regulowania zaburzeń zachowania w rehabilitacji pacjentów chorujących na otępienie. *Psychogeriatrya Polska*, 10(4), 157–164.
- STYCZEK, I. (1981). *Logopedia*. Warszawa: PWN.

- THAUT, M.H. (2005). *Rhythm, Music, and the Brain: Scientific Foundations and Clinical Applications*. New York: Routledge.
- THAUT, M.H., & HOEMBERG, V. (2014). *Oxford Handbook of Neurologic Music Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- THAUT, M.H., MCINTOSH, G.C., HOEMBERG, G. (2015). Neurobiological foundations of neurologic music therapy: rhythmic entrainment and the motor system. *Frontiers in Psychology*, 5, 1–6.

CZĘŚĆ TRZECIA

Materiały,
recenzje,
pomoce,
sprawozdania

Logopedia
Silesiana
8



Recenzja

Jolanta Panasiuk: *Język a komunikacja w afazji* Lublin, Wydawnictwo UMCS 2019

Przysyłane mi w ostatnim dwudziestoleciu do recenzji prace doktorskie i habilitacyjne z kilku uczelni pozwoliły mi poznać osiągnięcia badań klinicznych z neurobiologii, stanowiące bogaty materiał empiryczny, niedostępny dla szerszego grona osób zainteresowanych kilkoma dyscyplinami naukowymi. Narastające trudności wydawnicze placówek naukowych – ogólnokrajowych i uczelnianych – ograniczają znacznie dostęp do najnowszych i cennych osiągnięć naukowych. W nieznacznym stopniu wiedza ta jest przekazywana studentom na wykładach z psychologii klinicznej, neuropsychiatrii, logopedii i językoznawstwa, co rzutuje na niskie przygotowanie studentów do pracy z pacjentami.

Książka Jolanty Panasiuk ma walory, które dotyczą nie tylko bogatego materiału badawczego, lecz także nowoczesnego podejścia do zagadnień opisu zaburzeń mowy u osób po uszkodzeniach lewej półkuli mózgu. Autorka badań wyszła poza ramy lingwistycznej analizy zaburzeń afatycznych z konstatacją miejsca uszkodzenia w ośrodkowym układzie nerwowym, które to podejście dominowało w prowadzonych badaniach klinicznych.

Przedmiotem rozważań Autorki nie jest jedynie afazja, lecz człowiek z poważnym defektem mowy. Jako jedna z pierwszych w kraju podjęła kierunek badań zainicjowany przez Olivera Sacksa w 1979 roku w odniesieniu do pacjentów psychiatrycznych w Anglii i Aleksandra R. Łuriję w Rosji z początkiem lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku w odniesieniu do chorych neurologicznie.

Autorka w badaniach odeszła od statycznego ujęcia afazji i spojrzała na zjawisko dynamicznie, w ujęciu rozwojowym. To pozwoliło jej opisać osoby z uszkodzeniami mózgu, które podejmują próby radzenia sobie w codziennych sytuacjach życiowych w przewyżnianiu trudności w komunikowaniu się z otoczeniem. Opisała również trudności osób chorych w spostrzeganiu i ocenie swojej sytuacji, w rozumieniu emocji, motywacji i kontroli własnych zachowań. Dzięki takiemu podejściu konstatowała różnice w zachowaniach wielu chorych niezależnie od natężenia zaburzeń mowy. Materiał empiryczny ma walory naukowe i znacze-

nie praktyczne dla neuroterapeutów, gdyż wykracza poza terapię logopedyczną. U badanych osób Autorka rozpoznała uwarunkowania organiczne, psychologiczne, socjologiczne, dostosowując metody terapii do poziomu zaburzeń językowych i możliwości komunikacyjnych badanych osób z zachowaniem wymogów psychoterapii.

Autorka jest także świadoma, że stan funkcjonalny badanych osób nie jest trwały, może być modyfikowany przez różne czynniki dodatkowe: organiczne, psychologiczne, sytuacyjne. Dlatego chorych badała w przedziale kilku tygodni lub kilku miesięcy, a nawet lat. Takie podejście ma uzasadnienie w postępiach neurofizjologów, psychofarmakologów, neurologów, którzy dokumentują znaczenie plastyczności ośrodkowego układu nerwowego oraz mechanizmów adaptacyjnych, decydujących o kompensacji zaburzeń, co decyduje o skuteczności oddziaływań rehabilitacyjnych logopedów, neuropsychologów i neuropsychiatrów.

Książka Jolanty Panasiuk *Język a komunikacja w afazji* spełnia naukowe, praktyczne i edukacyjne potrzeby szerokiego grona czytelników zainteresowanych zjawiskiem afazji i sytuacją osób zmagających się z tym zaburzeniem.

dr hab. Marcei Klimkowski
psycholog kliniczny
specjalista neuropsychologii drugiego stopnia
emerytowany profesor UMCS w Lublinie

Noty o Autorach

KATARZYNA ITA BIEŃKOWSKA, doktor nauk medycznych, surdologopeda, polonista, adiunkt w Zakładzie Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej APS w Warszawie. Od 20 lat jest związana także z Ośrodkiem Dzielnej Rehabilitacji Słuchu i Mowy oraz Stowarzyszeniem Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu w Krośnie. Uczestniczyła w licznych kursach zawodowych oraz konferencjach i praktykach w Polsce i za granicą. Praktycznie i naukowo zajmuje się rozwiązywaniem problemów związanych z nauką języka fonicznego przez dzieci po implantacji ślimakowej. Jest autorką 37 artykułów naukowych, książek oraz podręczników metodycznych dotyczących rehabilitacji dzieci i dorosłych z uszkodzeniami słuchu.

EWA BINKUŃSKA, doktor nauk humanistycznych w zakresie językoznawstwa, logopeda, adiunkt w Katedrze Logopedii Uniwersytetu Gdańskiego, w latach 2009–2015 adiunkt w Zakładzie Pedagogiki Specjalnej i Logopedii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Przewodnicząca Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Logopedycznego. Jako logopeda pracuje od 1996 roku; specjalizuje się w zakresie emisji i higieny głosu oraz wczesnej interwencji logopedycznej. Prowadzi terapię logopedyczną z dziećmi z zaburzeniami mowy oraz dorosłymi z zaburzeniami głosu. Autorka publikacji z zakresu logopedii i lingwistyki, w tym monografii *Higiena i emisja głosu mówionego*.

JACEK BŁESZYŃSKI, profesor nauk społecznych, dr hab. zatrudniony na stanowisku profesora w Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu. Z wykształcenia pedagog wczesnoszkolny, logopeda dyplomowany, oligofrenopeda, zajmujący się problematyką autyzmu i głębokich deficytów w rozwoju. Współtwórca oddziałów Krajowego Towarzystwa Autyzmu w Słupsku i Toruniu oraz dyrektor Katolickiego Ośrodka Adopcyjno-Opiekuńczego w Kwidzynie (1997–1999) i twórca Diecezjalnego Ośrodka Adopcyjno-Opiekuńczego w Toruniu. Jest autorem kilkuset publikacji związanych m.in. z problematyką wspomaganie dziecka i rodziny z dzieckiem z autyzmem i głębokimi deficytami w rozwoju; do ważniejszych należą: *Podstawy diagnozy dziecka z autyzmem* (1996); *Mowa i język dzieci z autyzmem. Wybrane zagadnienia* (1998, 1999); *Wspomaganie rozwoju osób*

z autyzmem. *Teoria – metodyka – przykłady* (2004, 2006, 2008, 2011); *Terapie wspomagające rozwój osób z autyzmem* (2005). Jest współautorem popularnego podręcznika *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji* (2006, 2008, 2010) oraz publikacji *Historyczne dyskursy nad pedagogiką specjalną* (2008) i *Terapia ruchowa a rozwój komunikacji osób autystycznych* (2006). Najnowsze publikacje to *Analiza różnicująca wybranych zespołów zaburzeń autystycznych. Zarys problemu* (2010); *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna. Skala Nasilenia Zaburzeń Autystycznych* (2011); wydana w 2012 roku *Medycyna w logopedii. Terapia, wspomaganie, wsparcie – trzy drogi, jeden cel. Tom I* pod redakcją J.J. Błęszyńskiego; *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z niepełnosprawnością* pod red. J.J. Błęszyńskiego i K. Kaczorowskiej-Bray; cykl książek *Rozwój społeczny osób z niepełnosprawnością intelektualną. Ograniczenia i możliwości w zakresie kompetencji społecznych* (2013) pod red. D. Baczały i J.J. Błęszyńskiego; *Muzyka w logopedii* (2014); *Komunikacja w logopedii. Trzy drogi – jeden cel. Terapia, wspomaganie, wsparcie* (2014); *Metody komunikacji alternatywnych i wspomagających – wybrane zagadnienia* (2014); *Terapia logopedyczna* (2014); *Wczesna interwencja w logopedii* (2015); J. Błęszyński, M. Orłowska: *Czas wolny jako środowisko życia – perspektywa pedagogiczna* (2016); M. Orłowska, J.J. Błęszyński: *Czas wolny w służbie niepełnosprawnych* (2018); *Komunikacja-mowa-język osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu* (2018).

EWA DZIĘCIOŁ-CHLIBIUK, magister, absolwentka filologii polskiej Akademii Podlaskiej w Siedlcach oraz logopedii na Podyplomowych Studiach z Logopedii Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Asystent w Ośrodku Logopedycznym w Instytucie Językoznawstwa i Literaturoznawstwa Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach. Jej zainteresowania naukowo-badawcze związane są z zagadnieniami kompetencji językowej i komunikacyjnej osób z wadą słuchu, rozwojem mowy dziecka, psycholingwistyką, językoznawstwem kognitywnym ze szczególnym uwzględnieniem JOŚ. Prowadzi terapię różnych zaburzeń mowy oraz centralnych zaburzeń przetwarzania słuchowego (terapeuta Metody Warnkego).

DOBRINKA GEORGIEVA, profesor logopedii w Południowo-Zachodnim Uniwersytecie im. Neofita Riłskiego z siedzibą w Błagowgradzie. Jej zainteresowania naukowo-badawcze dotyczą zaburzeń płynności mowy oraz historii logopedii i logopedii ogólnej. Jest autorką licznych prac naukowych na temat jąkania i zaburzeń głosu prezentowanych m.in. na konferencjach i kongresach krajowych oraz międzynarodowych. Koordynuje wiele międzynarodowych i krajowych projektów, m.in. projekt Banku Światowego; Narodowego Funduszu Nauki; Erasmus + i Fulbright). Profesor Georgieva tworzyła obowiązujący program specjalizacji logopedii bułgarskiej w dziedzinie zdrowia publicznego. Doświadczenia naukowo-zawodowe zdobywała w trakcie specjalizacji w USA, Francji, Anglii, Holandii i Rosji. Jest wieloletnim zasłużonym członkiem wielu komitetów i towarzystw naukowych, m.in. komitetu edukacji IALP (2007–2010; 2010–2013), konsultantem IALP (2013–2016). Założyła i kieruje Stuttering Research Center w Południowo-Zachodnim Uniwersytecie im. Neofita Riłskiego.

ANNA GUZY, doktor nauk humanistycznych w zakresie językoznawstwa, adiunkt w Katedrze Dydaktyki Języka i Literatury Polskiej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach. Ukoń-

czyła psychologię i Studia Podyplomowe z emisji głosu na Uniwersytecie Wrocławskim. Jest autorką kilkudziesięciu publikacji; opiekun Koła Naukowego „Bakalarz”.

EWA HRYCYNA, doktor nauk humanistycznych w zakresie językoznawstwa, logopeda, adiunkt w Instytucie Polonistyki i Logopedii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. Autorka kilkudziesięciu artykułów naukowych z zakresu językoznawstwa i logopedii. Zainteresowania naukowe: zaburzenia semantyczne i pragmatyczne, zaburzenia mowy w psychiatrii, semantyka leksykalna, etnolingwistyka. Członek Polskiego Towarzystwa Logopedycznego. Opiekun koła naukowego „Laboratorium logopedyczne” przy Instytucie Polonistyki i Logopedii UWM.

AGNIESZKA JEDLIŃSKA, doktor nauk humanistycznych, logopeda, surdopedagog. Od 19 lat pracuje z dziećmi (przede wszystkim z wadą słuchu). Zainteresowania naukowe: diagnoza i terapia osób z wadą słuchu, w tym seniorów, oraz profilaktyka logopedyczna. Dodatkowo pełni funkcję wychowawcy i pedagoga specjalnego w placówce szkolnictwa integracyjnego, gdzie pracuje z dziećmi z różnymi zaburzeniami mowy.

JITKA KAULFUSS, logopeda, prowadzi ośrodek Carpe diem Bohemia s.r.o., Centrum řeči a komunikace. Ma wieloletnie doświadczenie w pracy zawodowej w krajach niemieckojęzycznych. Specjalizuje się w terapii miodfunkcjonalnej oraz orofacialnej terapii regulacyjnej. Dodatkowo zajmuje się terapią zaburzeń ssania i połykania u dzieci oraz problematyką afazji. Kolejnym aspektem jej pracy jest prowadzenie specjalistycznych szkoleń z zakresu logopedii klinicznej, działalność publicystyczna, tłumaczenie specjalistycznej literatury oraz współtworzenie pomocy edukacyjnych wykorzystywanych w pracy klinicznej.

MARCELI KLIMKOWSKI, prof. dr hab., specjalista psychologii klinicznej i neuropsychologii drugiego stopnia, twórca polskiej szkoły neuropsychologii klinicznej w Lublinie, w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, rozwijanej i kształtowanej od 1996 roku przez profesor Annę Herzyk. Uczeń Aleksandra Romanowicza Łurii, profesor UMCS i AM w Lublinie. Autor kilkuset publikacji naukowych, wieloletni członek Komitetu Nauk Psychologicznych PAN (1974–1980; 1982–1995), Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (1974–1986), Komitetu Nauk Neurologicznych PAN (1980–1987). Przewodniczący Komisji Neuropsychologicznej Komitetu Nauk Neurologicznych PAN (1974–1986). Do jego zainteresowań naukowych należą: neuropsychologia pamięci i mowy, asymetria funkcjonalna mózgu, metodologia badań neuropsychologicznych, diagnoza i terapia osób z uszkodzeniami mózgu (dzieci i dorośli), podstawy dydaktyki psychologii klinicznej.

MAGDALENA KOKOT, magister, neurologopeda, psycholog, tyflopeda, absolwentka studiów magisterskich Logopedii ze specjalnością neurologopeda na Uniwersytecie Gdańskim, psychologię ukończyła na Uniwersytecie SWPS, a podyplomowe studia z zakresu tyflopedagogiki ukończyła na Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Obecnie doktorantka na Filologicznych Studiach Doktoranckich Uniwersytetu Gdańskiego. W latach 2012–2019 roku pracowała w Szpitalach Wojewódzkich sp. z o.o. w Gdyni

na Oddziałach Udarowym i Neurologicznym, Rehabilitacji neurologicznej, gdzie prowadziła diagnozę i terapię osób z afazją. Prowadziła też terapię mowy przełykowej dla osób po laryngektomii na Oddziale Otorynolaryngologicznym. Od 2012 roku neurologopeda w Fundacji Wsparcia Osób z Zaburzeniami Komunikacji „Między Słowami” w Gdyni. Działaczka społeczna na rzecz osób z niepełnosprawnościami.

MARTA KRAKOWIAK, absolwentka filologii polskiej i logopedii UMCS, doktor nauk humanistycznych, adiunkt na Uniwersytecie Przyrodniczo-Humanistycznym w Siedlcach, nauczycielka dyplomowana języka polskiego i logopeda pracująca w szkołach podstawowych w Radzynie Podlaskim. Praca doktorska poświęcona problematyce opóźnienia rozwoju mowy u dzieci z Alkoholowym Zespołem Płodowym została napisana w Zakładzie Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS. Zainteresowania naukowe skupiają się wokół zagadnień związanych z zaburzeniami komunikacji językowej.

DOROTA LIPIEC, doktor nauk medycznych, *logopeda*, adiunkt w Zakładzie Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej APS w Warszawie. *Zainteresowania naukowe: artykulacja – norma i patologia (dyslalia o różnej etiologii), profilaktyka logopedyczna, porozumiewanie się osób po laryngektomii całkowitej. Pracuje również jako logopeda z dziećmi z różnymi zaburzeniami mowy.*

BOŻENA MIKŁASZ-SENDECKA, magister filologii Uniwersytetu Śląskiego. Logopeda i tłumacz języków południowosłowiańskich. Specjalizuje się w diagnozie i terapii logopedycznej dzieci przedszkolnych i wczesnoszkolnych. Zamiłowanie do języków obcych i praca za granicą w przedszkolu, prowadzonym metodą Marii Montessori, ukierunkowały jej studia logopedyczne w stronę dwu- i wielojęzyczności. Na co dzień zajmuje się diagnozą i terapią dzieci i dorosłych. Pracuje z pacjentami wentylowanymi mechanicznie oraz ludźmi dotkniętymi chorobami wieku podeszłego.

RAFAŁ MEYŃSKI, doktor nauk humanistycznych w zakresie językoznawstwa, logopeda, glottodydaktyk, pracownik Wydziału Polonistyki Uniwersytetu Jagiellońskiego. Ukończył studia magisterskie z filologii polskiej o specjalności logopedycznej (Wydział Humanistyczny UP w Krakowie) oraz studia podyplomowe z zakresu nauczania języka polskiego jako obcego (Wydział Polonistyki UJ). Odbił staż naukowy w Northern Illinois University (DeKalb, USA) dotyczący dwujęzyczności dziecięcej oraz zastosowania programu dwujęzycznej edukacji dla dzieci imigranckich (English Language Learners). Jego zainteresowania naukowe koncentrują się wokół zagadnień wielojęzyczności oraz diagnozy i terapii dzieci ze środowisk wielojęzycznych.

TOMASZ NOWAK, doktor habilitowany nauk humanistycznych w zakresie językoznawstwa. Przedmiot jego dociekań stanowi gramatyka i semantyka współczesnego języka polskiego, zwłaszcza następujące zagadnienia: formalny opis polszczyzny i eksplikowanie znaczeń wybranych jednostek języka. Szczególną wagę przywiązuje w opisie do kwestii metodologicznych, m.in. w oparciu o zgromadzony materiał językowy testuje różne modele lingwistyczne. Obecnie jego zainteresowania ogniskują się wokół eksperymentalnych badań nad językiem i mową.

OLGA PRZYBYŁA, doktor nauk humanistycznych w zakresie językoznawstwa, logopeda, terapeuta integracji sensorycznej, adiunkt w Katedrze Dydaktyki Języka i Literatury Polskiej Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, kierownik Centrum Logopedii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach, kierownik Studiów Podyplomowych Kwalifikacyjnych Logopedii i Medialnej Emisji Głosu (2007–2018). Autorka kilkudziesięciu publikacji z zakresu językoznawstwa, edukacji polonistycznej oraz logopedii, w tym monografii *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”, członek Rady Redakcyjnej „Logopedii”.

MARIYA REDKVA, doktor, pracownik Wydziału Filologicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego, asystent w Katedrze Ukrainistyki IFW, Phd. Pracowała na uczelniach w Ukrainie, zwłaszcza ze studentami-cudzoziemcami. Od roku 2011 pracuje na Uniwersytecie Jagiellońskim. W latach 2014–2019 w ramach programu Erasmus + Teaching Mobility miała wykłady w uniwersytetach w Budapeszcie, Brnie, Zagrzebiu i Ołomuńcu. Autorka ponad 20 artykułów. Brała udział w wielu konferencjach naukowych – krajowych i zagranicznych. Zainteresowania naukowe: etnolingwistyka, socjolingwistyka (wielojęzyczność, akwizycja języków obcych, kontakty językowe). W latach 2018–2019 uczestniczyła w projekcie w ramach konkursu OPUS 14 pt. *Rozwój fonologiczny dwujęzycznych dzieci przedszkolnych mówiących po polsku i ukraińsku oraz ich jednojęzycznych rówieśników. Badania porównawcze.*

ANETA SYTA, neurologopeda, doktorantka w Zakładzie Logopedii i Emisji Głosu Instytutu Polonistyki Stosowanej Uniwersytetu Warszawskiego. Specjalizuje się w zakresie afazji, pragnozji oraz technik neuromuzykoterapeutycznych. Członek Oddziału Mazowieckiego Polskiego Towarzystwa Logopedycznego oraz Pracowni Fonetyki Stosowanej im. Marii Przybysz-Piwko, utworzonej w Centrum Logopedycznym Uniwersytetu Warszawskiego.

BEATA SZEWCZYK, logopeda, absolwentka studiów licencjackich na kierunku logopedia z audiologią na Uniwersytecie Łódzkim oraz studiów magisterskich na kierunku logopedia, specjalność: neurologopedia na Uniwersytecie Gdańskim. Pracuje jako logopeda w Przemysłowym Zespole Opieki Zdrowotnej w Gdańsku, w Centrum Terapii Logopedycznej w Gdańsku oraz w Sopotkim Przedszkolu Niepublicznym. W kręgu jej zainteresowań naukowych znajdują się badania nad mową u osób dorosłych chorych neurologicznie, emisją głosu mówionego i śpiewaczego oraz diagnoza i terapia dyslalii.

LUCIE VÁCLAVIKOVÁ, logopeda, pedagog specjalny, studentka doktoranckiego programu kształcenia studiów na kierunku Pedagogika Specjalna Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Palackiego w Ołomuńcu. W swojej pracy oraz publikacjach naukowych

skupia się przede wszystkim na problematyce nabytych zaburzeń komunikacji neurogennej. Ponadto zajmuje się problematyką zaburzeń mowy u osób z zaburzeniami słuchu, zwłaszcza z implantem ślimakowym, zaburzeniami artykulacji oraz tworzeniem narzędzi diagnostycznych dla dzieci i dorosłych z zaburzeniami zdolności komunikacyjnych w czeskich warunkach. Pracuje jako logopeda w klinicznej poradni logopedycznej i w organizacjach non-profit zajmujących się osobami z uszkodzeniem mózgu.

CVETLANA M. VALYAVKO, profesor nadzwyczajny psychologii klinicznej oraz psychologii specjalnej w Moskiewskim Uniwersytecie Państwowym im. M.W. Łomonosowa. Autorka 125 publikacji naukowych w zakresie logopedii oraz psychologii, m.in. rozdziałów w podręczniku *Psychologia specjalna* (7 wydań), 2 monografii oraz redaktor 7 monografii zbiorowych. Do jej zainteresowań naukowych należą: psychologia dzieci z zaburzeniami mowy, psychologiczne aspekty zaburzeń komunikowania się oraz zagadnienia z zakresu psychologii klinicznej i psychologii specjalnej.

IZABELA WIĘCEK-POBORCZYK, doktor nauk humanistycznych, neurologopeda, polonista, adiunkt w Zakładzie Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej APS w Warszawie. Jej zainteresowania badawcze dotyczą terapii logopedycznej oraz płaszczyzny wymawianiowej języka w normie i w patologii. Od 2002 roku prowadzi terapię logopedyczną dzieci z zaburzeniami mowy o różnym patomechanizmie. Jest autorką i współautorką książek oraz artykułów poświęconych terapii zaburzeń mowy u dzieci, profilaktyce logopedycznej oraz wymowie. Współautorka podstaw teoretycznych, opisu inwentarza gestów oraz metodyki stosowania gestów ©GORA – Gestów Obrazujących Ruchy Artykulatorów.

ZHIVKO ZHEKOV, profesor nadzwyczajny logopedii w Uniwersytecie Medycznym w Warszawie im. Paraskewa Stojanowa. Jego prace naukowo-badawcze oraz zainteresowania kliniczne dotyczą dysgrafii oraz logopedii ogólnej i historii logopedii. Uczestnik wielu krajowych i międzynarodowych konferencji oraz kongresów.

KINGA ZIOBROWSKA, licencjat, studentka Logopedii Ogólnej i Klinicznej II stopnia na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Aktywna członkini Polskiego Towarzystwa Logopedycznego Oddziału Mazowieckiego.

Streszczenia

DOBRINKA GEORGIEVA, ZHIVKO ZHEKOV

Historia logopedii w Bułgarii: wyzwania a globalna perspektywa Unii Europejskiej

STRESZCZENIE: Niniejszy artykuł stanowi przegląd literatury specjalistycznej dotyczącej początków logopedii w Bułgarii oraz wytycza kluczowe stadia rozwoju tej dyscypliny. W toku artykułu autorka wyznacza pięć takich faz: po pierwsze, okres „pseudo-medyczny”; po drugie, okres wyznaczony przez pierwsze, pojedyncze dokonania logopedyczne; po trzecie, okres formatywny (<1900–1945); po czwarte, okres przetwarzania (1945–1989); po piąte, współczesny okres przełomu (1989–obecnie). Ponadto autorka wykazuje i analizuje wyzwania stojące przed tą dyscypliną widziane z globalnej perspektywy Unii Europejskiej. Nacisk na edukację studentów logopedii, badania naukowe oraz współpraca z zagranicą również są istotnymi elementami niniejszego artykułu. Ogólnie rzecz biorąc, można powiedzieć, że historia rozwoju i nauczania logopedii w Bułgarii to wciąż zagadnienia stosunkowo nowe, jednakże są one również częścią dynamicznie zmieniającej się i zyskującej na znaczeniu dyscypliny.

SŁOWA KLUCZOWE: logopedia, patologia mowy i języka, historia, rozwój, Bułgaria

CVETĽANA M. VALYAVKO

O podejściu behawioralnym w pracy logopedów Rys historyczny i obecna sytuacja w rosyjskiej logopedii

STRESZCZENIE: W niniejszym artykule zostaje omówiony wpływ teorii behawioralnej na logopedię. Autorka opisuje wpływ zastosowania technik behawioralnych w interwencji logopedycznej i na tej podstawie formułuje indywidualne plany dla logopedów i terapeutów. Przedstawienie rysu historycznego wydaje się znaczące o tyle, o ile łączy się on z indywidualnymi programami edukacji korekcyjnej powszechnymi w rosyjskim systemie szkolnictwa. Omówione zostają również wyniki badań autorki oraz jej doświadczenia w stosowaniu różnego rodzaju wzmocnienia w nowoczesnej praktyce logopedycznej w Rosji.

SŁOWA KLUCZOWE: behawioryzm, terapia behawioralna, terapia odruchów warunkowych, techniki behawioralne, wzmocnienie, logopedia, praktyka logopedyczna, indywidualny tok nauczania, zajęcia korekcyjne

EWA HRYCZYNA

Opieka logopedyczna w przebiegu zaburzeń psychicznych – kwestie teoretyczne

STRESZCZENIE: Artykuł zawiera rozważania na temat opieki logopedycznej w przebiegu zaburzeń psychicznych. Autorka omawia zaburzenia psychiczne, które są w sposób szczególnie związane z zaburzeniami języka i komunikacji. Różnicuje charakter zaburzeń mowy w psychiatrii, wskazując, że mogą oscylować między różnie nasiloną patologią a odmiennymi sposobami myślenia i mówienia; mogą być trwałe lub mogą wycofywać się po opanowaniu epizodu choroby. Omawia związek między zaburzeniami mowy i zaburzeniami psychicznymi oraz wymienia krótko- i długoterminowe skutki zaburzeń mowy w chorobach psychicznych. Następnie przechodzi do opisu miejsca logopedy w zespole interdyscyplinarnym. Podejmuje problem diagnozy i terapii logopedycznej, a także wskazuje na inne role logopedy w szeroko pojętym procesie diagnostycznym i terapeutycznym (np. w profilaktyce). Podsumowuje stwierdzeniem, że pozycja logopedów w psychiatrii ma szansę się umocnić, a warunki, które należy spełnić, to: dogłębny opis i interpretacja zaburzeń mowy, zrównoważona ocena możliwości diagnostycznych i terapeutycznych, współpraca w ramach zespołu interdyscyplinarnego.

SŁOWA KLUCZOWE: mowa, zaburzenia języka i komunikacji, zaburzenia psychiczne, diagnoza i terapia logopedyczna

TOMASZ NOWAK

Gramatyka języka w komputerze mózgu i programie umysłu W poszukiwaniu realnego cerebralnie i mentalnie modelu składni

STRESZCZENIE: Autor artykułu podejmuje problem gramatyki ludzkiego języka z punktu widzenia kilku dyscyplin naukowych i lingwistyki teoretycznej i matematycznej oraz psycholingwistyki i neurolingwistyki. Przedmiot pracy stanowi parser gramatyczny, a szczególnie ograniczenia, jakie narzucają na jego strukturę i funkcję takie czynniki, jak mózg i umysł, komputer i program.

SŁOWA KLUCZOWE: gramatyka, parser, psycholingwistyka i neurolingwistyka, lingwistyka teoretyczna i matematyczna

TOMASZ NOWAK

Parser gramatyczny i jego strategie poznawcze Kilka uwag na temat syntaksy i percepcji

STRESZCZENIE: Autor artykułu podejmuje problem parsera gramatycznego z punktu widzenia psycholingwistyki. Przedmiot pracy stanowią strategie percepcyjno-syntaktyczne. Autor w swojej pracy próbuje dowieść, że teoria percepcyjnych strategii rozumienia mowy nie opisuje procesów przetwarzania trudniejszych zdań. Teoria ta jest niewystarczająca jako model parsera gramatycznego.

SŁOWA KLUCZOWE: parser gramatyczny, model lingwistyczny, strategia percepcyjno-syntaktyczna, psycholingwistyka

JACEK BŁESZYŃSKI

Samoocena autyzmu – jak osoby ze spektrum zaburzeń autyzmu odbierają autyzm Badania netnograficzne

STRESZCZENIE: Od Leona Kanner'a autyzm przedstawiano jako kliniczny obraz występujących zachowań. Poszukiwano jak najpełniejszych opisów, optymalizowano systemy diagnostyczne i terapie, równolegle prowadzono analizy różnych podejść do etiologii autyzmu. Dotychczasowa wiedza opierana jest przede wszystkim na podstawie prowadzonych analiz zachowań, obserwacji, jak również eksperymentów. Poznanie – autorefleksja, które jest tu priorytetowym terminem, można odczytać również poprzez interpretację wytworów osób, w tym przypadku osób z diagnozą autyzmu. Badania zostały zainicjowane w 2018 i 2019 roku przeprowadzone z osobami ze spektrum autyzmu w różnym wieku, co pozwoliło na zbadanie samoświadomości autopercepcji autyzmu przez te osoby. Wykorzystano w tym celu pogłębiony wywiad netnograficzny oraz udział sędziego kompetentnego. Przedstawione analizy i wyniki pozwalają na dokonanie poszerzonego i pogłębionego poznania, co kryje się w znaczeniu samego słowa autyzm.

SŁOWA KLUCZOWE: autorefleksja, autyzm, zaburzenia ze spektrum autyzmu

EWA BINKUŃSKA

Tendencje rozwojowe artykulacji głosek szczelinowych i zwarto-szczelinowych w grupach CCV-, -VCC- oraz -VCC w wymowie dzieci trzy-, cztero- oraz pięcioletnich

STRESZCZENIE: Wymowa grup spółgłoskowych u dzieci pomiędzy czwartym a szóstym rokiem życia stanowi z pewnością wykładnik osiągniętych kompetencji fonologicznych. W analizie materiału, jakim są wypowiedzi dziecięce, należy uwzględnić wymowę spółgłosek charakterystyczną dla określonych etapów rozwoju mowy. Istotny aspekt stanowi również sąsiedztwo fonetyczne, kontekst ten może decydować o przyswajaniu realizacji połączeń konsonantycznych. W procesie akwizycji grup spółgłoskowych (CCV-, -VCC- i -VCC) w mowie dzieci w wieku przedszkolnym – oprócz realizacji zgodnej z normą, mogą wystąpić substytucje, redukcje, asymilacje, a także inne zjawiska, takie np. jak epenteza. Obserwuje się również współlistnienie kilku rodzajów naruszeń wymowy grup spółgłoskowych.

SŁOWA KLUCZOWE: wymowa grup spółgłoskowych, wymowa dzieci w wieku przedszkolnym, rozwój mowy

KATARZYNA ITA BIEŃKOWSKA, AGNIESZKA JEDLIŃSKA, DOROTA LIPIEC,
IZABELA WIĘCEK-POBORCZYK

Dyslalia słuchowa a zaburzenia artykulacji o innej etiologii u dzieci z uszkodzeniem słuchu

STRESZCZENIE: W artykule przedstawiono wyniki badań przeprowadzonych w celu oceny potencjalnych, innych niż słuchowe, przyczyn występujących u dzieci niesłyszących wad artykulacyjnych.

nych. Przebadano 20 osób z uszkodzonym słuchem w wieku między 11. a 17. rokiem życia, których słuch funkcjonalny oceniony na podstawie badania audiometrii tonalnej w wolnym polu akustycznym wynosił średnio 40 dB. W badaniach zastosowano kwestionariusz oceny budowy aparatu artykulacyjnego, kwestionariusz oceny sprawności i napięcia mięśni aparatu artykulacyjnego oraz kwestionariusz oceny funkcji (czynności fizjologicznych) w obrębie aparatu artykulacyjnego. Otrzymane wyniki wskazują na potrzebę pogłębionej diagnozy stanu artykulacji niesłyszących pacjentów oraz ustalenia patomechanizmów obserwowanych zakłóceń dźwięków mowy, a także włączenia w proces terapii działań z zakresu szeroko rozumianej profilaktyki logopedycznej.

SŁOWA KLUCZOWE: dyslalia słuchowa, zaburzenia artykulacji, dyslalia o różnej etiologii, patomechanizmy dyslalii, uszkodzenie słuchu, słuch funkcjonalny, diagnoza surdologiczna

MARTA KRAKOWIAK

Umiejętność analizy fonemowej dzieci z alkoholowym zespołem płodowym

STRESZCZENIE: Kobieta, spożywając alkohol w czasie ciąży, naraża własne dziecko na wystąpienie u niego licznych zaburzeń rozwojowych, określanых mianem alkoholowego zespołu płodowego (Fetal Alcohol Syndrome – FAS). Osoby obciążone tym schorzeniem borykają się z wieloma problemami natury fizycznej, emocjonalnej, społecznej oraz upośledzeniem funkcji poznawczych. Wśród tych nieprawidłowości pojawiają się deficyty słuchu mownego, ujawniające się m.in. w postaci zaburzeń słuchu fonematycznego i analizy fonemowej, które utrudniają właściwe funkcjonowanie w społeczeństwie. Jak wynika z literatury, umiejętność dokonywania przez dzieci operacji na fonemach wzrasta wraz z wiekiem. Zadania związane z analizą fonemową wykonuje bowiem około 60% sześciolatek i prawie wszystkie dziesięciolatki. Ma to niewątpliwie związek z czytaniem i pisanem, a więc umiejętnościami, które osoby uczęszczające do szkoły powinny opanować. Tymczasem analiza wyników badań przeprowadzonych wśród dzieci z alkoholowym zespołem płodowym wskazuje, że jedynie 20% sześciolatek i około 50% dziesięciolatek radzi sobie z analizą fonemową. Na tej podstawie można wnioskować o opóźnieniu osób z FAS w zakresie dokonywania operacji na fonemach. Fakt ten wiąże się m.in. z problemami tych dzieci z zapamiętaniem brzmienia i linearnego uporządkowania słów. Nieopanowanie umiejętności analizy fonemowej skutkuje wystąpieniem u nich trudności w czytaniu i pisanu.

SŁOWA KLUCZOWE: alkoholowy zespół płodowy (FAS), fonem, świadomość fonologiczna, analiza fonemowa

LUCIE VÁCLAVÍKOVÁ, JITKA KAULFUSS

Skriningowy test badania afazji – ASTcz (czeska wersja niemieckiego testu *Aphasie Schnell Test*)

STRESZCZENIE: W Czechach wzrasta zapadalność na udar mózgu. U około jednej trzeciej osób powoduje to afazję, przejawiającą się różnymi symptomami w wytwarzaniu mowy, rozumieniu, czytaniu i pisanu. Wykrycie obecności zaburzeń w trybie pilnym wykonuje się za pomocą testu skringowego. Celem tego artykułu jest przedstawienie i opis Afaziologicznego screeningowego testu (ASTcz) służącego do potwierdzenia lub wykluczenia afazji. Czeska wersja jest adaptacją oryginalnego niemieckiego *Aphasie-Schnell-Test*. W procesie walidacji adaptowanego instrumentu w testach wzięły udział osoby bez afazji oraz osoby w ostrym i przewlekłym stanie choroby. Opi-

sane i przedyskutowane wyniki weryfikacji właściwości psychometrycznych testu (tj. trafność, rzetelność i zdolność dyskryminacyjna) potwierdzają bardzo wysoką użyteczność w praktyce klinicznej.

SŁOWA KLUCZOWE: zaburzenia komunikacji neurogennej, afazja, diagnostyka, skriningowy test badania afazji

MAGDALENA KOKOT

Kategoryzowanie u osób z afazją – badania z wykorzystaniem procedury DRM, czyli tworzenia się fałszywych wspomnień

STRESZCZENIE: Wywoływanie fałszywych wspomnień za pomocą listy słów jest procedurą badawczą wykorzystywaną głównie w psychologii. Opiera się ona na wysokiej korelacji między prawdopodobieństwem wspomnienia słowa krytycznego (wspomnienia faktu uczenia się go) a prawdopodobieństwem podania tego słowa jako skojarzenia do listy słów. Nieprezentowane słowo krytyczne pojawia się jako wspomnienie dlatego, że kojarzy się z rzeczywiście prezentowanymi uczestnikom badania słowami. Fałszywość wspomnienia polega zaś na tym, iż prawdopodobieństwo pojawienia się fałszywego słowa, tzn. słowa krytycznego, jest równie silne, co możliwość pojawienia się słowa występującego na liście, a badani zgłaszają, że pamiętają moment zapamiętywania słowa krytycznego. Celem artykułu jest przedstawienie wyników badań dotyczących efektu wywoływania fałszywych wspomnień w grupie osób z afazją ruchową oraz grupie kontrolnej badanych bez tego typu zaburzeń. Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem zmodyfikowanej procedury DRM na grupie osób z afazją ruchową $n = 46$ oraz w grupie kontrolnej $n = 46$. Badanie było prowadzone indywidualnie, a materiał prezentowano drogą wzrokową i słuchową. Wniosek płynący z badań jest taki, że osoby z afazją podlegają efektowi wywoływania fałszywych wspomnień w podobnym stopniu, co osoby bez afazji, aczkolwiek może to wynikać z deficytów pozajęzykowych towarzyszących afazji.

SŁOWA KLUCZOWE: afazja, DRM, kategoryzowanie, fałszywe wspomnienia

ANNA GUZY

Wybrane czynniki psychospołeczne a występowanie trudności głosowych wśród nauczycieli

STRESZCZENIE: W artykule omówiono czynniki warunkujące powstanie problemów emisji głosu: wewnętrzne, zewnętrzne oraz psychospołeczne. Zaproponowano wyodrębnienie w modelu grupy czynników psychologicznych/psychospołecznych. Zaprezentowano uzyskane wyniki badań przeprowadzone wśród nauczycieli ($n = 265$) w szkołach na terenie województwa śląskiego oraz dolnośląskiego pokazujące, w jaki sposób czynniki psychologiczne: poziom odczuwanego stresu (PSS10), lęk (STAI I i II – lęk jako cecha i lęk jako stan), samoocena (SES) oraz zadowolenie z życia (SWLS) wpływają na samoocenę stanu głosu (emocjonalnego, funkcjonalnego, fizykalnego, mierzone za pomocą skali VHI). W artykule opisano wyniki badań własnych nad zależnością czynników psychospołecznych oraz niepełnosprawności głosowej.

SŁOWA KLUCZOWE: czynniki psychospołeczne, zaburzenia emisji głosu, głos w zawodzie nauczyciela

EWA DZIĘCIOŁ-CHLIBIUK

Realizacja struktury opisu na podstawie wypowiedzi ustnych i pisanych osób z uszkodzonym słuchem

STRESZCZENIE: Wada słuchu oprócz ograniczenia możliwości percepcji bodźców dźwiękowych może wpływać na funkcjonowanie człowieka w różnych sferach życia: fizycznej, psychicznej, społecznej oraz na rozwój sprawności komunikacyjnej, a przede wszystkim językowej. O różnym stopniu nasilenia tych trudności donoszą wyniki badań naukowych, które w części wstępnej niniejszego artykułu zostały po krótko przedstawione. Następnie omówiono, na podstawie literatury przedmiotu, reguły tworzenia tekstów mówionych i pisanych. W dalszej części zostały wymienione charakterystyczne cechy form wypowiedzi narracyjnych, a zwłaszcza opisu, który znacznie różni się od opowiadania. W dalszej kolejności zaprezentowano wyniki własnych badań nad umiejętnością realizacji struktury opisu na podstawie wypowiedzi ustnych i pisanych 12 studentów z niedosłuchem z różnym stopniem ubytku słuchu. Na podstawie zgromadzonego materiału zauważono, że teksty pisane osób z niepełnosprawnością słuchową są bardziej przemyślane, kompozycyjnie rozbudowane oraz pełniejsze, choć też nie brakuje w nich błędów stylistycznych czy językowych. Znaczna część osób w wypowiedziach pisanych użyła też zdań, które wyraźnie stanowią zakończenie i podsumowanie opisu. W tekstach mówionych zauważyć można skrótość i ekonomiczność wypowiedzi, polegające na wyczeniu najbardziej zauważalnych elementów/części ilustracji czy charakterystycznej cechy wyglądu danej osoby. Mniej jest też tekstów, w których dostrzeżone i opisane zostały emocje podróżujących osób. Przeważają zdania pojedyncze i pojedyncze rozbudowane. Pojawiają się ponadto cechy charakterystyczne dla języka mówionego. Zauważyć też można trudności w budowaniu wypowiedzi właściwej pod względem kompozycyjnym i logicznym.

SŁOWA KLUCZOWE: osoby z uszkodzonym słuchem, struktura opisu, narracja

OLGA PRZYBYŁA

Metoda ułatwionej komunikacji w autyzmie Studium przypadku

STRESZCZENIE: W artykule zostało zaprezentowane studium przypadku szesnastoletniej niemówiącej dziewczynki, która komunikuje się jedną z alternatywnych i wspomagających metod komunikacji – metodą ułatwionej komunikacji, wraz z analizą rezultatów pracy z dzieckiem. W części teoretycznej przedstawiono istotę komunikacji międzyludzkiej oraz zwrócono uwagę na rolę słowa w poznawaniu i oswajaniu świata. Omówiono także zależności pomiędzy zaburzeniami funkcji poznawczych a rozwojem umiejętności komunikacyjnych, w ramach wprowadzenia do prezentacji metody ułatwionej komunikacji jako alternatywnego sposobu porozumiewania się m.in. osób z autyzmem.

SŁOWA KLUCZOWE: komunikacja, autyzm, zaburzenia ze spektrum autyzmu, metoda ułatwionej komunikacji, komunikacja alternatywna i wspomagająca

ANETA SYTA, KINGA ZIOBROWSKA

Wpływ ankyloglosji na funkcje prymarne

STRESZCZENIE: Celem artykułu jest uchwycenie wpływu skróconego wędzidełka języka (ankyloglosja) na podstawowe funkcje, takie jak oddychanie, ssanie, połykanie, a także na czynności związane z jedzeniem – gryzienie i żucie. Artykuł stanowi przegląd i próbę połączenia dostępnej literatury fachowej (krajowej i światowej) na powyższy temat, a także omówienia wniosków z cytowanych badań. Jeden z akapitów poświęcony jest kilku przypadkom dzieci z ankyloglosją i jej wpływowi na podstawowe czynności u tych dzieci. Artykuł zawiera także własne refleksje i rozważania z literatury dotyczące dzieci ze skróconym wędzidełkiem podjęzykowym.

SŁOWA KLUCZOWE: ankyloglosja, funkcje prymarne, wędzidełko językowe, pozycja wertykalno-horyzontalna języka

BEATA SZEWCZYK

Diagnoza i terapia zaburzeń oddechowo-fonacyjnych w dyzartrii Studia indywidualnych przypadków

STRESZCZENIE: Artykuł przedstawia przykładowe typy dyzartrii oraz towarzyszące im zaburzenia oddechowe i fonacyjne. Na potrzeby niniejszej pracy przeprowadzono badania w zakresie możliwości oddechowych i fonacyjnych trzech pacjentów w różnym wieku: 52, 74 oraz 81 lat, a następnie skonstruowano indywidualne programy terapii dla każdego z nich, składające się z trzech sesji terapeutycznych. Następnie przeprowadzono zaplanowaną część terapii i spisano obserwacje dotyczące efektów, jakie przyniosły ćwiczenia. Ostatecznie sformułowano przypuszczenia dotyczące dalszych efektów pracy pacjentów przy założeniu zachowania tych samych metod terapii.

SŁOWA KLUCZOWE: dyzartria, oddychanie, fonacja, modulacja głosu, diagnoza i terapia neurologopedyczna

RAFAŁ MŁYŃSKI, MARYIA REDKVA

Diagnoza logopedyczna kompetencji językowych u wielojęzycznych dzieci z Ukrainy

STRESZCZENIE: Artykuł wpisuje się w dyskusję nad problematyką diagnozy logopedycznej dzieci wychowujących się w środowisku wielojęzycznym. Autorzy prezentują dezyderaty światowych standardów postępowania, stosowanych w przypadku oceny mowy i języka u dzieci dwujęzycznych. Szczególną uwagę zwracają na potrzebę uczestnictwa interpretatora, niezbędnego do dokonania diagnozy różnicowej między operacjami typowymi dla rozwoju językowego, bilingwizmu i deficytów komunikacyjnych. Rozważania teoretyczne uzupełnione są zanalizowanymi przez logopedę oraz interpretatora wypowiedziami dzieci dwujęzycznych.

SŁOWA KLUCZOWE: diagnoza logopedyczna, dwujęzyczność, interpretator

BOŻENA MIKŁASZ-SENDECKA, OLGA PRZYBYŁA

Dwujęzyczność wczesnodziecięca Studium przypadku

STRESZCZENIE: Zagadnienie wczesnej dwujęzyczności, naturalnej dwujęzyczności oraz częściej spotykanej wielojęzyczności są szeroko omawiane w literaturze przedmiotu. Bilingwizm wiąże się bowiem z nabywaniem nowej tożsamości oraz zmianą myślenia językowego. Artykuł wpisuje się w obszar badań dotyczących metod oraz strategii stosowanych w rodzinie wychowującej dwujęzyczne dziecko i stanowi studium przypadku chłopca w wieku 2 lat i 9 miesięcy. W części wstępnej zostały omówione główne zagadnienia związane z wychowaniem dziecka w środowisku wielojęzycznym, ze zwróceniem szczególnej uwagi na przyjętą przez rodziców chłopca postawę względem idei wielojęzycznego wychowania i przekonania o korzyściach płynących z edukacji dwujęzycznej. Ocenę stanu sprawności językowych i kompetencji komunikacyjnych przedstawiono w empirycznej części artykułu.

SŁOWA KLUCZOWE: wczesna dwujęzyczność, naturalna dwujęzyczność, przekazywanie języka / transmisja językowa, strategia „jedna osoba – jeden język”, edukacja dwujęzyczna

ANETA SYTA

Wybrane techniki kognitywne muzykoterapii neurologicznej w terapii afazji akustyczno-mnestycznej Opis przypadku

STRESZCZENIE: Muzyka jest w stanie stymulować ludzki mózg na różnych poziomach, co skutkuje większą trwałością wyników leczenia, a także poprawia ogólny stan zdrowia pacjentów. Celem artykułu jest przedstawienie zastosowania technik kognitywnych muzykoterapii neurologicznej w leczeniu pacjentów z afazją akustyczno-mnestyczną. W części teoretycznej artykułu opisano deficyty językowe i komunikacyjne występujące w afazji akustyczno-mnestycznej. Zaprezentowano również podstawowe założenia i mechanizmy muzykoterapii neurologicznej, a także krótko scharakteryzowano techniki terapeutyczne i podzielono je na trzy grupy ze względu na obszar oddziaływania (sensomotoryczny, logopedyczny i kognitywny). Następnie przedstawiono studium przypadku pacjenta z afazją akustyczno-mnestyczną. W oparciu o charakterystykę i opis zaburzeń językowych i komunikacyjnych pacjenta wybrano odpowiednie techniki kognitywne muzykoterapii neurologicznej oraz nakreślono ich zastosowanie w terapii opisanego pacjenta.

SŁOWA KLUCZOWE: muzykoterapia neurologiczna, zaburzenia mowy, logopedia, afazja akustyczna i mnestyczna, techniki kognitywne

Projekt okładki, stron tytułowych i działowych
Paulina Dubiel

Tłumaczenie j. rosyjski
Oksana Małysa

Łamanie
Alicja Załęcka

Publikacja na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Na tych samych warunkach
4.0 Międzynarodowe (CC BY-SA 4.0)



ISSN 2391-4297

Czasopismo elektroniczne, dystrybuowane bezpłatnie
Do końca 2017 roku „Logopedia Silesiana” ukazywała się również
w wersji drukowanej (ISSN 2300-5246)

Publikacja dostępna w Central and Eastern European Online Library
www.cceol.com

Wydawca
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice, e-mail: wydawus@us.edu.pl
www.wydawnictwo.us.edu.pl

Ark. druk. 22,25. Ark. wyd. 26,0.

Dotychczas ukazały się

Tom 1, Katowice 2012

Tom 2, Katowice 2013

Tom 3, Katowice 2014

Tom 4, Katowice 2015

Tom 5, Katowice 2016

Tom 6, Katowice 2017

Tom 7, Katowice 2018

W przygotowaniu

Tom 9, Katowice 2020

Wielej o ksiązce

ISSN 2391-4297

9 772391 429906 9 5

