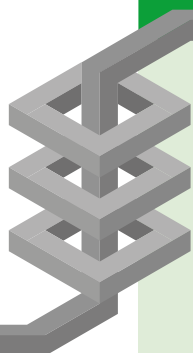


Nr 6 (2022)

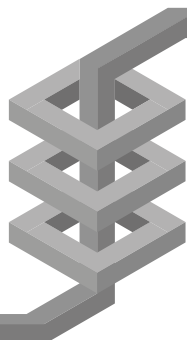


Logopaedica Łodziensia

 **WYDAWNICTWO**
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO



Nr 6 (2022)



Logopaedica Łodziensia

Wokół teorii i praktyki logopedycznej

POD REDAKCJĄ
RENATY GLIWY-PATYŃSKIEJ, EWELINY ZAJĄC



**WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
ŁÓDZKIEGO**



Łódź 2022



**WYDZIAŁ
FILOLOGICZNY**
Uniwersytet Łódzki

Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny
Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii
90-236 Łódź, ul. Pomorska 171/173

Redaktor naczelna: **IRENA JAROS** (Uniwersytet Łódzki)

Redaktorzy tomu: **RENATA GLIWA-PATYŃSKA, EWELINA ZAJĄC** (Uniwersytet Łódzki)

Sekretarze redakcji: **RENATA GLIWA-PATYŃSKA, MONIKA KAŻMIERCZAK** (Uniwersytet Łódzki)

Rada Naukowa

Prof. dr hab. Jacek Błeszyński (Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie)

Ph.D., Prof. Eliana Danilavichutie (Borys Grinchenko Kyiv University)

Prof. dr hab. Grażyna Gunia (Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie)

Ed.D., Prof. Henriette W. Langdon (San José State University)

Ph.D., Prof. Karel Neubauer (University of Hradec Králové)

Prof. dr hab. n. med. Jurek Olszewski (Uniwersytet Medyczny w Łodzi)

Prof. dr hab. Danuta Pluta-Wojciechowska (Uniwersytet Śląski w Katowicach)

Ph.D., Prof. Shu-Lan Yang (National Pingtung University, Taiwan)

Prof. dr hab. Dorota Podgórska-Jachnik (Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy)

Prof. dr hab. n. med. Grażyna Śmiech-Słomkowska (Uniwersytet Medyczny w Łodzi)

Dr hab. Renata Marciniak-Firadza (Uniwersytet Łódzki)

Dr hab. Katarzyna Sicińska (Uniwersytet Łódzki)

Redaktor inicjujący: **Sylwia Mosińska**

Redaktor językowy: **Monika Poradecka**

Projekt okładki: **Mateusz Poradecki, Katarzyna Turkowska**

Projekt typograficzny, skład i łamanie: **Mateusz Poradecki**

Korekta techniczna: **Elżbieta Pich**

© Copyright by Authors, Łódź 2022

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2022

ISSN 2544-7238

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

ze środków finansowych Zakładu Dialektologii Polskiej i Logopedii UŁ



**WYDAWNICTWO
UNIwersytetu
ŁÓDZKIEGO**

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

90-237 Łódź, ul. Jana Matejki 34A

www.wydawnictwo.uni.lodz.pl

e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl

tel. (42) 665 58 63

Wydrukowano z gotowych materiałów dostarczonych do Wydawnictwa UŁ

Wydanie I.W.10941.22.0.C

Ark. druk. 19,375

Spis treści

Artykuły

Justyna Antczak-Kujawin

- Diagnoza i terapia zaburzeń percepcji słuchowej u 65-letniej kobiety z głuchotą starczą** 11
Diagnosis and Therapy of Auditory Perception Disorders in a 65-Year-Old Woman with Age-Related Hearing Loss

Ewa Bielenda-Mazur

- Alalia (zaburzenie) a opóźnienie rozwoju mowy. Czy, jak i kiedy możliwe jest ich rozróżnienie?** 25
Developmental Language Disorder and Late Talkers. If, How and When It Is Possible to Distinguish Between Them?

Izabela Ejsmunt-Wieczorek

- Zachowania językowe i komunikacyjne osób ze spektrum autyzmu w wybranych filmach fabularnych** 37
Linguistic and Communication Behaviors of People with Autism Spectrum in Chosen Feature Films

Ewa Gacka

- SLI czy DLD? Zmiany w terminologii zaburzeń mowy o niejednoznacznej etiologii w kontekście polskiego prawa oświatowego** 51
SLI or DLD? Changes in Terminology of Speech Disorders with Ambiguous Etiology in the Context of Polish Educational Law

Renata Gliwa-Patyńska

- Wpływ afazji pierwotnie postępującej na możliwość dokonywania kategoryzacji semantycznej – wybrane aspekty** 63
Influence of Primary Progressive Aphasia (Speech-Language Variant) on the Possibility of Semantic Verification – Selected Aspects

Kamil Jaros

- Zaburzenia głosu a trema przed występem. Skala samopoczucia dzieci i młodzieży przed występem – walidacja narzędzia badawczego** 83
Voice Disorders and Performance Anxiety. Children and Youth Stage Fright Scale – Tool Validation

Urszula Jęczeń	
Przyczyny niepowodzeń w tworzeniu wypowiedzi narracyjnych w grupie dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim	97
Causes of Failure to Produce Narrative Utterances in the Group of Children with Mild Intellectual Disability	
Monika Kaźmierczak	
Perspektywa klienta w gielkocie	117
Client's Perspective in Cluttering	
Marlena Kurowska	
Umiejętności narracyjne dzieci i młodzieży z padaczką. Badania własne	135
Narrative Skills of Children and Teenagers with Epilepsy Own Research	
Renata Marciniak-Firadza	
Zmysł smaku – istota, zaburzenia, diagnoza, terapia (na przykładzie logopedy pracującego z dziećmi)	159
Sense of Taste – Essence, Disorders, Diagnosis, Therapy (On the Example of a Speech Therapist Working with Children)	
Karolina Małocha-Pytlak	
Stan kompetencji i sprawności językowej 6-letniego chłopca z sieroctwem społecznym. Studium porównawcze	175
The State of Competence and Language Proficiency of a 6-Year-Old Boy with Social Orphanhood. Comparative Study	
Jurek Olszewski	
Nagłe wystąpienia zawrotów głowy pochodzenia obwodowego po doznanym urazie głowy. Prezentacja przypadku	195
Sudden Dizziness of Peripheral Origin Caused by Head Injury. Case Presentation	
Anna Paluch, Elżbieta Drewniak-Wołosz	
Podstawowe aspekty diagnozy dziecka z zaburzeniem językowym	201
Basic Aspects of the Diagnosis of a Child with Language Disorders	
Danuta Pluta-Wojciechowska	
O kształceniu logopedów w zakresie dyslalii. Nowe wyzwania	209
On Educating Speech Therapists in the Field of Dyslalia. New Challenges	
Elżbieta Sadowska	
DLD (SLI) a ASD w kontekście logopedycznej diagnozy różnicowej	231
Speech Therapy: Differential Diagnosis for DLD (SLI) and ASD	
Julita Sobańska	
Ocena słuchu fonematycznego dziecka z alalią prolongatą. Studium przypadku ..	245
Assessment of Phonemic Hearing a Child with Alalia Prolongata. A Case Study	
Zbigniew Tarkowski, Monika Wójcik, Magdalena Lech	
Spektrum autyzmu a afazja rozwojowa. Porównanie rozwoju języka	267
Autism Spectrum and Developmental Aphasia. Comparison of Language Development	

Mary Weidner i wsp.

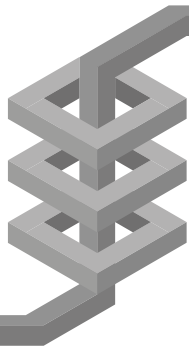
Personal Appraisals of Support from the Perspective of Polish, Slovak, and American Children Who Stutter 279

Osobista ocena polskich, słowackich i amerykańskich dzieci jękających się na temat uzyskiwanego wsparcia

Recenzje

Danuta Grzesiak-Witek

Recenzja książki Katarzyny Sedivy-Mączki, *Stymulacja komunikacji językowej dzieci z autyzmem*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2019, ss. 143, ISBN 978-83-8084-395-0 299



Artykuły

Justyna Antczak-Kujawin* 

Diagnoza i terapia zaburzeń percepcji słuchowej u 65-letniej kobiety z głuchotą starczą

Diagnosis and Therapy of Auditory Perception Disorders in a 65-Year-Old Woman with Age-Related Hearing Loss

Słowa kluczowe: diagnoza logopedyczna, trening słuchowy, metoda Warnkego, głuchota starcza, zaburzenia przetwarzania słuchowego

Keywords: speech therapy diagnosis, auditory training, Warnke Method, age-related hearing loss, auditory processing disorders

Streszczenie

W artykule przedstawiono opis przypadku 65-letniej kobiety z głuchotą starczą oraz trudnościami w przetwarzaniu słuchowym. Omówiono wyniki diagnozy i treningu funkcji słuchowych, wzrokowych i motorycznych przy zastosowaniu założeń metody Warnkego. Wykazano pozytywny wpływ treningu słuchowego metodą Warnkego na funkcjonowanie językowe pacjentki.

Abstract

The article presents a case study of a 65-year-old woman with age-related hearing loss and auditory processing disorders. The results of diagnosis and training of auditory, visual and motor functions using the assumptions of the Warnke method are discussed. A positive influence of the auditory training using the Warnke method on the linguistic functioning of the patient was demonstrated.

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: justyna.antczak@uni.lodz.pl, <https://orcid.org/0000-0002-8473-9878>

Charakterystyka głuchoty starczej (*presbyacosis*)

Głuchota starcza, inaczej niedosłuch związany z wiekiem (*presbyacosis*), dotyczy około 25% osób w wieku 65–74 lat i około 60–70% osób powyżej 75 lat [Gierek, 2005, s. 299; Sprinzel, Riechelmann, 2010, s. 351–352]. Jest to więc fizjologiczny ubytek słuchu, który postępuje z wiekiem, spowodowany głównie zmianami zwyrodnieniowymi w uchu wewnętrznym [Tomik, 2014, s. 103–104], jednak czynnikami ryzyka *presbyacosis* są także hałas, substancje ototoksyczne, uwarunkowania genetyczne, niektóre choroby (nadciśnienie, cukrzyca, choroby nerek, lipidemia, choroby endokrynologiczne) [Frisina, Frisina, 2013; Keithley, 2020; Wang, Puel, 2020].

Ze względu na umiejscowienie zmian zwyrodnieniowych narządu słuchu wyróżnia się trzy postacie starczej głuchoty, tj. ślimakową, nerwową oraz centralną. Najczęstsza jest postać ślimakowa ze zmianami zwyrodnieniowymi i inwolucyjnymi w nabłonku zmysłowym narządu Cortiego. W postaci nerwowej zmiany dotyczą głównie komórek i włókien nerwu słuchowego. Natomiast postać centralna *presbyacosis* charakteryzuje się zmianami w ośrodkach i drogach słuchowych mózgu [Gierek, 2005, s. 300; Tomik, 2014, s. 103–104].

Istnieje także inny podział starczego niedosłuchu. Ze względu na czynniki patogenetyczne wyróżnia się cztery jego typy: czuciowy, nerwowy (neurytyczny), metaboliczny (prążkowy) i mechaniczny (ślimakowy) [Shuknecht, Gacek, 1993]. Typ czuciowy charakteryzuje się zanikiem komórek narządu Cortiego, który rozpoczyna się w podstawowym zakręcie ślimaka i dotyczy ubytku słuchu dla tonów wysokich. Jest to obustronny, wysokoczęstotliwościowy, symetryczny niedosłuch odbiorczy, który postępuje powoli. W postaci nerwowej (neurytycznej) *presbyacosis* zmiany zwyrodnieniowe dotyczą zwoju ślimakowego oraz włókien nerwowych, jąder nerwu ślimakowego położonych w moście oraz dalszych odcinków ośrodkowej części narządu słuchu, co manifestuje się złym rozumieniem mowy, niewspółmiernym do ubytku słuchu w audiogramie tonalnym. Trudności ze zrozumieniem mowy wynikają z tego, że centralny układ nerwowy potrzebuje dużo więcej zakończeń nerwowych do interpretacji (dekodowania) mowy niż do rozpoznawania tonu czystego. Tym trudnościom zwykle towarzyszą także deficyty w zakresie pamięci oraz pogorszenie sprawności umysłowej. Przyczyną typu metabolicznego (prążkowego) głuchoty starczej są defekty biochemiczny i biofizyczny w procesach przetwarzania mechanizmów w uchu wewnętrznym, co skutkuje zmianami bioelektrycznymi ślimaka i nerwu ślimakowego. Ten typ niedosłuchu postępuje powoli, często jest dziedziczny. Trudności w odbiorze dźwięków są podobne dla wszystkich częstotliwości. Postać mechaniczną (ślimakową) głuchoty starczej charakteryzują zmiany na skutek zaburzeń w ukrwieniu więzadła spiralnego i prążka naczyniowego. W badaniu audiometrią tonalną uzyskuje się płaskie obniżenie w zakresie wysokich tonów, bez zjawiska wyrównania głośności i z dość dobrym rozumieniem mowy [Gierek, 2005].

U osób z głuchotą starczą rozpoznaje się zazwyczaj obuuszny, symetryczny, systematycznie postępujący ubytek słuchu czuciowo-nerwowy, z upośledzeniem słyszenia w zakresie częstotliwości wysokich (powyżej 4000 Hz). Z czasem pogorszenie odbioru dźwięków rozszerza się na średnie tony. Najdłużej słuch pozostaje prawidłowy dla tonów poniżej 1000 Hz. W badaniu audiometrii słownej stwierdza się pogorszenie dyskryminacji mowy. Typowymi objawami zgłaszanymi przez osoby z *presbycusis* są zaburzenia rozumienia mowy, które szczególnie nasilają się w niekorzystnym akustycznie środowisku, czyli w hałaśliwym otoczeniu. Ponadto charakterystyczne są: obniżenie progu słyszenia tonów nieprzyjemnych oraz szum uszny, nasilający się szczególnie w ciszy. W audiometrii impedancyjnej wyznacza się tympanogram typu A, a próg odruchu z mięśnia strzemiączkowego na tony czyste zazwyczaj jest poniżej 70 dB SL. Z kolei w badaniach audiometrią odpowiedzi elektrycznych opisuje się wydłużony czas utajenia dla fali V w granicach od 0,5 do 1 ms [Gierek, 2005, s. 301].

Pogarszanie się słuchu u osób w wieku senioralnym skutkuje trudnościami komunikacyjnymi, które przejawiają się nie tylko pogorszeniem w zakresie rozumienia mowy (tj. w odbiorze słuchowym mowy), ale także ograniczeniem kontaktów interpersonalnych oraz obniżeniem poziomu funkcjonowania poznawczo-językowego, co z kolei może prowadzić do wykluczenia społecznego [Steuden, 2012]. Pośrednią konsekwencją głuchoty starczej jest zatem wycofanie się z kontaktów społecznych, a także w ogóle z aktywności życiowej, co może doprowadzić do tzw. izolacji społecznej [Karlson Espmark i in., 2002] oraz przyspieszenia procesów degeneracyjnych organizmu [Kuczkowski, Cieszyńska, 2018].

Dla osiągnięcia korzyści z aparowania i efektów w rehabilitacji słuchowej ważne jest wczesne wykrycie niedosłuchu, tzn. już na początkowym etapie narastania trudności w odbiorze dźwięków. Pomocne w tym celu mogłyby okazać się przesiewowe badania słuchu organizowane na szeroką skalę w grupie osób w wieku senioralnym. Model postępowania diagnostyczno-terapeutycznego względem osób starszych powinien obejmować:

- 1) przesiewowe badania słuchu;
- 2) szczegółową diagnostykę audiologiczną w przypadku osób, u których wynik przesiewowego badania jest dodatni;
- 3) dobór i dopasowanie urządzeń wspomagających słuch (aparatów słuchowych) oraz monitorowanie korzyści słuchowych z aparowania;
- 4) trening słuchowy;
- 5) specjalistyczne konsultacje, m.in. logopedyczne, psychologiczne, psychiatryczne.

Kluczowe pozostaje rozpoznanie możliwych zaburzeń funkcji poznawczych, psychicznych, stanów depresyjnych oraz trudności komunikacyjnych, które mogą utrudniać, opóźniać lub hamować proces rehabilitacji słuchowej osób w wieku senioralnym.

Postępowanie terapeutyczne względem osób z głuchotą starczą obejmuje tzw. trening słuchowy. Jego celem jest nauka (a w zasadzie przywrócenie umiejętności) aktywnego słuchania, umożliwiająca recepcję dźwięków (ich skuteczny odbiór), ich

dyskryminację, identyfikację (rozpoznawanie) oraz rozumienie mowy na tle dźwięków zakłócających (np. podczas rozmowy w większych grupach osób czy w hałasie). Ponadto istotne jest także wypracowanie optymalnych technik i strategii komunikacyjnych, wykorzystywanych w codziennych kontaktach z otoczeniem [Rostkowska, Pankowska, 2015]. Trening słuchowy składa się z następujących etapów [Rostkowska, Pankowska, 2015]:

- 1) detekcji (dostrzegania obecności lub braku dźwięku w otoczeniu);
- 2) dyskryminacji (różnicowania dźwięków);
- 3) identyfikacji (rozpoznawania dźwięków);
- 4) rozumienia mowy w zestawach półotwartych (ze wskazówką tematyczną);
- 5) rozumienia mowy w zestawach otwartych;
- 6) rozumienia mowy i dźwięków użytecznych na tle dźwięków zakłócających.

Omówiony schemat treningu słuchowego to tradycyjny model terapeutyczny, uwzględniający różnego typu ćwiczenia słuchowe na materiale językowym typu głoski, wyrazy, zdania.

Diagnoza audiologiczno-logopedyczna pacjentki z głuchotą starczą

Kobieta po raz pierwszy zgłosiła się na konsultację audiologiczno-logopedyczną w styczniu 2019 roku. Podczas spotkania wykonano audiometrię tonalną, czyli badanie słuchu pozwalające na określenie progu słyszenia w zakresie częstotliwościowym od 125 Hz do 8000 Hz dla przewodnictwa powietrznego oraz od 250 Hz do 4000 Hz dla przewodnictwa kostnego. Zarówno dla prawego, jak i dla lewego ucha stwierdzono upośledzenie słyszenia w zakresie częstotliwości wysokich (dla 4000 Hz – odbiór na poziomie 60 dB, 6000 Hz – 65 dB, 8000 Hz – 65 dB). Pacjentkę skierowano na pełną diagnostykę audiologiczną w celu potwierdzenia niedosłuchu starczego oraz doboru i dopasowania aparatu słuchowego. W badaniu audiometrią mowy rozpoznano pogorszenie rozumienia mowy, a w audiometrii impedancyjnej wyznaczono tympanogram typu A. Ponadto przeprowadzono z pacjentką wywiad, który rozszerzono o uzupełnienie kwestionariusza przesiewowego zaburzeń przetwarzania słuchowego SCAP-A (*Screening Checklist of Auditory Processing – Adults*) [Vaidyanath, Yathiraj, 2014] w tłumaczeniu Karoliny Dajos-Krawczyńskiej [2016] oraz arkusza *Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (Mini-Mental State Examination – MMSE)* w wersji Marshalla F. Folstein, Susan E. Folstein, Paula R. McHugh [1975]. Badana to kobieta w wieku 65 lat, z wykształceniem wyższym. Jest nauczycielką matematyki i fizyki. Mieszka w małym mieście (położonym w województwie łódzkim) wraz z córką i jej rodziną. Pozostaje pod opieką endokrynologa (niedoczynność tarczycy), kardiologa (nadciśnienie tętnicze) oraz okulisty (wada wzroku). Podczas diagnozy ustalono, że pacjentka od kilku lat ma problemy ze słuchem, jednak nigdy nie korzystała

z aparatów słuchowych. Kobieta odczuwa głównie trudności ze zrozumieniem mowy na drodze słuchowej. Ma kłopoty z komunikowaniem się, np. w sytuacjach, kiedy rozmówca zbyt szybko mówi, podczas rozmowy w większym gronie osób (np. podczas spotkań dyskusyjnych w klubie seniora, uroczystości rodzinnych, w kościele). Ponadto ma problemy z rozumieniem podczas rozmów telefonicznych, oglądania telewizji i słuchania radia. W rozmowie z pacjentką ustalono, że w kontaktach interpersonalnych czuje się coraz bardziej niepewnie i wstydzi się swoich problemów.

W ocenie percepcji słuchowej posłużono się kwestionariuszem przesiewowym SCAP-A [Vaidyanath, Yathiraj, 2014]. W tabeli 1 umieszczono kwestionariusz, w którym zaznaczono odpowiedzi pacjentki ocenione według skali dwustopniowej (0 pkt – brak problemu, 1 pkt – obecność problemu). Maksymalny wynik możliwy do uzyskania wynosi 12 pkt, przy czym całkowity wynik większy lub równy 6 pkt wskazuje na ryzyko wystąpienia zaburzeń przetwarzania słuchowego.

Odpowiedzi udzielone przez kobietę poświadczają odczuwane przez nią trudności słuchowe dotyczące umiejętności związanych z tzw. domknięciem słuchowym (dekodowaniem fonologicznym), czyli zdolnością do uzupełniania zniekształconych części sygnału akustycznego, która pozwala na zrozumienie całej wypowiedzi mimo braków czy zakłóceń w jej przekazie. Pacjentka odczuwa także problemy z utrzymaniem uwagi słuchowej (pytania 1, 8), szczególnie w niekorzystnym akustycznie otoczeniu, oraz z integracją słuchową (pytanie 10). Uzyskany przez kobietę wynik, tj. 7 punktów, wskazuje na ryzyko zaburzeń wyższych funkcji słuchowych (trudności w przetwarzaniu słuchowym).

W celu oceny funkcjonowania poznawczego przeprowadzono badanie przy użyciu MMSE [Folstein, Folstein, McHugh, 1975]. Skala ta składa się z elementów oceniających: orientację allopsychiczną, zapamiętywanie wyrazów, uwagę i liczenie, przypomnienie po odroczeniu, funkcje językowe, wykonywanie poleceń, pisanie ze słuchu oraz prakcję konstrukcyjną wykonawczą. Maksymalnie można uzyskać 30 punktów. Wynik poniżej 24 punktów sugeruje obecność procesu otępiennego. U pacjentki badanie wykonano dwukrotnie: przed zastosowaniem aparatu słuchowego oraz po jego dopasowaniu (czyli po dwóch miesiącach od daty pierwszej konsultacji logopedycznej). Zarejestrowano znaczącą różnicę w uzyskanych wynikach. Bez aparatu słuchowego kobieta osiągnęła znacznie niższy wynik, tj. 21 punktów, sugerujący otępienie lekkiego stopnia. Po dopasowaniu aparatu słuchowego (dzięki któremu pacjentka po około roku korzystania z protezy słuchowej i po intensywnym treningu słuchowym osiągnęła duże korzyści słuchowe) uzyskała w teście MMSE 28 punktów, co uznaje się za wynik prawidłowy.

Po dopasowaniu aparatów słuchowych, tj. po trzech miesiącach od daty pierwszej konsultacji audiologiczno-logopedycznej, u pacjentki wykonano diagnozę wyższych funkcji słuchowych metodą Warnkego. W tym celu użyto urządzenia Audio4Lab, zawierającego moduł Brain-Audiometr, służący do diagnozy funkcji podstawowych niezbędnych do prawidłowego przetwarzania słuchowego.

W badaniu wykorzystano dodatkowo kontroler dźwięku oraz wzmacniacz do regulacji głośności bodźców słuchowych dla lewego i prawego ucha oddzielnie, które dołączone są do urządzenia diagnostycznego w wersji dla niedosłyszących i niesłyszących. Poddane diagnozie i terapii metodą Warnkego funkcje podstawowe (wzrokowe, słuchowe i motoryczne) to: próg kolejności wzrokowej, próg kolejności słuchowej, słyszenie kierunkowe, różnicowanie tonów, synchroniczne wystukiwanie rytmu, czas reakcji z wyborem, rozpoznawanie wzorca częstotliwości oraz rozpoznawanie wzorca długości dźwięku:

Tabela 1. Trudności słuchowe u pacjentki na podstawie kwestionariusza SCAP-A

Nr	Pytanie	Odpowiedź Obecne/Nieobecne
1	Czy często prosi Pan/Pani o powtórzenie informacji, kiedy słucha Pan/Pani kogoś, kto nie ma problemów z wymową?	1 0
2	Czy jest Pan/Pani w stanie skupić uwagę na kimś, kto mówi dłużej niż 10 minut (np. słuchać konwersacji)?	0 1
3	Czy trudne jest dla Pana/Pani skierowanie uwagi na to, co ktoś mówi na tle hałasu (np. przy włączonym telewizorze)?	1 0
4	Czy ma Pan/Pani problem z przywołaniem z pamięci tego, co było powiedziane, we właściwej kolejności?	1 0
5	Czy często zdarza się Panu/Pani zapomnieć, co było powiedziane około minuty wcześniej?	1 0
6	Czy ma Pan/Pani trudności z rozumieniem mowy na tle hałasu (np. przy włączonym telewizorze)?	1 0
7	Czy jest Pan/Pani w stanie przypomnieć sobie nazwiska 5 przyjaciół z czasów szkolnych, których nie spotykał/spotkała Pan/Pani w późniejszym okresie?	0 1
8	Czy potrzebuje Pan/Pani więcej czasu na odpowiedź na zadane pytanie niż inni członkowie Pana/Pani rodziny?	1 0
9	Czy ma Pan/Pani trudności z odpowiedzią, podczas gdy dwie osoby mówią jednocześnie (np. w grupie)?	1 0
10	Czy trudno Panu/Pani zrozumieć kogoś, kiedy nie może Pan/Pani patrzeć na jego twarz?	1 0
11	Czy ma Pan/Pani trudności z zapamiętywaniem numerów, np. telefonu, autobusu?	1 0
12	Czy inni często zwracają Panu/Pani uwagę, że nie skupia się Pan/Pani, kiedy nagle zaczynają do Pana/Pani mówić?	1 0

Źródło: opracowanie własne.

1. Określenie progu kolejności wzrokowej

Próg kolejności wzrokowej to odstęp w czasie między dwoma bodźcami wzrokowymi, który jest niezbędny do oddzielnego ich postrzegania i wskazania prawidłowej kolejności [Warnke, 2014, s. 53]. Test ten mierzy zatem rozdzielczość czasową bodźców wzrokowych. Pacjent widzi zapalające się na urządzeniu

- diody – z prawej i lewej strony. Musi zdecydować, z której strony bodziec pojawił się pierwszy.
2. Określenie progu kolejności słuchowej
Próg kolejności słuchowej to najmniejszy odstęp czasowy między dwoma bodźcami słuchowymi, które dana osoba jest w stanie właściwie odróżnić i uporządkować ich kolejność. Jest ważny dla stałego dzielenia ciągu językowego na segmenty [Warnke, 2014, s. 42]. Badana osoba w słuchawkach słyszy dwa dźwięki – z prawej i lewej strony. Musi zdecydować, z której strony bodziec pojawił się najpierw.
 3. Słyszenie kierunkowe
Słyszenie kierunkowe to umiejętność lokalizacji źródła dźwięku. Jest to funkcja słuchowa, która pozwala wychwycić użyteczne dźwięki z tła dźwięków zakłócających [Warnke, 2014, s. 45]. Pacjent, słysząc jedno kliknięcie, musi zdecydować, z której strony dobiegło.
 4. Różnicowanie tonów
Ocenie poddana zostaje umiejętność spostrzegania subtelnych różnic w wysokości tonów, która warunkuje efektywną prozodię. Jest ona bardzo istotna dla różnicowania samogłosek i rozpoznawania cech prozodycznych mowy. Pacjent słyszy dwa dźwięki o różnej wysokości i musi zdecydować, który z nich był niższy.
 5. Synchroniczne wystukiwanie rytmu
Synchroniczne wystukiwanie rytmu to umiejętność przełożenia zmieniających się kliknięć słyszanych raz z lewej, raz z prawej strony, na odpowiednie stukanie dłońmi. Informuje o koordynacji pracy półkul mózgowych [Warnke, 2014, s. 58]. Osoba badana słyszy naprzemiennie dźwięki (tzw. kliknięcia) w prawej i lewej słuchawce. Jej zadaniem jest synchroniczne naciskanie przycisków w rytm słyszanych bodźców dźwiękowym.
 6. Czas reakcji z wyborem
Szybki czas reakcji z wyborem to umiejętność szybkiej i trafnej reakcji motorycznej przy wyborze jednej z wielu możliwości. Umiejętność ta jest bardzo ważna dla rozpoznawania fonemów i grafemów [Warnke, 2014, s. 60]. Z lewej i prawej strony pacjent słyszy dwa dźwięki różniące się wysokością. Musi jak najszybciej zdecydować, po której stronie słyszany dźwięk był niższy.
 7. Rozpoznawanie wzorca częstotliwości
Umiejętność ta stanowi podstawę segmentowania ciągłego potoku mowy [Warnke, 2014, s. 75]. Pacjent słyszy trzy dźwięki, spośród których jeden różni się od pozostałych pod względem wysokości. Badany ma określić, który z kolei dźwięk był inny.
 8. Rozpoznawanie długości tonu
Ta umiejętność stanowi podstawę wyodrębniania z ciągu mowy poszczególnych słów. Pacjent słyszy trzy dźwięki: dwa o takiej samej długości i jeden dłuższy. Musi wskazać, który dźwięk miał inną długość.

Uzyskane przez badaną kobietę wyniki w zakresie funkcji wzrokowo-słuchowo-motorycznych w metodzie Warnkego wskazują na problemy w zakresie przetwarzania słuchowego. W tabeli 2 zestawiono wyniki ośmiu funkcji podstawowych z wartościami normatywnymi dla osób w wieku 65 lat.

W celu określenia wpływu trudności w zakresie percepcji słuchowej na funkcjonowanie językowe pacjentki przeprowadzono badanie logopedyczne z wykorzystaniem Bostońskiego testu do diagnozy afazji (*Boston Diagnostic Aphasia Examination* – BDAE) [Goodglass, Kaplan, 1972; 1983]. U kobiety stwierdzono:

- 1) trudności ze zrozumieniem długich i złożonych poleceń;
- 2) nieadekwatne odpowiedzi na zadane pytania dotyczące czytanego tekstu;
- 3) częste prośby o powtórzenie wypowiedzi;
- 4) problemy z odtwarzaniem ciągów rytmicznych;
- 5) trudności z powtarzaniem rzadkich wypowiedzi;
- 6) wolne tempo czytania słów, zdań;
- 7) trudności z fluencją (płynnością) słowną;
- 8) trudności z formułowaniem tekstu pisanego na podstawie ilustracji oraz z pisananiem zdań pod dyktando.

Tabela 2. Porównanie uzyskanych przez pacjentkę wyników ośmiu funkcji podstawowych w metodzie Warnkego z wartościami normatywnymi dla grupy wiekowej 65 lat

Nazwa testu	Wynik uzyskany przez pacjentkę	Wartość referencyjna (średnia) dla osób w wieku 65 lat	Wartości docelowe (zalecane wartości treningowe) dla osób w wieku 65 lat
Próg kolejności wzrokowej	116 ms	78 ms	39 ms
Próg kolejności słuchowej	148 ms	105 ms	53 ms
Słyszenie kierunkowe	110 μ s	72 μ s	36 μ s
Różnicowanie tonów	29%	20%	10%
Synchroniczne wystukiwanie rytmu	283 ms	238 ms	155 ms
Czas reakcji z wyborem	1061 ms	884 ms	442 ms
Rozpoznawanie wzorca częstotliwości	316 ms	191 ms	96 ms
Rozpoznawanie długości tonu	160 ms	112 ms	56 ms

Źródło: opracowanie własne.

Badanie sprawności językowych wykonano jeszcze dwukrotnie w ramach badań okresowych, tj. po sześciu i dwunastu miesiącach treningu słuchowego. Zarówno w pierwszym, jak i drugim badaniu okresowym zauważono przyrost prawidłowych odpowiedzi we wszystkich zadaniach diagnostycznych. W tabeli 3 porównano wyniki ilościowe uzyskane przez pacjentkę podczas diagnozy logopedycznej (przed rozpoczęciem treningu słuchowego metodą Warnkego) oraz badań okresowych (po sześciu i dwunastu miesiącach treningu słuchowego).

Tabela 3. Porównanie wyników uzyskanych w wybranych próbach z Bostońskiego testu do diagnozy afazji podczas diagnozy logopedycznej i badań okresowych

Nazwa próby diagnostycznej z BDAE	Wynik ilościowy uzyskany w diagnozie logopedycznej	Wynik ilościowy uzyskany w badaniu okresowym – po 6 miesiącach treningu słuchowego	Wynik ilościowy uzyskany w badaniu okresowym – po 12 miesiącach treningu słuchowego
Rozumienie poleceń (maks. 15 pkt)	6	10	14
Rozumienie – złożony materiał językowy (maks. 12 pkt)	4	8	10
Odtwarzanie ciągów rytmicznych (ocena: 2 – poprawnie, 1 – zakłócone, 0 – porażka)	0/0/0/0	2/1/1/1	2/2/1/1
Powtarzanie wypowiedzeń rzadkich (maks. 8 pkt)	2	5	8
Czytanie słów (maks. 30 pkt)	18	22	26
Fluencja słowna (maks. 7 pkt, jeśli odnotowano > 17 słów/60 sekund) ^a	3	5	6
Czytanie głośne zdań (maks. 10 pkt)	4	6	8
Formułowanie tekstu pisanego (skala 0–5 punktów, gdzie 5 – norma)	2	4	4
Pisanie zdań pod dyktando (skala 0–4 punkty, gdzie 4 to norma)	1/1/1	2/2/2	3/3/2

^a Interpretacja ilościowa wyników badania fluencji słownej opracowana na podstawie punktacji zawartej w polskiej adaptacji testu ACE-III [*Diagnostic dementia tests*, b.d.]: > 17 słów/60 sekund – 7 pkt, 14–17 słów/60 sekund – 6 pkt, 11–13 słów/60 sekund – 5 pkt, 8–10 słów/60 sekund – 4 pkt, 6–7 słów/60 sekund – 3 pkt, 4–5 słów/60 sekund – 2 pkt, 2–3 słowa/60 sekund – 1 pkt, < 2 słowa/60 sekund – 0 pkt.

Źródło: opracowanie własne.

Trening słuchowy metodą Warnkego u pacjentki z głuchotą starczą

Na podstawie informacji zebranych podczas diagnozy dla pacjentki opracowano program treningowy przy zastosowaniu urządzenia Brain-Boy Universal, wyposażonego w słuchawki. Celem treningu metodą Warnkego w przypadku badanej osoby było doprowadzenie do automatyzacji przetwarzania bodźców słuchowych, wzrokowych i motorycznych poprzez poprawę rozpoznawania wzorców wzrokowych i słuchowych, poprawę słyszenia kierunkowego, lepsze różnicowanie wysokości oraz długości dźwięków, usprawnienie prawidłowej reakcji na usłyszany bodziec dźwiękowy, zwiększenie uwagi słuchowej oraz umiejętności wychwytywania pożądanego dźwięku (np. głosu współmówcy) na tle dźwięków zagłuszających. Trening słuchowy obejmował osiem funkcji podstawowych. Sesje terapeutyczne odbywały się raz w tygodniu.

Po sześciu miesiącach terapii przeprowadzono okresową diagnozę, podczas której zarejestrowano wzrost prawidłowych odpowiedzi we wszystkich testach funkcji podstawowych (tabela 4). Po dwunastu miesiącach trwania treningu słuchowego wyniki były jeszcze korzystniejsze. Nie odnotowano jedynie zmiany wyniku dla testów: różnicowanie tonów, synchroniczne wystukiwanie rytmów i czas reakcji z wyborem (tabela 4). W okresowych badaniach sprawności językowych (po sześciu i dwunastu miesiącach treningu słuchowego) pacjentka uzyskała znacznie wyższe wyniki w porównaniu z danymi odnotowanymi w diagnozie logopedycznej (tabela 3). Efekty treningu słuchowego (dostrzegalne przez samą pacjentkę) to przede wszystkim usprawnienie funkcji słuchowo-językowych, a szczególnie poprawa w zakresie rozumienia mowy, uwagi i pamięci słuchowej.

Z uwagi na pozytywne skutki oddziaływań terapeutycznych zaleca się kontynuowanie u pacjentki treningu słuchowego metodą Warnkego, szczególnie z uwzględnieniem testów: różnicowanie tonów, synchroniczne wystukiwanie rytmów i czas reakcji z wyborem. Ponadto należałoby również włączyć w proces terapeutyczny inne ćwiczenia z zakresu percepcji słuchowej, w tym ćwiczenia prozodyczne, rytmizujące, słuchu fonematycznego, pamięci słuchowej, uwagi słuchowej, spostrzegawczości słuchowej, rozumienia mowy oraz umiejętności dekodowania fonetycznego. Działania terapeutyczne powinny także obejmować stymulację funkcji poznawczych oraz sprawności językowych i komunikacyjnych, w tym ćwiczenia rozumienia wypowiedzi słownych (także w obecności dystraktorów), ćwiczenia w aktualizowaniu jednostek podsystemu leksykalno-semantycznego oraz rozwijające fluencję słowną, a także usprawnianie umiejętności czytania i pisania.

Tabela 4. Zestawienie wyników ośmiu funkcji podstawowych uzyskanych przez pacjentkę w diagnozie oraz w badaniach okresowych

Nazwa testu	Wartości docelowe (zalecane wartości treningowe) dla osób w wieku 65 lat	Wynik z diagnozy	Wynik uzyskany w badaniu okresowym – po 6 miesiącach treningu słuchowego	Wynik uzyskany w badaniu okresowym – po 12 miesiącach treningu słuchowego
Próg kolejności wzrokowej	39 ms	116 ms	80 ms	44 ms
Próg kolejności słuchowej	53 ms	148 ms	100 ms	66 ms
Słyszenie kierunkowe	36 μ s	110 ms	77 μ s	43 μ s
Różnicowanie tonów	10%	29%	20%	20%
Synchroniczne wystukiwanie rytmu	155 ms	283 ms	244 ms	244 ms
Czas reakcji z wyborem	442 ms	1061 ms	1022 ms	1020 ms
Rozpoznawanie wzorca częstotliwości	96 ms	316 ms	181 ms	102 ms
Rozpoznawanie długości tonu	56 ms	160 ms	130 ms	67 ms

Źródło: opracowanie własne.

Zakończenie

Postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne u osób z głuchotą starczą to zagadnienie coraz częściej poruszane w literaturze przedmiotu, jednakże wciąż nie w pełni opisane. Omówiony w pracy przypadek 65-letniej kobiety z zaburzeniami percepcji słuchowej pozwala na sformułowanie następujących wniosków w odniesieniu do organizacji postępowania diagnostycznego i rehabilitacyjnego seniorów z trudnościami słuchowymi:

1. Istnieje ogromna potrzeba prowadzenia przesiewowych badań słuchu w grupie osób w wieku senioralnym, co wpłynęłoby na możliwość podjęcia wczesnych kroków w zakresie dopasowania protezy słuchowej oraz rehabilitacji słuchowej.
2. Ważnym krokiem diagnostycznym pozostaje dopasowanie protezy słuchowej. Nierozpoznanie i niepodjęmowanie działań w zakresie doboru aparatu słuchowego w *presbycusis* może znacząco wpłynąć na wyniki testów oceniających

funkcjonowanie poznawcze, w tym szerzenie się wyników fałszywych, tj. z błędnym zakwalifikowaniem osoby do grupy ryzyka demencji.

3. Proponuje się, by w diagnozie audiologiczno-logopedycznej seniorów z głuchotą starczą przeprowadzać przesiewową ocenę w kierunku rozpoznawania ryzyka zaburzeń przetwarzania słuchowego, a w razie konieczności poszerzyć diagnostykę audiologiczną o testy wyższych funkcji słuchowych. Ocena logopedyczna powinna uwzględniać szczególnie badanie rozumienia mowy (percepcji), umiejętności czytania i pisanie oraz sprawności językowych (fonologicznych, morfologicznych, leksykalno-semantycznych i syntaktycznych), w tym szczególnie fluencji słownej.
4. Osoby z *presbycusis* i zaburzeniami przetwarzania słuchowego powinny uczestniczyć w treningu słuchowym. Potwierdzono, iż trening słuchowy metodą Warnkego jest efektywny w usprawnianiu umiejętności językowych osoby w wieku senioralnym z głuchotą starczą i trudnościami w przetwarzaniu słuchowym. W przypadku badanej kobiety uzyskanie niższych (lepiej) wartości w teście pierwszym i drugim wpłynęło na tempo spostrzegania grafemów oraz sprawność słuchowego różnicowania głosek zwarto-wybuchowych, co z kolei polepszyło rozumienie mowy oraz tempo czytania. Poprawa wyniku w teście trzecim, słyszenia przestrzennego przyczyniła się do poprawy percepcji, rozumienia i ekspresji słów, zdań, poleceń oraz dłuższych wypowiedzi. Z kolei lepsze wyniki w testach siódmym i ósmym wpłynęły na polepszenie zdolności do zapamiętywania sekwencji dźwięków oraz umiejętności wychwytywania i interpretacji elementów prozodycznych mowy (np. intonacji, rytmu).

Literatura

- Dajos-Krawczyńska K., 2016, *Kwestionariusz przesiewowy zaburzeń przetwarzania słuchowego – „SCAP” – przegląd literatury*, „Nowa Audiofonologia”, nr 5(3), s. 71–76.
- Diagnostic dementia tests*, b.d., The University of Sidney, <https://www.sydney.edu.au/brain-mind/resources-for-clinicians/dementia-test.html> (dostęp: 19.02.2022).
- Folstein M.F., Folstein S., McHugh P., 1975, *Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*, „Journal of Psychiatric Research”, No. 12, s. 189–198.
- Frisina R.D., Frisina D.R., 2013, *Physiological and Neurobiological Bases of Age-Related Hearing Loss: Biotherapeutic Implications*, „American Journal of Audiology”, Vol. 22(2), s. 299–302.
- Gierek T., 2005, *Niedosłuch związany z wiekiem*, [w:] M. Śliwińska-Kowalska (red.), *Audiologia kliniczna*, Łódź: Wydawnictwo Medyczne Mediton, s. 299–304.
- Goodglass H., Kaplan E., 1972, *The Assessment of Aphasia and Related Disorders*, Philadelphia: Lea & Febiger.
- Goodglass H., Kaplan E., 1983, *The Assessment of Aphasia and Related Disorders*, wyd. 2, Philadelphia: Lea & Febiger.

- Karlson Espmark A., Rosenhall U., Erlandsson S., Steen B., 2002, *The two faces of presbycusis: hearing impairment and psychosocial consequences*, „International Journal of Audiology”, No. 41, s. 125–135.
- Keithley E.M., 2020, *Pathology and mechanisms of cochlear aging*, „Journal of Neuroscience Research”, No. 98, s. 1674–1684.
- Kuczowski J., Cieszyńska J., 2018, *Głos i słuch w starczym wieku*, [w:] W. Tłokiński, S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Gerontologopedia*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 293–306.
- Rostkowska J., Pankowska A., 2015, *Trening słuchowy u osób zaopatrzonych w aparaty słuchowe po 60 roku życia*, „Nowa Audiofonologia”, nr 4(2), s. 69–74.
- Shuknecht H.G., Gacek M.R., 1993, *Cochlear pathology in presbycusis*, „Annals of Otolaryngology & Rhinology”, No. 102, s. 1–10.
- Sprinzl G.M., Riechelmann H., 2010, *Current trends in treating hearing loss in elderly people: review of the technology and treatment options – a mini review*, „Gerontology”, No. 56, s. 351–358.
- Studen S., 2012, *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tomik J., 2014, *Fizjologia narządu słuchu u osób w wieku podeszłym*, [w:] M. Michalik (red.), *Nowa logopedia*, t. V: *Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych*, Kraków: Collegium Columbinum, s. 97–106.
- Vaidyanath R., Yathiraj A., 2014, *Screening checklist for auditory processing in adults (SCAP A): Development and preliminary findings*, „Journal of Hearing Science”, Vol. 4(1), s. 27–37.
- Wang J., Puel J.L., 2020, *Presbycusis: An Update on Cochlear Mechanisms and Therapies*, „Journal of Clinical Medicine”, Vol. 9(1), s. 1–22.
- Warnke F., 2014, *Metoda Warnkego. Dysleksja stop*, Wrocław: Wydawnictwo Biomed Neurotechnologie.



© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland.
This article is an open access article distributed under the terms and conditions
of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Data złożenia: 2.04.2022. Data przyjęcia: 21.06.2022.

Ewa Bielenda-Mazur* 

Alalia (zaburzenie) a opóźnienie rozwoju mowy. Czy, jak i kiedy możliwe jest ich rozróżnienie?

Developmental Language Disorder and Late Talkers. If, How and When It Is Possible to Distinguish Between Them?

Słowa kluczowe: SLI, DLD, opóźniony rozwój mowy, diagnoza logopedyczna, terapia logopedyczna, stymulacja rozwoju mowy

Keywords: SLI, DLD, delayed speech development, speech therapy diagnosis, speech therapy, speech development stimulation

Streszczenie

W artykule podjęto temat diagnozy różnicowej pomiędzy opóźnieniem w rozwoju mowy, niemającym konsekwencji w przyszłości, a sytuacją, gdy jest ono symptomem zaburzenia towarzyszącego człowiekowi przez całe życie, czyli alalii. Autorka postuluje podjęcie diagnozy dziecka niezależnie od jego wieku, traktowanie każdego dziecka z opóźnionym rozwojem mowy jako zagrożonego alalią oraz przystąpienie do odpowiedniego postępowania rewalidacyjnego na wczesnym etapie rozwoju.

Abstract

The article deals with the topic of the differential diagnosis between delay in speech development, which has no consequences in the future, and the situation when it is a symptom of a disorder that accompanies a person throughout life, called alalia in Polish speech therapy, and Developmental Language Disorder in English. The author suggests undertaking the diagnosis of a child regardless of its age, treating each child with delayed speech development as endangered with alalia and undertaking appropriate revalidation procedures at an early stage of development.

* Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Instytut Filologii Polskiej, Katedra Logopedii i Zaburzeń Rozwoju, ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków, e-mail: ewa.bielenda-mazur@up.krakow.pl, <https://orcid.org/0000-0001-6206-7516>

Wprowadzenie

Czas pandemii sprzyjał przeniesieniu wydarzeń naukowych do przestrzeni wirtualnej. Z jednej strony przyczyniło się to do większej dostępności szkoleń, również logopedycznych, z drugiej zaś sprawiło, że łatwość organizacyjna spotęgowwała ich liczbę i obniżyła znacznie średnią jakość. Praktycy prowadzący webinary na temat opóźnionego rozwoju mowy dziecka, chętni do podzielenia się z innymi specjalistami swoimi doświadczeniami, wiedzą i refleksjami niestety niejednokrotnie propagowali wnioski niepoparte dowodami naukowymi, a nawet teorie obalone na łamach istotnych publikacji. Popularyzowane twierdzenia dotyczyły między innymi możliwości dokonania wczesnej diagnozy różnicowej pomiędzy opóźnieniem a zaburzeniem rozwoju mowy. Biorąc pod uwagę dużą frekwencję terapeutów i diagnostów obecnych podczas wspomnianych wydarzeń, należy zauważyć, że taki stan rzeczy jest niepokojący, gdyż może przyczynić się do bazującej na błędnych założeniach diagnozy logopedycznej dzieci, a co za tym idzie – również do zaniechań niekorzystnych dla jednostki, której dotyczyą.

Dylematy terminologiczne

Jednym z zaburzeń sprawiających terapeutom wiele trudności jest alalia. Mianem tym (najogólniej) określam zaburzenie, którego objawem osiowym są deficyty w rozwoju mowy o izolowanym charakterze [por. Bielenda-Mazur, 2019], co znaczy, że w przypadku alalii konieczne jest wykluczenie zaburzeń neurologicznych, głębokich deficytów słuchu fizycznego, zaburzeń autystycznych, wad genetycznych, które mogłyby warunkować trudności w rozwoju mowy i komunikacji¹. W polskiej literaturze logopedycznej używa się kilku terminów na określenie tego zaburzenia, a taka sytuacja znacznie komplikuje zarówno rozwój nauki, jak i postępowanie diagnostyczne. Organizujący konferencję w 2021 r. naukowcy, chcąc poświęcić ją omawianemu zaburzeniu i przyciągnąć zajmujących się nim badaczy z różnych ośrodków naukowych w Polsce, zatytułowali ją „Afazja dziecięca, niedokształcenie mowy o typie afazji, alalia i alalia prolongata oraz SLI/DLD – w kręgu badań i terminologii”². Fakt ten ilustruje paradoks – jedno z najczęściej występujących w populacji zaburzeń komunikacji językowej nie ma nazwy umożliwiającej jednoznaczny identyfikację objawów z jednostką nozologiczną, co powoduje zarówno nieporozumienia pomiędzy logopedami i neurologopedami, jak i pomiędzy nimi a innymi specjalistami (np. pediatrami, neurologami), szczególnie zaś

1 Ujęcie alalii proponowane przez różnych badaczy przedstawia Joanna Stasiak w artykule *Alalia. Perspektywy opisu* [zob. Stasiak, 2014]. Terminem posługuje się też Jagoda Cieszyńska-Rożek [2013].

2 Konferencja została zorganizowana 22 maja 2021 r. przez Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii w Instytucie Filologii Polskiej i Logopedii Uniwersytetu Łódzkiego.

utrudnia rozumienie nazewnictwa wśród rodziców dzieci, u których stwierdza się charakterystyczne deficyty.

Problem nie dotyczy wyłącznie Polski. Choć wydawać by się mogło, że ustalenie nomenklatury w obrębie jednego państwa jest łatwiejsze niż na międzynarodowej arenie nauki, okazało się, że znacznie szybciej konsensus osiągnięto w tym drugim przypadku. W wyniku prac poczynionych w ramach projektu „Catalize”, którego koordynatorkami były Dorothy V.M. Bishop i Margaret J. Snowling, angażującego pięćdziesięciu dziewięciu ekspertów, specjalistów reprezentujących dziesięć dyscyplin (m.in. edukację, psychologię, logopedię, pedagogikę, psychiatrię dziecięcą) z krajów anglojęzycznych (Australii, Kanady, Irlandii, Nowej Zelandii, Wielkiej Brytanii i USA), ustalono termin *Developmental Language Disorder* (DLD) dla określenia stanu neurorozwojowego, w którym ujawnia się długotrwałe i niezwiązane z żadnym znanym stanem przyczynowym upośledzenie języka. Nazwa zaburzenia odnosi się do istotnych trudności w rozwoju języka ekspresywnego i/lub receptywnego. Terminu DLD nie stosuje się w odniesieniu do dzieci, u których zaburzenia językowe są częścią szerszych zaburzeń rozwojowych, jak również do małych dzieci, u których trudności mogą być przejściowe i mogą ustąpić samoistnie, tj. do trzeciego–czwartego roku życia [Bishop i in., 2016; McGregor i in., 2020].

I tu pojawiają się istotne problemy, które warto rozstrzygnąć. Gdzie przebiega granica między opóźnieniem a zaburzeniem? Czy do pewnego wieku trudności w rozwoju mowy dziecka stanowią wariant rozwojowy, w który nie należy ingerować? Czy opóźnienie nabywania kompetencji językowych nie pozostawia śladów w dorosłym życiu? Kiedy można stwierdzić zaburzenie i jakie badania powinny być fundamentem diagnostycznym?

Diagnoza różnicowa opóźnienia i zaburzenia rozwoju mowy

Na podstawie licznych badań uznaje się, że okresem, w którym dochodzi do znacznej samoregulacji w zakresie kompetencji językowych w przypadku dzieci wykazujących opóźnienia w nabywaniu systemu językowego, zwanych niekiedy w literaturze dziećmi „późno zakwitającymi” czy „późno mówiącymi” (*late bloomers, late talkers*), jest czas do trzecich, a nawet czwartych urodzin, choć i dzieci pięcioletnie mogą „nadrobić straty”. Autorzy projektu „Catalize” wskazują, jakie sygnały są niepokojące na poszczególnych etapach rozwoju. Podkreślają istotność intencji komunikacyjnej i kompetencji społecznych charakterystycznych dla poziomu rozwojowego dziecka – jak wiadomo, deficyty w tym zakresie wskazują często na zaburzenia ze spektrum autyzmu [Cieszyńska-Rożek, Korendo, 2021]. Badacze sugerują, że stwierdzone deficyty językowe w przypadku dzieci w wieku do dwóch lat powinny być poddane ponownej diagnozie za sześć miesięcy i zastrzegają, że trudności ujawniające

się w rozwoju na każdym niemal etapie mogą ulec samonaprawie, jak również pojawić się, mimo że nie wystąpiły na etapie wcześniejszym.

Wśród polskich logopedów (co można wywnioskować na podstawie uczestnictwa we wspomnianych webinarach) panują różne poglądy dotyczące markerów diagnozy różnicowej między opóźnionym rozwojem mowy, który jest tylko wariantem rozwojowym, a zaburzeniem (nazywanym tu alalią). O szerzeniu takich przekonań przez specjalistów świadczą też informacje pozyskane od rodziców, którzy zgłaszają się z dziećmi na diagnozę. Niektórzy terapeuci uważają bowiem, że jeśli dziecko nie wykazuje głębokich deficytów rozumienia, a zaburzona jest głównie ekspresja mowy, to nie rozwinie się alalia. Inni twierdzą, że jeśli w mowie dziecka pojawiło się nadawanie lub przynajmniej rozumienie czasowników, to jest to symptom pozytywny, wykluczający zaburzenie i umożliwiający stwierdzenie opóźnienia, z którego dziecko „wyrośnie”. Czy są to poglądy niemające żadnych podstaw naukowych?

Próby odnalezienia markerów diagnozy różnicowej między zaburzeniem a zakłóceniem podejmowane są od lat³. Co zatem mówi nauka? Bardzo wartościowy przegląd badań na temat wczesnych predyktorów, ram czasowych umożliwiających postawienie diagnozy oraz narzędzi diagnostycznych został opublikowany w „Brain Science” w 2021 roku [Sansavini i in., 2021]. Praca bazuje na dziesięciu przeglądach badań oraz dwudziestu siedmiu badaniach podstawowych, powstałych w różnych językach, dotyczących dzieci w wieku przedszkolnym. Próbując odpowiedzieć na pytanie o czynniki ryzyka mające najsilniejszą moc predykcyjną, stwierdzono, że choć wśród nich wymienia się najczęściej rodzinną historię zaburzeń mowy, niski poziom wykształcenia i statusu socjoekonomicznego rodziców, płeć męską, niekorzystne czynniki prenatalne i okołoporodowe, częstotliwość i jakość interakcji z opiekunami, to ich rola jest wciąż niejasna, a opublikowane studia wymagają doprecyzowania, choćby ze względu na heterogeniczność badanych populacji [Sansavini i in., 2021].

Pośród wczesnych objawów zaburzenia w pracach naukowych wymienia się ograniczone zasoby słownika ekspresywnego, brak w mowie połączeń słów i trudności z rozumieniem składni, niski poziom rozumienia i wykorzystywania gestów między drugim a trzecim rokiem życia. Niestety, i w tym zakresie brak jednoznacznych ustaleń dotyczących siły predykcyjnej wymienionych symptomów w kontekście różnicowania zakłócenia rozwoju mowy od zaburzenia. Trudno też znaleźć uniwersalne narzędzia przesiewowe. W licznych publikacjach wskazuje się, że warto dokonywać oceny rozwoju mowy dziecka zarówno na podstawie relacji rodziców, którzy są zwykle baczniymi obserwatorami postępów w tym zakresie, jak i na bazie oceny klinicznej. Naukowcy są zgodni co do tego, że niezbędna wydaje się profilaktyka i monitorowanie sytuacji ryzyka [Sansavini i in., 2021].

3 Zob. też artykuł na temat rozwoju dzieci z zaburzeniem i opóźnieniem rozwoju mowy G. Jastrzębowski i in. [2017].

Skoro na obecnym etapie nauki niemożliwe jest wskazanie jednoznacznych markerów diagnozy różnicowej zakłócenia/opóźnienia i zaburzenia rozwoju mowy motywujących wybór między zaniechaniem a rozpoczęciem postępowania rewalidacyjnego w pierwszych trzech, a nawet czterech latach życia dziecka, należy jednoznacznie wskazać kierunek postępowania dla terapeutów, by nie propagowali wiedzy opartej na fałszywych przekonaniach. Należy *explicite* stwierdzić, że udzielenie rodzicowi dziecka wykazującego znaczne deficyty rozwoju mowy w wieku niemowlęcym, poniemowlęcym i przedszkolnym informacji, iż stan ten jest przejściowy i nie pozostawi skutków w rozwoju na późniejszych etapach, jest dużym nadużyciem. Może ono skutkować zaprzepaszczaniem szansy na rehabilitację mowy w okresie szczególnej podatności na oddziaływanie terapeutyczne, a co za tym idzie – na uzyskanie korzystnej zmiany: optymalnego poziomu komunikacji językowej. Należy też podkreślić, iż – bazując na informacjach czerpanych z dotychczasowych doniesień naukowych – stwierdzenie opóźnienia w rozwoju mowy, które nie jest symptomem zaburzenia, możliwe jest dopiero *ex post*, to znaczy w chwili, gdy dziecko uzupełni braki w zakresie poszczególnych sprawności językowych. Wcześniejsza konstatacja jest zatem nadużyciem, które nie powinno mieć miejsca w etycznym postępowaniu diagnostycznym.

Ponadto doświadczenie diagnostyczne i terapeutyczne uzyskane w pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym oraz wnioski z badań naukowych pozwalają twierdzić, że niezdolność do nadawania mowy na każdym etapie życia człowieka znacząco wpływa na dobrostan jego samego oraz jego rodziny. Wraz z rozwojem poznawczym i językowym dziecka pojawia się perspektywa rozumienia świata i innych ludzi oraz bycia rozumianym przez otoczenie, a co za tym idzie – możliwe jest budowanie coraz silniejszych więzi, a ze strony rodzica również przekonania o własnych kompetencjach rodzicielskich. Deficyty komunikacji językowej prowadzą ponadto do niższej samooceny dziecka, niższego statusu w grupie rówieśniczej, wyższego poziomu zależności, rzadszych interakcji i mniejszego zadowolenia z kontaktów społecznych [Leonard, 2006; por. też Bielenda-Mazur, 2021b]. Należy więc jak najwcześniej dążyć do usunięcia przyczyny powyższych wtórnych, negatywnych skutków deficytów językowych. Wczesna interwencja będzie zatem oddziaływaniem niezależnym od wieku pacjenta, zastosowanym w momencie odnotowania pierwszych deficytów rozwoju mowy. Na każdym etapie, również niemowlęcym, możliwe jest bowiem zastosowanie odpowiednich środków wspomagających ten aspekt rozwojowy.

Warto podkreślić, że wczesny etap życia jest okresem szczególnej wrażliwości na język. Jak zauważa Patricia K. Kuhl, procesy przyswajania języka przez niemowlęta są z jednej strony złożone i wielomodalne, z drugiej zaś bardzo proste, oparte na kierowaniu zwiększonej uwagi na twarze, działania i głosy ludzkie. Badaczka, próbując odkryć zagadkę zmniejszającej się z wiekiem elastyczności mózgu, zauważa, że „[...] mózg niemowlęcia jest doskonale przygotowany do »złamania kodu mowy« w sposób, którego mózg dorosłego nie jest w stanie użyć”

[Kuhl, 2010, s. 715, tłum. własne]. W pierwszych trzech latach życia dziecka ułożone są okresy krytyczne dla niezwykle ważnych kompetencji językowych: nabywania podstaw sprawności fonetycznych – do około dwunastego miesiąca życia; rozbudowywania (tzw. eksplozji) słownictwa – około 18 miesiąca⁴; uczenia się składniowego – mniej więcej między 18 a 36 miesiącem, choć z pewnością wiedza na temat tych okresów jest jeszcze znikoma i dopiero dalsze badania wskażą, kiedy dokładnie poszczególne okna możliwości otwierają się i zamykają [Kuhl, 2010]. Badania nad zjawiskiem neuroplastyczności również wskazują, że dla rozwoju obszarów mózgowych odpowiedzialnych za percepcję i produkcję mowy szczególne znaczenie mają trzy pierwsze lata życia [Eliot, 2003] oraz że rozwój ośrodków mózgowych silnie związanych z mową zależny jest od stymulacji środowiskowej [Romeo i in., 2021]⁵.

Ponadto trzeba zauważyć, że grupa dzieci wykazujących opóźnienia w rozwoju mowy jest wielce niejednorodna. Trudności mogą być zauważalne w różnych podsystemach języka i w różnym nasileniu. Laurence B. Leonard opisuje pięć modeli nienormatywnego rozwoju mowy i stwierdza, że próba rozróżnienia opóźnienia od zaburzenia przysparza znacznych trudności:

Fakt, że możliwych jest pięć różnych schematów rozwoju – opóźnienie, *plateau*, nieprzystające profile, częstość błędów odbiegająca od normy oraz różnica jakościowa – wyraźnie ukazuje, iż dychotomia opóźnienie–zaburzenie jest nadmiernym uproszczeniem, a nawet może wprowadzać w błąd. Który z opisanych uprzednio schematów to zaburzenie? Jeśli definiować zaburzenie jako cechy języka nigdy niespotykane w normalnym rozwoju, to tylko ostatni z wymienionych schematów pasuje do definicji. Jeżeli uznamy, że zaburzenie występuje zawsze, gdy język dzieci z SLI⁶ nie odpowiada w szczegółach językowi na wcześniejszym etapie normalnego rozwoju, zaburzeniem są wszystkie te schematy z wyjątkiem pierwszego [Leonard, 2006, s. 57].

Warto postawić pytanie, czy wobec obecnego stanu wiedzy takie rozróżnienie (na zaburzenie i opóźnienie) jest konieczne oraz czy jest uprawnione. Laurence B. Leonard wskazuje na potrzebę precyzyjnego opisu trudności dziecka oraz dostrzeżenia korelacji pomiędzy jego kompetencjami a trudnościami, w miejsce jasnego

4 Rozwój słownictwa, co oczywiste, ma miejsce w ciągu całego życia jednostki.

5 Ciekawe badania wykazujące zmiany w poziomie sprawności językowych dziecka, neuroplastyczności ośrodków mózgowych zaangażowanych w procesy przetwarzania mowy oraz podłużne zmiany w środowisku językowym w wyniku zaprogramowanej stymulacji, w której zwiększa się świadomość konwersacyjną rodziców – uczy dostrajania się do komunikacji werbalnej i niewerbalnej dziecka, zrównoważenia komunikacji w relacji rodzic–dziecko – zaprezentowano w artykule *Neuroplasticity associated with changes in conversational turn-taking following a family-based intervention* [zob. Romeo i in., 2021].

6 Laurence B. Leonard posługuje się terminem *SLI*, który należy tu traktować jako synonim terminu *alalia*.

rozróżnienia. Takie stanowisko jest niezwykle cenne. Zgodnie z nim wnikliwa diagnoza ma stanowić podstawę oddziaływań terapeutycznych, a kwestia nozologii może zejść na dalszy plan. Przy jakichkolwiek wątpliwościach co do możliwości samoistnego zniwelowania deficytów w mowie dziecka, przewidywanie samoregulacji, jakie niesie termin *opóźnienie*, nie powinno mieć miejsca⁷.

Badania zmierzające do ustalenia, jaki odsetek osób o późnym starcie mowy nie wykazuje na dalszych etapach rozwoju znacznych deficytów językowych, nie dają jednoznacznej odpowiedzi.

Większość dostępnych danych dowodzi, że od 25% do 50% dzieci, które w wieku 2 lat uznaje się za późno mówiące, jest zagrożonych SLI w wieku szkolnym. U dzieci, których rozwój językowy przebiega najgorzej, słownictwo często zbliża się do typowego poziomu w wieku 3 lub 4 lat, natomiast składnia i zdolności narracyjne pozostają poniżej normy [Leonard, 2006, s. 248].

Część dzieci, u których odnotowuje się późne pojawienie się mowy, wykazuje też znaczne trudności z opanowaniem umiejętności czytania. Można zatem twierdzić, że wskazywana w licznych badaniach poprawa jest iluzoryczna. Wiele analiz z udziałem dzieci, które klasyfikowane były około drugich urodzin jako późno mówiące, koncentruje się na sprawdzeniu tylko wybranych umiejętności językowych na etapach późniejszych, na przykład zasobu leksykalnego, sprawności morfosyntaktycznych, średniej długości wypowiedzi (*mean length of utterance* – MLU), a rzadko na sprawności narracyjnej, umiejętności prowadzenia konwersacji czy czytania, one zaś stanowią osiągnięcia wyższego rzędu w zakresie, który nie powinien zostać pominięty. Trudno też napotkać na badania próbujące określić wpływ postępowania terapeutycznego na poziom językowego funkcjonowania dziecka na etapie szkolnym.

Leslie A. Rescorla wykazała, że osoby z opóźnieniem rozwoju mowy widocznym w wieku 24–31 miesięcy w wieku 17 lat nadal mają umiejętności językowe i poziom umiejętności czytania słabsze niż typowo rozwijający się rówieśnicy, choć poziom ten mieści się w średnim zakresie. Osoby badane uzyskały znacznie niższe wyniki w sferze słownictwa, gramatyki i pamięci werbalnej oraz czytania niż rówieśnicy z grupy kontrolnej. Porównywalne wyniki osiągnięto wcześniej w grupie dzieci trzynastoletnich [Rescorla, 2005; 2009].

O tym, że wczesny rozwój języka przygotowuje grunt dla kompetencji językowych nabywanych przez całe życie, nie tylko w odniesieniu do języka mówionego, ale również do umiejętności czytania i pisanie, i może mieć na nie długoterminowy wpływ, mówią wyniki badania Jonathana L. Prestona i współpracowników

⁷ Opóźnienie znaczy bowiem pojawienie się różnicy w czasie wystąpienia danego zjawiska – tu sprawności językowych.

z 2010 roku. Wskazują one również na odmienne aktywacje obszarów mózgowych podczas wykonywania zadań językowych przez osoby, u których język pojawił się w rozwoju wcześniej, o czasie i późno. Autorzy stwierdzają, że „Wiek przyswajania języka może mieć dalekosiężny wpływ na czytanie i zachowanie językowe, a także odpowiednie neuroobwody, które wspierają funkcje językowe w wieku szkolnym” [Preston i in., 2010, s. 2185, tłum. własne].

W związku z brakiem jednoznacznych podstaw do diagnozy różnicowej między opóźnieniem będącym wariantem rozwoju mowy a opóźnieniem stanowiącym symptom zaburzenia u dzieci przed czwartym rokiem życia, z uwagi na fakt, iż wielce prawdopodobne jest, że opóźnienie zwykle osłabia wyższe kompetencje językowe uzyskane w życiu dorosłym oraz ze względu na głęboki dyskomfort dziecka komunikującego się w sposób niedostateczny w stosunku do rozwijających się potrzeb (niezależnie od jego wieku), konieczne wydaje się wskazanie schematu postępowania, zgodnie z którym każde opóźnienie powinno być traktowane jako wyzwanie dla terapeuty i opiekunów dziecka, motywujące do wprowadzenia oddziaływań stymulacyjnych adekwatnych do wieku i poziomu rozwoju pacjenta.

Ponieważ deficyty ujawniające się w języku ekspresywnym można uznać za wystarczający powód do rozpoczęcia oddziaływań terapeutycznych, proponuję, by stały się one podstawą oceny rozwoju mowy dziecka. Zasoby języka receptywnego zwykle znacznie przekraczają zasoby języka ekspresywnego⁸ [zob. Gleason, Ratner, 2005], a dysponowanie nimi bez możliwości głośnego werbalizowania nie zapewnia dostatecznej efektywności komunikacyjnej, uznaję zatem za dopuszczalne pominięcie ich na etapie wstępnej diagnozy. W doświadczeniach klinicznych dostrzegam natomiast korelację między wysokim poziomem frustracji dziecka a znaczną dysproporcją między rozumieniem i możliwościami nadawania mowy. Podczas nieskutecznej komunikacji dzieci o wysokim poziomie rozumienia a niskim nadawania znacznie częściej objawiają swoje niezadowolenie poprzez zachowania oceniane przez opiekunów jako niewłaściwe, to jest krzyk, płacz, tupanie, rzucanie przedmiotami, co powinno być dodatkowym argumentem przemawiającym za podjęciem działań zmierzających do zniwelowania dysproporcji.

Obserwacja dzieci z opóźnionym rozwojem mowy w procesie terapeutycznym uprawnia do sformułowania wniosku, że niektóre z nich potrzebują wielu miesięcy oddziaływań, by przyrost poszczególnych sprawności językowych był zauważalny, u innych natomiast znaczne przyspieszenie rozwoju mowy ujawnia się po kilku tygodniach⁹. Wśród dzieci objętych terapią w trzecim roku życia ze względu na „późny start mowy” znalazły się i takie, które potrzebowały wsparcia logopedy przez kilka

8 Niektórzy badacze przyjmują, że dzieci rozumieją w przybliżeniu pięciokrotnie więcej słów, niż wypowiadają.

9 Mówię tu o sytuacji, gdy terapia logopedyczna prowadzona jest przez specjalistę-logopedę w wymiarze jednej godziny tygodniowo oraz stymulacji zaprogramowanej przez terapeutę, a realizowanej podczas codziennych aktywności przez opiekunów w domu.

lat, a trudności z nabywaniem prymarnych kompetencji językowych przekształciły się w trudności w zakresie budowania narracji i czytania. Mimo zastosowanych technik, spośród których liczne stanowią oddziaływania profilaktyczne niwelujące skutki dysleksji¹⁰, wystąpiły trudności w opanowaniu języka pisanego. Na korelację tę zwraca uwagę wielu badaczy [zob. McArthur i in., 2000; Bishop, Snowling, 2004; Catts i in., 2005; Ramus i in., 2013; Tomblin i in., 2000; zob. też Bielenda-Mazur, Orłowska-Popek, 2019b; 2021; Bielenda-Mazur, 2021a; 2021b].

Należy pamiętać, że w procesie terapeutycznym ważną rolę odgrywa zdolność do samoregulacji języka – to jest samoistnego uzupełniania braków językowych, jednak wpływu oddziaływań zaprogramowanych i środowiskowych nie da się odseparować i oddzielnie zmierzyć. Ponadto dzięki uświadomieniu rodzica odnośnie do specjalnych potrzeb dziecka z opóźnionym rozwojem mowy i technik stymulacji oraz ich wykorzystywania w codziennej zabawie granica między środowiskiem naturalnym a terapeutycznym się zaciera. Niemniej jednak skoro u znacznej grupy dzieci poddanych terapii zauważa się przyspieszenie procesu poszerzania słownika ekspresywnego, można domniemywać, że postępy te są uzyskiwane dzięki wpływowi terapii.

Oddziaływania rewalidacyjne powinny trwać tak długo, jak są niezbędne, uwzględniając potrzeby dziecka i jego otoczenia. Ponadto w przypadku dzieci młodszych – w pierwszych dwóch latach życia – uzupełnianie braków językowych dokonywać się może w znacznej mierze w środowisku domowym dzięki opiekunom, a konsultacje ze specjalistą mogą odbywać się w kilkumiesięcznych odstępach. Wówczas pouczony na temat szczególnych uwarunkowań mowy dziecka opiekun może dostosować stymulację językową swojego podopiecznego do jego możliwości i potrzeb na podstawie wytycznych diagnosty-terapeuty doskonale zorientowanego w badaniach dotyczących korzystnych oddziaływań stymulujących.

Diagnoza opóźnionego rozwoju mowy dziecka, ze względu na niemożność stwierdzenia, czy jest to jedynie przesunięcie ram czasowych nabywania pewnych sprawności, czy objaw zaburzenia, które stanie się ważnym ograniczeniem w funkcjonowaniu człowieka nim dotkniętego, musi być wnikliwa we wszystkich aspektach. Jej podstawę powinna stanowić gruntowna wiedza o rozwoju mowy, myślenia i funkcji społecznych.

¹⁰ Dotyczy to ćwiczeń linearnego porządkowania materiału wzrokowego, dostrzegania relacji, różnic, ćwiczeń słuchowych itp.

Podsumowanie


Wracając do postawionych na początku pytań o granicę między opóźnieniem rozwoju mowy a zaburzeniem, można jednoznacznie stwierdzić, iż obecny stan badań nie uprawnia do precyzyjnego jej wyznaczenia przed czwartym rokiem życia. Zachowując więc ostrożność w bagatelizowaniu objawów i unikając ryzyka błędnej diagnozy, należy traktować każde dziecko z opóźnionym rozwojem mowy jako zagrożone alalią. Warto uświadamiać opiekunów, że oddziaływania powinny prowadzić do niwelowania deficytów, a jeśli dziecko, dzięki zastosowaniu odpowiednich technik terapeutycznych [zob. Bielenda-Mazur, Orłowska-Popek, 2019a], uzupełni braki i rozwój jego kompetencji językowych podążać zacznie neurotypową trajektorią, postępowanie rewalidacyjne na dalszym etapie nie będzie konieczne. Trudności w rozwoju mowy dziecka nigdy nie należy ignorować, gdyż odroczenie terapii może okazać się brzemiennym w skutki błędem. Jeśli zaś przyjąć, że diagnozowanie alalii możliwe jest dopiero po ukończeniu przez dzieci czterech lat, to do tego czasu konieczne jest realizowanie spersonalizowanych oddziaływań terapeutycznych, odpowiadających na szczególne potrzeby konkretnego dziecka, niwelujących występujące u niego deficyty.

Literatura

- Bielenda-Mazur E., 2019, *Funkcje poznawcze w alalii*, „Logopedia”, t. 48/2, s. 205–222.
- Bielenda-Mazur E., 2021a, *Techniki terapeutyczne w pracy z dzieckiem z alalią*, [w:] M. Korendo, A. Siudak (red.), *Od zmysłu wzroku do praktyki logopedycznej*, seria „Nowa Logopedia”, t. 9, Kraków: Collegium Columbinum, s. 261–272.
- Bielenda-Mazur E., 2021b, *Kompetencja narracyjna: jej rozwój i rola w rozwoju dziecka w wieku przedszkolnym*, [w:] A. Maciejewska (red.), *Narracja w diagnozie i terapii logopedycznej*, Siedlce: Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny w Siedlcach, s. 175–186.
- Bielenda-Mazur E., Orłowska-Popek Z., 2019a, *Strategie programowania języka w przypadku różnych zaburzeń komunikacji*, [w:] H. Pawłowska-Jaroń, E. Bielenda-Mazur, A. Siudak (red.), *Wyzwania terapii logopedycznej*, seria „Nowa Logopedia”, t. 8, Kraków: Collegium Columbinum, s. 43–52.
- Bielenda-Mazur E., Orłowska-Popek Z., 2019b, *Strategie nauki czytania w terapii dzieci z zaburzeniami komunikacji językowej*, „Poznańskie Studia Polonistyczne. Seria Językoznawcza”, Vol. 26, nr 2, s. 27–39.
- Bielenda-Mazur E., Orłowska-Popek Z., 2021, *Language programming strategies in various communication disorders*, [w:] H. Pawłowska-Jaroń, A. Siudak (red.), *Neurocognitive Dimensions of Speech Therapy*, seria „Nowa Logopedia”, t. 10, Kraków: Collegium Columbinum, s. 123–136.
- Bishop D.V.M., Snowling M.J., 2004, *Developmental Dyslexia and Specific Language Impairment: Same or Different?*, „Psychological Bulletin”, Vol. 130(6), s. 858–886.
- Bishop D.V.M., Snowling M.J., Thompson P.A., Greenhalgh T., Adams C., Archibald L.M.D., Baird G., Bauer A., Bellair J., Boyle C., Brownlie E., Carter G., Clark B., Clegg J., Cohen N.J., Conti-Ramsden G., Dockrell J., Dunn J., Ebbels S., Gallagher A.L., Gibbs S., Gore-Langton E.,

- Grist M., Hartshorne M., Hüneke A., Joannis M., Kedge S., Klee T., Krishnan S., Lascelles L., Law J., Leonard L., Lynham S., Mainela-Arnold E., Mathura N., McCartney E., Mckean C., McNeill B., Morgan A.T., Murphy C.-A., Norbury C., O'Hare A., Cardy J.O., O'Toole C., Paul R., Purdy S.C., Redmond S.M., Reilly S., Restrepo L., Rice M., Slonims V., Snow P.C., Soppitt R., Speake J., Spencer S., Stringer H., Tager-Flusberg H., Tannock R., Taylor C., Tomblin J.B., Volden J., Westerveld M.F., Whitehouse A.J.O., 2016, *CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children*, PLoS ONE, Vol. 11(7), https://www.researchgate.net/publication/308263577_CATALISE_A_multinational_and_multidisciplinary_Delphi_consensus_study_Identifying_language_impairments_in_children#fullTextFileContent (dostęp: 10.12.2021).
- Catts H.W., Adolf S.M., Hogan T.P., Weismer S.E., 2005, *Are specific language impairment and dyslexia distinct disorders?*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, Vol. 48(6), s. 1478–1396.
- Cieszynska-Rożek J., 2013, *Metoda krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- Cieszynska-Rożek J., Korendo M., 2021, *Dymensjonalna diagnoza rozwoju dziecka*, Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- Eliot L., 2003, *Co tam się dzieje? Jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych pięciu latach życia*, Poznań: Media Rodzina.
- Gleason J.B., Ratner N.B. (red.), 2005, *Psycholingwistyka*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Jastrzębowska G., Jastrzębowska-Tyczkowska A., Woś A., Stanek K., 2017, *Przebieg rozwoju mowy u dzieci z SLI-PE i LB – analiza porównawcza*, „Logopedia”, t. 46, s. 54–72.
- Kuhl P.K., 2010, *Brain Mechanisms in Early Language Acquisition*, „Neuron”, Vol. 67(5), s. 713–727.
- Leonard L.B., 2006, *SLI – specyficzne zaburzenie rozwoju językowego. O dzieciach, które nie potrafią mówić dla logopedów, psychologów i rodziców*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- McArthur G.M., Hogben J.H., Edwards V. T., Heath S.M., Mengler E.D., 2000, *On the ‘specifics’ of specific reading disability and specific language impairment*, „Journal of Child Psychology and Child Psychiatry”, Vol. 41(7), s. 869–874.
- McGregor K.K., Goffman L., Horne A.O. van, Hogan T.P., Finestack L.H., 2020, *Developmental Language Disorder: Applications for Advocacy, Research, and Clinical Service*, „Perspectives”, Vol. 5(1), s. 38–46.
- Preston J.L., Frost S.J., Mencl W.E., Fulbright R.K., Landi N., Grigorenko E., Jacobsen L., Pugh K.R., 2010, *Early and late talkers: school-age language, literacy and neurolinguistic differences*, „Brain”, No. 133, s. 2185–2195.
- Ramus F., Marshall C.R., Rosen S., Lely H.K.J. van der, 2013, *Phonological deficits in specific language impairment and developmental dyslexia: Towards a multidimensional model*, „Brain”, No. 136, s. 630–645.
- Rescorla L.A., 2005, *Age 13 Language and Reading Outcomes in Late-Talking Toddlers*, „Journal of Speech Language and Hearing Research”, Vol. 48(2), s. 459–472.
- Rescorla L.A., 2009, *Age 17 Language and Reading Outcomes in Late-Talking Toddlers: Support for a Dimensional Perspective on Language Delay*, „Journal of Speech Language and Hearing Research”, Vol. 52(1), s. 16–30.
- Romeo R.R., Leonard J.A., Grotzinger H.M., Robinson S.T., Takad M.E., Mackey A.P., Scherer E., Rowe M.L., West M.R., Gabrieli J.D.E., 2021, *Neuroplasticity associated with changes in conversational turn-taking following a family-based intervention*, „Developmental Cognitive Neuroscience”, No. 49.

- Sansavini A., Favilla M.E., Guasti M.T., Marini A., Millepiedi S., Di Martino M.V., Vecchi S., Battajon N., Bertolo L., Capirci O., Carretti B., Colatei M.P., Frioni C., Marotta L., Massa S., Michelazzo L., Pecini C., Piazzalunga S., Pieretti M., Rinaldi P., Salvadorini R., Termine C., Zuccarini M., D'Amico S., De Cagno A.G., Levorato M.C., Rossetto T., Lorusso M.L., *Developmental Language Disorder: Early Predictors, Age for the Diagnosis, and Diagnostic Tools. A Scoping Review*, „Brain Science”, Vol. 11, No. 654, <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8156743/pdf/brainsci-11-00654.pdf>> (dostęp: 20.12.2021).
- Stasiak J., 2014, *Alalia. Perspektywy opisu*, [w:] S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 337–358.
- Tomblin J.B., Zhang X., Buckwalter P., Catts H., 2000, *The association of reading disability, behavioral disorders, and language impairment among second-grade children*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines”, Vol. 41(4), s. 473–482.

	© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)
	Data złożenia: 31.01.2022. Data przyjęcia: 18.06.2022.

Izabela Ejsmunt-Wieczorek* 

Zachowania językowe i komunikacyjne osób ze spektrum autyzmu w wybranych filmach fabularnych

Linguistic and Communication Behaviors of People with Autism Spectrum in Chosen Feature Films

Słowa kluczowe: język, mowa, komunikacja, spektrum autyzmu, film fabularny

Keywords: language, speech, communication, autism spectrum, feature film

Streszczenie

Język i mowa są niezbędne w życiu każdego człowieka. Od najmłodszych lat ludzie nabywają kompetencje językowe pomagające im tworzyć poprawne gramatycznie frazy oraz umiejętności językowe, dzięki którym potrafią dopasować przekaz do odbiorcy i sytuacji. Wszystko to pomaga budować ważne dla nas relacje. Niestety, osoby niepełnosprawne, poza dysfunkcjami fizycznymi i psychicznymi, charakteryzują się różnym poziomem sprawności językowej i komunikacyjnej. W artykule przedstawiono umiejętności językowe fikcyjnych bohaterów filmowych z zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Podjęto również próbę oceny trafności prawidłowego przedstawiania zaburzeń językowych u osób z dysfunkcjami przez reżyserów i bohaterów filmowych w odniesieniu do literatury fachowej, poświęconej opisywanemu spektrum autyzmu.

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: izabela.ejsmunt@uni.lodz.pl, <https://orcid.org/0000-0002-1802-0005>

Abstract

Language and speech are essential in every human being's life. People acquire linguistic competences from the early years that help them build grammatically correct phrases and linguistic skills thanks to which, they can adjust the message to its receiver and situation. All this helps build important for us relations. Unfortunately, people with disabilities, apart from physical and mental dysfunctions, are characterized by a different level of linguistic and communicative skills. In this article, I am going to present the language skills of fictional film heroes with autism spectrum disorders. I will also make an attempt to assess the accuracy of the correct presentation of language disorders among people with disabilities by film directors and heroes in relation to the professional literature devoted to the described autism spectrum.

Wprowadzenie

Człowiek to istota społeczna, której rozwój uzależniony jest od współdziałania z drugą osobą. Żeby mogło dojść do nawiązania takiej relacji, niezbędna jest obustronna, sprawna komunikacja. Na jakość życia każdego człowieka wpływa prawidłowa komunikacja, a porozumiewanie się z otoczeniem jest jego największą potrzebą psychiczną. „O skuteczności naszej komunikacji świadczy informacja zwrotna, jaką otrzymuje nadawca. To w niej odzwierciedla się poziom zrozumienia komunikatu przez odbiorcę oraz precyzja samego przekazu” [Baczała, Błeszyński, 2014, s. 39].

Język, mowa, komunikacja

Omawiając zjawisko szeroko rozumianej komunikacji, należy przede wszystkim rozróżnić i wyjaśnić pojęcia: *komunikowanie* i *komunikowanie się*. Z definicji słownikowych wynika, że *komunikowanie* to ‘podawanie czegoś do wiadomości [komuś], przekazywanie jakiejś informacji [komuś], zawiadamianie [kogoś] o czymś’, natomiast *komunikowanie się* to ‘utrzymywanie z kimś kontaktu, porozumiewanie się’ [Uniwersalny słownik języka polskiego PWN, 2003, t. 2, s. 192]. Zarówno komunikowanie, jak i komunikowanie się nie istnieją bez odbiorcy i powinny być komunikatami świadomymi, intencjonalnymi. Różnica polega na tym, że komunikowanie jest kierowane do kogoś, ale nie wymaga odpowiedzi odbiorcy, a sam nadawca wcale tej odpowiedzi nie oczekuje. Możemy więc komunikować swoje emocje, oczekiwania, dążenia itp. Natomiast warunkiem komunikowania się jest wymiana informacji, czyli tzw. sprzężenie zwrotne [Baczała, Błeszyński, 2014, s. 39]. Komunikacja jest możliwa tylko wtedy, gdy nadawca komunikatu dysponuje odpowiednimi kompetencjami językowymi oraz odpowiadającymi im sprawnościami. Kompetencje i sprawności wzajemnie się warunkują, ponieważ wiedza na temat języka nie może istnieć bez

odpowiednich sprawności, a umiejętność prawidłowego używania języka nie funkcjonuje bez uprzednio zdobytych kompetencji.

Na początku lat sześćdziesiątych XX wieku Noam Chomsky stworzył pojęcie kompetencji językowej, upatrując w niej wiedzy teoretycznej na temat języka i odróżniając ją od wykonania, będącego użyciem tegoż języka w konkretnych sytuacjach. Ponadto wykreował ekumeniczny wzorzec idealnego mówcy i słuchacza, którzy wykazują się należytą znajomością języka w konkretnej społeczności. Na tej podstawie stworzył model kompetencji językowej, definiowanej jako umiejętność posługiwania się językiem, zdolność do budowania i rozumienia zdań poprawnych gramatycznie, dzięki czemu nadawca potrafi odpowiednio kształtować komunikat językowy w każdej nowej sytuacji. Według N. Chomsky'ego kompetencja językowa opiera się na trzech składowych, do których należy zaliczyć: składnik syntaktyczny, semantyczny oraz fonologiczny. Twórca gramatyki generatywno-transformacyjnej swoją uwagę skupiał głównie na kompetencji, świadomie odrzucając wszelkie rozważania na temat wykonania. Uważał bowiem, że bez poprawnie wykształconej kompetencji językowej, leżącej w naturze psychicznej człowieka, nie da się poprawnie posługiwać językiem. Noam Chomsky jeszcze wielokrotnie doskonalił i redefiniował pojęcie kompetencji językowej, odchodząc od ujęcia językowego na rzecz nurtu psychologicznego. Swoje rozważania opierał na procesach zachodzących w umyśle człowieka. Wprowadził nową koncepcję gramatyki uniwersalnej, w której kompetencję językową nazwał wiedzą językową. Nowa doktryna opierała się na genetycznie uwarunkowanych zasadach przyswajania języków. W latach osiemdziesiątych N. Chomsky zainteresował się z kolei wrodzonymi predyspozycjami poznawczymi człowieka oraz wiedzą nabywaną na podstawie tych zdolności. Autor skupił się na trzech istotnych elementach: naturze wiedzy językowej, sposobach nabywania tejże natury oraz metodach użycia wiedzy językowej. W ten sposób językoznawca dokonał podziału na język wewnętrzny (znajdujący się w umyśle człowieka) oraz zewnętrzny (użycie języka w danym społeczeństwie). Zróżnicowanie to pozwoliło stwierdzić, że język i wiedza językowa to realne twory, które można badać i szeroko interpretować. W najnowszych badaniach nad językiem N. Chomsky poszerza rozważania na temat procesów nabywania języka. Swoje poglądy opiera na fakcie, że nauka języka to proces zachodzący w umyśle, ściśle uzależniony od biologicznych i psychicznych uwarunkowań człowieka, ale także od doświadczeń językowych zdobywanych na drodze uspołeczniania [por. Chomsky, 2005, s. 2017]. Teoria N. Chomskiego stała się podstawą stworzenia przez Stanisława Grabiasa socjolingwistycznego modelu komunikacji, na który składają się kompetencje i sprawności językowe. Wyróżnił on kompetencję kulturową, która pozwala identyfikować nowe terminy, symbole, znaki kultury i umożliwia ich selekcję, oraz kompetencję komunikacyjną, rozumianą jako zdolność posługiwania się językiem w zależności od okoliczności – innymi słowy umiejętność planowania i wytwarzania wypowiedzi zgodnie z normą społeczną. Właśnie na tym poziomie kompetencji istotną rolę odgrywają różne sprawności językowe: systemowa (związana z płaszczyzną fonologiczną, morfologiczną i składniową

języka), społeczna (umiejętność dopasowania wypowiedzi do odbiorcy), sytuacyjna (dostosowanie stylu wypowiedzi do sytuacji) oraz pragmatyczna (użyteczność i słuszność wypowiedzi). Dzięki wchodzeniu w określone role społeczne i socjalizacji nabywamy kompetencje i sprawności językowe [Grabias, 1994, s. 30].

Osoba sprawna językowo potrafi umiejętnie opanować system danego języka, rozumie dłuższe wypowiedzi i sama je tworzy, używa zarówno słownictwa czynnego, jak i biernego, weryfikuje błędy językowe w swoich wypowiedziach oraz w wypowiedziach innych członków aktu komunikacyjnego, sygnalizuje również swoje potrzeby i odczucia. Niestety, proces komunikacji werbalnej podatny jest na wszelkiego rodzaju zakłócenia, którymi najczęściej obciążone są osoby z różnymi deficytami rozwojowymi. Wtedy możemy mówić o zaburzeniach lub braku kompetencji i sprawności językowych.

Patomechanizm zaburzeń rozwoju mowy [...] uwikłany jest w wielorakie uwarunkowania związane z zaburzeniami i dysharmoniami rozwoju procesów poznawczych: myślenia, systemu percepcyjno-motorycznego, uwagi, pamięci oraz rozwoju emocjonalno-społecznego [Baczała, Bleszyński, 2014, s. 81].

Fundamentem procesów rozwojowych każdego człowieka jest zatem mowa, ściśle powiązana z rozwojem myślenia oraz działania. Zaczyna się kształtować jeszcze w okresie prelingwalnym, a od pierwszego do około siódmego roku życia sukcesywnie się rozwija [Porayski-Pomsta, 2009]. Istnieje wiele definicji mowy [por. Milewski, 1975; Kaczmarek, 1988; Porayski-Pomsta, 2015 i inni], ale w każdej z nich zawsze podkreśla się jej związek ze środowiskiem społecznym. Na przykład według S. Grabiasa mowa to: „[...] zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek, poznając rzeczywistość i przekazując jej interpretację innym uczestnikom życia społecznego” [Grabias, 2012, s. 15]. W opisach bierze się pod uwagę przede wszystkim mowę werbalną, ale należy także pamiętać o mowie ciała, wszelkiego rodzaju gestach, mimice twarzy, które mają ogromny wpływ na jakość porozumiewania się z drugim człowiekiem. Umiejętność mowy daje nam poczucie niezależności, którego nie mają osoby z różnego rodzaju dysfunkcjami. Żeby każdy z nas potrafił zrozumieć, dlaczego i w jaki sposób funkcjonują językowo osoby z autyzmem¹ oraz pozostającym w jego spektrum zespołem Aspergera (*autism spectrum disorder* – ASD), twórcy filmowi postanowili przenieść ich zachowania komunikacyjne na ekran. Aktorzy, którzy wcielają się w role bohaterów zmagających się z wymienionymi deficytami rozwojowymi, pragną wzbudzić zainteresowanie widzów, poruszyć ich wyobraźnię, przybliżyć trudny problem oraz zmusić odbiorców do refleksji. Zadaniem takich filmów jest kształtowanie zachowania ludzi wobec środowiska osób niepełnosprawnych intelektualnie czy też nie w pełni sprawnych (pozostających

1 Zgodnie z zaleceniami autorów najnowszej literatury poświęconej terminologii związanej z ASD w toku wywodu używam wyłącznie określeń: *osoba/dziecko/pacjent z autyzmem* oraz *osoba/dziecko/pacjent z zespołem Aspergera* [por. Sadowska, 2021].

w normie intelektualnej), uświadomienie istoty zagadnienia, zmiana mentalności społecznej, otwarcie się na problemy osób z zaburzeniami mowy i komunikacji w różnego rodzaju schorzeniach.

Artykuł ma charakter transdyscyplinarny, ponieważ łączy w sobie zagadnienia językoznawcze, logopedyczne i filmoznawcze. Jego celem jest przedstawienie umiejętności językowych i komunikacyjnych bohaterów filmowych ze spektrum autyzmu, jak również ukazanie wpływu ich kompetencji i sprawności językowych na relacje z najbliższym otoczeniem. Ocenie poddane zostaną zaburzenia językowe bohaterów filmowych, odgrywających rolę osób z autyzmem, w porównaniu z fachową literaturą poświęconą opisywanemu spektrum. Nie sposób wziąć pod uwagę wszystkich filmów powstałych w ostatnich dziesięcioleciach, poświęconych autyzmowi i zespołowi Aspergera (ZA), dlatego też przy wyborze kierowano się ich popularnością oraz tym, w jaki sposób okazały się przełomowe w spojrzeniu na opisywane deficyty rozwojowe. Z bogatego repertuaru kinowego wybrano filmy: *Rain Man* (1998), *Temple Grandin* (2010), *Adam* (2009) oraz *Nazywam się Khan* (2009).

Zachowania językowe osób z autyzmem

Pojawiające się w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku filmy, głównie dokumentalne, traktowały autyzm jako coś kuriozalnego lub zagadkowego. Dzieci z autyzmem uważano za osobliwości natury, a pozorna rzadkość tego zaburzenia pozwalała ludziom czuć się bezpiecznie, gdyż zakładali oni, że nigdy nie będą mieli z autyzmem nic wspólnego [Donovan, Zucker, 2016, s. 403–404]. Dostępne wtedy publikacje skupiały się nie na tym, jak wykorzystać potencjał pacjenta z autyzmem, ale na tym, jak pokonać problem autyzmu. Wszystko zaczęło się zmieniać po roku 1998, wraz z pojawieniem się filmu *Rain Man* w reżyserii Barry’ego Levinsona, w którym główną rolę niepełnosprawnego intelektualnie Raymonda Babbita – dziedzica fortuny – zagrał Dustin Hoffman. Mówiono, że jest to film o relacjach międzyludzkich, który nadał rozgłos sprawie autyzmu i zmienił jego historię [Donovan, Zucker, 2016, s. 408–409]. A historię autyzmu rozpoczął w latach trzydziestych XX wieku Leo Kanner – czołowy psychiatra dziecięcy w Stanach Zjednoczonych. Zauważył on niepokojące zachowania w obszarze mowy i komunikacji u dzieci: „[...] niektóre potrafiły mówić, a inne powtarzały jedynie to, co usłyszały lub mówiły o sobie tylko w trzeciej osobie” [Silberman, 2017, s. 13]. Do dziś te osobliwości językowe zostały gruntownie zbadane i opisane w licznych publikacjach naukowych [np. Firth, 2008; Błęszyński, 2011; 2020; Wojciechowska, 2011; 2022; Attwood, 2013; Korendo, 2013; 2018; Bigas, 2014; Pisula, 2016; Moran, 2017; Whitcomb, 2021 i inni]. Czytamy w nich, że pierwszym i najwcześniejszym objawem autyzmu na płaszczyźnie językowej jest opóźniony rozwój mowy (często związany z regresem nabytych już wcześniej umiejętności lub całkowitym ich zatrzymaniem), powiązany

z niechęcią do nawiązywania więzi emocjonalnych i tym samym powodujący problemy w przyswajaniu kompetencji językowych. Dziecko z autyzmem nie odczuwa potrzeby komunikowania się z otoczeniem ani też kompensacji swoich deficytów w sposób pozawerbalny, w związku z tym nie występuje u niego gest wskazywania palcem. Ponadto u osób z autyzmem nie odnajdziemy ekspresji mimicznej, uśmiechu czy potakiwania głową, jak również chęci nawiązania kontaktu wzrokowego. Rolę komunikatu często pełnią krzyk lub płacz oraz zachowania agresywne. Z powodu opóźnienia nabywania kompetencji językowej liczne odstępstwa od normy mogą pojawiać się na płaszczyźnie artykulacyjnej oraz fleksyjnej (defekty w artykulowaniu głosek, agramatyzm, problemy z użyciem kategorii czasu, rodzaju, liczby). Znamienny jest również brak używania zaimków osobowych, dzierżawczych oraz wskazujących, stąd forma mówienia o sobie, jak o kimś obcym. Wypowiedzi budowane są na zasadzie „słów-kluczy”, np. *buty* – ‘chcę stąd wyjść’, *ser* – ‘daj mi jeść’ itp. Dla osób z autyzmem, szczególnie tych, które nie potrafią wytworzyć samodzielnie komunikatu, charakterystyczne są echolalie, czyli mimowolne powtarzanie słów lub zdań wypowiedzianych przez innych, ze skutkiem natychmiastowym bądź odroczonym. Znacznie zaburzony jest również sposób odbierania, czyli rozumienia wypowiedzi, w tym wszelkich poleceń. Także płaszczyzna prozodyczna charakteryzuje się monotonią mowy, wynikającą z braku zróżnicowanej intonacji. Zauważalne są natomiast częste maniery ruchowe związane z dezintegracją sensoryczną. Ważnym aspektem komunikacji w autyzmie jest również interakcja w relacjach z innymi ludźmi. W tej kategorii mówi się o trzech grupach osób z autyzmem [Bigas, 2014, s. 373–374]:

- 1) aktywnych – spontanicznie nawiązujących kontakty w sposób prosty i kompulsywny; ich rozmowy mają charakter monotematyczny i skupiają się wyłącznie wokół zainteresowań osoby z autyzmem;
- 2) wycofanych – niezainteresowanych uczestnictwem w interakcji, obojętnych i zamkniętych na otoczenie, przejawiających stereotypowe zachowania;
- 3) pasywnych – poddających się głównemu nurtowi rozmowy, mających bogaty zasób słownictwa i używających poprawnych struktur gramatycznych.

Znaczna część opisanych powyżej zachowań językowych występuje u Raymonda, głównego bohatera *Rain Mana*. Grający go aktor Dustin Hoffman, aby w sposób rzetelny i wiarygodny oddać istotę autyzmu, wzorował się na cechach osobowości Joego Sullivana, młodzieńca z autyzmem, który wystąpił w filmie *Portrait of an Autistic Young*. Ponadto aktor przez wiele miesięcy utrzymywał również kontakt z Peterem Guthrie, dorosłym mężczyzną z ASD, który samodzielnie mieszkał w New Jersey, bał się deszczu i czytał książki, nie rozumiejąc ich sensu. Fikcyjny bohater – Raymond – w przeciwieństwie do realnych pierwowzorów większość życia spędził w ośrodku zamkniętym. Poznajemy go w chwili, gdy z zakładu odbiera go starszy brat Charlie (Tom Cruise), manipulator, który niedawno dowiedział się o istnieniu Raymonda i dąży do przejęcia jego majątku.

Kiedy Raymond wychodzi poza mury zakładu, ma kamienny wyraz twarzy. Przeszkadzają mu głośnie dźwięki i wszelkie bodźce sensoryczne – głównie dotyk. Nie ma większych problemów z formułowaniem dłuższych zdań, ale ich cel, sens i kontekst są zupełnie nieadekwatne do sytuacji, są jedynie sposobem na radzenie sobie z niepokojem wewnętrznym i złymi emocjami. Dlatego też nieustannie recytuje dialogi ze skeczu Abbotta i Costello – „Kto jest na pierwszej [bazie]?”, które określamy jako echolalię odrozoną. Raymond powtarza swoją kwestię „jak zdartą płytę” w sytuacjach stresujących, ale robi to w sposób monotony, bez zróżnicowania intonacji. Zaburzona jest zatem warstwa suprasegmentalna przekazu. Nie odpowiada również na pytania brata, brak tu typowej naprzemienności dialogowej. Obca jest mu także mowa ciała, mimika oraz kontakt wzrokowy, które zwykle towarzyszą naturalnej konwersacji. W całym filmie istotna jest także relacja dwóch braci i jej wpływ na postępy komunikacyjne Raymonda oraz przemianę wewnętrzną Charliego. Pod koniec filmu mężczyzna z autyzmem po raz pierwszy rozumie żart i sam potrafi zażartować. Wymowny jest również gest zbliżenia jego czoła do czoła brata, oznaczający akceptację kontaktu fizycznego z kimś bliskim. Raymond wraca do zakładu zamkniętego, bo tam czuje się bezpiecznie – to także znacząca i symboliczna scena, pokazująca, że autyzm to nie grypa, nie da się go wyleczyć, autyzm zostaje na zawsze. „*Rain Man* nie był doskonały, ale niewiele mu brakowało do perfekcji – to pierwszy film, który trafnie przedstawił autyzm, a jednocześnie dotarł do tak wielu ludzi” [Donovan, Zucker, 2016, s. 405].

Jednak zdaniem Johna Donovana i Caren Zucker, autorów książki *Według innego klucza. Opowieść o autyzmie*, aby przesłanie o autyzmie było pełne i dotarło jeszcze dalej, potrzebna jest osoba autentyczna [Donovan, Zucker, 2016, s. 410]. W 2010 roku, na motywach książek *Byłam dzieckiem autystycznym* i *Myślenie obrazami* autorstwa Temple Grandin, powstał film, również w reżyserii Barry’ego Levinsona, w którym po raz pierwszy autyzm został opisany przez osobę żyjącą z tym zaburzeniem. Film rozpoczyna się słowami: „Nazywam się Temple Grandin i różnię się od innych ludzi. Myślę obrazami i łączę je”. Te słowa potwierdzają się w trakcie całej fabuły filmu, na przykład gdy jest upał, Temple nie odczuwa ciepła, tylko widzi ogień; tekst z książki do języka francuskiego czyta z pamięci, bo widzi go w głowie; w pokoju gościnnym u ciotki wiesza kartkę ze swoim imieniem i nazwiskiem, bo tylko w ten sposób ma pewność, że ten pokój należy do niej. Główną bohaterkę poznajemy, kiedy przyjeżdża na wakacje do ciotki na rancho w Arizonie. Wszystko jest dla niej nowe, obce, więc w wyniku stresu pojawiają się w jej mowie echolalie odroczone – wielokrotnie cytuje słowa zapamiętane z ulubionego serialu: „Otworzyć panu bramę?”. Jest osobą wrażliwą na najdelikatniejszy dotyk, przeszkadzają jej wszelkie nowe dźwięki, nie rozumie znaczenia metafor (w sposób dosłowny odbiera powiedzenie „wstajemy z kurami”) oraz pojęć abstrakcyjnych (trudno jej zrozumieć istotę śmierci, za każdym razem, gdy ktoś umiera, pyta: „Dokąd oni

idą?”). Sama nie potrafi okazywać uczuć, trudno cokolwiek odczytać z jej wyrazu twarzy. Ciotka fotografuje ją w różnych sytuacjach i uczy nazywać różne emocje. Z kolei matka tłumaczy jej, że ludzie porozumiewają się ze sobą za pomocą spojrzeń, okazując sobie w ten sposób miłość. Niestety, dziewczyna przyznaje, że nigdy się tego nie nauczy. Temple często miewa ataki paniki, wpada w histerię, agresją reaguje na żarty rówieśników, ponieważ ich nie rozumie. Antidotum na stresowe sytuacje staje się skonstruowana przez nią maszyna do przytulania, której prototypem stała się używana na ranczo klatka do szczepienia krów. Temple przyznaje, jak istotna jest dla niej ta konstrukcja: „Zawsze chciałam zrozumieć ulgę, jaką daje przytulenie matki. Moja maszyna mi to umożliwiła”. Znamienna dla filmu jest także symbolika drzwi – każde z nich – niezależnie od tego, dokąd prowadzą (do pokoju, do sklepu, do college’u, do rzeźni), stanowi barierę dla tego, co nowe, nieznanie i wywołują panikę. Temple na koniec filmu podkreśla, jak istotną rolę w jej życiu odegrała matka i silne więzi z rodziną, która rozumiała, że ona jest inna, ale nie gorsza, pomagała „otwierać jej drzwi do nowych światów”, nauczyła ją mówić, dbała o jej dobre wychowanie i kontakty z innymi ludźmi. Temple Grandin udowodniła, że pomimo licznych barier, w tym językowych, można w życiu wiele osiągnąć. Została profesorem na Uniwersytecie stanu Kolorado, gdzie prowadzi wykłady na temat hodowli zwierząt oraz autyzmu.

Różnica między Raymondem z *Rain Mana* a Temple Grandin polega na odmiennej kompetencji językowej. Temple można zaliczyć do aktywnych osób z autyzmem, wysoko funkcjonujących, które spontanicznie posługują się mową na przyzwoitym poziomie i żywo reagują na tematy związane z ich zainteresowaniami. Z kolei Raymond to osoba wycofana, początkowo zupełnie niezainteresowana konwersacją. Jego największym osiągnięciem jest zrozumienie istoty żartu oraz pokonanie w niewielkim stopniu bariery dotyku, ale spokój i poczucie bezpieczeństwa wciąż daje mu odosobnienie. Obraz tych dwóch postaci, tak odmiennie funkcjonujących pod względem językowym, uświadamia nam, jak istotne jest wsparcie ze strony bliskich i ich zaangażowanie w rozwój językowy i intelektualny dziecka z autyzmem. Przebywanie przez lata w ośrodku zamkniętym i pozostawanie w izolacji społecznej, nie pozwoliło Raymondowi osiągnąć tego, co przy ogromnej determinacji i poświęceniu matki zdobyła Temple Grandin – została badaczką, pisarką, wykładowczynią, nauczyła się traktować swój autyzm jako dar, a nie rodzaj upośledzenia.

Język i komunikacja w zespole Aspergera

W 1944 roku wiedeński lekarz Hans Asperger badał dzieci, które nazywał „małymi profesorami”, ponieważ w przeciwieństwie do pacjentów L. Kanner’a nad wyraz umiejętnie posługiwały się zdaniami złożonymi i bardzo wcześnie wykazywały ponadprzeciętne zdolności w zakresie nauk ścisłych [Silberman, 2017,

s. 13]. Asperger dostrzegał w swoich pacjentach zbiór paradoksów: z jednej strony przedwcześnie rozwinięte, ale z drugiej dziecinne; wyrafinowane i jednocześnie bardzo naiwne; niezdarne, ale i pedantyczne; zdystansowane, ale samotne; obyte z melodią języka, ale nieczułe na interakcje [Silberman, 2017, s. 98–99]. Tak rozpoczęła się historia zespołu Aspergera (ZA), który na listę DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) został wpisany dopiero w 1994 roku i od tego czasu stanowił odrębną jednostkę kliniczną. Jednak sytuacja zmieniła się w 2013 roku, kiedy ZA stracił swoją diagnostyczną autonomię i został włączony do spektrum zaburzeń autystycznych jako łagodniejsza wersja autyzmu (DSM V). Zarówno autyzm, jak i ZA mają wspólne podłoże neurobiologiczne oraz niemalże identyczny zakres objawów, ale istnieją obszary, w których widać także znaczną odmienność, szczególnie na poziomie rozwoju mowy i komunikacji, zachowań manipulacyjnych, nawiązywania relacji społecznych czy sprawności manualnych [Korendo, 2018, s. 5–6]. Ze względu na cel artykułu uwagę skupię przede wszystkim na odmiennościach językowych, zachowaniach komunikacyjnych oraz relacjach społecznych osób z ZA. W zespole Aspergera deficyty językowe, komunikacyjne i społeczne występują z mniejszym natężeniem. W przeciwieństwie do osób z autyzmem, u których obserwujemy brak gotowości do użycia komunikatu lub brak świadomości, czemu ma służyć język, osoby z ZA mają wybiórczą intencję komunikacji. Najczęściej budują komunikaty językowe na własnych zasadach, aby osiągnąć określony cel, zwykle materialny. W związku z tym już od 8.–9. miesiąca życia chętnie stosują wręcz nakazujący gest wskazywania palcem, którego nie obserwujemy w autyzmie. U osób z ZA nie mówimy też o braku rozwoju mowy czy mowie nominalnej, a jedynie o zaburzonym rozwoju języka i mowie oficjalnej. Rozwój mowy dzieci z ZA wiąże się z tzw. nadkompetencją językową, czyli umiejętnościami wyższymi, niż wskazywałyby na to ich wiek. Często powtarzane przez nie utarte frazy i zdania zaburzają naturalną komunikację i wpływają na ich zachowania społeczne oraz emocjonalne. U osób z ZA obserwuje się uporczywe zainteresowanie określonym, wąskim tematem, co wiąże się z tzw. wybiórczym słuchaniem, wyłapywaniem konkretnych słów z toczącej się rozmowy, powtarzaniem treści ulubionych reklam telewizyjnych itp. Ponadto mają one także trudności z rozumieniem pojęć abstrakcyjnych, żartów, ironii czy metafor, podobnie jak osoby z autyzmem. W zespole Aspergera obserwujemy silną chęć do nawiązywania relacji z otoczeniem, ale na własnych zasadach (egocentryzm, niezrozumienie wobec zachowań społecznych i więzi międzyludzkich). Relacje te pozbawione są zasad etykiety grzecznościowej, gdyż osoby z ZA nie potrafią przyswoić sobie na przykład sposobów powitań czy pożegnań itp. [Korendo, 2018, s. 6–7]. Wszystkie te deficyty językowe i komunikacyjne możemy zaobserwować u głównych bohaterów filmów *Nazywam się Khan* z 2010 roku, w reżyserii Karana Johara oraz *Adam* z 2009 roku, w reżyserii Maxa Mayera. Język obydwu postaci

jest bardzo bogaty, poprawny gramatycznie, ale w komunikacji między ludźmi razi zupełny brak wycucia sytuacji i kontekstu. Do zwykłej rozmowy wtrącane są często rozwlekłe kwestie poświęcone jakiemuś detalowi, który akurat przykuł uwagę bohaterów. Przypomina to cytowanie stron encyklopedii lub podręczników naukowych. W jednej ze scen filmu *Nazywam się Khan* główny bohater, zaraz po oświadczeniach, prowadzi przy swojej ukochanej długi wywód na temat historii ruchu tramwajowego w San Francisco. Z kolei Adam, tytułowy bohater drugiego z filmów, odpowiadając na niezobowiązujące, grzecznościowe pytanie, wygłasza niekończący się monolog dotyczący poruszania się wszechświata. Zachowania obydwu bohaterów są zupełnie nieadekwatne do sytuacji komunikacyjnej, obaj nie dostrzegają irytacji ze strony swoich słuchaczy, nie rozpoznają też ich zdziwionych spojrzeń, dosadnej mimiki twarzy i typowych gestów dezaprobaty. Zarówno Adam, jak i Khan nie rozumieją istoty żartów, ironii, nie wyczuwają intencji prośby. Adam na pytanie kobiety: „Przytulisz mnie?”, odpowiada twierdząco, ale nie wiąże się z tym pytaniem żaden gest. Z kolei Khan dziwi się, dlaczego ludzie mówią jedno, a myślą zupełnie co innego. On bowiem rozumie wszystko dosłownie. Gdy ukochana używa utartych powiedzeń przenośnych: „umieram z niecierpliwości” czy „chyba się zabiję”, za każdym razem prosi ją, żeby nie umierała. Khan poznajemy na lotnisku w Ameryce, gdy jako muzułmanin – ze względu na swoje pochodzenie, ale także nienaturalne zachowanie związane z ZA (brak kontaktu wzrokowego, wrażliwość na dźwięki, kolory, zapachy) zostaje posądzony o działalność terrorystyczną.

Ogromny wpływ na komunikację międzyludzką ma brak rozumienia konwencji społecznej przez osoby z ZA. Przykładem tego jest zachowanie Adama, który na jednym oddechu wraz z powitaniem wypowiada słowa współczucia: „Przykro mi, że idzie pan do więzienia” albo pyta wprost o szczegóły z życia intymnego nowo poznanej dziewczyny i bez skrępowania mówi o swoich. Brak tu jakiegokolwiek zmiany intonacji, tempo wypowiedzi jest zaburzone, a sama mowa zbyt głośna. Również zachowanie Khana w sytuacjach towarzyskich jest całkowicie bezceremonialne i łamie wszelkie konwenanse społeczne. Potrafi on wprost skomentować wiek obcej kobiety, zaznaczając, że wygląda staro, albo bez ogródek przyznać na przyjęciu, że nie smakuje mu posiłek.

Bohaterowie filmów *Adam* i *Nazywam się Khan* w sposób bardzo realistyczny pokazują typowe zachowania językowe i komunikacyjne osób z zespołem Aspergera. Choć używają bogatego i często specjalistycznego słownictwa oraz tworzą długie, poprawne pod względem syntaktycznym wypowiedzi, to zupełnie nie dostosowują ich do obowiązujących konwenansów społecznych. W sposób nieadekwatny do sytuacji inicjują lub kończą rozmowę, nie wyczuwają zażenowania bądź irytacji słuchacza, bywają krytyczni i uszczypliwi. Jednak to między innymi te filmy pozwalają widzom zrozumieć, że takie zachowania nie są wynikiem złych zamiarów, a jedynie skutkiem danego zaburzenia.

Podsumowanie

W przestrzeni filmowej od lat występują bohaterowie wcielający się w role osób z różnymi zaburzeniami. Reżyserom takich filmów zależy przede wszystkim na tym, aby uwrażliwić społeczeństwo na odmienność, przybliżyć sposób postrzegania rzeczywistości poprzez ukazanie świata z perspektywy osób z różnego rodzaju deficytami rozwojowymi, uchronić je przed odrzuceniem i brakiem zrozumienia ze strony nie-uświadomionego społeczeństwa, które boi się tego, co nieznanne. Tego rodzaju filmy stanowią istotny fundament do poznania i zrozumienia często niedostępnego dla przeciętnego użytkownika języka świata osób z deficytami rozwojowymi. Film oddziałuje na widza poprzez bodźce zmysłowe i emocjonalne, często wpływając na sposób myślenia i postrzegania elementów rzeczywistości.

W artykule przedstawiono zachowania językowe osób z autyzmem oraz zespołem Aspergera w odniesieniu do fachowej literatury przedmiotu. Przy omawianych zaburzeniach opisano kompetencje i sprawności językowe osób z tymi deficytami, które wymienia się w licznych naukowych opracowaniach oraz to, w jaki sposób mogą one wpływać na relacje międzyludzkie w rzeczywistości. Następnie zanalizowano je na przykładzie wybranych filmów i zachowań wykreowanych bohaterów. Ze względu na to, że nie ma dwóch takich samych przypadków osób z autyzmem oraz ZA, bardzo trudno jednoznacznie ocenić, czy reżyser filmu poradził sobie z wiarygodnym przedstawieniem problemu, a aktor odpowiednio odegrał swoją rolę. Jak pisał neurolog Olivier Sacks:

Nie ma dwóch takich samych osób autystycznych: w każdym przypadku zaburzenie przejawia się inaczej. Co więcej, między cechami autystycznymi a innymi cechami charakteru danej osoby może pojawiać się bardzo zawiła (i często twórcza) interakcja. Diagnozę można wydać po krótkiej obserwacji, ale taką osobę zrozumiemy dopiero wtedy, gdy poznamy jej pełną biografię [Sacks, 2008, s. 325].

Prawdopodobnie niektórym widzom kreacje bohaterów mogą się wydawać zbyt przerysowane, innym z kolei nie w pełni oddające meritum zaburzenia. Jednak nie ma wątpliwości, że każdy z przedstawionych filmów pokazuje, jak istotna jest komunikacja międzyludzka oraz wsparcie najbliższych dla osób zmagających się z różnego rodzaju dysfunkcjami. W mojej ocenie aktorzy wcielający się w postaci osób z autyzmem i ZA w sposób kompetentny i bardzo naturalny odegrali swoje role. Wiarygodnie i adekwatnie do wiedzy teoretycznej wykreowali zachowania komunikacyjne osób z omawianymi zaburzeniami. U bohaterów filmowych kreujących zachowania osób z autyzmem widzimy typowe deficyty językowe w postaci opóźnionego rozwoju mowy, echolalii natychmiastowych bądź odroczonego, krzyku, płaczu, agresji, monotonnej mowy, niechęci do nawiązywania więzi emocjonalnych, braku ekspresji mimicznej, wrażliwości na głośne dźwięki oraz na inne bodźce sensoryczne itp. Z kolei postacie

z zespołem Aspergera łamią wszelkie konwenanse społeczne, uparczywie interesują się jakimś wąskim tematem i automatycznie recytują teksty bogate w słownictwo specjalistyczne, nie rozumieją żartów, ironii czy metafor, a wypowiedane przez nie komunikaty pozbawione są zróżnicowania prozodycznego.

Wszystkie wymienione kreacje bohaterów filmowych ze spektrum autyzmu w swoisty i wiarygodny sposób uczą widza, a poprzez prezentację typowych dla tych zaburzeń zachowań językowych, komunikacyjnych oraz społecznych zmieniają często niekorzystny wizerunek osób z wymienionymi dysfunkcjami i łamią krzywdzące je stereotypy. Aktualnie proponuje się, aby zaburzenia ze spektrum autyzmu traktować już nie jako deficyty czy dysfunkcje, ale jako naturalne mechanizmy poznawcze o konkretnych zaletach, ponieważ to właśnie osoby neuroróżnorodne (w przeciwieństwie do tych neurotypowych) w największym stopniu przyczyniają się do rozwoju technologii i cywilizacji [Silberman, 2017, s. 23]. Dowodem na zmianę podejścia do osób ze spektrum autyzmu są nowsze produkcje filmowe, na przykład seriale amerykańskie nagrywane od 2017 roku: *The Good Doctor* czy *Atypowy*, jak również filmy fabularne z lat 2019–2020: *Nadzwyczajni* i *Oto my*, pokazujące już nieco inny, współczesny obraz dorosłych z ASD, któremu zostanie poświęcona kolejna publikacja.

Źródła

- Adam, 2009, reż. M. Mayer.
Nazywam się Khan, 2010, reż. K. Johar.
Rain Man, 1998, reż. B. Levinson.
Temple Grandin, 2010, reż. B. Levinsona.

Literatura

- Attwood T., 2013, *Zespół Aspergera. Kompletny przewodnik*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
Baczała D., Błęszyński J., 2014, *Terapia logopedyczna*, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
Bigas U., 2014, *Autyzm – charakterystyka zachowań językowych w autystycznym spektrum zaburzeń*, [w:] S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 361–378.
Błęszyński J., 2011, *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie w rozwoju: Skala Oceny Zachowań Autystycznych*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
Błęszyński J., 2020, *Co osoby z autyzmem mówią nam o sobie: raport z badań*, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
Chomsky N., 2005, *O naturze i języku*, Poznań: Wydawnictwo Axis.
Chomsky N., 2017, *Jakimi istotami jesteśmy?*, Kraków: Wydawnictwo Vis-à-vis/Etiuda.
Donovan J., Zucker C., 2017, *Według innego klucza. Opowieść o autyzmie*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Dubisz S. (red.), 2003, *Uniwersalny słownik języka polskiego*, t. 2, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Firth U., 2008, *Autyzm: wyjaśnienie tajemnicy*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Grabias S., 1994, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grabias S., 2012, *Logopedia: teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kaczmarek L., 1988, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Korendo M., 2013, *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach osób z zespołem Aspergera*, Kraków: Wydawnictwo Omega Stage System.
- Korendo M., 2018, *Problemy diagnozy różnicowej autyzmu i zespołu Aspergera*, „Forum Logopedy”, nr 23, s. 4–8.
- Milewski T., 1975, *Językoznawstwo*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Moran P.J., 2017, *Efektywna komunikacja z osobami ze spektrum autyzmu*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Pisula E., 2016, *Autyzm: przyczyny, symptomy, terapia*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Porayski-Pomsta J., 2009, *Zagadnienie periodyzacji rozwoju mowy dziecka*, „Logopeda”, nr 1(7), s. 7–31.
- Porayski-Pomsta J., 2015, *O rozwoju mowy. Dwa studia*, Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Sacks O., 2008, *Antropolog na Marsie*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Sadowska E., 2021, *Osoba z ASD, osoba ze spektrum, autystyk, osoba autystyczna czy osoba z autyzmem? Współczesne tendencje w nazewnictwie osób z ASD*, „Poradnik Językowy”, nr 6(4), s. 52–64.
- Silberman S., 2017, *Neuroplemiona. Dziedzictwo autyzmu i przyszłość neuroróżnorodności*, Białystok: Wydawnictwo Vivante.
- Whitcomb M.W., 2021, *Samodzielne życie z autyzmem*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Wojciechowska A., 2011, *Charakterystyka języka i komunikacji osób z autyzmem i zespołem Aspergera*, [w:] M. Obrębska (red.), *O utrudnieniach w porozumiewaniu się. Perspektywa języka i komunikacji*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Adama Mickiewicza, s. 13–27.
- Wojciechowska A., 2022, *Rozwój mowy, języka i komunikacji u osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu*, [w:] T. Pietras, D. Podgórska-Jachnik, K. Sipowicz, A. Witusik (red.), *Spektrum autyzmu – od diagnozy i terapii do integracji i inkluzji*, Wrocław: Wydawnictwo Continuo.



© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland.
This article is an open access article distributed under the terms and conditions
of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Data złożenia: 3.01.2022. Data przyjęcia: 14.07.2022.

Ewa Gacka* 

SLI czy DLD? Zmiany w terminologii zaburzeń mowy o niejednoznacznej etiologii w kontekście polskiego prawa oświatowego

SLI or DLD? Changes in Terminology of Speech Disorders with Ambiguous Etiology in the Context of Polish Educational Law

Słowa kluczowe: specyficzne zaburzenie rozwoju językowego (SLI), rozwojowe zaburzenie języka (DLD), polskie prawo oświatowe, trudności terminologiczne, trudności diagnostyczne, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego

Keywords: specific language impairment (SLI), developmental language disorder (DLD), Polish educational law, terminological difficulties, diagnostic difficulties, a judgment on the need for special education

Streszczenie

Artykuł poświęcono zaburzeniom mowy o niejasnej/niejednoznacznej przyczynie. W literaturze przedmiotu funkcjonuje wiele określeń tego typu zaburzeń komunikacji językowej. Jednym z nich jest *SLI* (*specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*). Zgodnie z ustaleniami międzynarodowych ekspertów zaleca się odejście od terminu SLI na rzecz DLD (rozwojowe zaburzenie językowe/języka). W artykule zaprezentowano przesłanki leżące u podstaw takiego rozwiązania. Jednocześnie omówiono konsekwencje braku w polskim prawie oświatowym terminów określających zaburzenia mowy występujące bez wyraźnej przyczyny.

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: ewa.gacka@uni.lodz.pl, <https://orcid.org/0000-0002-1873-7487>

Abstract

The article has been devoted to speech disorders of unclear ambiguous cause. There are many alternative terms for this type of language communication disorder in the literature. One of them is SLI (specific language impairment). According to the arrangements of international experts it is recommended to depart from SLI to DLD (developmental language disorder). The article presents the rationale behind this solution. At the same time, the consequences of the lack of terms in Polish educational law that define speech disorders occurring without a clear cause were discussed.

Wprowadzenie

Dla jakości dyskursu naukowego, ale także dla praktyki klinicznej – diagnozy i terapii logopedycznej – istotna jest jednoznaczność w rozumieniu terminów, którymi się posługujemy. Jej osiągnięcie nie jest prostą sprawą. W nauce mamy do czynienia z ustawicznym procesem poznawania, rzadziej z efektem tego procesu, czyli poznaniem, co jednak nie zwalnia nas z obowiązku podejmowania trudu dochodzenia do prawdy, opisywania oraz interpretowania danego fragmentu rzeczywistości, weryfikowania i porównywania wyników badań, uwzględniania różnych punktów widzenia. Jak zaznacza Dorota Podgórska-Jachnik [2006, s. 81]: „[...] precyzja w uzgadnianiu znaczeń jest ideałem, do którego dążymy, który jednak niełatwo osiągnąć”.

W logopedii funkcjonuje wiele niejednoznacznych terminów także dlatego, że zaburzeniami mowy zajmują się przedstawiciele różnych dyscyplin naukowych, poza logopedami również lekarze (np. psychiatrzy, neurologi, audiologowie, foniatry, ortodonci), pedagodzy i psycholodzy, którzy korzystają z tradycji badawczej i terminologii obowiązującej w reprezentowanych przez nich naukach. Brak świadomości w tym zakresie i nieuwzględnienie istniejących różnic może prowadzić do licznych nieporozumień¹.

Od wielu lat w Polsce, ale także w innych krajach toczy się dyskusja dotycząca nazywania i diagnozowania zaburzeń mowy/języka o niewyjaśnionej przyczynie. Mimo że historia badań nad nimi sięga XIX wieku², nadal nie ma jednoznacznych rozstrzygnięć, co staje się przyczyną utrudnień dla badaczy, klinicystów, a także

1 Przykładowo: logopedzi terminem *artykulatory* określają narządy artykulacyjne, takie jak: język, wargi, podniebienie twarde i miękkie, żuchwa. Natomiast ortodonci czy stomatolodzy artykulatorem nazywają przyrząd wykorzystywany w procesie diagnozowania i leczenia wad zgryzu, za pomocą którego można symulować ruchy narządów artykulacyjnych.

2 Obszerne informacje na temat zmian w terminologii dotyczącej zaburzeń w przyswajaniu języka o niejednoznacznej etiologii w krajach Europy Zachodniej i USA można znaleźć w monografii Laurence’a B. Leonarda [2006], historię badań nad tymi zaburzeniami poszerzoną o polską perspektywę przedstawiła Ewa Czaplowska [2012].

samych pacjentów. Na przestrzeni lat byliśmy świadkami zmian terminologicznych, pojawiło się wiele alternatywnych określeń, ale do dziś nie ma zgody co do ich istoty i zasadności. W dalszym ciągu kwestie te stanowią przedmiot sporów. W polskojęzycznym piśmiennictwie funkcjonują terminy: *alalia* [patrz np. Parol, 1989; Cieszyńska-Rożek, 2013; Bielenda-Mazur, 2019], *niedokształcenie mowy o typie afazji* [patrz np. Kordyl, 1969; Parol, 1989; Paluch, Drewniak-Wołosz, Mikosza, 2003], *SLI* [patrz np. Smoczyńska, 2000; 2012; Jastrzębowska, 2003; 2016; Lasota, 2007; Czaplewska, 2012; Krasowicz-Kupis, 2012; Kurcz, 2000; Jastrzębowska i in., 2017] czy pojawiające się ostatnio określenie *DLD* [patrz Jastrzębowska, 2019]. Jednak nie wszyscy badacze pod jednakowo brzmiącymi terminami rozumieją to samo³. W literaturze przedmiotu, ale także w praktyce terapeutycznej i leczniczej obecne są też terminy: *afazja rozwojowa* czy *afazja wrodzona*, które należy uznać za niewłaściwe, biorąc pod uwagę fakt, że odnoszą się do dzieci, u których trudności z nabywaniem języka (kompetencji i sprawności językowych oraz komunikacyjnych) manifestują się od wczesnych etapów ich życia, a termin *afazja* sugeruje utratę zdobytych wcześniej umiejętności językowych⁴.

SLI – specyficzne zaburzenie rozwoju językowego

Jednym ze spornych określeń jest SLI (*specific language impairment*), czyli *specyficzne zaburzenie językowe*. Termin ten tłumaczy się także jako *specyficzne upośledzenie języka* czy *specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*. Jako pierwsi zaczęli się nim posługiwać badacze amerykańscy, z czasem przeniknął do literatury brytyjskiej. Obecny jest w pracach między innymi: Laurence’a B. Leonarda [1991; 1995; 2006], Dorothy V.M. Bishop [1992; 1994], Jamesa Bruce’a Tomblina [1991], Mabel Rice i Kennetha Wexlera [1996], Susan Ebbels, Heather van der Lely i Julie Dockrell [2007], Susan Ebbels [2014]. Jak już wspomniano, można go znaleźć także w polskojęzycznej literaturze przedmiotu, używany jest również przez część praktykujących logopedów.

U dzieci z SLI nabywanie kompetencji oraz sprawności językowych i komunikacyjnych jest zaburzone od najwcześniejszych lat życia. Deficyt języka nie wynika bezpośrednio z niepełnosprawności intelektualnej, głuchoty, autyzmu czy też organicznych uszkodzeń OUN [Leonard, 2006]. W tym znaczeniu SLI trzeba różnicować z wyszczególnionymi przez Jolantę Panasiuk [2015] jako odrębne jednostki

3 Na przykład dla Jolanty Panasiuk [2015] alalia i niedokształcenie mowy o typie afazji to zaburzenia mowy spowodowane konkretną przyczyną – uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (OUN).

4 Zgodnie z definicją Mariusza Maruszewskiego [1974, s. 50]: „[...] afazja to spowodowane uszkodzeniem obszaru mowy półkuli dominującej mózgu całkowite lub częściowe zaburzenie mechanizmów programujących czynności porozumiewania się językowego u człowieka, który już uprzednio czynności te opanował”.

nozologiczne alalią oraz niedokształceniem mowy o typie afazji, których przyczyną jest (według tej badaczki) uszkodzenie OUN.

Specyficzne zaburzenie językowe przejawia się we wszystkich podsystemach języka, nasilenie objawów może być zróżnicowane – w zależności od pacjenta. Obraz kliniczny poszczególnych dzieci z SLI jest bardzo złożony i niejednorodny. U części przeważają trudności z ekspresją języka, u innych z percepcją. Cechą charakterystyczną zaburzenia jest uporczywość utrzymywania się symptomów pomimo prowadzonej terapii.

Współczesna nauka nie potrafi znaleźć odpowiedzi na pytanie o genezę SLI. Za najbardziej prawdopodobną przyczynę uważa się kompilację czynników biologicznych i środowiskowych. Wśród czynników biologicznych wymienia się najczęściej komponent genetyczny i późniejsze dojrzewanie OUN, które mogą być potęgowane przez niewystarczającą stymulację środowiskową [Leonard, 2006; Tompkins, Farrar, 2011; Czaplewska, 2012]⁵.

W SLI nieprawidłowości manifestują się w zakresie umiejętności językowych, ale ze względu na funkcje pełnione przez język trudności w jego przyswajaniu rzutują negatywnie także na sferę emocjonalną czy społeczną człowieka. U osób z SLI występują również pewne trudności w obszarze poznawczym, choć nie są one na tyle duże, aby diagnozować niepełnosprawność intelektualną (NI). Wśród kryteriów diagnostycznych specyficznego zaburzenia rozwoju językowego wymienia się między innymi: niski wynik w testach językowych (na poziomie 1,25 odchylenia standardowego lub poniżej), niewerbalny iloraz inteligencji równy 85 lub wyższy [Leonard, 2006]. Zwraca więc uwagę rozbieżność między niewerbalnym IQ a wynikiem osiągniętym w próbach werbalnych. Nieprawidłowości w sferze poznawczej obejmują trudności w zakresie funkcji zarządzających⁶. Prowadzone badania potwierdzają ich związek ze sprawnościami językowymi i komunikacyjnymi [Czaplewska, 2012; Kielar-Turska, 2012]. U dzieci z SLI obserwuje się także ograniczenia w zakresie uwagi, wyobrażeń, zabawy symbolicznej, a więc wielu z pacjentów „[...] nie ma czystego konta, jeżeli idzie o zdolności pozajęzykowe” [Leonard, 2006, s. 320].

Specyficzne zaburzenie językowe to zaburzenie o charakterze przewlekłym; nieprawidłowości manifestują się od najwcześniejszych etapów rozwoju językowego, często występują jeszcze (choć w mniejszym nasileniu) w wieku

5 W latach dziewięćdziesiątych XX wieku w piśmiennictwie specjalistycznym pojawiły się doniesienia o zidentyfikowaniu genu FOXPO2, który nazwano „genem języka”. W 2001 roku opublikowano informacje o odkryciu jego mutacji, którą uznano za przyczynę SLI. W wyniku badań prowadzonych w kolejnych latach zweryfikowano ten pogląd, podkreślając, że „[...] związki między mową a genem FOXPO2 niewątpliwie istnieją, mają one jednak inną naturę i o wiele większy stopień komplikacji, niż zakładali językoznawcy postulujący istnienie genu języka” [Libura, Libura, 2011, s. 20].

6 Funkcje zarządzające, do których zalicza się hamowanie, pamięć roboczą, elastyczność poznawczą, planowanie, definiuje się jako system „[...] powiązanych ze sobą wyższych funkcji poznawczych odpowiedzialnych za podejmowanie intencjonalnych i ukierunkowanych na cel zachowań polegających na rozwiązywaniu problemów” [Kielar-Turska, 2012, s. 70].

młodzieńczym, a nawet w okresie dorosłości [Leonard, 2006]. Dlatego jest rzeczą zrozumiałą, że dzieci wymagają pomocy w trakcie edukacji przedszkolnej czy też szkolnej.

Zaburzenia mowy o niejednoznacznej etiologii a polskie prawo oświatowe

Obecny w piśmiennictwie specjalistycznym, a także wśród praktyków termin *specyficzne zaburzenie rozwoju językowego* nie funkcjonuje w polskim prawie oświatowym. Na marginesie trzeba dodać, że w regulacjach prawnych brakuje też terminów *alalia* i *niedokształcenie mowy o typie afazji* (nie ma więc określeń na zaburzenia rozwoju mowy występujące bez ewidentnej przyczyny bądź spowodowane uszkodzeniami OUN, powstałymi na bardzo wczesnych etapach życia). To powoduje różnego rodzaju perturbacje i prowadzi do paradoksalnej sytuacji, w której dziecko z diagnozą SLI (spełniające kryteria diagnostyczne SLI) nie otrzymuje odpowiedniej pomocy – orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego. Ten dokument zapewnia dziecku naukę dostosowaną do jego potrzeb i możliwości (zarówno w edukacji przedszkolnej, jak i szkolnej).

Kwestie dotyczące orzekania i opiniowania reguluje Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 1743). Zgodnie z wytycznymi zawartymi w dokumencie orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego przysługuje dzieciom niesłyszącym i słabosłyszącym, niewidzącym i słabowidzącym, niepełnosprawnym ruchowo, w tym z afazją, niepełnosprawnym intelektualnie, z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera, z niepełnosprawnością sprzężoną.

I tu pojawia się kolejny paradoks: aby dziecko z SLI otrzymało pomoc w procesie edukacji, wpisuje się nieadekwatne rozpoznanie – afazję. Jest to sytuacja kuriozalna, *de facto* dzieci z SLI nie tracą zdolności językowych, ich umiejętności językowe od początku rozwijają się w sposób wadliwy. Można rozumieć przesłankę leżącą u podstaw takiego postępowania – pomoc dziecku w uzyskaniu orzeczenia, ale to nie zmienia faktu, że diagnoza jest niewłaściwa. Postawienie konkretnego rozpoznania nozologicznego (posłużenie się takim, a nie innym terminem) niesie ze sobą określone konsekwencje – zastosowanie odpowiedniego postępowania terapeutycznego, gdyż diagnoza wyznacza jego sposób. Przecież terapia powinna być „skrojona na miarę”, dostosowana do konkretnego pacjenta, z konkretnym zaburzeniem. Z tak postawionego rozpoznania (afazja) wynika, że celem terapii jest odbudowa systemu językowego, rehabilitacja językowa pacjenta – jego powtórne usprawnienie. Jednak co odbudowywać u dzieci, u których kompetencje i sprawności językowe się nie wykształciły? Ten stan rzeczy powoduje chaos

i prowadzi do nieporozumień. Brak uporządkowania w polskim prawie oświatowym oraz istniejące luki w systemie orzecznictwym utrudniają otrzymanie pomocy przez pacjentów z poważnymi deficytami językowymi.

Termin *DLD* (*rozwojowe zaburzenie języka*) – próba rozwiązania spornych kwestii

Z trudnościami natury diagnostycznej i terminologicznej borykają się także naukowcy i praktycy w innych krajach. W 2012 roku w Wielkiej Brytanii w celu popularyzowania wśród ogółu społeczeństwa podstaw wiedzy logopedycznej na temat trudności w przyswajaniu języka o niejednoznacznej przyczynie zaplanowano kampanię społeczną, do udziału w której zaproszono grono specjalistów. Niestety, jej przeprowadzenie okazało się niemożliwe z powodu istotnych różnic w opiniach samych badaczy na temat nazywania i rozpoznawania tego typu trudności u dzieci. Zastrzeżenia budził termin *SLI* – jako nieodzwierciedlający charakteru występujących trudności. Jak argumentowali przeciwnicy określenia, słowo *specyficzny* sugeruje, że trudności dotyczą wyłącznie języka, a to nie jest przecież prawda, choć jego deficyt jest dominujący. Inni wskazywali na zbyt szeroki zakres znaczeniowy obecnego w DSM-V określenia *zaburzenia językowe* (*language disorder* – LD). Poza tym panujący chaos w „etykietkach diagnostycznych” komplikował rozwój badań naukowych, a pacjentom utrudniał dostęp do odpowiednich usług logopedycznych [Bishop, 2014].

Szukając rozwiązania, w 2016 roku powołano zespół 59⁷ międzynarodowych ekspertów (projekt „Catalise”)⁸, by wypracować wspólne stanowisko w kwestii zaburzeń języka/mowy o niejasnej etiologii. W grupie badaczy znaleźli się między innymi patolodzy mowy, specjaliści od edukacji, psychologowie, psychiatrzy, pediatrzy. W projekcie zakładającym uzyskanie konsensusu zastosowano metodę Delphi, polegającą na rozwiązywaniu problemów z udziałem specjalistów z danej dziedziny, którzy anonimowo odpowiadają na kluczowe pytania za pomocą systemu ankiet⁹ [Bishop i in., 2016].

7 W publikacji D. Bishop i współautorów z 2016 roku podano informacje o 59-osobowym zespole eksperckim, a z danych zaprezentowanych przez D. Bishop w 2017 roku wynika, że udział w projekcie „Catalise” wzięło 57 specjalistów [Bishop, 2017b].

8 W skład grupy wchodził badacze z USA, Wielkiej Brytanii, Australii, Kanady i Nowej Zelandii.

9 Punktem wyjścia do pierwszej rundy pytań ankietowych był zbiór 46 wypowiedzi opartych na artykułach i komentarzach pochodzących ze specjalnego numeru czasopisma poświęconego problematyce zaburzeń rozwoju języka o niejasnej przyczynie. Członkowie panelu oceniali każde stwierdzenie zarówno pod względem trafności, jak i ważności w siedmiostopniowej skali. Mieli też możliwość dodania swoich komentarzy. Wszystkie odpowiedzi ekspertów zostały syntetycznie podsumowane przez pierwszych dwóch autorów panelu, którzy następnie przedstawili zbiorcze zestawienie wyników pierwszej rundy (usunęli, połączyli lub zmodyfikowali odpowiedzi, biorąc pod uwagę częstotść

W raporcie końcowym eksperci z projektu „Catalise” zalecają posługiwanie się terminem *DLD (developmental language disorder)* – *rozwojowe zaburzenie języka* zamiast stosowanego dotychczas *specyficzne zaburzenie rozwoju językowego* [Bishop, 2017a; 2017b; Bishop i in., 2017; McGregor i in., 2020]. Podkreślają, że określenie *SLI* jest używane w sposób wykluczający wiele dzieci z klinicznie znaczącymi problemami, u których poza zaburzeniami językowymi występują deficyty w funkcjach niewerbalnych, które nie są na tyle znaczące, aby diagnozować niepełnosprawność intelektualną, ale wyniki osiągane w próbach pozawerbalnych mieszczą się w dolnych granicach normy, często dużo poniżej 85 IQ. Jak wspomniano wcześniej, według kryteriów diagnostycznych *SLI* iloraz inteligencji w skali bezsłownej jest równy 85 lub wyższy. Dorothy Bishop charakteryzuje te dzieci jako znajdujące się na diagnostycznej „ziemi niczyjej”, gdyż nie otrzymują odpowiedniej pomocy, ponieważ nie spełniają wszystkich kryteriów *SLI* i jednocześnie nie są niepełnosprawne intelektualnie [Bishop, 2017b].

Zgodnie z ustaleniami badaczy biorących udział w projekcie „Catalise” termin *DLD* powinien być używany w odniesieniu do dzieci mających trudności językowe, które nie zostaną rozwiązane (lub nie ustąpią) przed ukończeniem przez nie piątego roku życia. Specjaliści podkreślają, że występujących problemów nie można wiązać ze znanymi stanami biomedycznymi, takimi jak uszkodzenie mózgu, schorzenia neurodegeneracyjne, choroby genetyczne lub zaburzenia chromosomowe (np. zespół Downa), niedosłuch czuciowo-nerwowy, zaburzenia ze spektrum autyzmu czy niepełnosprawność intelektualna. Eksperci rekomendują ten termin także dlatego, że jest obecny w nowej, jedenastej rewizji *ICD*, obowiązującej od 1 stycznia 2022 r. [Bishop, 2017b; Bishop i in., 2017].

W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych *ICD-11* rozwojowe zaburzenia języka (*DLD*) zostały oznaczone symbolem 6A01.2. Definiowane są jako deficyt językowy (zaburzenia przyswajania języka, tworzenia wypowiedzi i/lub ich odbioru znacznie poniżej oczekiwanego poziomu) trwający od wczesnych etapów życia dziecka, którego nie wiąże się z innymi zaburzeniami neurorozwojowymi, zaburzeniami czuciowymi, stanem neurologicznym, w tym skutkami uszkodzeń lub infekcji mózgu (*International Classification of Diseases...*, b.d.). Z kategorii *DLD* (6A01.2) wyłącza się: *autism spectrum disorder* – zaburzenia ze spektrum autyzmu (6A02), *diseases of the nervous system* – choroby układu nerwowego (8A00–8E7Z), *deafness not otherwise specified* – głuchotę niewymienioną

ich występowania). Poprawiony na podstawie wyników pierwszej rundy zestaw odpowiedzi został zwrócony ekspertom do drugiej oceny (runda druga). Konsensus (odsetek osób zgłaszających „zgadzam się” lub „zdecydowanie się zgadzam”) wyniósł co najmniej 80% w przypadku 24 z 27 stwierdzeń rundy drugiej. Wielu respondentów opatrywało swoją odpowiedź pisemnymi komentarzami. Zostały one ponownie podliczone przez pierwszych dwóch autorów i w ten sposób wypracowano wspólne stanowisko dla wszystkich ekspertów [Bishop i in., 2016].

gdzie indziej (AB52), *selective mutism* – mutyzm selektywny (6B06) (International Classification of Diseases..., b.d.).

Zakończenie

Zwieńczone sukcesem poszukiwanie konsensusu w krajach anglojęzycznych, w postaci wypracowania wspólnego podejścia w kwestii diagnozowania i nazywania zaburzeń mowy o trudnej do ustalenia etiologii, daje nadzieję na uporządkowanie spraw terminologicznych także w polskiej logopedii. Dobrym rozwiązaniem mogłoby być zebranie opinii polskich ekspertów (naukowców oraz praktyków) i uzgodnienie jednolitego stanowiska na wzór projektu „Catalise”.

Z pewnością trzeba by uwzględnić ustalenia obowiązujące w innych krajach (choćby po to, aby móc prowadzić międzynarodową współpracę – badania, projekty, wymianę myśli naukowej, publikacje w zagranicznych czasopismach), a także ujęcie zaburzeń mowy w nowej, obowiązującej od 2022 roku Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11.

Czy termin DLD oddaje istotę nieprawidłowości występujących w przypadku zaburzeń rozwoju języka o niejasnej etiologii? Jakże są „mocne i słabe strony” określenia? Jak diagnozować DLD (jakie kryteria diagnostyczne brać pod uwagę)? Właśnie na te pytania powinni odpowiedzieć polscy eksperci. Przy pojawiających się wątpliwościach jedynym wyjściem z sytuacji wydaje się znalezienie konsensusu w drodze wymiany argumentów, czyli wypracowanie rozwiązania, które jest możliwe do zaakceptowania przez większość specjalistów z danej dziedziny. Podczas ustaleń warto wziąć pod uwagę zgłaszane przez część amerykańskich patologów mowy obawy, że o ile charakterystyka DLD dokonana w ramach projektu „Catalise” jest wyczerpująca i nie budzi większych wątpliwości, o tyle sam termin może być mylący, gdyż przymiotnik *rozwojowy* sugeruje rodzicom, a także przedstawicielom towarzystw ubezpieczeniowych, że dzieci wyrosną z występujących nieprawidłowości, w związku z tym specjalistyczna interwencja nie jest konieczna¹⁰ [McGregor i in., 2020].

Potrzeba uporządkowania terminologicznego i wypracowania jednolitego stanowiska wymaga współpracy polskich specjalistów zajmujących się zaburzeniami mowy o niewyjaśnionej przyczynie – logopedów, lekarzy, psychologów, pedagogów. Jednolity głos środowiska eksperckiego będzie potrzebny przy postulowaniu zmian w polskim prawie oświatowym. Biorąc pod uwagę obowiązującą na świecie nomenklaturę (obecność terminu *DLD* zarówno w literaturze anglojęzycznej, jak i w ICD-11), należy w regulacjach prawnych uwzględnić szersze spektrum

¹⁰ Dotyczy to realiów życia w USA, gdzie pakiet ubezpieczeniowy pozwala korzystać z bezpłatnej opieki lekarskiej czy terapeutycznej.

zaburzeń komunikacji językowej. Wśród dzieci uprawnionych do otrzymania orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego powinny znaleźć się także te z zaburzeniami języka o niewyjaśnionej przyczynie oraz te, u których deficyt języka spowodowany jest uszkodzeniem OUN, powstałym na bardzo wczesnych etapach życia. To grupy pominięte w aktualnie obowiązujących przepisach.

Literatura

- Bielenda-Mazur E., 2019, *Deficyty poznawcze w alalii*, „Logopedia”, t. 48(2), s. 205–222.
- Bishop D., 1992, *The underlying nature of specific language impairment*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, No. 33, s. 3–66.
- Bishop D., 1994, *Grammatical errors in specific language impairment: Competence or performance limitations?*, „Applied Psycholinguistics”, No. 15, s. 507–550.
- Bishop D.V.M., 2014, *Ten questions about terminology for children with unexplained language problems*, „International Journal of Language & Communication Disorders”, No. 49(4), s. 381–415.
- Bishop D.V.M., 2017a, *Why is it so hard to reach agreement on terminology? The case of developmental language disorder (DLD)*, „International Journal of Language & Communication Disorders”, No. 52(6), s. 671–680.
- Bishop D., 2017b, *Developmental Language Disorder (DLD): The consensus explained*, <https://www.slideshare.net/RADLD/developmental-language-disorder-dld-the-consensus-explained> (dostęp: 15.06. 2021).
- Bishop D.V.M., Snowling M.J., Thompson P.A., Greenhalgh T., Catalise consortium, 2016, *CATALISE: A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study. Identifying Language Impairments in Children*, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158753>
- Bishop D.V.M., Snowling M.J., Thompson P.A., Greenhalgh T., the Catalise–2-consortium, 2017, *Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology*, „The Journal of Child Psychology and Psychiatry”, No. 58(10), special issue: Developmental Language Disorder, s. 1086–1080.
- Cieszyńska-Rożek J., 2013, *Metoda krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Kraków: Wydawnictwo Omega Stage System – Jędrzej Cieszyński.
- Czaplewska E., 2012, *Rozumienie pragmatycznych aspektów wypowiedzi przez dzieci ze specyficznym zaburzeniem językowym. SLI*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Dilling-Ostrowska E., 1982, *Rozwój i zaburzenia mowy u dzieci w zależności od stopnia dojrzałości układu nerwowego*, [w:] J. Szumska (red.), *Zaburzenia mowy u dzieci*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s. 18–30.
- Ebbels S., 2014, *Introducing the SLI debate*, „International Journal of Language & Communication Disorder”, Vol. 49, No. 4, s. 377–380.
- Ebbels S.H., Lely H.K.J. van der, Dockrell J.E., 2007, *Intervention for verb argument structure in children with persistent SLI. A randomized control trial*, „Journal of Speech, Language and Hearing Research”, Vol. 50(5), s. 1330–1349.
- International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information, <http://icd.who.int/en> (dostęp: 12.06. 2021).
- Jastrzębowska G., 2003, *Zakłócenia i zaburzenia rozwoju mowy*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki. Zaburzenia*


- komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych*, t. 2, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 9–79.
- Jastrzębowska G., 2016, *Co utrudnia opis logopedycznych zjawisk? Od słuchoniemoty, afazji wrodzonej i alalii do specyficznego zaburzenia językowego (SLI)*, „Stylistyka”, nr XXV, s. 543–554.
- Jastrzębowska G., 2019, *Zaburzenia neurorozwojowe. Zmiany w podejściu teoretycznym i diagnostycznym*, „Logopedia” t. 48(1), s. 27–46.
- Jastrzębowska G., Jastrzębowska-Tyczkowska A., Woś A., Stanek K., 2017, *Przebieg rozwoju mowy u dzieci z SLI-PE i LB – analiza porównawcza*, „Logopedia”, t. 46, s. 53–72.
- Kielar-Turska M., 2012, *Sprawności językowe i komunikacyjne a inne funkcje psychiczne*, [w:] S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, Gdańsk: Harmonia Universalis, s. 70–86.
- Kordyl Z., 1969, *Mowa dzieci afatycznych*, „Logopedia”, t. 8/9, s. 16–30.
- Krasowicz-Kupis G., 2012, *SLI i inne zaburzenia językowe*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kurcz I., 2000, *Psychologia języka i komunikacji*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Lasota A., 2007, *Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*, „Sztuka Leczenia”, t. XIV, nr 12, s. 35–45.
- Leonard L.B., 1991, *Specific language impairment as a clinical category*, „Language, Speech and Hearing Services in Schools”, No. 22, s. 66–68.
- Leonard L.B., 1995, *Functional categories in the grammars of children with specific language impairment*, „Journal of Speech and Hearing Research”, No. 38, s. 1270–1283.
- Leonard L.B., 2006, *SLI – Specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Libura A., Libura M., 2011, *Językoznawstwo wobec odkryć genetyki. Na przykładzie niektórych problemów związanych z tzw. genem języka*, [w:] P. Stalmaszczyk (red.), *Metodologie językoznawstwa. Od genu języka do dyskursu*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 11–26.
- Maruszewski M., 1974, *Chory z afazją i jego usprawnianie*, Warszawa: Nasza Księgarnia.
- McGregor K.K., Goffman L., Horne A.O. van, Hogan T.P., Finestack L.H., 2020, *Tutorial. Developmental Language Disorder: Applications for Advocacy, Research and Clinical Service*, „Perspectives”, Vol. 5(1), s. 38–46.
- Paluch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L., 2003, *AFA – skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Panasiuk J., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadkach alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 309–345.
- Parol U.Z., 1989, *Dziecko z niedokształceniem mowy*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Podgórska-Jachnik D., 2006, *Między upośledzeniem umysłowym a niepełnosprawnością intelektualną – dylematy terminologiczne*, „Forum Pedagogów Specjalnych XXI Wieku”, t. VII, s. 81–91.
- Rice M.L., Wexler K., 1996, *Toward tense as a clinical marker of specific language impairment in English-speaking children*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, No. 39, s. 1239–1257.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach

- psychologiczno-pedagogicznych (Dz.U. z 2017 r., poz. 1743), <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170001743> (dostęp: 12.06.2021).
- Smoczyńska M., 2000, *Wczesna interwencja u dzieci z opóźnionym rozwojem mowy*, [w:] H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkowska (red.), *Teoretyczne podstawy metod usprawniania mowy. Afazja. Zaburzenia rozwoju mowy*, Warszawa: Drukarnia ROXER, s. 45–54.
- Smoczyńska M., 2012, *Opóźniony rozwój mowy a ryzyko SLI: wyniki badań podłużnych dzieci polskich*, [w:] J. Porayski-Pomsta, M. Przybysz-Piwko (red.), *Interwencja logopedyczna. Zagadnienia ogólne i praktyka*, Warszawa: Dom Wydawniczy ELIPSA, s. 13–37.
- Tomblin J.B., 1991, *Examining the cause of specific language impairment*, „Language, Speech and Hearing Services in Schools”, No. 22, s. 69–74.
- Tompkins V., Farrar M., 2011, *Mothers' autobiographical memory and book narratives with children with specific language impairment*, „Journal of Communication Disorder”, No. 44(1), s. 1–22.
- Traczyńska H., 1982, *Rozwój i zaburzenia czynności ruchowych a funkcja mowy u dzieci*, [w:] J. Szumska (red.), *Zaburzenia mowy u dzieci*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s. 31–37.



© by the author, licensee Łódź University - Łódź University Press, Łódź, Poland.
This article is an open access article distributed under the terms and conditions
of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Data złożenia: 30.08.2021. Data przyjęcia: 2.03.2022.

Renata Gliwa-Patyńska* 

Wpływ afazji pierwotnie postępującej na możliwość dokonywania kategoryzacji semantycznej – wybrane aspekty

Influence of Primary Progressive Aphasia (Speech-Language Variant) on the Possibility of Semantic Verification – Selected Aspects

Słowa kluczowe: afazja, afazja pierwotnie postępująca, PPA – wariant logopeniczny, proces kategoryzacji, słownik semantyczny

Keywords: aphasia, primary progressive aphasia, logopenic variant PPA, categorization process, semantic dictionary

Streszczenie

Celem badań była ocena możliwości dokonywania weryfikacji kategoryzacji semantycznej przez pacjentkę ze zdiagnozowaną afazją pierwotnie postępującą wariantem logopenicznym. W badaniu wykorzystano metodę eksperymentu klinicznego. Wyniki zostały poddane analizie jakościowej oraz ilościowej. Wskazano najlepiej zachowane relacje semantyczne, określono zjawiska świadczące o jakości dostępu do słownika mentalnego, wyszczególniono objawy degradacji słownika semantycznego, ustalono, na którym etapie przetwarzania dochodzi do zaburzeń. Obserwowane u badanej znaczne obniżenie możliwości wyszukiwania nazw kategorii semantycznych przy względnie dobrze zachowanej możliwości dokonywania weryfikacji semantycznej to m.in. efekt spadku szybkości przetwarzania poznawczego, zaburzeń sterowania, spadku jakości procesów przeszukiwania słownika semantycznego, zaburzeń selektywności i możliwości podtrzymywania uwagi, dysfunkcji połączeń pojęcie–znaczenie, zaburzeń relacji w obrębie kategorii semantycznych, zaburzeń słuchowej pamięci słownej.

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: renata.gliwa@uni.lodz.pl, <https://orcid.org/0000-0003-2231-9197>

Abstract

The aim of the study was to assess the possibility of performing categorical, semantic verification by a patient diagnosed with primary aphasia with the speech-language variant. The study used the method of clinical experiment. The results of the study were subjected to qualitative and quantitative analysis. The best preserved semantic relations were indicated, phenomena proving the quality of access to the mental dictionary were determined; the symptoms of degradation of the semantic dictionary were indicated; it was determined at which stage of processing disturbances occur. The significant reduction in the effectiveness of semantic verification observed in the respondent is the result of, inter alia, decline in the speed of cognitive processing, dysfunction of the concept-meaning connections; relationship disorders within semantic categories; decrease in the quality of the processes of searching a semantic dictionary, auditory verbal memory disorders, disorders of selectivity and the ability to maintain attention, control disorders.

Wprowadzenie

Przedmiotem przedstawionego w artykule eksperymentu klinicznego była ocena wpływu afazji pierwotnie postępującej (dalej PPA) na możliwość przeprowadzania procesu kategoryzacji semantycznej.

Zagadnienie kategorii i kategoryzowania stanowi przedmiot wspólnych badań wielu dyscyplin naukowych i jest bogato prezentowane w literaturze [por. np. Rzepa, 1985; Łozowski, 1994; Tabakowska, 1995; 2001; Maćkiewicz, 1999; Wierzbicka, 1999; Woźniak, 2000; Taylor, 2001]. Uporządkowane i jednocześnie uproszczone spojrzenie na filozoficzną problematykę kategoryzacji proponują m.in. Renata Grzegorzewska [1996] i Tomasz Maruszewski [2011].

Kategoryzacja, kategoria pojęciowa, pamięć semantyczna

Kategoryzacja jest pojęciem wieloznacznym¹, najczęściej rozumianym jako proces polegający na ustanawianiu kategorii i przypisywaniu do nich przedmiotów na podstawie określonych cech [por. Woźniak, 2000, s. 66]. Termin *pojęcie* można rozumieć jako czyjeś wyobrażenie o czymś, co istnieje w świecie. Pojęcia odnoszą się do poszczególnych bytów. Kategoria pojęciowa ujmuje dany zbiór elementów jako całość [por. Tabakowska, 2001; Maruszewski, 2011]. Postrzegając jakiś przedmiot, z reguły automatycznie przyporządkujemy go do określonej kategorii. Świat nie jest dla nas zatem obiektywną rzeczywistością, która istnieje sama w sobie i sama dla siebie,

1 Kategoryzacja nie należy do pojęć nowych. Twórcą tego terminu był Arystoteles [por. Taylor, 2001, s. 47].

ale zawsze zostaje ukształtowany w wyniku podejmowanego przez nas procesu kategoryzacji, czyli poprzez sposób postrzegania, wiedzę, postawy – przez doświadczenie [Tabakowska, 2001, s. 33]. Kategorie pojęciowe trafiają do języka i stają się kategoriami językowymi – leksykalnymi.

Kategoryzacja to mechanizm poznawczy, który stanowi naturalną konsekwencję równocześnie występujących potrzeb redukcji i wzbogacenia dostępnych informacji². Mechanizm ten, jeżeli jest skuteczny, pozwala na odciążanie systemu przetwarzania informacji i jednocześnie ułatwia jednostce funkcjonowanie, zmniejszając ryzyko popełniania błędów podczas wykonywania procesów decyzyjnych i ocen. Przyjmuje się, że kategoryzacja jest jedną z podstawowych zasad ludzkiego myślenia, a kategoria semantyczna³ to minimum znaczeniowe tkwiące w świadomości ludzi, składające się na ich wiedzę referencjalną [por. Zawadzka, 2013, s. 35].

Za prawidłowy stan kategorii semantycznych odpowiedzialna jest m.in. pamięć semantyczna, czyli wiedza o faktach oraz znaczeniach słów i pojęć, zorganizowana w kategoriach [Pąchalska, 2007, s. 59, 94]. Odpowiada ona za rejestrowanie, zapamiętywanie i odtwarzanie faktów, znaczeń i odniesień bez kontekstu personalnego.

Umownie przyjmuje się, że proces kategoryzacji składa się z dwóch faz: w pierwszej dochodzi do wyodrębnienia obiektu lub zjawiska z jego otoczenia i postrzegania jego cech, w drugiej następuje grupowanie obiektów lub zjawisk, które polega na porównywaniu podobieństw i różnic oraz podkreślaniu jednych i ignorowaniu innych.

Proces kategoryzacji wiąże się z uruchamianiem semantycznych skojarzeń niezbędnych do pobudzania nazw w leksykonie umysłowym. W literaturze odnajdujemy różne hipotezy na temat organizacji słownika semantycznego i czynników⁴ regulujących tzw. dostęp leksykalny [Berko Gleason, Bernstein Ratner, 2005, s. 219–225; Kurcz, Okuniewska, 2018, s. 96–99; por. też Field, 2004; Nęcka, Orzechowski, Szymura, 2007]. Jednym z najczęściej przywoływanych modeli jest model rozprzestrzeniającej się aktywacji, w którym pojęcia rozumie się jako rodzaje węzłów w łączącej je sieci. W momencie kiedy pobudzone zostaje jakieś pojęcie, pobudzone zostają także pojęcia z nim powiązane – jest to tzw. zjawisko torowania semantycznego [Berko Gleason, Bernstein Ratner, 2005, s. 182]⁵.

2 Wyróżnia się różne typy kategoryzacji, por. np. percepcyjna i konceptualna – według Davida H. Raskinona i Lisy M. Oakes [2003], logiczna i zakładająca istnienie prototypu – np. według Joanny Maćkiewicz [1999, s. 51–51].

3 Por. klasyczne teorie pojęć i kategorii semantycznych i ujęcia nowsze [Kurcz, 1976, s. 198–203; por. też Berko Gleason, Bernstein Ratner, 2005; Kurcz, Okuniewska, 2011].

4 Wśród czynników wymienia się częstotliwość, wyobraźalność, konkretność, abstrakcyjność [por. Berko Gleason, Bernstein Ratner, 2005, s. 185].

5 Por. wyniki eksperymentów dotyczących decyzji leksykalnych Jean Berko Gleason i Nan Bernstein Ratner [2005, s. 182].

Choć dostęp do słownika semantycznego ma charakter elastyczny i aktywacja danego słowa może odbywać się na podstawie różnych kryteriów, tj. znaczenia, częstotliwości użycia czy kategorii gramatycznej, to badania dowodzą, że związki natury semantycznej między słowami są silniejsze niż na przykład ich podobieństwo zewnętrzne⁶. Jeżeli umieścimy obok siebie co najmniej dwa słowa o zbliżonym znaczeniu, rozpoznanie jednego z nich uruchomi szybsze (niż w przypadku słów niepowiązanych semantycznie) rozpoznanie pozostałych. Przywołanie jednego ułatwia zatem wydobycie kolejnych, pozostających z nim w relacji semantycznej [Berko Gleason, Bernstein Ratner, 2005, s. 186]. W przypadku gdy analizowane jest znaczenie pojedynczych słów, aktywne są obszary tylnej kory skroniowej, które mają istotne znaczenie dla uruchamiania śladów pamięciowych związanych ze znaczeniem słowa [Kurcz, Okuniewska, 2018, s. 344].

Najczęściej przytaczana w literaturze klasyfikacja kategorii to propozycja Douga L. Medina, Elizabeth B. Lynch i Karen O. Solomon [2000]. Wyróżnili oni kategorie:

- naturalne (np. kwiaty, ssaki);
- sztuczne – wytwory człowieka, przynależność do kategorii oparta jest głównie na funkcji (np. narzędzia, pojazdy);
- nominalne – wyróżniane ze względu na pewne konwencje językowe, dzięki którym obiektu przypisuje się do danej kategorii (np. kawaler, nauczycielka)⁷.

Cel badań

Celem badań była ocena możliwości dokonywania weryfikacji kategoryjnej, semantycznej przez pacjentkę ze zdiagnozowaną afazją pierwotnie postępującą. Badanej czytano cztery słowa, trzy z nich należały do tej samej kategorii, czwarte nie było z nimi powiązane. Jej zadaniem było wskazanie niepasującego wyrazu, nazwanie kategorii semantycznej, do której on należał, oraz nazwanie kategorii, do której należały pozostałe wyrazy.

Wyniki poddano analizie jakościowej oraz ilościowej. Ocena jakościowa miała na celu:

- wskazanie najlepiej zachowanych relacji semantycznych;

⁶ Wpływ kontekstu semantycznego zachodzi na etapie identyfikacji poszczególnych słów w słowniku umysłowym. Niektórzy badacze sugerują, że aktywacje związane z przetwarzaniem znaczeń całych zdań różnią się istotnie od tych związanych z przetwarzaniem znaczenia słowa. Rozumienie poszczególnych elementów zadania uzależnione jest od kontekstu, w jakim te słowa występują. Integracja z kontekstem dokonuje się nie po, lecz w trakcie procesu selekcji słów ze słownika umysłowego [Kurcz, Okuniewska, 2018, s. 324].

⁷ Nieco starsza klasyfikacja według Lawrence'a W. Barsalou [1985] wyróżnia: 1) kategorie taksonomiczne, 2) kategorie zorientowane na cel, 3) kategorie doraźne.

- analizę zjawisk świadczących o jakości dostępu do słownika mentalnego;
 - wskazanie objawów degradacji słownika semantycznego;
 - ustalenie, na jakim etapie przetwarzania dochodzi do zaburzeń, czy zakłócenie występuje w strefie procesów językowych, czy może wiązać je należy ze splątaniem w domenie procesów przedjęzykowych lub pojęzykowych.
- Ocena ilościowa obejmowała procentowy opis uzyskanych wyników.

Afazja pierwotnie postępująca

Afazja pierwotnie postępująca (PPA)⁸ to schorzenie neurodegeneracyjne, które charakteryzuje się stopniowym i pierwszoplanowym pogarszaniem funkcji językowych, do których w późniejszym okresie dołącza otępienie. Zazwyczaj jest objawem zwyrodnienia czółowo-skroniowego. Choroba najczęściej diagnozowana jest po 65. roku życia, przyczyny jej rozwoju nie są znane [por. Sitek i in., 2018, s. 489]. W literaturze wyróżnia się jej trzy podtypy [Sitek i in., 2018, s. 489; por. też Herzyk, 1996, s. 41–59; Jodzio, 1999; Olszewski, 2008, s. 47–70; Kurcz, Okuniewska, 2018, s. 102]:

- wariant z zaburzoną płynnością mowy/niepłynny (*non-fluent variant PPA* – nfvPPA),
- wariant semantyczny (*semantic variant PPA* – svPPA);
- wariant logopeniczny (*logopenic variant PPA* – lvPPA).

Cechą wspólną wszystkich wariantów PPA jest obecność zaburzeń językowych stanowiących pierwszy objaw choroby, przy względnie zachowanych pozostałych funkcjach poznawczych i niezakłóconym funkcjonowaniu społecznym.

Metodologia badań

Materiał badawczy wykorzystany w artykule dotyczy kobiety ze zdiagnozowaną afazją pierwotnie postępującą i demencją w stopniu lekkim (por. *Opis badanej*).

Eksperyment składał się z trzech etapów. Pierwszy polegał na przeprowadzeniu testu ACE III⁹ (trudno bowiem opisywać stan kompetencji językowych w przebiegu PPA bez odniesienia do stanu pozostałych funkcji poznawczych). Dane uzupełniano informacjami z dokumentacji medycznej, wywiadu z badaną i jej córką oraz wynikami z testu neuropsychologicznego zawartego w publikacji Ewy M. Szeptowskiej [2000].

⁸ Po raz pierwszy opisana została na przełomie XIX i XX wieku przez Arnolda Picka. Afazja pierwotnie postępująca jest różnie definiowana w literaturze, wciąż nie ma zgodności badaczy co do wyznaczenia jej jednoznacznych kryteriów.

⁹ Skala Addenbrooke's Cognitive Examination III (ACE-III) jest poszerzonym narzędziem przesiewowej oceny funkcji poznawczych [Sitek, Barczak, Senderecka, 2017, s. 34–41].

W etapie drugim badania wykorzystano autorski kwestionariusz diagnostyczny, skonstruowany z myślą o ocenie możliwości dokonywania weryfikacji semantycznej. Narzędzie składało się z 60 zestawów zawierających po cztery wyrazy: trzy należały do tej samej kategorii semantycznej, jeden nie był z nimi powiązany. Wykorzystano zestawy o różnym stopniu trudności w zakresie kategoryzowania, wykluczono wyrazy wieloznaczne. Narzędzie skonstruowano tak, by liczba kategorii naturalnych, sztucznych i nominalnych była porównywalna. Do pacjentki kierowano polecenie (składające się z trzech zadań): *Za chwilę będę czytała po 4 wyrazy, jeden z nich nie pasuje do pozostałych, proszę wskazać, który* (w opisie zadanie nr 1), *nazwać kategorię semantyczną, do której on należy* (w opisie zadanie nr 2), *nazwać kategorię, do której należą pozostałe wyrazy* (w opisie zadanie nr 3), *wyrazy te to: tulipan, talerz, róża, fuksja*. Jeżeli badana nie podawała przynależności kategorialnej, dopytywano ją o nią powtórnie, np.: *Do jakiej kategorii zaliczymy talerz?, Do jakiej kategorii zaliczymy tulipana, różę i fuksję?* Polecenie powtarzano na życzenie badanej. Nie wprowadzono ograniczenia czasowego. Upewniano się, czy badana rozumie polecenie. Pomiedzy kolejnymi zadaniami nie stosowano przerw, ponieważ oceniano, czy pojawiają się perseweracje, zaburzenia uwagi czy koncentracji i motywacji.

Trzeci etap eksperymentu obejmował analizę uzyskanych wyników.

Badanie prowadzono w warunkach domowych. Uzyskano zgodę pacjentki na publikację wyników.

Opis badanej

Badana to kobieta w wieku 66 lat. Z wykształcenia jest magistrem ekonomii, przez większość dorosłego życia pracowała jako księgowa. Jest praworęczna, jej podstawowy język to polski, biegle znała także rosyjski i angielski. Od siedmiu lat jest nieaktywna zawodowo. Afazję pierwotnie postępującą zdiagnozowano u niej zaledwie cztery lata temu. Dokumentacja medyczna z tego okresu zawiera informację o rozpoznaniu u niej „delikatnych, ale utrudniających funkcjonowanie zaburzeń językowych, bez zaburzeń nastroju”. Do neurologa pacjentka zgłosiła się sama, zaniepokojona „trudnościami w wysłowieniu się”, których wcześniej nie doświadczała. W badaniu neurologicznym nie stwierdzono u niej objawów ogniskowego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego. W badaniach laboratoryjnych nie wykazano innych możliwych przyczyn obecności zaburzeń. W badaniu MRI stwierdzono nieznaczne zaniki w okolicy części tylnej bruzdy Sylwiusza i lewej w okolicy ciemieniowej.

W pierwszym teście MMSE przeprowadzonym przez neurologa (cztery lata przed prezentowanym badaniem) pacjentka uzyskała wynik wskazujący obecność zaburzeń poznawczych bez cech otępienia, późniejsze dwa wyniki w kolejnych latach

potwierdziły tę diagnozę. W ostatnim, tegorocznym badaniu za pomocą MMSE badana uzyskała wynik wskazujący na obecność otępienia w stopniu lekkim¹⁰.

W dostępnej dokumentacji psychiatrycznej znajduje się informacja, że w pierwszym teście ACE III (cztery lata temu) badana uzyskała wynik wskazujący na obecność nieznacznych zaburzeń poznawczych, ogniskujących się głównie w podtestach językowych. Na podstawie uzyskanego wyniku i innych badań, m.in. testu uczenia się, psychiatra zdiagnozował afazję pierwotnie postępującą (bez wskazania podtypu), zwrócił uwagę na możliwość szybkiej konwersji obserwowanych zaburzeń do otępienia.

W badaniu wstępnym, mającym na celu ocenę stanu funkcjonowania pacjentki za pomocą skali ACE III, badana uzyskała wynik wskazujący na obniżenie podskali dotyczącej funkcji językowych i fluencji słownej.

Badana jest samodzielna w czynnościach codziennych, mieszka sama. Ma dobry kontakt z dziećmi. Nie obserwuje się u niej zaburzeń o charakterze behawioralnym czy ruchowym. Aktualnie zażywa leki hipotensyjne, zrezygnowała z przyjmowania leków nootropowych z powodu ich wysokiej ceny w terapii długoterminowej (według badanej).

Analiza dostępnej dokumentacji, danych z wywiadu i obserwacji, oceny kompetencji i sprawności komunikacyjnych m.in. na podstawie badania neuropsychologicznego [Szepietowska, 2000], TFS, testów nazywania i wyników ACE III pozwala stwierdzić u badanej obecność wariantu logopenicznego afazji pierwotnie postępującej.

Analiza wyników

Nie zanotowano przykładów prawidłowej realizacji wszystkich trzech zadań, tj. wskazania wyrazu, którego desygnat nie tworzył kategorii semantycznej z pozostałymi (w opisie zadanie nr 1), określenia jego przynależności kategorialnej (zadanie nr 2), określenia przynależności kategorialnej pozostałych wyrazów (zadanie nr 3).

Błędy w zadaniu nr 1 stanowiły zaledwie 10% odpowiedzi np. (*rajstopy, radio, skarpety, spodnie*): *Y... skarpety nie pasują, bo skarpety są pojedyncze... na pojedynczą nogę... a tamte są... a tamte są... do wszystkich; (gitara, łyżka, trąbka, perkusja): Gita, gitara nie pasuje, bo gitara to jest doo grania, a tamte to jest... do jedzenia... służą. Sugeruje to, że badana ma relatywnie dobrze zachowaną wiedzę pojęciową.*

W zadaniu nr 2 udało jej się przywołać 14,5% nazw kategorii, w tym 13% poprawnie, np. (*mysz, pustynia, mokradła, dżungla*): *Mysz nie pasuje tutaj, bo mysz, to jest takie... zwykle zzzwierzątko, małe, a reszta to jest... y... duż [...].*

¹⁰ Górna granica po uwzględnieniu przelicznika Mungasa.

W zadaniu nr 3 prawidłowo przywołała 15% nazw kategorii semantycznych, co można wiązać z wpływem szerszego kontekstu, np. (*kasztan, długopis, klon, lipa*): *Kasztan... długopis... klon..., kloon! Ten długopis nie pasuje! Bo długopis jest do pisania, a tamte są nazwy zwierząt, nazwy drzew!;* (*krzesło, taboret, fotel, flet*): *Flet nie pasuje, bo flet jest częścią orkiestry, a... a tamte są... y... są meble po prostu. (Do jakiej kategorii zaliczymy flet?) Flet? Flet? Do muzyki. Zanotowano jednak więcej błędów (6,5%) będących najprawdopodobniej wynikiem zaburzeń pamięci operacyjnej (badana traciła dostęp do pozyskanych już danych) i słuchowej pamięci słownej, np. (*koń, lipa, dąb, brzoza*): *Koń nie pasuje, koń, bo koń jest, bo koń jest zwierzęciem domowym, a tamte są ogólne zwierzęta. Błędy tego typu świadczą także o spadku tzw. elastyczności umysłowej i podzielności uwagi, które należy łączyć z funkcjami wykonawczymi i wspomnianą pamięcią operacyjną [por. Rende, Ramsberger, Miyake, 2002, s. 309–321], uogólniając – z aktywnością płatów czołowych [Troyer i in., 1998, s. 138–146].**

Bardzo charakterystycznym zjawiskiem było przywoływanie informacji na temat funkcji desygnatów, do których odnosiły się prezentowane badanej wyrazy, zamiast nazwy kategorii semantycznej. W zadaniu nr 2 było to aż 59% odpowiedzi, z których 48% było poprawnych, np. (*pomadka, puder, kredka do oczu, mazak*): *Mazak, mazak? Mazak nie pasuje tutaj do wszystkiego, bo mazak jest po prostu do... mazania... na papierze... a reszta to jest... do do... y... no kobieta jak się maluje [...].* Ponad 11% stanowiły błędne wskazania funkcji (por. dalej *Alogia*), np. (*ekierka, wełna, jedwab, elastyna*): *Ekierka nie pasuje, bo ekierka to jest y... domowy y..., domowy sposób, sposób do ma... do matematyki na przykład, a tamte są zupełnie co innego [...].*

W zadaniu nr 3 w 21% zadań badana odwołała się do funkcji, np. (*wieprzowina, wołowina, drób, biurko*): *Biurko nie pasuje, bo biurko to jest do pracy codziennej, a tamte są do do spożycia [...].* Także i tu notowano przykłady błędnego wskazania funkcji, np. (*trójkąt, kropka, kwadrat, koło*): *Kwadrat? Koło? Trójkąt... kropka nie pasuje, bo kropka to jest kropka, no to jest, każdy widzi, że jest kropka, a tamte to są y... takie y... roślinne, tamte są takie roślinne rzeczy. (Do jakiej kategorii zaliczymy trójkąt, kwadrat i koło?) Trójkąt... tamte to są...*

Istotny wydaje się fakt, że badana tworzyła konstrukcje opisowe (por. dalej *Konstrukcje opisowe*) odnoszące się głównie do funkcji. Nieznacznym udziałem stanowiły te zawierające odniesienie do cechy.

Dodatkowe dopytanie badanej o przynależność kategoryjną prezentowanych jej wyrazów wbrew oczekiwaniom nie zaowocowało znacznym przyrostem procentowym nazw kategorii. Badana w zadaniu nr 2 przywołała kolejnych 39% nazw¹¹ (w tym 26% poprawnie), np. (*spodnie, koszula, kombinezon, ołówek*): *Taszy... a ołówek nie pasuje, bo ołówek jest do pisania... do takiego, no... , jak ktoś coś pisze, a tamte*

¹¹ W obliczeniach uwzględniono wyrazy, których przynależności kategoryjnej badana nie podała w pierwszej próbie.

są... do ubrania. (Do jakiej kategorii zaliczymy spodnie, koszulę i kombinezon?): *Ubrania*. (Do jakiej kategorii zaliczymy ołówek?): *Ołówek... to będzie do... ołówek to będzie do... do kreślenia, do, do zapisywania*. Konstrukcje opisowe stanowiły aż 30% odpowiedzi. Wzrósł też znacząco odsetek ominięć (por. dalej *Ominięcia*).

W zadaniu nr 3 po dodatkowym powtórzeniu fragmentu zadania, na które nie uzyskano odpowiedzi, badana przywołała 52% nazw kategorii (w tym 36% poprawnie), np. (*ciężarówka, ryba, autobus, samochód*): *Ciężarówka, ry... ryba nie pasuje tutaj, bo ryba jest do jedzenia... a tamte są samochody do jeżdżenia, do rozwożenia wszystkiego*. (Do jakiej kategorii zaliczymy rybę?) *Ryba... no to... zwierzęta no jakieś wodne*. (Do jakiej kategorii zaliczymy ciężarówkę, autobus i samochód?) *To są pojazdy*. Konstrukcje opisowe stanowiły 27% odpowiedzi, a ominięcia ponad 16%. Wzrost liczby ominięć wydaje się mieć tu istotne znaczenie, sugeruje, że badana nie miała dostępu do nazwy kategorii lub nie potrafiła dokonać procesu kategoryzacji, w wielu zadaniach mając jedynie dostęp do informacji na temat funkcji.

Tabela 1. Procentowe zestawienie wyników badania we wszystkich trzech zadaniach

Zadanie 1. Wskazanie wyrazu, który nie tworzył kategorii semantycznej z pozostałymi		
	Prawidłowe wskazanie – 90%	Nieprawidłowe wskazanie – 10%
Zadanie 2. Nazwanie kategorii semantycznej wyrazu nietworzącego kategorii z pozostałymi przytoczonymi w zadaniu		
Nazwa kategorii	Prawidłowa – 13%	Nieprawidłowa – 1,5%
Użycie konstrukcji opisowej w zastępstwie nazwy kategorii semantycznej, z odwołaniem do funkcji/cechy	Względnie poprawnie określona – 48%/3%	Nieprawidłowo określona – 11,5%/–
Mowa zaimkowa	3%	26,5%
Ominięcia	1,5%	5%
<i>Ignotum per ignotum</i>	5%	1,5%
Zadanie 3. Przywołanie nazwy kategorii semantycznej wyrazów ją tworzących		
Nazwa kategorii	Prawidłowa – 15%	Nieprawidłowa – 6,5%
Użycie konstrukcji opisowej w zastępstwie nazwy kategorii semantycznej, z odwołaniem do funkcji/cechy	Prawidłowe wskazanie – 21,5%/3%	Nieprawidłowe wskazanie – 6,5%/1,5%
Mowa zaimkowa		26,5%
Ominięcia		5%
<i>Ignotum per ignotum</i>		1,5%

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Procentowe zestawienie wyników w zadaniach drugim i trzecim po powtórzeniu części zadania, na które nie uzyskano odpowiedzi

Zadanie 2. Nazwanie kategorii semantycznej wyrazu nietworzącego kategorii z pozostałymi przytoczonymi w zadaniu		
Nazwa kategorii	Prawidłowa – 26%	Nieprawidłowa – 13%
Użycie konstrukcji opisowej/cechy w zastępstwie nazwy kategorii semantycznej	Poprawne – 28%/2,5%	–
Mowa zaimkowa	2,5%	
Ominięcia	15%	
<i>Ignotum per ignotum</i>	23,5%	
Zadanie 3. Przywołanie nazwy kategorii semantycznej wyrazów ją tworzących		
Nazwa kategorii	Prawidłowa – 36%	Nieprawidłowa – 36%
Użycie konstrukcji opisowej/cechy w zastępstwie nazwy kategorii semantycznej	16,5%	16,5%
Mowa zaimkowa		2,5%
Ominięcia		16,5%
<i>Ignotum per ignotum</i>		–

Źródło: opracowanie własne.

Poniżej omówiono najczęściej notowane zjawiska świadczące o zaburzeniach procesu kategoryzacji, dysfunkcjach słownika semantycznego, rozpadzie połączeń/re-lacji semantycznych oraz powolnej utracie wiedzy pojęciowej.

- Anomia: obserwowane u badanej dysfunkcje w zakresie możliwości przywołania adekwatnej nazwy można sklasyfikować jako anomię. Wynika ona z uszkodzenia procesów dostępu do wiedzy i do nazwy (systemu przekaźników dwutorowych – *two-way relays system*) [por. Rutkiewicz-Hanczewska, 2016, s. 83]. W zanotowanych odpowiedziach dominowały trudności z wyszukiwaniem pożądanej nazwy przy nieznacznie lepiej zachowanej możliwości docierania do wiedzy konceptualnej (znaczenia, funkcji), choć niekiedy szczątkowej, np. (*las, serce, wątroba, mózg*): *Las nie pasuje, bo las, to jest... no lasy... to jest, to jest teren y...fy, a robot z drzewami, a tamte nie są, no czymś innym [...]*; (*trójkąt, kropka, kwadrat, koło*): *Kwadrat? koło? trójkąt... kropka nie pasuje, bo kropka to jest kropka, no to jest, każdy widzi, że jest kropka, a tamte to są y... takie y roślinne, tamte są takie roślinne rzeczy [...]*.

Obserwowano zarówno przykłady anomii fonologicznej postsemantycznej, którą wiązać należy z uszkodzeniem między poziomem semantycznym a wyjściem z leksykonu, jak i (choć w mniejszym zakresie) postleksykalnej, gdy deficyty nasilają się na etapie przekształcania wiązki fonemów w motoryczną realizację. Efektom dysfunkcji postsemantycznych była obecność peryfraz, parafazji

fonemicznych, rzadziej semantycznych¹². Konsekwencją dysfunkcji postleksykalnych były liczne parafazje fonemiczne¹³.

Obserwowane dysfunkcje na poziomie fonologicznym i semantycznym w znacznym zakresie mogą mieć charakter wtórny i być konsekwencją zaburzeń pamięci proceduralnej.

- Syndrom braku gotowości słowa (tzw. syndrom TOT): to rodzaj anomii produkcji słów, określony stan metakognitywny, wynikający z częściowej aktywacji poziomu fonologicznego wyszukiwania wyrazów za pośrednictwem systemu semantycznego. Zjawisko TOT obserwuje się, gdy jesteśmy w stanie wskazać cechy semantyczne lub gramatyczne poszukiwanego słowa, jednak od strony fonologicznej mamy dostęp do ograniczonej informacji na jego temat (np. liczby sylab, pierwszej lub ostatniej głoski itd.) [Rutkiewicz-Hanczewska, 2016, s. 90–98; por. też Kielar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014]. Zjawisko to zazwyczaj związane jest z deficytem transmisji i hipotezą blokowania. Efektem obecności syndromu TOT były liczne kompensacje w postaci peryfraz, ominięć, rzadziej komunikacji niewerbalnej bądź parafrazji fonologicznych, np. (*spodnie, koszula, kombinezon, ołówek*): *Taszy... a ołówek nie pasuje, bo ołówek jest do pisania... do takiego, no... , jak ktoś coś pisze, a tamte są... do ubrania [...]*.
- Konstrukcje opisowe: zastępcze omówienia notowano w chwili, gdy badana nie miała dostępu do poszukiwanego słowa. Peryfrazy odnosiły się najczęściej do funkcji desygnatów, np. (*krzesło, mapa, fotel, taboret*): *Mapa nie pasuje, dlatego, że no mapa jest ogólna, a taką wiadomością do yyy do... do... dla wszystkich, a tamte są do siedzenia no, raczej do siedzenia [...]*; (*obraz, mleko, ser, kefir*): *Obraz... nie pasuje doo wszystkich, bo obraz, to jest taaki, który się wiesz na ścianie i do oglądania... a tamte..., to są do jedzenia; rzadziej do cech desygnatów, np. (*koło, jeden, dwanaście, dwa*): *Koło nie pasuje tutaj, bo koło... to jest no... to koło, okrągłe po prostu, czy jakie koło...? No nie wiem jakie..., jakie... ji... do jakiej kategorii to by było? [...]*.*

Próby zastosowania peryfraz stosunkowo często kończyły się niepowodzeniem, ponieważ wymagają one dość dużej sprawności językowej, a obserwowane u badanej ogólne obniżenie kompetencji językowej należy traktować jako jedną z przyczyn trudności w zakresie definiowania pojęć [por. Domagała, 2019, s. 52], np. (*borowik, podgrzybek, gęś, maślak*): *Gęś nie pasuje, bo gęś to jest y... chodzona taka, żywa ż... ż..., ży... żywe stworzenie, a tamte są już pojedyncze. Badana tworzyła bardzo specyficzne peryfrazy, często nie zawierały one cech definicyjnych, np. (*igła, mleko, nitka, szpilka*): *Mleko nie pasuje, bo mleko jest do picia i doo zrobienia jakiejś zup mlecznych, a reszta to co innego**

12 Badana ma dość dobrze zachowaną możliwość powtarzania krótkich fraz (znacznie mniejszą zdań złożonych), ma także względnie dobrze zachowaną możliwość głośnego czytania, co dowodzi, że ma zachowaną możliwość fonologicznego wykonania.

13 Najliczniej i najwyraźniej obserwujemy je w afazji przewodzeniowej.

[...], przybierając niejednokrotnie formę tzw. mowy zaimkowej (por. *Mowa zaimkowa*).

Peryfrazy zazwyczaj wyrażane były wprost, ale zanotowano też negacje semantyczne, często z wykorzystaniem wyrazu wymagającego wykluczenia [por. Gliwa, 2019, s. 52], np. (*spodnie, koszula, kombinezon, ołówek*): *Ołówek nie pasuje, bo ołówek jest ołówkiem do pisania... do malowania, a tamte nie są ołówkiem [...]*.

Notowano nieliczne przykłady, w których brak dostępu do poszukiwanej nazwy prowadził do zastosowania reetymologii, np. (*pustynia, świerk, jodła, sosna*): *Pustynia nie pasuje, bo pustynia to jest dosłownie pusta, pustynia pełna czegoś tam, a pias... a reszta to jest no, ojej! (Do jakiej kategorii zaliczymy świerk, jodłę i sosnę?) Kwiaty, kwiaty. (Do jakiej kategorii zaliczymy pustynię?) A pustynia, to są pustynia no to coś...*

- Rozpad wiedzy pojęciowej: stopniowy rozpad wiedzy pojęciowej widoczny był w tych przykładach, w których badana przywoływała szcztąkową wiedzę dotyczącą prezentowanych jej słów, np. (*patelnia, akwarium, garnek, rondel*): *Tu akwarium nie pasuje do do wszystkiego, bo akwarium to jest dla ryb, a tamte to są dodo..., to są do domowego. (Do jakiej kategorii zaliczymy łóżko?) Do spania. (Do jakiej kategorii zaliczymy łódkę, statek, okręt?) Sporty, sporty. Obserwowany jednocześnie spadek zdolności hamowania narzucających się reakcji, głównie tworzenia peryfraz zamiast podawania nazw kategorii czy tworzenia konstrukcji opisowych niezawierających cech definicyjnych, można wiązać z nasileniem efektu zaniechania celu, który miał miejsce, gdy cele ulegały dysocjacji od aktualnego działania badanej. W chwili dokonywania weryfikacji kategorialnej pobudzone były nie tylko słowa powiązane z nimi semantycznie, ale także różnego rodzaju skojarzenia związane z danym wyrazem, ponieważ były one bardziej dostępne niż te pożądane. Znaczne dysfunkcje wykonawcze prowadziły do zaburzeń procesu interferencji, czyli możliwości przetwarzania istotnego bodźca, w efekcie czego proces wnioskowania i analizy zostawał odsunięty od pożądanego celu [por. Kiejar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014, s. 439]. Efektem tego była obecność odpowiedzi alogicznych (por. *Alogia*), np. (*czajnik, patelnia, garnek, młotek*): *Młotek, młotek nie pasuje, bo młotek jest do przybijania rzeczy, a tamte są do do no do wieszania.**
- Błędy semantyczne, tj. przywołania wyrazów innych niż docelowe, ale pozostające z nimi w określonej relacji, notowano, gdy badana nie potrafiła dotrzeć do nazwy adekwatnej kategorii semantycznej lub gdy poszukiwała wyrazu niezbędnego do zbudowania peryfrazy. Badana przywoływała:
 - hiperonimy: (*chleb, bułka, mak, bagietka*): *Mak nie pasuje, bo mak je do posypywania czegoś jak na przykład... różne rzeczy, aa tamte są... **piekarnictwo** [...];* (*wierzba, krowa, lipa, topola*): *Krowa nie pasuje, bo krowa to jest zwierzę, aa reszta to są lasy [...];*

- meronimy: (*borowik, szklanka, podgrzybek, kozak*): *Borowik, szklan, a... podg... szklanka! Nie pasuje, bo szklanka jest do tam do nalewania na przykład jakiejś wody i do popicia, a tamte są do jedzenia. (borowik, podgrzybek, kozak, co to za kategoria?) **Podgrzybki!** To są do jedzenia. (Do jakiej kategorii zaliczymy szklankę) Y... do... ja wiem...?;*
- kohiponimy: [...] (*Do jakiej kategorii zaliczymy świerk, jodłę i sosnę?*) **Kwiaty**, kwiaty [...]; [...] (*Do jakiej kategorii zaliczymy koszykówkę, siatkówkę, piłkę nożną?*) Y... to są y takie **rozrywki domowe**; (*koń, lipa, dąb, brzoza*): *Koń, koń, koń nie pasuje, bo... bo jest domowym zwierzęciem, a tamte inne są... a tamte są ogólne **zwierzęta**. Rzadko badana była w stanie wychwycić popełniony przez siebie błąd: (*kasztan, długopis, klon, lipa*): *Kasztan..., długopis..., klon..., kloon! Ten długopis nie pasuje! Bo długopis jest do pisania, a tamte są nazwy zwierząt, nazwy drzew [...]; (Saturn, nożyczki, Uran, Jowisz): Ojej... to są trudne rzeczy..., aa nożyczki nie pasują, bo nożyczki to są do ciecia czegoś, a tamte too są no satelity noo satelity, satelity, które latają. (Do jakiej kategorii zaliczymy nożyczki?) Nożyczki do ciecia;**
- negację semantyczną: omówienia negatywne przybierają postać odpowiedzi podkreślających, czym lub kim dany obiekt nie jest, np. (*deszcz, śnieg, grad, podłoga*): *Podłoga nie pasuje, bo podłoga, to podłoga, po której się chodzi... a tamte to nie są podłogi [...].*

W tworzonych zastępczo konstrukcjach opisowych notowano liczne błędy semantyczne, np. (*pierścionek, benzyna, naszyjnik, bransoletka*): *Pierwsze co było? Pierścionek? Benzyna nie pasuje, bo benzyna jest do samochodu, a reszta to jest taka ozdoba dla kobiety. (Do jakiej kategorii zaliczymy benzynę?) To do samochodu, nalewka taka, do samochodu, do samochodu.*

Wykorzystanie określonej, często zaskakującej styczności, dziwaczne, metaforyczne nazwy, niestandardowe skojarzenia mogą świadczyć o lepszym funkcjonowaniu prawej półkuli, której przypisuje się udział w uruchamianiu skojarzeń odległych [Szepietowska, Gawda, 2011, s. 16; por. Rutkiewicz-Hanczewska, 2016];

Błędy semantyczne, tj. mniej lub bardziej świadome przywoływanie nieadekwatnych wyrazów czy peryfraz bardziej dostępnych w danym momencie, poza oczywistymi zaburzeniami na poziomie procesów językowych mogą być efektem zaburzeń mechanizmów kontrolujących przebieg zadania, m.in. funkcji wykonawczych, pamięci operacyjnej i procesów uwagowych, tak – wydaje się – należałoby tłumaczyć obecność błędów typu (*rajstopy, radio, skarpety, spodnie*): *Yyy skarpety nie pasują, bo skarpety są pojedyncze na pojedynczą nogę, a tamte są..., a tamte są... do wszystkich [...].*

- Alogia: brak logiki wypowiedzi może być efektem zaburzeń procesu wnioskowania i upośledzenia pamięci operacyjnej, np. (*czerwień, zieleń, czerń, żelazo*): *Żelazo nie pasuje, bo żelazo jest, jest, tłumaczy kolor jakiś, a pozostałe to mówią*

o jednym, o jednym wyrazie. Można ją tłumaczyć także hipotezą deficytu hamowania, np. (kucharz, ul, nauczyciel, lekarz): *Ul nie pasuje tutaj, bo ul to jest dla pszczoł... a tamte są do leczenia ludzi. (Do jakiej kategorii semantycznej zaliczymy ul?) Pszczoły, to są pszczoły. (Do jakiej kategorii zaliczymy lekarza?) Ym... to są ludzie... ja wiem... no do użytku ludzi do... dla ludzi; (rajstopy, radio, skarpety, spodnie): Yyy skarpety nie pasują, bo skarpety są pojedyncze na pojedynczą nogę, a tamte są..., a tamte są... do wszystkich.*

- Odpowiedzi stereotypowe, szablonowe: notowano je najczęściej w tworzonych przez badaną konstrukcjach opisowych. Były wielokrotnie powtarzane dokładnie w tej samej formie, często w kilku następujących po sobie próbach, na ogół pozbawione były słów treściowych, np. [...] *bo mazak jest po prostu do..., a tamte są do czego innego [...]; [...] bo jabłko jest do jedzenia, a skóra, tamte trzy rzeczy, to są y... do y... do czego innego [...]; [...] bo policjant to jest stróż miasta, a reszta to jest coś innego [...]; [...] Oko nie pasuje do wszystkiego, ponieważ oko jest częścią człowieka... a tamto jest... czemś innym [...].*
- Mowa zaimkowa, brak słów treściowych: jednym z licznych objawów braku gotowości słowa była tzw. mowa zaimkowa, wyrażająca się najczęściej obecnością zaimków nieokreślonych. Zjawisko to notowano głównie w tworzonych przez badaną peryfrazach, np. (spodnie, komputer, spódnica, skarpety): *Komputer nie pasuje, bo komputer to jest dla... no dla kogoś, kto już zna to wszystko, a a reszta to jest y... do... czegoś innego. (Do jakiej kategorii zaliczymy spodnie, spódnice skarpety?): To są ubrania. (Do jakiej kategorii zaliczymy komputer?): A komputer to jest do... dla kogoś, kto już się zna na tym.*
- Agramatyzmy: badana miała znaczne trudności w generowaniu adekwatnych w danym momencie słów, nie tylko w zakresie nazw kategorii semantycznych, ale także podczas tworzenia konstrukcji opisowych. Konieczność dokonywania zmian w częściowo już zaprogramowanej i zrealizowanej peryfrazie, związana z brakiem dostępu do poszukiwanego słowa (i niejednokrotnie utratą celu zadania, w efekcie przeniesienia swojej uwagi na poszukiwanie rozwiązania lub wyrazu), powodowała pojawianie się agramatyzmu wtórnego. Forma gramatyczna już użytych słów nie była adekwatna do modyfikowanej w trakcie wypowiedzi konstrukcji zdania, np. (buda, ścieżka, droga, ulica) *Buda... buda nie pasuje tu chyba, bo buda to jest dla psa buda, a reszta, to jest dla chodzenia takiego. (Do jakiej kategorii zaliczymy budę?) Buda to jest ja wiem... nie wiem, nie wiem... (Do jakiej kategorii zaliczymy ścieżkę, drogę, ulicę?) A ścieżka, takie wyrazy to są takie do ch, cho, do chodzenia; (kot, pies, szafka, zając): Szafka nie pasuje, bo szafka... to jest... no... no... szafka na rzeczy czyjeś takie, a tamte są y... takie y... dla zwierząt [...].*
- Perseweracje: w odpowiedziach badanej notowano kilka typów perseweraacji, m.in.:
 - nieadekwatne powtórzenia tej samej argumentacji, np. *a tamte są indywidualne; jest do wszystkiego; a tamte są pojedyncze; a tamte są do czego innego;*

miały one na ogół charakter ciągły, to znaczy były powtarzane w kilku następujących po sobie zadaniach, a badana nie wykazywała świadomości ich pojawiania się; ten typ perseweracji można tłumaczyć efektem wadliwie działającego mechanizmu blokowania tzw. pętli sensoryczno-motorycznej mowy¹⁴ [Szczepańska-Gieracha, Greń, Morga, 2014, s. 74], a także zaburzeniami możliwości utrzymywania w pamięci wyników decyzji poznawczych i upośledzeniem sprawności mechanizmów kontrolujących przebieg zadania [Szepietowska, Gawda, 2012, s. 39];

- powtarzanie polecenia lub jego fragmentu na początku realizacji próby – może to świadczyć o trudnościach w zakresie inicjowania aktywności celowej; jest to zjawisko charakterystyczne dla grupy wiekowej, do której należy badana, ale jego znaczne nasilenie należy wiązać z uszkodzeniami kory przedczołowej [por. Kielar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014, s. 437; Sitek i in., 2018, s. 560], np. (*pomadka, puder, kredka do oczu, mazak*): *Mazak, mazak? Mazak nie pasuje tutaj do wszystkiego, bo mazak jest po prostu do... mazania... [...]*;
 - wielokrotne powtórzenia wyrazu, frazy, gdy była pewna swojej odpowiedzi, np. [...] *to drzewa są, drzewa, drzewa, [...]*; [...] *Meble, meble; [...]* *to napoje, napoje, napoje to będą;*
 - palilalie: (*igła, strzykawka, agrafka, szpilka*): *Igła, agrafka... czwarte co było? Czwarte, co było? [...] szpilka nie pasuje chyba, bo szpilka jest do ukucia jednorazowego, a reszta do do a reszta jest do do do ciała [...]*.
- Ominięcia: ich obecność diagnozuje się, gdy badany ma zachowaną możliwość rozumienia polecenia, nie udziela jednak odpowiedzi, tzn. milczy lub werbalizuje niewiedzę. Ominięcia stanowią formę anomii i mogą świadczyć o postępującym procesie degradacji słownika semantycznego oraz zaburzeniach procesu wnioskowania [por. Rutkiewicz-Hanczewska, 2016, s. 115]. Badana pozostawiła bez odpowiedzi niewiele zadań, ale dość często werbalizowała swoją niewiedzę, np. *no, no nie wiem za bardzo tu...; no to jest... y... deszcz no... nie wiem; [...] mysz jest zwierzęciem, a tamte są postacie, noo nie wiem, nie wiem jakie [...]*; [...] *Buda to jest ja wiem... nie wiem, nie wiem... [...]*; [...] *łóżko... y... a tu nie wiem, co co by było [...]*.
- Hezytacje, dźwięki namysłu, oznaki zniecierpliwienia: połączone z użyciem kodu proksemicznego i kinetycznego oraz wykładników paralingwistycznych, takich jak odchrząkiwanie, to zjawiska notowane bardzo często w odpowiedziach badanej, np.: *y...; y... to są...; y... to są takie; jest narzędziem do...; no to jest... y...* Świadczą one o obniżonej efektywności przeszukiwania słownika mentalnego [Kielar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014, s. 437–439].

14 Warto zaznaczyć, że te są charakterystyczne w otępieniu głębokim [Szczepańska-Gieracha, Greń, Morga, 2014, s. 74].

Niepewność co do poprawności udzielonej odpowiedzi badana wyrażała niewerbalnie mimiką i gestem, ale i werbalnie, np. [...] *buda... buda nie pasuje tu chyba* [...]. Podobnie manifestowała swoje zniecierpliwienie z powodu braku dostępu do poszukiwanej nazw, np. [...] *do takiego, no... [...]; [...] no, do... do... ych!, ...ech... no nie wiem.*

- Niepłynności, błędy w strukturze słów: rejestrowane w odpowiedziach udzielanych przez badaną agrammatyzmy ruchowe mogą sugerować początek procesu rozpadu zautomatyzowanych procesów formułowania języka (jest on dość charakterystyczny dla wariantu logopenicznego PPA), np. [...] *A ścieżka, takie wyrazy to są takie do ch, cho, do chodzenia; [...] las nie pasuje, bo las, to jest... no lasy to jest, to jest teren y... fy, arobat z drzewami, a tamte nie są, no czymś innym [...]; [...] lekarz nie pasuje, bo lekarz jest do do do chorób ludzkich takich jakie są... coś, a... a tamte są sferzeta takie lokacie [...]; [...] no to... zwierzeta no jakieś wodne [...]; [...] oczucie ludzkie, uczucie; [...] satur, Saturn chyba nie pasuje, bo satur jest poje..., a [...].*

Wnioski

Opisywana sytuacja zadaniowa odbiega w dość dużym zakresie od sytuacji mniej sformalizowanych, w których badana znacznie lepiej radziła sobie z dysfunkcjami językowymi, ponieważ wypowiedzi dialogowe czy monologowe pozwalały jej na większą swobodę. Pacjentka miała częściowy wgląd we własne deficyty, zdarzało jej się sugerować, że dane zadanie jest trudne, jednak w chwilach pojawienia się trudności nie wycofywała się, była zainteresowana badaniem.

Pacjentka miała dość dobrze zachowaną możliwość dokonywania weryfikacji semantycznej, przy niewspółmiernie większych trudnościach w zakresie przywoływania nazw kategorii semantycznych, w mniejszym stopniu obserwowano u niej dezintegrację wiedzy o świecie i rozpad pojęć w słowniku semantycznym. Badana zazwyczaj poprawnie wskazywała niepasujący wyraz, niezależnie od tego, do jakiej kategorii należał. Nieco częściej udawało się jej przywoływać nazwy kategorii naturalnych, spośród poprawnie przywołanych nazw stanowiły one około 37%, sztuczne 33%, a nominalne 30%.

Uwagę zwraca dominująca tendencja do charakteryzowania desygnatów poprzez pryzmat ich funkcji (znacznie rzadziej cechy). Informacja na temat funkcji była dla badanej bardziej dostępna, wręcz narzucająca się; pacjentka poprzestawała na niej, nie dążąc do wyszukania nazwy kategorii semantycznej. Dużo płynniej tworzyła peryfrazy w odniesieniu do kategorii sztucznych i nominalnych niż naturalnych, prawdopodobnie dlatego, że łatwiej je definiować poprzez przywołanie nazwy kategorii semantycznej, a do tych badana miała utrudniony dostęp [por. Tabakowska, 2001, s. 33]. Istotnym objawem deficytów pamięci semantycznej

były trudności w docieraniu do specyficznych, niezbędnych dla pojęcia cech, ignorowanie cech mniej istotnych i utrzymanie wyników decyzji poznawczych w pamięci. Mniejsze trudności badana ujawniała w określeniu kategorii na podstawie dostępu do kilku jej reprezentantów, ale i tu dość często „wychodziła” poza požądane kryterium, opierając się na dostępnym skojarzeniu [por. Grossman i in., 2001, s. 265–267].

Istotnym objawem procesu degradacji/rozpadu słownika semantycznego były trudności z aktualizacją pojęć, dostrzeganiem ich znaczenia i hierarchiczności w obrębie kategorii semantycznych, szczególnie w tych mniej typowych. Trudności te wynikały zapewne z postępującej atrofii korowej [por. Apostolova i in., 2008; Szepietowska, Gawda, 2011, s. 20].

Sposób udzielania przez badaną odpowiedzi, tj. przytaczanie 2–3 ostatnich usłyszanych wyrazów, a także analiza, która obejmowała najczęściej 2–3 ostatnie wyrazy, sugeruje obecność zaburzeń słuchowej pamięci słownej zarówno bezpośredniej, rozumianej jako zdolność do utrwalania i przypominania informacji dźwiękowej, jak i operacyjnej, pojmowanej jako zdolność do przyswajania, utrwalania i przypominania określonych operacji, działań utrzymywanych w pamięci.

Mając na uwadze to, że w budowaniu i funkcjonowaniu naszej wiedzy językowej i pozajęzykowej współdziałają dwa rodzaje pamięci trwałej: semantyczna i epizodyczna¹⁵, a przetwarzanie materiału językowego w pamięci roboczej wbrew pozorom nie ogranicza się jedynie do funkcji pętli fonologicznej (ponieważ aspekty semantyczno-syntaktyczne i pragmatyczne angażują też centralny organ wykonawczy), obserwowane u pacjentki deficyty łączyć należy także z zaburzeniami wszystkich komponentów funkcji wykonawczych. Zaliczyć do nich należy [por. Kielar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014, s. 434–435]:

- 1) poziom giętkości poznawczej (czyli tzw. przerzutowość uwagi) – badana bardzo często w efekcie skupienia się na poszukiwaniu potrzebnego wyrazu traciła dostęp do uaktualnionych bądź uzyskanych danych;
- 2) hamowanie – zdolność powstrzymywania się od narzucających się reakcji;
- 3) pamięć operacyjną – umiejętność utrzymywania w pamięci informacji niezbędnych do wykonywania zadania oraz operowania nimi;
- 4) planowanie – umiejętność zorganizowania określonych działań, umożliwiających osiągnięcie celu.

Podsumowując: obserwowane u badanej znaczne obniżenie możliwości wyszukiwania nazw kategoryalnych przy względnie dobrze zachowanej możliwości dokonywania weryfikacji semantycznej to efekt m.in. spadku szybkości przetwarzania poznawczego, spadku jakości procesów przeszukiwania słownika semantycznego, zaburzeń słuchowej pamięci słownej, zaburzeń selektywności i możliwości podtrzymywania

15 Jest ona zaliczana do pamięci roboczej [por. Kurcz, Okuniewska, 2018, s. 88, 95].

uwagi, zaburzeń sterowania (proces sterowania to proces przydzielania zasobów do danego zadania, co wymaga świadomych decyzji dotyczących tego, na co warto zwracać uwagę w danej chwili), dysfunkcji połączeń pojęcie–znaczenie, zaburzeń relacji w obrębie kategorii semantycznych, a także zapewne zaburzeń koncentracji.

Literatura

- Apostolova L., Lu P., Rogers S., Dutton R., Hayashi K., Toga A., Cummings J., Thompson P., 2008, *3D mapping of language networks in clinical and pre-clinical Alzheimer's disease*, „Brain and Language”, No. 104, s. 33–41.
- Barsalou L.W., 1985, *Ideals, central tendency, and frequency of instantiation as determinants of graded structure in categories*, „Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition”, Vol. 11(4), s. 629–654.
- Berko Gleason J., Bernstein Ratner N., 2005, *Psycholingwistyka*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Domagała A., 2019, *Rozpad sprawności leksykalnych u pacjenta z otępieniem umiarkowanym w chorobie Alzheimerera*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 3, s. 45–61.
- Field J., 2004, *Psycholinguistics. The Key Concepts*, Oxon: Blackwell.
- Gliwa R., 2019, *Fluencja słowna w zakresie wybranych kategorii nazw własnych i pospolitych w przebiegu otępienia w chorobie Alzheimerera*, „Polonica”, nr 39, s. 45–70.
- Grossman M., Robinson K., Bernhardt N., Koenig Ph., 2001, *A rule-based categorization deficit in Alzheimer's Disease?*, „Brain and Cognition”, No. 45, s. 265–276.
- Grzegorzczkova R., 1996, *Filozoficzne aspekty kategoryzacji*, [w:] R. Grzegorzczkova, A. Pajdzińska (red.), *Językowa kategoryzacja świata*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 11–25.
- Herzyk A., 1996, *Pierwotna afazja postępująca*, „Audiofonologia”, nr 9, s. 41–59.
- Jodzio K., 1999, *Afazja pierwotnie postępująca*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Kielar-Turska M., Byszewska-Konieczny K., 2014, *Specyficzne właściwości posługiwania się językiem przez osoby w wieku senioralnym*, [w:] S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Biomedyczne podstawy logopedii*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 429–441.
- Kurcz I., 1976, *Psycholingwistyka: przegląd problemów badawczych*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Kurcz I., Okuniewska H., 2018, *Język jako przedmiot badań psychologicznych*, Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica.
- Łozowski P., 1994, *Czym jest prototyp w semantyce diachronicznej*, [w:] H. Kardela (red.), *Podstawy gramatyki kognitywnej*, Warszawa: Biblioteka Myśli Semiotycznej, s. 243–254.
- Maćkiewicz J., 1999, *Kategoryzacja a językowy obraz świata*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Maruszewski T., 2011, *Psychologia poznania. Umysł i świat*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Medin D.L., Lynch E.B., Solomon K.O., 2000, *Are there kinds of concepts?*, „Annual Review of Psychology”, No. 51, s. 121–147.
- Nęcka E., Orzechowski J., Szymura B., 2007, *Psychologia poznawcza*, Warszawa: Wydawnictwo SWPS Academica.
- Olszewski H., 2008, *Otępienie czołowo-skroniowe. Ujęcie neuropsychologiczne*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Pąchalska M., 2007, *Neuropsychologia kliniczna. Urazy mózgu*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rakinson D.H., Oakes L.M., 2003, *Early Category and Concept Development*, New York: Oxford University Press.
- Rende B., Ramsberger G., Miyake A., 2002, *Commonalities and differences in the working memory components underlying letter and category fluency task: A dual task investigation*, „Neuropsychology”, Vol. 16(3), s. 309–321.
- Rutkiewicz-Hanczewska M., 2016, *Neurobiologia nazywania. O anomii własnej i apelatywnej*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- Rzepa T., 1985, *Język jako narzędzie procesu kategoryzacji*, „Studia Philosophiae Christianae”, nr 21/2, s. 169–175.
- Sitek E.J., Barczak A., Kluj-Kozłowska K., Harciarek M., 2018, *Afazja pierwotnie postępująca – diagnostyka różnicowa i terapia*, [w:] W. Tłokiński, S. Milewski, K. Kaczorowska-Brey (red.), *Gerontologia*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 488–522.
- Sitek E.J., Barczak A., Senderecka M., 2017, *Zastosowanie jakościowej analizy profilu wykonania skali ACE-III w diagnostyce różnicowej chorób otępiennych*, „Aktualności Neurologiczne”, nr 17(1), s. 34–41.
- Szczepańska-Gieracha J., Greń G., Morga P., 2014, *Zaburzenia językowe w chorobie Alzheimera*, „Gerontologia Współczesna”, t. 2, nr 2, s. 73–75.
- Szepietowska E.M., 2000, *Badanie neuropsychologiczne. Procedura i ocena*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Szepietowska E.M., Gawda B., 2011, *Ścieżkami fluencji werbalnej*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Tabakowska E., 1995, *Nauka dla wszystkich. Gramatyka i obrazowanie. Wprowadzenie do językoznawstwa kognitywnego*, Kraków: Wydawnictwo Oddziału PAN.
- Tabakowska E., 2001, *Kognitywne podstawy języka i językoznawstwa*, Kraków: Wydawnictwo Universitas.
- Taylor J.R., 2001, *Kategoryzacja w języku. Prototypy w teorii językowej*, Kraków: Wydawnictwo Universitas.
- Troyer A.K., Moscovitch M., Winocur G., Alexander M.P., Stuss D., 1998, *Clustering and switching on verbal fluency: the effects of focal frontal and temporal-lobe lesions*, „Neuropsychologia”, No. 36, s. 499–504.
- Wierzbicka A., 1999, *Język – umysł – kultura*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Woźniak J., 2000, *Kategoryzacja*, Warszawa: Wydawnictwo Stowarzyszenia Bibliotekarzy Polskich.
- Zawadzka E., 2013, *Świat w obrazach u osób po udarze mózgu*, Warszawa: Wydawnictwo Difin.



© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland.
This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Data złożenia: 10.04.2022. Data przyjęcia: 17.10.2022.

Kamil Jaros* 

Zaburzenia głosu a trema przed występem. Skala samopoczucia dzieci i młodzieży przed występem – walidacja narzędzia badawczego

Voice Disorders and Performance Anxiety. Children and Youth Stage Fright Scale – Tool Validation

Słowa kluczowe: trema, wystąpienia publiczne, emisja głosu, psychogenne zaburzenia głosu

Keywords: stage fright, performance, voice production, psychogenic voice disorders

Streszczenie

Trema to jedno z najczęstszych zjawisk odczuwanych przed wystąpieniami publicznymi. Istotnym powodem pomiaru tremy jest jej negatywny wpływ na zdrowie i emisję głosu dzieci i młodzieży. W literaturze światowej istnieją teorie, które opisują zjawisko tremy i jej implikacje dla emisji głosu. Niestety, brakuje narzędzi do badania tremy przed występem, które byłyby przeznaczone dla dzieci i młodzieży oraz zawierałyby jednocześnie kontekst pracy głosem. Celem tego artykułu jest krótka charakterystyka tremy i zaburzeń głosu o podłożu psychogennym oraz przedstawienie autorskiego narzędzia stworzonego na podstawie trójczynnikowej teorii konstruktów tremy. W tekście opisane są kolejne etapy powstawania kwestionariusza, analiza czynnikowa i wyłanianie skal. Wyniki analiz potwierdziły trójczynnikową konstrukcję narzędzia i sugerują, że skala może okazać się trafnym kwestionariuszem do badania tremy.

* Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Instytut Wspomagania Rozwoju Człowieka i Edukacji, Zakład Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej, ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa, e-mail: kjaros@aps.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0002-4056-4068>

Abstract

Stage fright is one of the most common phenomena before performance. An important reason for measuring stage fright is negative impact on the health and voice production of children and youth. There are theories in world literature that describe the phenomenon of stage fright and implications for voice. Unfortunately, there are no tools for testing performance anxiety that would be intended for children and youth, and would also include the context of voice production. The aim of this article is to briefly describe stage fright and psychogenic voice disorders and present a tool based on the three-factor theory of stage fright constructs. The text describes the stages of creating the questionnaire, factor analysis and the selection of scales. The results of the analyzes confirmed the 3-factor structure of the tool and suggest that the scale may prove to be a valid questionnaire for examining stage fright in children and youth.

Wprowadzenie

Wystąpienia artystyczne i publiczne przemowy to procesy polegające na zaprezentowaniu się osoby bezpośrednio przemawiającej do publiczności skupionej wokół niej. Jest to celowy sposób przekazu informacji, wywierania wpływu lub niekiedy po prostu rozrywki. Przemawianie publiczne jest powszechnie rozumiane jako formalna, bezpośrednia rozmowa jednej osoby z grupą słuchaczy [Shyam, Joy, 2016]. Z powyższych względów występy i wystąpienia publiczne postrzegane są również jako formy jednostronnego komunikowania się z grupą odbiorców [Winkler, 2006] i nie muszą być kojarzone jedynie ze sceną i środowiskiem artystycznym.

Wspomniana wyżej komunikacja, lub inaczej porozumiewanie się, to jedna z niezbędnych potrzeb człowieka, która jednocześnie stanowi główną motywację dziecka do przyswajania języka [Zalewska, 2002–2003]. Z kolei podstawowym warunkiem potrzebnym do zaspokojenia komunikacji jest poprawna emisja głosu [Kaźmierczak, 2018]. Prawidłowe tworzenie głosu i wyrazistość artykulacji warunkują zatem proces porozumiewania się. Głos powstaje w wyniku współdziałania trzech systemów: oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego [Gębska, Weber-Nowakowska, Żyźniewska-Banaszak, 2014]. Emisja głosu jest możliwa dzięki zdrowej, niezakłóconej współpracy tych trzech systemów. Istnieją jednak czynniki, które mogą utrudniać ten proces i tym samym komunikację [Jaros, 2022]. Takim czynnikiem może być na przykład trema.

Trema (wł. *tremare* – ‘drżeć’, ‘bać się’; łac. *tremere* – ‘trząść się’) w *Słowniku języka polskiego PWN* definiowana jest jako „podniecenie połączone ze zdenerwowaniem, objawiające się przed publicznym wystąpieniem”. Według Jolanty Kępińskiej-Welbel:

Trema jest to dynamiczny proces psychiczny związany z publicznym wykonaniem utworów muzycznych, gdy wykonawca spodziewa się oceny ze strony słuchaczy. W procesie tym

zachodzi interakcja komponentów emocjonalnych i poznawczych spowodowana niepewnością ocen własnego wykonania lub oczekiwaniem ocen negatywnych. Procesowi temu towarzyszą zwykle negatywne emocje takie jak strach, lęk, poczucie winy, wstyd, rozczarowanie, smutek, złość, z charakterystycznymi dla nich nieprzyjemnymi objawami ze strony układu vegetatywnego [Kępińskiej-Welbel, 1991, s. 1].

Choć powyższa definicja powstała w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku, to późniejsi badacze postrzegają tremę podobnie – jako zjawisko trójczynnikowe, w którym dochodzi do interakcji między komponentami:

- somatycznymi: reakcje sercowo-naczyniowe, układu oddechowego, zaburzenia pracy żołądka i jelit, wzrost napięcia mięśniowego, zwiększone wydzielanie potu, podwyższona temperatura, czasami także zaburzenia widzenia, słuchu, drżenie kończyn, wysychanie ust czy pocenie się rąk [Raducanu, 2010; Szulc, Olszak, 2012; Curyło-Sikora, 2017];
- poznawczymi: do tych objawów należą te schematy myślenia i postępowania, które człowiek ustalił w toku całego życia; może to być lęk przed popełnieniem błędu czy lęk przed oceną publiczności; osobom, którym dokuczają trema, obsesyjnie towarzyszą myśli dotyczące porażki i niepowodzenia podczas występu („na pewno się pomylę”), pojawienia się luk pamięciowych, a także dekoncentracja, uczucie zamętu w głowie, zwątpienie i brak wiary we własne możliwości i sprośanie podjętemu zadaniu; te obawy są często nieuzasadnione w stosunku do posiadanego talentu, poziomu przygotowania, umiejętności i wyszkolenia [Salmon, 1990; Raducanu, 2010; Szulc, Olszak, 2012; Curyło-Sikora, 2017];
- emocjonalnymi: odczucia takie jak „wyłączenie się”, nasilenie niepokoju, lęku i strachu, silny stres, wstyd, złość, smutek, gniew [Kępińska-Welbel, 1991; Raducanu, 2010; Szulc, Olszak, 2012; Curyło-Sikora, 2017].

Powyższa charakterystyka ukazuje tremę przede wszystkim jako zjawisko nie-sprzyjające funkcjonowaniu artysty i wykonawcy, jako czynnik zakłócający czy osłabiający wykonanie, wystąpienie, mogący mieć negatywny wpływ na efekty, karierę i zdrowie występującej osoby [Bascomb, 2019]. W jej następstwie mogą pojawiać się blokady, które uniemożliwiają osobie korzystanie z własnych umiejętności [Curyło-Sikora, Wrona-Polańska, 2018]. W trakcie wystąpień publicznych w tremie może dojść także do nerwicowych zaburzeń pracy głosem [Lewandowska-Tarasiuk, 2001; Rubin, Greenberg, 2002], co znacząco wpływa na jakość głosu czy artykulacji, a w konsekwencji utrudnia słuchaczom-odbiorcom percepcję. Badania przeprowadzone w grupie zawodowych śpiewaków wskazują, że u osób z wyższym poziomem neurotyzmu i większą podatnością na stres diagnozuje się również zaburzenia głosu [Scech, 2021], stąd przesłanka, by zwrócić szczególną uwagę na relację między tremą, lękiem i funkcjonowaniem głosu również u dzieci, a przy eksploracji obszaru tremy uwzględniać jednocześnie kontekst pracy głosem.

Dowodzono, że na podłożu lękowym mogą pojawiać się zakłócenia pracy głosu, które prowadzą do zaburzeń głosu i w konsekwencji do dysfonii psychogennej. Jest to zaburzenie głosu o podłożu psychogennym, które wynika z mechanizmów obronnych w postaci konwersji i somatyzacji [Jaros, 2022]. W efekcie dochodzi do zaburzeń funkcji krtani i utrudnienia pracy głosem, co może znacząco wpłynąć na wystąpienia publiczne. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 (tak samo jak DSM-5) uznaje dysfonię psychogenną za zaburzenie konwersyjne z objawami lub deficytem motorycznym (F44.4). Czynnikiem prowadzącym do rozwoju zaburzenia jest trauma psychiczna, długotrwały stres lub konflikt wewnętrzny [Lewczuk, 2004]. Wspomniany konflikt lub trauma mogą mieć początek w nieprzyjemnych wspomnieniach dziecka dotyczących negatywnych odczuć związanych z wystąpieniami publicznymi. Pojawiający się stres przynosi negatywne konsekwencje dla układu fonacyjnego, a pojawiające się problemy z głosem mogą nasilać zaburzenia psychogenne [Rubin, Greenberg, 2002]. Opisany schemat zaczyna więc działać na zasadzie sprzężenia zwrotnego, gdzie skutek zjawiska pogłębia jego przyczynę. Jedne z najbardziej charakterystycznych objawów dysfonii psychogennej to zwiększone napięcie mięśni krtani, chrypka, osłabienie głosu, szorstkość barwy, drżenie głosu itp. [Maniecka-Aleksandrowicz, Domeracka-Kołodziej, 2004]. Wymienione objawy mogą rodzić obawy, nasilać treść i wpływać na jakość głosu w trakcie wystąpienia.

Zjawisko tremy wciąż rodzi wiele pytań, dotychczasowe doniesienia często mają istotne braki metodologiczne (zwłaszcza w zakresie monitorowanych zmiennych, doboru osób badanych, braku grup kontrolnych itd.) lub dotyczą wyłącznie muzyków czy osób dorosłych. Dodatkowo nawet same czynniki przyczyniające się do odmiennych doświadczeń tremy (przystosowawcze lub adaptacyjne) również jeszcze nie są dla badaczy jasne [Papageorgi, 2022]. Wiadomo jednak, że stres na scenie i nieradzenie sobie ze stanem emocjonalnym mają negatywny wpływ na zdrowie młodzieży. Pojawiające się w efekcie stresu blokady uniemożliwiają dziecku prezentację własnych umiejętności [Curyło-Sikora, Wrona-Polańska, 2018]. Chociaż występy publiczne są ważnym elementem procesu edukacji (odpowiadanie przed klasą, wystąpienia na uroczystościach szkolnych, konkursach itp.), minimalną uwagę poświęca się doświadczeniom dzieci w odniesieniu do ich lęku przed publicznym wystąpieniem. Tymczasem niepowodzenie w radzeniu sobie z sytuacjami lękowymi i stresorami w środowisku szkolnym może mieć negatywny wpływ nie tylko na bieżące wyniki edukacyjne dzieci, ale także na ich zdrowie w przyszłości [Fernández-Sogorb i in., 2021]. Wyniki badań naukowych pokazują również, jak skutki tremy negatywnie oddziałują na samopoczucie i zdrowie badanych [Ryan, 2005]. Aż 25% uczniów szkół muzycznych ocenia swoje zdrowie jako złe, podczas gdy ponad 50% doświadcza wysokiego poziomu stresu scenicznego [Curyło-Sikora, Wrona-Polańska, 2018]. Dzięki monitorowaniu tremy i próbie obniżenia poziomu stresu przed wystąpieniem ekspresja nabywanych umiejętności byłaby swobodniejsza, a trema pozostałaby jedynie elementem zdrowej, nieparaliżującej motywacji [Curyło-Sikora, Wrona-Polańska, 2018]. W kontekście redukcji poziomu

najczęściej do tej pory badano zastosowanie terapii poznawczo-behavioralnej (CBT) i beta-adrenolityków z odnotowaniem korzystnych wyników dla CBT. Jednak badania z odpowiednimi grupami kontrolnymi nad interwencjami oraz pracą z tremą są nadal konieczne, aby wzbogacić praktykę pedagogiczną w tym obszarze. Ponieważ w prowadzonych badaniach często występują niejasności metodologiczne, zwłaszcza w doborze uczestników i rejestrowaniu czynników wpływających, badacze zalecają dalszą eksploatację tej dziedziny [Fernholz i in., 2019].

Wobec powyższych doniesień badawczych wydaje się, że trema powinna być zdecydowanie częściej przedmiotem analiz, ponieważ jest wyraźnie postrzegana jako trudny problem zarówno zdrowotny, jak i społeczny. Monitorowanie jej poziomu u dzieci i młodzieży, ocena nasilenia poszczególnych czynników, a także praca nad redukowaniem jej są zatem nie tylko zasadne, ale i konieczne.

Istniejące obecnie narzędzia do pomiaru tremy przed występem zostały skonstruowane z myślą o osobach dorosłych albo doświadczonych muzykach, dlatego nie są wystarczające do pomiaru poziomu tremy u dzieci w wieku 8–11 lat oraz pod względem kontekstu związku tremy i pracy głosem w trakcie wystąpień publicznych. Według powyższych doniesień zjawisko tremy związane jest ściśle z emocjami, a jednym z czynników wpływających na proces regulacji emocji jest właśnie wiek, co potwierdzają wyniki badań [Silvers i in., 2012]. Narzędziem stworzonym w latach osiemdziesiątych XX wieku jest *Kwestionariusz tremy*, skonstruowany na podstawie doświadczeń koncertujących zawodowo muzyków [Nagel, Himle, Papsdorf, 1989]. Z kolei zwalidowany w 2005 roku inwentarz (MPAI-A) *Music Performance Anxiety Inventory for Adolescents* (od 12 do 19 lat) potwierdza zastosowanie tego testu jako narzędzia przesiewowego w kierunku oceny lęku przed występem muzycznym u młodych muzyków [Osborne, Kenny, Holsomback, 2005]. Kolejnym narzędziem, które diagnozuje podobny obszar funkcjonowania człowieka, jest *Skala Samopoczucia Muzyka przed Występem*, przełożona na język polski. Składa się ona z dwudziestu stwierdzeń dotyczących koncertu muzycznego. Zadaniem osoby badanej jest oznaczenie stopnia zgodności stwierdzenia z własnymi przekonaniem i odczuciami [Tokarz, Kaleńska, 2005].

Żadne z powyższych narzędzi nie jest jednak odpowiednie do badania tremy u wykonawcy postrzeganego w kategorii mówcy, nie jest także właściwe do badania dzieci. W odpowiedzi na zauważalną lukę w tym obszarze zdecydowano się skonstruować kwestionariusz oparty na teorii trójczynnikowej budowy tremy, przystosowany także dla młodszej grupy odbiorców. Stworzenie kwestionariusza pozwalającego mierzyć poziom samopoczucia dzieci przed występem pozwoli wypełnić lukę w przestrzeni naukowej dotyczącej badania poziomu poszczególnych składników tremy u dzieci i młodzieży w sytuacji wystąpienia publicznego. Narzędzie może również zostać wykorzystane w praktyce pedagogicznej do oceny postępów w trakcie pracy nad obniżaniem poziomu tremy, aby zapobiegać jej negatywnym skutkom, na przykład w obszarze pracy głosu. Potwierdzenie

skuteczności narzędzia może zaowocować szerszym zastosowaniem do badań przesiewowych zajmujących się oceną poziomu tremy, a także dalszą eksploracją dotyczącą oceny, czy poziom nasilenia poszczególnych czynników tremy może maleć w zależności od sytuacji lub rosnącego doświadczenia w występach publicznych.

Tworzenie Skali Samopoczucia Dzieci i Młodzieży przed Występem

Badanie pilotażowe

Podczas pracy nad Skalą Samopoczucia Dzieci i Młodzieży przed Występem przeprowadzono badanie pilotażowe podczas zajęć z różnymi grupami dzieci w wieku 8–15 lat ($N = 80$) w jednej z oświatowych placówek edukacyjno-artystycznych na terenie Warszawy. W trakcie badania przedstawiono dzieciom proponowane w kwestionariuszu stwierdzenia i poproszono o udzielenie informacji zwrotnej, czy treści są przedstawione w sposób czytelny, zrozumiały oraz jaki jest ich stopień trudności. Rozmawiano także o tym, czy wymienione w kwestionariuszu objawy tremy faktycznie towarzyszą im przed występem publicznym. Informacje zwrotne oraz sygnały dotyczące prostej i przystępnej formuły kwestionariusza uwzględniono przy konstruowaniu pierwszej wersji narzędzia, wykorzystanej do pierwszego etapu badania. Zaproponowano również trójstopniową kafeterię odpowiedzi (1–3). Zadaniem osoby badanej było wybranie jednej z trzech odpowiedzi: 1) „nigdy”, jeżeli nigdy albo prawie nigdy nie czuje się przed występem w taki sposób; 2) „czasami”, jeżeli czasami czuje się tak przed występem; 3) „zawsze”, jeśli zawsze albo prawie zawsze tak się czuje przed występem. Narzędzie zostało nazwane skalą, gdyż często czołowi badacze tak właśnie nazywają podobnie zbudowane testy czy kwestionariusze [Deary i in., 2004; Tokarz, Kaleńska-Rodzaj, 2005; Tuz-Hrycyna, Sielska-Badurek, 2017; Hansen i in., 2018].

Stwierdzenia zawarte w pierwszej części narzędzia przedstawiono w tabeli 1. W instrukcji dla badanych zamieszczono krótką informację na temat specyfiki i charakteru występów publicznych oraz tego, jak mogą one wpływać na ciało, myśli i emocje osoby występującej. Poproszono, by uważnie przeczytać opisaną przykładową sytuację i listę stwierdzeń, a następnie zastanowić się, które z nich pasują i odwołują się do własnych doświadczeń.

Uczestnicy badania zostali dobrani metodą kuli śnieżnej. Badanie realizowane było w formie ankiety online oraz w wersji papier-olówek. Badaniami objęto dzieci i młodzież w wieku 7–18 lat. Łącznie uczestniczyło w nich 326 osób (182 dziewczęta i 144 chłopców), średnia wieku wyniosła $M = 12,09$ ($SD = 2,58$). Przed rozpoczęciem badania papier-olówek zebrano od rodziców/opiekunów pisemne zgody na udział dzieci w badaniu, w przypadku wypełniania wersji online rodzice udostępniali

dziecku ankietę, co było równoznaczne z udzieleniem przez nich zgody. W sytuacji trudności w czytaniu ankietę czytał dziecku rodzic lub nauczyciel. Respondenci/respondentki otrzymali taką samą instrukcję wypełniania kwestionariusza, jaką sformułowano w badaniu pilotażowym.

Tabela 1. Pierwsza wersja Skali Samopoczucia Dzieci i Młodzieży przed Występem

	Stwierzenia		Stwierzenia
1	Czuję, że serce bije mi szybciej.	20	Ogarnia mnie strach.
2	Chcę mi się płakać.	21	Martwię się, że zapomnę lub pomylę tekst.
3	Martwię się, że mój głos źle zabrzmiał.	22	Pocą mi się dłonie.
4	Czuję ból albo ściskanie brzucha.	23	Jestem przestraszony/przestraszona.
5	Niepokoje się.	24	Martwię się, że mój głos zabrzmiał nieczysto.
6	Martwię się, że mój występ się nie spodoba.	25	Jest mi gorąco.
7	Czuję ucisk (gulę) w gardle.	26	Boję się.
8	Jestem zdenerwowany/zdenerwowana.	27	Martwię się, że mogę mieć problem z wydobyciem głosu.
9	Martwię się, że mogę zgubić rytm.	28	Mam sucho w ustach.
10	Drżą mi ręce lub nogi albo jedno i drugie naraz.	29	Jestem przygnębiony/przygnębiona.
11	Wstydzę się.	30	Martwię się, że zabraknie mi oddechu.
12	Martwię się, że mój występ będzie porażką.	31	Mam mroczki przed oczami.
13	Drży mi głos.	32	Stresuję się.
14	Jestem smutny/smutna.	33	Martwię się, że nie dotrważę do końca występu i ucieknę.
15	Martwię się, że widzowie będą się ze mnie śmiać.	34	Mam przyspieszony oddech.
16	Mam napięte mięśnie.	35	Czuję się otumaniony/otumaniona.
17	Czuję niepokój.	36	Martwię się, że widzownia źle mnie oceni.
18	Martwię się, że jak pójdzie mi źle, to już więcej nie wystąpię.	37	Słyszę pisk w uszach.
19	Mam zimne dłonie.		

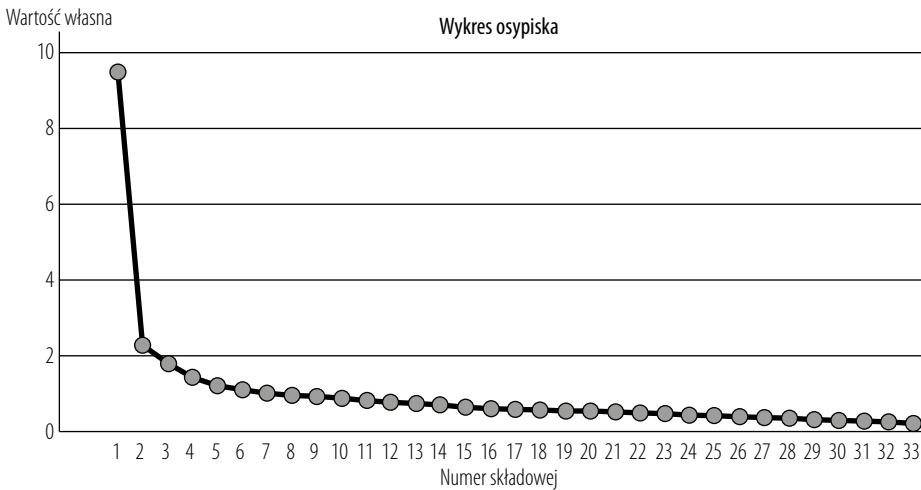
Źródło: opracowanie własne.

Badanie główne

Badanie pilotażowe pokazało, że sformułowania są zrozumiałe również dla dzieci młodszych. Istnieją narzędzia, którymi bada się dzieci już w wieku od 7 lat, na przykład CVHI. W Polsce zostało ono zaadaptowane, zwalidowane i jest wykorzystywane w badaniach samooceny głosu dzieci [Ricci-Maccarini i in., 2013; Tuz-Hrycina, Sielska-Badurek, 2017]. Ponieważ w przestrzeni naukowej brakuje narzędzia do badania tremy wśród dzieci poniżej dwunastego roku życia, to ze względu na przytoczone argumenty postanowiono dedykować niniejsze narzędzie również dzieciom młodszych.

Rezultaty badania

W pierwszym etapie badania przeprowadzono analizę czynnikową wyników Skali Samopoczucia Dzieci i Młodzieży przed Występem, aby wyłonić możliwe skale narzędzia. Rysunek 1 przedstawia wykres osypiska.



Rysunek 1. Wykres osypiska dla Skali Samopoczucia Dzieci i Młodzieży przed Występem

Źródło: opracowanie własne.

Analiza wykresu osypiska wskazuje na wypłaszczenie wykresu przy czynniku czwartym i zmniejszenie nachylenia od czynnika piątego. Sugerowałoby to przyjęcie rozwiązania czteroczynnikowego, jednakże w toku dalszych analiz dla takiego rozwiązania okazało się, że czynnik czwarty jest „ładowany” jedynie przez cztery stwierdzenia, co zdecydowanie zaburzało proporcje i konstrukcję narzędzia. W związku z tym zdecydowano się na rozwiązanie trójczynnikowe – odpowiadające założeniom teoretycznym narzędzia, wyjaśniające 41,26% wariacji zmiennych, co przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Całkowita wyjaśniona wariancja

Składowa	Początkowe wartości własne			Sumy kwadratów ładunków po wyodrębnieniu		
	Ogółem	Proc. wariacji	Proc. skumulowany	Ogółem	Proc. wariacji	Proc. skumulowany
1	9,502	28,793	28,793	9,502	28,793	28,793
2	2,268	6,873	35,666	2,268	6,873	35,666
3	1,846	5,595	41,261	1,846	5,595	41,261

Źródło: opracowanie własne.

Wyłonione składowe nazwano kolejno: 1) objawy somatyczne, 2) stan poznawczy i 3) stan emocjonalny. Ładunki czynnikowe trzech wyodrębnionych w toku analiz czynników przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Wyniki analizy czynnikowej dla Skali Samopoczucia Dzieci i Młodzieży przed Występem – macierz modelowa

Stwierdzenia	1 – objawy somatyczne	2 – stan poznawczy	3 – stan emocjonalny
22. Pocą mi się dłonie.	0,633		
25. Jest mi gorąco.	0,556		
31. Mam mroczki przed oczami.	0,542		
10. Drżą mi ręce lub nogi albo jedno i drugie naraz.	0,518		
7. Czuję ucisk (gulę) w gardle.	0,505		
28. Mam sucho w ustach.	0,491		
16. Mam napięte mięśnie.	0,486		
34. Mam przyspieszony oddech.	0,467		
35. Czuję się otumaniony/otumaniona.	0,466		
4. Czuję ból albo ściskanie brzucha.	0,431		
1. Czuję, że serce bije mi szybciej.	0,427		
19. Mam zimne dłonie.	0,424		
13. Drży mi głos.	0,306		
36. Martwię się, że widownia źle mnie oceni.		-0,733	
12. Martwię się, że mój występ będzie porażką.		-0,711	
15. Martwię się, że widzowie będą się ze mnie śmiać.		-0,703	
6. Martwię się, że mój występ się nie spodoba.		-0,698	
24. Martwię się, że mój głos zabrzmie nieczysto.		-0,609	
9. Martwię się, że mogę zgubić rytm.		-0,607	
3. Martwię się, że mój głos źle zabrzmie.		-0,581	
18. Martwię się, że jak pójdzie mi źle, to już więcej nie wystąpię.		-0,575	
27. Martwię się, że mogę mieć problem z wydobyciem głosu.		-0,512	
21. Martwię się, że zapomnę lub pomylę tekst.		-0,494	
33. Martwię się, że nie dotrważę do końca występu i ucieknę.		-0,452	
30. Martwię się, że zabraknie mi oddechu.		-0,391	
5. Niepokoję się.			-0,715
32. Stresuję się.			-0,659
20. Ogarnia mnie strach.			-0,656
17. Czuję niepokój.			-0,625
26. Boję się.			-0,622
23. Jestem przestraszony/przestraszona.			-0,591
8. Jestem zdenerwowany/zdenerwowana.			-0,574
11. Wstydzę się.			-0,461

Tabela 3. (cd.)

Stwierdzenia	1 – objawy somatyczne	2 – stan poznawczy	3 – stan emocjonalny
Rzetelność skal	$\alpha = 0,81$	$\alpha = 0,87$	$\alpha = 0,86$

Uwaga: Metoda wyodrębniania czynników – głównych składowych. Metoda rotacji – Oblimin z normalizacją Kaisera.

Źródło: opracowanie własne.

Rzetelność skal kwestionariusza ustalono, obliczając współczynnik alfa Cronbacha. Rzetelność całkowita narzędzia wyniosła $\alpha = 0,92$. Pierwszy czynnik, nazwany „objawy somatyczne”, jest „ładowany” przez 13 stwierdzeń. Stwierdzenia wchodzące w skład tego czynnika opisują odczucia psychosomatyczne doświadczane w tremie, czyli objawy ze strony wegetatywnego układu nerwowego. Drugą składową, nazwaną „stan poznawczy”, „ładuje” 12 stwierdzeń. Dotyczą one tych schematów myślenia, które człowiek ustalił w toku całego życia i które wiążą się z nasilonym myśleniem o niepowodzeniu podczas wystąpienia. Trzecia składowa została nazwana „stan emocjonalny”. Składa się na nią 8 stwierdzeń. Stwierdzenia „ładujące” czynnik trzeci dotyczą objawów sfery emocjonalnej przed wystąpieniem; w jej skład wchodzi między innymi strach czy niepokój.

Powyższa trójczynnikowa struktura kwestionariusza potwierdza założenia teoretyczne wykorzystane do zbudowania narzędzia. Podczas analizy cztery wymienione poniżej stwierdzenia osiągnęły niewystarczającą wartość ładunków czynnikowych ($< 0,3$), w wyniku czego postanowiono usunąć je z kwestionariusza: 2. Chcę mi się płakać; 14. Jestem smutny/smutna; 29. Jestem przygnębiony/przygnębiona; 37. Słyszę pisk w uszach.

Podsumowanie i dyskusja

Trema jest konstruktem spokrewnionym z lękiem, sferą poznawczą, somatyczną i towarzyszy ludziom podczas występu przed publicznością. Można mówić o tremie wśród artystów (aktorów, muzyków), ale także wśród wszystkich osób (także dzieci), które muszą zmierzyć się lękiem pojawiającym się podczas wystąpień przed innymi ludźmi, szczególnie kiedy grozi im ocena z ich strony [Szulc, Olszak, 2012]. Nieodłącznym elementem związanym z publicznym przemawianiem jest emisja głosu, która jest możliwa dzięki niezakłóconej pracy systemu oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnego. Układ ten jest niezwykle wrażliwy, a jego niezakłócona praca zależy w dużej mierze od poziomu tremy. Pojawiające się na skutek stresu, lęku, traumy objawy dysfonii prowadzą następnie do konsekwencji emocjonalnych, które z kolei wzmacniają negatywne zmiany w głosie. Stan emocjonalny związany z tremą może następnie wywoływać czynnościowe zmiany w narządzie głosowym [Rubin, Greenberg, 2002]. Negatywne skutki tremy opisywane przez badaczy nie pozostawiają

wątpliwości co do jej wpływu na głos oraz stanowią o konieczności badania i monitorowania tego zjawiska.

W artykule przedstawiono proces tworzenia narzędzia przeznaczonego do badania poziomu tremy u dzieci i młodzieży – Skali Samopoczucia Dzieci i Młodzieży przed Występem. Scharakteryzowano wielowymiarowe zjawisko tremy, jej trójczynnikową konstrukcję (komponenty somatyczne, poznawcze i emocjonalne), na podstawie której stworzono Skalę Samopoczucia Dzieci i Młodzieży przed Występem. Następnie opisano implikacje dla zdrowia i emisji głosu dzieci i młodzieży. Przybliżone zostały objawy zaburzeń głosu występujących na tle psychogennym. Przedstawiono kolejne etapy tworzenia narzędzia przy uwzględnieniu informacji zwrotnych zdobytych podczas badania pilotażowego. Wyniki eksploracyjnej analizy czynnikowej potwierdziły założenia teoretyczne koncepcji trójczynnikowej tremy. Wyodrębniono trzy czynniki narzędzia. Wskutek ewaluacji kwestionariusza zdecydowano się usunąć cztery stwierdzenia, które miały wartość ładunku czynnikowego niższą niż 0,3.

Chociaż właściwości psychometryczne Skali Samopoczucia Dzieci i Młodzieży przed Występem na próbie uczniów szkół publicznych są obiecujące, konieczne są dalsze badania w różnych populacjach, aby w pełni potwierdzić te wyniki. W kolejnych etapach badań planuje się przedstawić opracowany kwestionariusz kolejnej grupie respondentów wraz z trzema innymi narzędziami mierzącymi podobne i zupełnie różne cechy. Ważnym celem są kolejne analizy: trafności kryterialnej i różnicowej oraz konfirmacyjna analiza czynnikowa. Dodatkowo potrzebne są dalsze badania, mające na celu ocenę stabilności test-retest oraz ocenę poziomu tremy przy użyciu niniejszej skali. Pierwsze rezultaty badania zaowocowały stworzeniem wstępnej wersji Skali Samopoczucia Dzieci i Młodzieży przed Występem, która po zakończeniu procesu walidacji może okazać się cennym narzędziem dla praktyki pedagogicznej, skutecznym podczas monitorowania poziomu tremy również wśród młodszych osób, z uwzględnieniem kontekstu pracy głosem, oraz otwiera możliwości badań, które zapewniłyby ocenę praktycznych interwencji – ich celem będzie redukcja poziomu tremy u dzieci i młodzieży.

Literatura

- Bascomb J.S., 2019, *Performing Arts and Performance Anxiety*, „Theses, Dissertations and Capstones”, 1184.
- Curyło-Sikora P., 2017, *Radzenie sobie z treścią a zdrowie młodzieży uzdolnionej muzycznie*, rozprawa doktorska, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Katowice.
- Curyło-Sikora P., Wrona-Polańska H., 2018, *Zdrowie młodzieży uzdolnionej muzycznie w kontekście radzenia sobie z treścią*, „Psychologia Rozwojowa”, t. XXIII, nr 1, s. 89–101.
- Deary I.J., Webb A., MacKenzie K., Wilson J.A., Carding P.N., 2004, *Short, self-report voice symptom scales: psychometric characteristics of the voice handicap index-10 and the vocal performance questionnaire*, „Otolaryngology – Head and Neck Surgery”, vol. CXXXI, No. 3, s. 232–235.
- Fernández-Sogorb A., Sanmartín R., Vicent M., González C., 2021, *Identifying profiles of anxiety in late childhood and exploring their relationship with school-based distress*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, vol. XVIII, No. 3, 948.
- Fernholz I., Mumm J.L.M., Plag J., Noeres K., Rotter G., Willich S.N., Ströhle A., Berghöfer A., Schmidt A., 2019, *Performance anxiety in professional musicians: a systematic review on prevalence, risk factors and clinical treatment effects*, „Psychological Medicine”, vol. XLIX, No. 14, s. 2287–2306.
- Gębska M., Weber-Nowakowska K., Żyżniewska-Banaszak E., 2014, *Zastosowanie techniki fonacyjno-oddechowo-artykulacyjnej jako formy profilaktyki i rehabilitacji zaburzeń emisji głosu u nauczycieli*, „Hygeia Public Health”, t. XLIX, nr 2, s. 209–214.
- Hansen A.G., Zhang C., Loven J.Ø., Berdal-Sørensen H., TarAngen M., Høy R., 2018, *A questionnaire using vocal symptoms in quality control of phonosurgery: vocal surgical questionnaire*, „BMC Ear, Nose and Throat Disorders”, vol. XVIII, No. 1, s. 1–7.
- Jaros K., 2022, *Ryzyko i konsekwencje zaburzeń głosu występujących po chorobie COVID-19 oraz ich wpływ na pracę nauczyciela*, [w:] K. Białożył-Wielonek (red.), *Wybrane aspekty funkcjonowania rynku pracy w czasie pandemii COVID-19. Inspiracje dla pedagogiki*, Kraków: Wydawnictwo Scriptum, s. 51–66.
- Każmierczak M., 2018, *Wpływ zaburzeń głosu na jakość interakcji komunikacyjnej w ocenie studentów kierunków filologicznych*. „Otolaryngologia – Przegląd Kliniczny”, t. XVII, nr 1, s. 29–35.
- Kępińska-Welbel J., 1991, *Treść u muzyków. Materiały z I Międzynarodowej Konferencji Psychologii Muzyki*, Radziejowice, maszynopis.
- Lewandowska-Tarasiuk E., 2001, *Sztuka występów publicznych*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Lewczuk J., 2004, *Zjawisko konwersji w ujęciu psychoanalitycznym*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 2, s. 39–54.
- Maniecka-Aleksandrowicz B., Domeracka-Kołodziej A., 2004, *Dysfonia i chrypka*, „Magazyn Otolaryngologiczny”, t. I, nr 9, s. 17–25.
- Nagel J.J., Himle D.P., Papsdorf J.D., 1989, *Cognitive-behavioural treatment of musical performance anxiety*, „Psychology of Music”, vol. XVII, No. 1, s. 12–21.
- Osborne M.S., Kenny D.T., Holsomback R., 2005, *Assessment of music performance anxiety in late childhood: A validation study of the Music Performance Anxiety Inventory for Adolescents*, „International Journal of Stress Management”, vol. XII, No. 4, s. 312–330.
- Papageorgi I., 2022, *Prevalence and predictors of music performance anxiety in adolescent learners: contributions of individual, task-related and environmental factors*, „Musicae Scientiae”, vol. XVI, No. 1, s. 101–122.

- Raducanu C.A., 2010, *Performance anxiety in piano playing*, [w:] V. Munteanu, R. Raducanu, G. Dutica, A. Croitoru, V.E. Balas (red.), *AMTA'10 Proceedings of the 11th WSEAS International conference Acoustics & Music: theory & applications*, Wisconsin: World Scientific and Engineering Academy and Society (WSEAS) Stevens Point, s. 186–189.
- Ricci-Maccarini A., De Maio V., Murry T., Schindler A., 2013, *Development and validation of the children's voice handicap index-10 (CVHI-10)*, „Journal of Voice”, vol. XVII, No. 2, s. 258.e23–258.e28.
- Rubin J.S., Greenberg M., 2002, *Psychogenic voice disorders in performers: a psychodynamic model*, „Journal of Voice”, vol. XVI, No. 4, s. 544–548.
- Ryan C., 2005, *Experience of musical performance anxiety in elementary school children*, „International Journal of Stress Management”, vol. XII, No. 4, s. 331–342.
- Salmon P.G., 1990, *A psychological perspective on musical performance anxiety: a review of the literature*, „Medical Problems of Performing Artists”, vol. V, No. 1, s. 2–11.
- Scech M., 2021, *Emotional stress as a risk factor of voice disorders in professional singers*, „Pomeranian Journal of Life Sciences”, vol. LXVII, No. 2, s. 55–62.
- Shyam S.S., Elizabeth Joy I., 2016, *Public speaking skills*, Kochi: ICAR-Central Marine Fisheries Research Institute.
- Silvers J.A., McRae K., Gabrieli J.D., Gross J.J., Remy K.A., Ochsner K.N., 2012, *Age-related differences in emotional reactivity, regulation, and rejection sensitivity in adolescence*, „Emotion”, vol. XII, No. 6, s. 1235–1247.
- Szulc M., Olszak A., 2012, *Wybrane psychologiczne wyznaczniki tremy koncertujących muzyków profesjonalistów i amatorów*, „Estetyka i Krytyka”, t. XXV, nr 2, s. 201–230.
- Tokarz A., Kaleńska J., 2005, *Skala Samopoczucia Muzyka przed Występem Andrew Steptoe'a, Helen Fidler – wstępne opracowanie wersji polskiej*, „Psychologia Rozwojowa”, t. X, nr 1, s. 125–134.
- Tuz-Hrycyna N., Sielska-Badurek E., 2017, *Adaptacja i walidacja polskiej wersji językowej testów CVHI-10 oraz CVHI-10-P*, „Otorynolaryngologia – Przegląd Kliniczny”, t. XVI, nr 1, s. 19–25.
- Winkler R., 2006, *Wystąpienie jako forma komunikowania*, „Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie”, nr 715, s. 49–63.
- Zalewska S., 2002–2003, *Psychopedagogiczne uwarunkowania rozwoju mowy u dziecka*, „Studia Gdańskie”, t. XV–XVI, s. 173–179.



© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland.
 This article is an open access article distributed under the terms and conditions
 of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0
 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Data złożenia: 26.12.2021. Data przyjęcia: 4.07.2022.

Urszula Jęczeń* 

Przyczyny niepowodzeń w tworzeniu wypowiedzi narracyjnych w grupie dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim¹

Causes of Failure to Produce Narrative Utterances in the Group of Children with Mild Intellectual Disability

Słowa kluczowe: narracja, niepełnosprawność intelektualna, narracja w perspektywie rozwojowej, narracja w diagnozie logopedycznej, przyczyny niepowodzeń w tworzeniu wypowiedzi

Keywords: narrative, intellectual disability, narrative from the developmental perspective, narrative in logopedic diagnosis, causes of failures in producing utterances

Streszczenie

W artykule poruszona została problematyka narracji w perspektywie rozwojowej oraz w badaniach logopedycznych. Podjęto próbę przybliżenia przyczyny niepowodzeń narracyjnych w grupie osób z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim. Punktem wyjścia jest przyjęcie założenia, że sytuacja osoby z niepełnosprawnością intelektualną jako twórcy wypowiedzi jest wyjątkowa. Zachowania językowe dokonują się w odmiennych warunkach, które najogólniej możemy nakreślić jako fragmentaryczną wiedzę o rzeczywistości, ograniczenia związane ze zrozumieniem zjawisk oraz docieranie do nich poprzez zmysły (zaburzenia percepcji). Dzieci z tej grupy nie tylko w sposób wolniejszy przyswajają sobie wiedzę o otaczającej rzeczywistości, ale czynią to w sposób fragmentaryczny.

* Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Wydział Filologiczny, Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego, ul. Sowińskiego 17, 20–040 Lublin, e-mail: urszula.jeczen@mail.umcs.pl, <https://orcid.org/0000-0002-4523-7322>

¹ W przygotowaniu artykułu wykorzystano niewielkie fragmenty publikowanych wcześniej opracowań: Jęczeń 2019; 2021.

Abstract

The paper discusses the problems of narrative from the developmental perspective and in logopedic examinations. It attempts to closely examine the causes of failures to produce narrative utterances in the group of people with mild intellectual disability. The starting point is the adopted assumption that the situation of an intellectually disabled person as an utterance producers is “exceptional”. Their linguistic behaviors take place in different conditions that can be outlined in most general terms as: fragmentary knowledge of reality, limitations connected with understanding phenomena and perceiving them through senses (perception disorders). Children in this group not only acquire the knowledge of the surrounding reality more slowly but do so in a fragmentary way.

Zdolność do opowiadania tkwi głęboko w każdym z nas i potrzebuje jedynie zapalnika w postaci pewnego wydarzenia, które zaktywizuje twórcę, jaki jest w nas.

Wykład Doris Lesing, przygotowany na uroczystość wręczenia jej Nagrody Nobla w dziedzinie literatury w 2007 r. [za: Kielar-Turska, 2018, s. 71]

Wprowadzenie

Narracja jako przedmiot analiz fascynuje badaczy wielu nauk, a „[...] przy próbach definiowania okazuje się pojęciem homogenicznym” [Domagała, 2015, s. 107]. Dzieje się tak dlatego, że tradycja badań nad narracją jest bardzo długa, w refleksji teoretycznej dominowały zaś założenia wielu dyscyplin naukowych, takich jak: językoznawstwo, psychologia, socjologia, filozofia, politologia, psychiatria, psychoanaliza itd. Jak wskazuje Katarzyna Rosner [2003, s. 13], pojęcie narracji zostało wypracowane w badaniach literaturoznawczych, od teoretyków literatury zaczerpnęli je filozofowie, kognitywiści, psychoanalizy, psychologowie i teoretycy historii. Ze względu na obfitość ujęć, perspektyw i wielość badań trudno mówić o jednej, nawet szerokiej teorii. Jak pisze Piotr Kulas [2014, s. 112]: „[...] byłoby dobrze, żeby »narracja« spełniała kryteria dobrego pojęcia, które winno być rzetelne, trafne i użyteczne, a zatem między innymi nieredundantne i homonimiczne z innymi terminami”.

„Narratologia stała się nie tyle osobną, interdyscyplinarną perspektywą badawczą, ile niemal swoistą (sub)dyscypliną humanistyki” [Kulas, 2014, s. 112]. „Narracja jest wszechobecna” jak pisze Mieke Bal [2012, s. 227]. Zdaniem badaczki nie wszystko „jest” narracją, ale w zasadzie wszystko w kulturze ma narracyjny aspekt lub przynajmniej mogłoby być odbierane czy interpretowane narracyjnie. Podobnie Dorota Filar mówi o narracyjności, która jest jedną z naturalnych form, w jakich ujmujemy świat [Filar, 2013]. Z nieco innej perspektywy postrzega narrację Barbara Hardy, która jako pierwsza

uznała, że „[...] narracja jest prymarnie strukturą rozumienia, a nie strukturą tekstu” [za: Rosner, 2003, 13]. Katarzyna Rosner określa narrację jako „[...] strukturę ludzkiego poznania czy rozumienia; jej podstawową funkcją nie jest tworzenie narracji kulturowych, lecz ujmowanie naszego własnego życia oraz rozwijających się w czasie procesów i zdarzeń zachodzących w świecie w całościowe struktury sensu” [Rosner, 2003, s. 12].

Ujęcie narracji jako struktury i umiejętności poznawczej jest interesujące i pożądane z punktu widzenia diagnozy i terapii logopedycznej. Jerome Bruner, traktując narrację właśnie jako strukturę poznania, pisze: „[...] ostatecznie to ukształtowane przez kulturę kognitywne i lingwistyczne procesy, determinujące tworzoną przez nas samych narrację o własnym życiu, tworzą strukturę doświadczenia percepcji, które organizuje naszą pamięć, dzieli ją na fragmenty, a tym samym tworzy »wydarzenia indywidualnego życia«” [Bruner, 1987, za: Ulatowska, 2011, s. 76].

Studia nad narracją są niezwykle rozbudowane [por. Jęczeń, 2021, s. 93–112]. Chcąc uniknąć przywoływania licznych stanowisk badawczych, w niniejszym opracowaniu chciałabym nakreślić i połączyć ze sobą dwie perspektywy oglądu opisywanego pojęcia – rozwojową i logopedyczną w kontekście zachowań językowych² w niepełnosprawności intelektualnej (NI).

Badania nad narracją w perspektywie rozwojowej

Wiedza prowadząca do umiejętności budowania zdań gramatycznie poprawnych decyduje o posiadanej „kompetencji językowej”, natomiast budowanie wypowiedzi wymaga opanowania „kompetencji komunikacyjnej” [por. Grabias, 2019b, s. 295]. Kompetencja komunikacyjna umożliwia realizowanie zachowań językowych w postaci form dialogowych oraz narracyjnych – opisów i opowiadań. Jak pisze Maria Kielar-Turska [2000, s. 110], część kompetencji komunikacyjnej stanowi kompetencja narracyjna. Według Agnieszki Wątołek badania kompetencji narracyjnej dzieci na gruncie psychologii, językoznawstwa i logopedii stały się możliwe dzięki czterem koncepcjom metodologicznym: Marii Kielar-Turskiej [1989], Barbary Bokus [1991], Magdaleny Smoczyńskiej [1991] i Marii Przetacznik-Gierowskiej [1994]³.

Zdaniem wielu autorów rozumienie i tworzenie opowiadań uzależnione jest nie tyle od wiedzy dziecka o rzeczywistości, ile od wiedzy o kontaktach międzyludzkich, oczekiwaniach ludzi, ich celach i wartościach, które motywują do działania [Kielar-Turska, 2000, s. 108].

² Zgodnie z propozycją Stanisława Grabiasa [1994] przyjmuję, że zachowaniem językowym jest każdy akt użycia języka/każde działanie językowe.

³ Szczegółowe omówienie powyższych koncepcji odnaleźć można w pracy Agnieszki Wątołek [2014].

W swoich rozważaniach Maria Kielar-Turska [2018, s. 71–84] mówi o dwóch sposobach postrzegania narracji – jako formy rozumienia rzeczywistości oraz jako efektu ekspresji werbalnej, a więc wytworu, którym jest tekst.

Wśród polskich badaczy szeroko opisywane były różne aspekty kompetencji narracyjnej u dzieci. Dzieci zaczynają opowiadać znacznie wcześniej, nim przyswoją sobie język, używając pozawerbalnych środków, takich jak miny, gesty, spojrzenia. Dostępnymi środkami informują o swoich doznaniach i przeżyciach. W momencie opanowania pierwszych słów ich możliwości narracyjne się zwiększają. Istotną rolę w rozwoju umiejętności narracyjnych odgrywa rozwój procesów poznawczych. Z chwilą opanowania symbolicznej funkcji języka (około drugiego roku życia) dzieci zyskują zdolność do przypominania sobie przedmiotów i sytuacji za pośrednictwem symboli i znaków, powoli wykształca się u nich zatem umiejętność opowiadania o zdarzeniach przeszłych i przyszłych. Natomiast w miarę przechodzenia od myślenia konkretno-ruchowego, związanego z działaniem oraz określoną sytuacją, do myślenia konkretno-wyobrażeniowego dzieci coraz sprawniej posługują się obrazami umysłowymi rzeczy i zjawisk. Kształt dziecięcych wypowiedzi zależy od stopnia opanowania języka, czyli od bogactwa słownika, poznania funkcji wyrazów i reguł stosowania ich w wypowiedzi. Początki narracji jako formy rozumienia rzeczywistości kształtują się w rozwoju pod koniec okresu przedszkolnego, dzieci opanowują wówczas także reguły kontekstowe, uczą się dobierać określenia stosownie do sytuacji [Kielar-Turska, 1989].

W ujęciu Marii Kielar-Turskiej:

[...] na początku średniego dzieciństwa⁴ wiedza o narracji ma formę ukrytą; dziecko potrafi rozpoznać wypowiedź będącą opowiadaniem i odróżnić ją od innych form wypowiedzi, ale nie potrafi podać kryteriów, jakimi się kieruje. Dla dziecka opowiadaniem są teksty zbudowane na schemacie bajki: bohater działa, pokonuje przeszkody, aby osiągnąć cel. Zdarzenia powinny być ułożone w porządku czasowym (po kolei). Pod koniec omawianego okresu wiedza o narracji jest już w pewnym stopniu uświadamiana przez dzieci i werbalizowana. Przejawem tych osiągnięć jest argumentacja dziecięca wskazująca na powiązanie zdarzeń w opowiadaniu. Warto zauważyć, że między trzecim a siódmym rokiem życia zachodzi proces ćwiczenia, doskonalenia w zakresie rozpoznawania narracji. Niebagatelną rolę w tym względzie odgrywa zapoznanie się dziecka z różnymi tekstami literackimi, mającymi w większości formę opowiadania. Prawdopodobnie około siódmego roku życia dziecko dochodzi do behawioralnego mistrzostwa w rozpoznawaniu formy wypowiedzi narracyjnej [Kielar-Turska, 2018, s. 74].

Na szczególną uwagę zasługuje łączenie rozwoju sprawności narracyjnych z rozwojem myślenia oraz nabywaniem pojęć [Kielar-Turska, 2000, s. 109].

⁴ Okres średniego dzieciństwa, zwany także wiekiem przedszkolnym, trwa od czwartego do szóstego roku życia.

W opracowaniach psychologicznych czytamy, iż wraz ze zmianami właściwości procesów psychicznych doskonalą się umiejętności konwersacji. Dzieci zaczynają uwzględniać punkt widzenia odbiorcy, a ich wypowiedzi egocentryczne (echolalie, monologowanie) są zastępowane społecznymi zwrotami językowymi w postaci próśb, pytań i zaprzeczeń. Dzieci uczą się słuchać i analizować słowa swojego interlokutora [por. Cywińska, 2016]. Ich wypowiedzi zależą od współrozmówcy, w kontaktach z rówieśnikami zabierają głos częściej, a ich teksty są dłuższe i bardziej zróżnicowane gramatycznie niż w kontaktach z dorosłymi⁵.

Jak wskazują Grace W. Shugar i Barbara Bokus [1988], rozwój umiejętności tworzenia i rozumienia opowiadań przypada na okres pomiędzy drugim a dziesiątym rokiem życia. To właśnie w tym czasie „[...] zawartość treściowa opowiadań dzieci zmienia się i rozrasta” [Shugar, Bokus, 1988, s. 21]. Proces ten doskonalą się pod wpływem rosnących doświadczeń, w wyniku nabywania zdolności sekwencyjnego porządkowania informacji oraz wraz z rosnącymi kompetencjami leksykalnymi i składniowymi dzieci. Zdolności konwersacyjne i narracyjne rozwijają się w kolejnych etapach życia dziecka w wieku szkolnym, o czym pisze Józef Porayski-Pomsta [2009, s. 7–31].

Badania nad narracją na gruncie logopedii

Stanisław Grabias, nawiązując do koncepcji Barbary Bokus [1991], podkreśla fakt, że narracja jest „[...] najtrudniejszą formą ludzkiej aktywności” [Grabias, 2012, s. 62]. Struktura narracji i sposób porządkowania wiedzy zaświadcza – zdaniem badacza – o umysłowych możliwościach człowieka. Dostarczają ponadto informacji o sposobach intelektualizowania doznań zmysłowych, logicznego porządkowania zdarzeń, wreszcie o kreatywnej lub pasywnej postawie badanej osoby [Grabias, 2012, s. 15–71; 2015, s. 13–35]. Z punktu widzenia oceny sprawności narracyjnych w różnych jednostkach patologii mowy zasadniczą rolę w logopedii odegrały i nadal odgrywają: koncepcja Barbary Bokus [1991], wypracowana na gruncie psychologii, oraz układ diagnostycznych komponentów opowiadania w odniesieniu do koncepcji zachowań językowych w opracowaniu Stanisława Grabiasa [1994; 2012, s. 15–71]⁶.

5 Literatura polska oraz obca dotycząca rozwoju kompetencji narracyjnej oraz funkcji pytań w rozmowie jest niezwykle obszerna. Na uwagę zasługują prace: Stefana Szumana [1939], Donny Jean Uniker-Sebeok [1979], Grace Wales Shugar [1982], Marii Ligezy [1982; 2019, s. 360–399], Grace Wales Shugar i Barbary Bokus [1988], Marii Kielar-Turskiej [1989], Barbary Bonieckiej [2010], Justyny Wojciechowskiej [2020, s. 11–22], Ewy Bielendy-Mazur [2021, s. 175–185].

6 Badania nad narracją są prowadzone na gruncie logopedii w odniesieniu do różnych zaburzeń językowych. Przede wszystkim dotyczą opowiadania i opisu. Pokazuje to bogata literatura przedmiotu [np. Borkowska, 1998; Domagała, 2001; 2015; Woźniak, 2005; Kozera-Wierchoś, 2015; Ciszewska-Psujek, 2020; Maciejewska, 2021].

Celem artykułu nie jest prezentowanie teorii narracji na gruncie logopedii ani stanu badań, gdyż literatura podejmująca problematykę narracji jest niezwykle bogata. Wielość definicji pojęcia wydaje się nakazywać dokonanie arbitralnego wyboru kilku najistotniejszych stanowisk. Moim zamiarem jest zwrócenie uwagi na tych badaczy, którzy swoim ujęciem problematyki przyczynili się do lepszego zrozumienia tego pojęcia w logopedii, umożliwiając tym samym bardziej świadome posługiwanie się nim przez logopedów praktyków. Ponadto celem opracowania jest próba zasygnalizowania przyczyn niskiego poziomu kompetencji narracyjnej dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. W diagnozie logopedycznej teksty narracyjne pozyskiwane są od dzieci najczęściej poprzez rozmowę (dialog)⁷.

Rozmowa, której naturalnym składnikiem są dłuższe lub krótsze opowiadania, prowadzona z osobą niepełnosprawną (dzieckiem niepełnosprawnym) intelektualnie przybiera postać spontanicznego dialogu, choć z racji zadawanych pytań oraz asymetrii wiedzy pomiędzy nadawcą a odbiorcą niektóre jej fragmenty mają kształt rozmowy kierowanej. Niekiedy logopeda jest zmuszony powtórzyć pytania w kilku wersjach. Często po udzieleniu każdej odpowiedzi, bez względu na to, czy była ona poprawna, czy nie, pacjent jest proszony o podanie uzasadnienia.

Prowadzenie rozmowy „twarzą w twarz” przyczynia się do powstania pełniejszych konceptualizacji pojęć oraz zapewnia spójność opowiadania (porządek syntaktyczny) bądź opisu (odpowiednią organizację leksyki). Zdaniem Anety Załazińskiej [2006, s. 18] „język działa” tylko podczas rozmowy, a to, co dzieje się w trakcie rozmowy z dzieckiem, u którego zdiagnozowano niepełnosprawność intelektualną, jest wciąż „negocjowane i kreowane” [Wittgenstein, 1972, s. 20]. Zaletą rozmowy jest fakt, że „[...] każda odpowiedź budzi nowe wątpliwości, [...] rodzi nowe pytania, wskazuje nowe tropy, którymi warto podążać myślą – skazuje więc człowieka, który pragnie (z)rozumieć, na bezustanne poszukiwanie i odsłanianie nowych sensów” [Tischner, 2004, s. 2007]. Ponadto każde kolejne pytanie ma źródło w wiedzy już posiadanej, ponieważ „[...] nie jest tak, że kto wie, nie pyta. Jest odwrotnie – kto wie, pyta, ponieważ właśnie w pytaniu żyje nasza wiedza, nasze rozumienie rzeczywistości” [Ostrowska, 2000, s. 56].

Logopedia, podobnie jak inne dyscypliny wiedzy, podejmuje badania nad narracją przede wszystkim ze względu na specyfikę zaburzeń komunikacji językowej w poszczególnych jednostkach patologii mowy. Jak pisze Aneta Domagała [2015, s. 108]: ze względu na „[...] potrzebę wypracowania sposobów oceny sprawności narracyjnych, możliwych do wyzyskania w praktyce, aplikowania w diagnozie logopedycznej” logopedia sięgnęła do narracji. Kompetencja narracyjna pozwala ocenić wiedzę zawartą w umyśle osoby badanej. W wielu podejściach badawczych narracja jest „[...] formą poznawczego reprezentowania rzeczywistości [...], jest jednocześnie sposobem

⁷ W artykule nie dokonuję rozróżnienia między dialogiem a rozmową. Na temat kompetencji narracyjnej dzieci niepełnosprawnych intelektualnie w zakresie tekstów pisanych, np. Katarzyna Kaczorowska-Bray [2017]; Jacek Błeszyński [2013].

i formą rozumienia rzeczywistości” [Trzebiński, 2002b, s. 14]⁸. Na gruncie logopedii narracyjne formy wypowiedzi mają zwykle postać opowiadania bądź opisu i to one brane są pod uwagę w ocenie umiejętności narracyjnych badanych osób⁹. W języku – zarówno naukowym, jak i potocznym – rzeczowniki *opowiadanie* i *narracja* są używane zamiennie [por. Wyrwas, 2014, s. 19]. W dalszej części artykułu również będę używała tych terminów wymiennie, mając na uwadze przede wszystkim narracje budowane przez dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Tego typu zachowania językowe – narracje potoczne – powstają zwykle w wyniku interakcji badany–logopeda i przybierają formy wypowiedzi narracyjnej będącej częścią dialogu [Warchała, 1993] lub narracji spontanicznych, realizowanych w kontakcie indywidualnym [Lubaś, 1979]. W logopedii, podobnie jak w językoznawstwie oraz psychologii, „[...] wypowiedź rodzi zainteresowanie jako proces i jako wytwór” [Domagała, 2015, s. 113].

W logopedycznej sytuacji diagnostycznej przedmiotem obserwacji są najczęściej ustne wypowiedzi narracyjne – narracja mówiona/naturalna/potoczna lub opowiadanie ustne (w zależności od metodologii opisu). Są to zwykle opowiadania zawierające się w dialogach, odtwarzanie historyjki obrazkowej, relacjonowanie bajki (przez dzieci) lub filmu (przez dorosłych użytkowników języka). Ze względu na specyfikę badań nad narracją w kontekście procesów poznawczych osoby oraz stopnia opanowania języka ważne wydaje się również stanowisko wypracowane przez antropologa Jana Kordysa, którego zdaniem opowiadanie jest „[...] równocześnie aktywnością lingwistyczną i poznawczą” [Kordys, 2001, s. 129]. W ujęciu językoznawcy i logopedy Tomasza Woźniaka narracja jest determinowana przez biologiczną konstrukcję narratora, jest „[...] sposobem rozumienia świata przez ludzi” [Woźniak, 2005, s. 29].

Sprawność narracyjna stanowi jeden z ostatnich etapów rozwoju mowy i myślenia dziecka. Poprzedzający okres wyrazu, zdania i swoistej mowy dziecięcej w rezultacie prowadzi do nabycia narracji [Szurek, Zmuda, 2020, s. 65–66].

8 Koncepcja Jerzego Trzebińskiego wydaje się mieć szczególne znaczenie dla badań prowadzonych z punktu widzenia językoznawstwa i logopedii. W tym ujęciu schematy narracyjne można rozumieć jako mentalną bazę, z której korzystamy, tworząc narracje. Narracja jest tu rozumiana w szczególności sposób. Skupia się wokół bohatera, który dąży do obranego celu. Bardzo istotne są tu jego wartości, założenia, intencje i plany, co czyni tak pojmowaną narrację antropocentryczną procedurą interpretowania świata [por. Filar, 2013].

9 Inspiracją do badań nad opowiadaniem potocznymi stała się publikacja amerykańskich socjolingwistów Williama Labova i Joshuy Waletzky’ego [1967, s. 12–44]. Na gruncie polskim analiza opowiadań tworzonych w języku potocznym znalazła swoje miejsce w pracach Jacka Warchali [1991; 1993, s. 22–32], który traktuje opowiadanie w dialogach jako rodzaj monologowych reakcji rozwinięcia, a potoczne narracje (mininarracje) definiuje jako wypowiedzi narracyjne wchodzące w skład dialogu. Z kolei Urszula Żydek-Bednarczuk [1994], analizując strukturę rozmowy potocznej, opowiadaniem nazywa narracyjne rozwinięcie tematu. Szczególne miejsce w analizie wypowiedzi narracyjnych na gruncie lingwistyki zajmuje koncepcja opisu i jego struktury, wypracowana przez Bożenę Witosz [1997].

Określona złożoność, a także sposób, w jaki narracja organizuje wiedzę, świadczą o intelektualnych możliwościach człowieka. Narracja jest więc źródłem ukazującym sposób postrzegania przez osobę wrażeń zmysłowych, które znajdują odzwierciedlenie w budowanym tekście. Co więcej, pozwala stwierdzić, czy jednostka w sposób logiczny, czy też nie, porządkuje wydarzenia i potrafi ułożyć zjawiska w strukturalną całość [por. Grabias, 2019a, s. 75].

Na gruncie logopedii narracja może być wykorzystywana w różnoraki sposób. Podstawową wartością dla logopedy jest fakt, iż pozwala ona analizować jednocześnie przebieg dwóch podstawowych procesów – językowego i myślowego. Ponadto umożliwia opis i analizę narracji, a także całościową ocenę procesu w odniesieniu do interakcji między osobą mówiącą a słuchaczem. Dzięki realizacji intencji narracja stanowi dla logopedy źródło informacji o dziecku [Szurek, Zmuda, 2020, s. 67].

O sprawnościach narracyjnych w grupie dzieci z niepełnosprawnością intelektualną

Umiejętności narracyjne dzieci z diagnozą lekkiego stopnia niepełnosprawności (LNI) były prowadzone na gruncie polskim między innymi przez Józefę Bałachowicz [1995] w grupie uczniów z klas II–IV szkoły specjalnej (NI = 75, WZ: 6–13 lat, IQ: 52–72) oraz sześć-, siedmioletnich dzieci w wieku przedszkolnym, które stanowiły grupę kontrolną. Badania pokazały, iż dzieci z LNI w sytuacji zadaniowej, podczas wspólnego oglądania obrazka z osobą dorosłą, w mniej dokładny sposób prezentowały jego treść w porównaniu z tym, kiedy oglądały go same. Zdecydowanie bardziej rozbudowane wypowiedzi powstawały w trakcie samodzielnego oglądu obrazków.

Umiejętnościami uczniów z LNI w zakresie wypowiedzi na temat obrazka oraz historyjki obrazkowej zajmowała się również Alicja Rakowska [2003]. Doszła ona do następujących wniosków: dzieci rozpoznają osoby i obiekty, nazywają czynności określonych osób lub zwierząt, ale nie potrafią utworzyć ciągu zdarzeń; rozpoznają bohatera, ale nie rozumieją, w jakiej sytuacji on się znajduje; dostrzegają przyczyny i skutki zdarzeń, jednak nie potrafią ich wyjaśnić [Rakowska, 2003, s. 128].

Z kolei Halina Nadolska [1995] omówiła budowę składniową wypowiedzi pisemnych uczniów z LNI oraz aspekty treściowe wypowiedzi, takie jak: obecność związków czasowych i przyczynowo-skutkowych, dynamiczność relacji, barwność przekazu, wyrażanie stanów emocjonalnych, wartościowanie, oryginalność tematu i respektowanie cech gatunkowych opowiadania. Z jej badań wynika, że uczniowie klasy VI z LNI oraz klasy IV bez obciążeń prezentują niski poziom kompetencji narracyjnej. Jednak tego typu konkluzja wypływa najprawdopodobniej z przyjętego przez badaczkę założenia metodologicznego, w myśl którego uczniowie mieli zbudować opowiadania zgodnie z wymaganiami zawartymi w podstawie programowej. Ocena powstałych

opowiadań wynikała zatem z norm dydaktycznych, a nie z norm rozwojowych [por. Wątołek, 2014, s. 73].

W opinii Anety Domagały [2001, s. 133–148], która dokonała oceny opisu na podstawie wypowiedzi dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, osoba posługująca się opisem powinna przejawiać zdolność zarządzania przestrzenią, co z reguły przysparza dużo więcej trudności niż charakterystyczna dla opowiadania umiejętność związana z zachowaniem następstwa czasu. Obok przestrzenności, stanowiącej jeden z trzech głównych filarów opisu, istnieją dwie inne procedury budujące sprawność narracyjną: atemporalność oraz prezentatywność. Generalizacja w opisie polega na stosowaniu struktur porządkujących i wprowadzających do opisywanych treści. Prezentatywność pozwala zaś informować adresata o przedstawionym zdarzeniu i elementach składających się na nie, zgodnie z wiedzą i doświadczeniem opisującego [Grabias, 2021, s. 27]. Oprócz wymienionych składowych opisu Aneta Domagała wyróżnia dodatkowo atemporalność, która dotyczy zachowania terażniejszości jako czasu należnego opisowi [Domagała, 2001, s. 142].

Agnieszka Wątołek [2014] opisała umiejętności opanowania pojęć, umiejętności gramatyczne i narracyjne w grupie dzieci z LNI w wieku 8 i 10 lat. W wyniku starannego dobrania narzędzi diagnostycznych do projektu badawczego, który obejmował trzy grupy badanych dzieci (z podziałem na podgrupy wiekowe), oraz zastosowania wyjątkowego i niezwykle trafnego paradygmatu porównawczego (porównanie danej grupy klinicznej z dwiema grupami kontrolnymi – jedną dobraną ze względu na wiek umysłowy, a drugą ze względu na wiek życia) doszła do bardzo ciekawych wniosków. Zdaniem autorki „[...] po 4. roku życia następuje usztywnienie przechowywanych w pamięci schematów językowych, które determinują przyrost słownictwa. Jeśli z powodu niedoboru doświadczeń sensoryczno-motorycznych maluchowi nie uda się w odpowiednim czasie nabyć podstawowego repertuaru takich schematów, to zmniejsza się jego gotowość do zapamiętywania nowych słów i spada ogólna aktywność werbalna. W efekcie dysonans pomiędzy zasobem leksykalnym dzieci z LNI oraz ich rówieśników w normie klinicznej wraz z upływem lat rośnie, zamiast maleć” [Wątołek, 2014, s. 213].

Niektóre przyczyny niepowodzeń narracyjnych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną

Sytuacja osoby z niepełnosprawnością intelektualną jako twórcy wypowiedzi jest wyjątkowa. Wypowiedzi tworzone są w odmiennych warunkach, które najogólniej możemy nakreślić jako: fragmentaryczna wiedza o rzeczywistości, ograniczenia związane z rozumieniem zjawisk oraz docieraniem do nich poprzez zmysły (zaburzenia percepcji). Są to podstawowe przyczyny, które prowadzą do powstania narracji zaburzonych w sposób jakościowy i ilościowy. Przyczyny te w niekwestionowany

sposób wpływają na umiejętności w zakresie budowania wypowiedzi narracyjnych przez dzieci z niepełnosprawnością intelektualną.

Poziom rozwoju procesów poznawczych, zarówno tych najbardziej złożonych: mowy i myślenia, jak i tych podstawowych: funkcji percepcyjno-motorycznych, pamięci i uwagi, jest znacząco niższy u osób o obniżonej sprawności umysłowej niż u osób zdrowych. Dzieci niepełnosprawne intelektualnie mają trudności w przekazywaniu swoich myśli za pomocą słów, a ubogi zasób słownictwa pozwala im porozumiewać się z najbliższym otoczeniem jedynie w zakresie podstawowych spraw życia codziennego. Opisane braki z pewnością wpływają na sposób porządkowania wiedzy oraz budowanie wypowiedzi narracyjnej w postaci opisu i opowiadania.

Język w ontogenezie tworzy się i rozwija na wielu płaszczyznach. Rozwój mowy przebiega w sposób sekwencyjny w określonych granicach życia, z uwzględnieniem różnic indywidualnych i w odniesieniu do możliwości psychofizycznych dzieci. Rozwój ten odbywa się na początku w sferze odbiorczej, w dalszej kolejności w sferze nadawczej [por. Łuczyński, 2019, s. 171]. W grupie dzieci z niepełnosprawnością intelektualną opóźnienie w rozwoju mowy i języka jest obligatoryjne zarówno na płaszczyźnie fonetyczno-fonologicznej, morfologicznej, jak i składniowej. Dzieciom w normie intelektualnej pomaga w tych procesach najprawdopodobniej wrodzony system opanowania języka (*language acquisition device* – LAD, w którym umiejscowiona jest tzw. gramatyka uniwersalna), natomiast w przypadku dzieci z niepełnosprawnością intelektualną i ten proces nabywania kompetencji językowej jest zaburzony. Aby w prawidłowy sposób budować wypowiedzi narracyjne, w drugim i trzecim roku życia dziecko powinno osiąść tzw. kompetencję gramatyczną, a później ją odpowiednio doskonalić. Przebieg rozwoju mowy dzieci z niepełnosprawnością intelektualną jest opóźniony i zaburzony, nie osiągają one zatem tego stadium w odpowiednim czasie i stopniu, nie są więc w stanie posługiwać się skomplikowanymi konstrukcjami gramatycznymi przy budowaniu wypowiedzi narracyjnych. Ponadto tworzenie narracji wymaga odpowiednio rozbudowanego zasobu leksykalnego, obecności w słowniku czynnym pojęć nadrzędnych, abstrakcyjnych oraz określających relacje czasowo-przestrzenne. Wypowiedzi opisywanej grupy dzieci mają zaś styl nominalny (z przewagą rzeczowników nad czasownikami), a stosowane przez nie słownictwo ma często inny zakres znaczeniowy niż słownikowy – niewielka liczba słów tworzących zasób leksykalny służy dziecku w wielu sytuacjach komunikacyjnych [por. Kaczorowska-Bray, 2017, s. 137]. Trudności w budowaniu form narracyjnych wynikają również z nadmiernej „przerzutności” zainteresowań dziecka i braku odpowiedniej segregacji danych [Kaczorowska-Bray, 2017, s. 145]. Dzieci z niepełnosprawnością umysłową „[...] odbierają przede wszystkim ruch, dynamikę, jaskrawość zdarzeń (dźwięk i barwę)” [Obuchowska, 1995, s. 224].

Według Hanny Arendt [1991, s. 84]: „[...] myślenie, choć zawsze dokonuje się w słowach, nie wymaga słuchaczy”. Aby myśli mogły zaistnieć w umyśle słuchaczy, niezbędny jest język [Arendt, 1991, s. 84]. Wypowiedzi językowe dzieci z LNI

są zaś często chaotyczne i zestawiane ze sobą na zasadzie luźnego dołączania kolejnych ogniw. Nie hierarchizują one zdarzeń, o których opowiadają, często powracają do treści już opowiedzianych, a pomijają zagadnienia istotne [Kaczorowska-Bray, 2017, s. 56].

Zgodnie ze stanowiskiem współczesnej psychologii i pedagogiki specjalnej rozwój aktywności poznawczej każdego dziecka jest zjawiskiem społecznym, gdyż zachodzi dzięki wzajemnym interakcjom dziecka i osoby dorosłej. Tylko dzięki tym wymianom następuje przyrost i różnorodność doświadczeń. Ponadto, jak pisze Stanisław Grabias, „[...] akt komunikacji jest przekazem wiedzy o sobie i o świecie. [...] Analiza zachowań komunikacyjnych pozwala dotrzeć logopedzie do samych intencji i do sposobów ich realizacji” [Grabias, 2019b, s. 318]. Z literatury poświęconej oligofazji wynika, że udział dzieci i osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie w sytuacjach społecznych jest ograniczony, różnorodność zachowań językowych tych osób jest zatem zdecydowanie mniejsza i mniejszy jest ich bagaż doświadczeń społecznych. Co za tym idzie, osoby (dzieci) niepełnosprawne intelektualnie mają zawężony repertuar sytuacji społecznych, w których uczestniczą, budują więc swoje wypowiedzi w kodzie ograniczonym. Powstający w takich warunkach tekst jest ściśle powiązany z sytuacją, zdania są proste, zwykle eliptyczne, ich zrozumienie wymaga zaś często znajomości kontekstu sytuacyjnego. Zdaniem Stanisława Grabiasa „[...] indywidualizacja zachowań (językowych) wzrasta wraz z rozszerzaniem się uczestnictwa w życiu społecznym: im szersze uczestnictwo, tym większa możliwość wyboru środków językowych i mniejsza przewidywalność zachowań” [Grabias, 2019b, s. 263]. Należy zaznaczyć, że oba rodzaje kodów: rozwinięty i ograniczony [Bernstein, 1980], są tak samo potrzebne w różnych sytuacjach życia codziennego, ponieważ „[...] skuteczność komunikacji w dużej mierze zależy od umiejętności dostosowania konkretnej wypowiedzi do partnera, sytuacji i celu rozmowy” [Wątopek, 2014, s. 28].

Każda wypowiedź narracyjna, opowiadanie, opis oraz dialog pojawia się w jakimś kontekście sytuacyjnym i społecznym, „[...] wyłania się w toku interakcji jako realizacja możliwości zawartych w strukturze sytuacji komunikacyjnej” [Domagała, 2007, s. 61]. W akcie tworzenia wypowiedzi (w naszym wypadku przez dzieci z niepełnosprawnością intelektualną) uwidacznia się wiedza mówcy o świecie i o sobie samym, wiedza na temat interlokutorów i sytuacji komunikacyjnej [Domagała, 2007]. Wiedza ta w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną nie zawsze jest wystarczająca do zbudowania oczekiwanej struktury opowiadania bądź opisu. Skuteczna interakcja wymaga ponadto pewnego rodzaju wiedzy wspólnej o zjawiskach rzeczywistości (tzw. kompetencja kulturowa) oraz wiedzy dotyczącej sposobów przekazywania interpretacji zjawisk innym ludziom (tzw. kompetencja językowa i komunikacyjna).

Z prac Katherine Nelson [1974; 1986], Jean M. Mandler [1983] i Anette Karmiloff-Smith [1995], powstałych na podstawie dziecięcych opowiadań i dzienniczków mowy, dowiadujemy się o istnieniu skryptopodobnych form organizacji wiedzy [por.

Białecka-Pikul, 2002, s. 15]. Badania potwierdziły istnienie wspólnej dla dzieci i dorosłych struktury reprezentacji¹⁰, która leży u podstaw każdej interpretacji. Bazą przyswajania skryptów¹¹ jest zdaniem Kathrine Nelson ogólna reprezentacja zdarzeń, a wraz z wiekiem, a raczej wraz ze wzrostem liczby doświadczeń, następują zmiany tej reprezentacji, zasadnicza struktura – w formie uporządkowanej czasowo i przestrzennie sekwencji zdarzeń – pozostaje zaś niezmienna. Opisywana grupa dzieci ma dość zubożone reprezentacje, ich wiedza o rzeczywistości jest raczej wynikiem subiektywnych doświadczeń, nie zawsze jest produktem wiedzy uspołecznionej i zobiektywizowanej.

Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną chętnie budują proste opowiadania na temat aktualnych przeżyć i doświadczeń albo na temat tych wydarzeń, które utkwily w ich pamięci, z którymi są związane emocjonalnie. Realizacja tych krótkich, często niedostatecznych pod względem informacyjnym wypowiedzi, uaktywnia blok pamięci epizodycznej, w której przechowywane są informacje o zdarzeniach mających ścisłą lokalizację czasową [Tulving, 1972, s. 386]¹². Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną niechętnie wypowiadają się na tematy odległe ich doświadczeniom, ponieważ wówczas nie wiedzą „co powiedzieć” lub „jak powiedzieć”. Z trudem odwołują się do bloku pamięci semantycznej, która jest wiedzą jednostki o słowach, ich znaczeniach i desygnatach, o relacjach między nimi.

W grupie osób z LNI rzadko wykrywane są uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego i nieprawidłowości genetyczne, za główną przyczynę opóźnień/zaburzeń

10 Reprezentacja (łac. *representatio* – przedstawienie) w szerokim rozumieniu oznacza zakodowaną w umyśle informację o czymś [Żegleń, 2003, s. 26]. Zgodnie z kognitywnym paradygmatem rozwoju poznawczego niezwykle istotną rolę w kształtowaniu się reprezentacji, rozumianej jako zapis wiedzy i tego, jak jej używać, odgrywa doświadczenie w tej konkretnej dziedzinie, której reprezentacja dotyczy [Stemplewska, 1997, s. 61].

11 Odpowiadając na pytanie o to, w jaki sposób wiedza zorganizowana jest w umyśle człowieka, posługujemy się takimi terminami jak: *schematy, skrypty, ramy* itp. Zagadnienie schematów, a w szczególności skryptów, wiąże się z możliwościami dziecięcej pamięci. Skrypty ze swej natury nie są odtwarzaniem z pamięci pojedynczych epizodów, ale stanowią sumę zachowań typowych dla danej sytuacji. Kiedy zostaną skonstruowane, wpływają na przetwarzanie i zapamiętywanie nowych wydarzeń. Teoria skryptów została wprowadzona do badań przez Rogera Schanka i Roberta Abelsona [1977].

12 Termin *pamięć epizodyczna (episodic memory)* został wprowadzony przez Endela Tulvinga na określenie systemu, w którym są kodowane i przechowywane informacje odnoszące się do osobistych przeżyć człowieka, jakie rozegrały się w określonym miejscu i czasie. Stanowią one podstawę kształtowania się doświadczenia osobniczego, tożsamości jednostki i subiektywnego poczucia czasu [Tulving, 1972, s. 381–403]. Pamięć epizodyczna to informacje dotyczące zdarzeń w postaci procesu, który ma współrzędne czasowe i przestrzenne [Rumelhart, Lindsay, Norman, 1972]. Z kolei pamięć semantyczna, zdaniem Tulvinga, „[...] jest niezbędna do posługiwania się językiem. Stanowi ona tezaurus umysłowy, zorganizowaną wiedzę jednostki o słowach i innych symbolach werbalnych, ich znaczeniach i desygnatach, o relacjach między nimi oraz o regułach [...] manipulowania pojęciami i relacjami” [Tulving, 1972, s. 386]. Jest to pamięć „oderwana” od kontekstu osobistego. Podstawowa różnica pomiędzy jednym i drugim rodzajem pamięci sprowadza się m.in. do tego, że pamięć epizodyczna rejestruje nasze doznania, a pamięć semantyczna wiedzę przenoszoną przez język.

w nabywaniu umiejętności poznawczych, społecznych i językowych uznaje się zaś niekorzystny „układ środowiskowo-kulturowy” [Wątopek, 2014, s. 59]. Ten czynnik, w połączeniu z niewydolnością wychowawczą rodziców, wpływa na rozwój i kształtowanie się procesów poznawczo-językowych, których charakter wynika z mniejszej wiedzy o świecie i z nieharmonijnego rozwoju mowy.

Umiejętności narracyjne dzieci, również dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, rozwijają się w kontaktach z osobami dorosłymi. Natomiast, jak pisze Ewa Gacka:

[...] część dorosłych jest przekonana o bezcelowości prowadzenia dialogu z dzieckiem, które „przecież nie mówi”. [...] W stymulacji rozwoju językowego kluczowe jest nastawienie interakcyjne oparte na zasadzie: komunikujemy się z dzieckiem, a nie tylko mówimy do dziecka [wyróżnienie E.G.]. Ta zasada w nowym świetle stawia zalecenie stosowania tzw. kąpielii słownej. Nie wystarczy kontakt z językiem, otaczanie mową, konieczna jest interakcja, której istotą jest dwustronność relacji [Gacka, 2019, s. 280].

Biorąc pod uwagę powyższe uwarunkowania rozwoju poznawczego, językowego i społecznego osób z niepełnosprawnością intelektualną, możemy stwierdzić, że tworzone przez nie wypowiedzi narracyjne są ubogie i zbyt ogólnikowe (niejasne, mało spójne) bądź rozwlekłe i przesadnie analityczne. Z pewnością powstałe w ten sposób teksty nie są oparte na „kreatywnym użyciu słowa”, ponieważ takie posługiwanie się językiem wymaga „świadomości” lub choćby „[...] wyczucia konwencji, gdyż kreatywne użycie słowa jest budowane na znaczeniach skonwencjonalizowanych i pozostaje zawsze w jakiejś do nich relacji” [Filar, 2016, s. 48]. Schematyczność i kreację można uznać za dwa bieguny ludzkiej aktywności językowej i poznawczej [Filar, 2016] lub potraktować jako punkty na skali pewnego kontinuum.

Podczas konstruowania tekstu stanowiącego np. opis, wyróżnia się wiele istotnych reguł i czynników oddziałujących na ostateczny kształt wypowiedzi. Zalicza się do nich: selekcję, porządek linearny, rodzaj opisu, punkt widzenia w narracji, towarzyszące emocje, określony wycinek rzeczywistości, oddziaływanie przestrzeni, strategie odbiorcze, związki semantyczne stanowiące odniesienie do tematu opisu oraz standardy estetyczne i gatunkowe. Mimo iż nie wszystkie determinanty w tym samym stopniu przyczyniają się do współtworzenia przestrzeni opisu, to dzięki współwystępowaniu stają się nierozłączne. Zasada selekcji zajmuje szczególnie ważne miejsce, gdyż pozwala dostrzec w opisywanym obiekcie, zdarzeniu czy wycinku rzeczywistości źródło cech najważniejszych i dominujących, oddzielając je od tego, co poboczne i przypadkowe [Witosz, 1997, s. 81–84]. Kolejną ważną dla opisu zasadą jest zasada porządku. W opisie nie wyróżnia się jedynie słusznej drogi jego realizacji. Wyznacznikiem są zaś relacje przestrzenne, które rozpatruje się wobec trójwymiarowości, odległości, graniczności oraz punktu widzenia opisującego.

Katarzyna Kaczorowska-Bray [2017, s. 144–146], analizując sprawności komunikacyjne dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w zakresie form narracyjnych (opisu, opowiadania oraz form dialogowych), wskazuje na następujące zjawiska: swoisty chaos i brak uporządkowania przekazywanych treści oraz brak segregacji danych i analizy pod kątem istotności przywoływanych elementów. Charakterystyczna jest także nadmierna „przerzutność” zainteresowania dziecka, które nie wyczerpując danego wątku, rozpoczyna nowy. Opis zdarzeń jest płytki i najczęściej ograniczony do wymienienia tego, co przyciągnęło uwagę narratora [Kaczorowska-Bray, 2017, s. 145]. Autorka zwraca również uwagę na inne aspekty konstruowania wypowiedzi narracyjnych dzieci z niepełnosprawnością intelektualną: liczne powtórzenia, dygresje luźno związane z tematem, brak wskaźników zespolenia tekstu i trudności w przechodzeniu od jednego wypowiedzenia do kolejnego. Katarzyna Kaczorowska-Bray zauważa, iż w gabinecie logopedycznym zaobserwować można wyraźną poprawę zarówno w zakresie odpowiedniego doboru słownictwa, jak i posługiwania się formami zdaniowymi. Niestety, jej zdaniem osiągnięcia te nie przekładają się na inne sytuacje szkolne i domowe.

Tak więc w nauczaniu dzieci niepełnosprawnych intelektualnie ważne miejsce powinna zająć zasadna minimalizacja poszczególnych podsystemów języka (morfologii, słowotwórstwa i składni), czyli swoisty wybór z podsystemów określonych znaków, reguł i konstrukcji, które są niezbędne do budowania skutecznych wypowiedzi. Piśze o tym Ewa Muzyka-Furtak [2019, s. 313] w odniesieniu do dzieci z uszkodzonym narządem słuchu.

Podobne zdanie formułuje Mirosław Michalik, twierdząc, iż skoro:

[...] kompetencja językowa małego dziecka, podejrzanego o upośledzenie umysłowe, ma być gramatyką języka mówionego, należy wykorzystywać rozwiązania stosowane w glottodydaktyce. Jak stwierdza, zajmująca się budowaniem systemu językowego dzieci niesłyszących Zdzisława Orłowska-Popek, „musimy posługiwać się minimum komunikacyjnym. Minimalizacja dotyczy zasobu znaków językowych, funkcjonujących na różnych poziomach organizacji języka i zbioru reguł gramatycznych organizujących te znaki” [Michalik, 2010, s. 56].

Budowanie narracji (w postaci opisu, opowiadania) stanowi duże wyzwanie dla dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. Ocena sprawności narracyjnej poprzez zrealizowaną wypowiedź pozwala logopedzie nie tylko ocenić poziom możliwości komunikacyjnych, ale także określić socjalizacyjne zdolności pacjenta [Grabias, 2021, s. 28]. Poddając zatem deskrypcji i interpretacji narracje dzieci niepełnosprawnych intelektualnie, należy uwzględnić również społeczny i emocjonalny charakter ich funkcjonowania [por. Szurek, Zmuda, 2020, s. 71].

Podsumowanie

Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim komunikują się w sposób uproszczony, w swoich wypowiedziach przekazują zubożone treści, co jest wynikiem specyficznego postrzegania rzeczywistości oraz rozumienia występujących zależności w otaczającym świecie [por. Kaczorowska-Bray, 2017, s. 89]. W tej grupie dzieci niemal wszystkie czynniki warunkujące rozwój kompetencji językowej (biologiczne – nie zawsze w stopniu lekkim, poznawcze, emocjonalne, środowiskowe, edukacyjne itp.) są zaburzone. W rozwój dziecka z niepełnosprawnością intelektualną wpisane jest opóźnienie w nabywaniu mowy i języka, a więc proces budowania wypowiedzi narracyjnej (opisu bądź opowiadania) jest również zaburzony. Wypowiedzi narracyjne, w odróżnieniu od dialogu, mają rozbudowaną i uporządkowaną strukturę, której osoba (dziecko) powinno być świadome, aby w odpowiednim stopniu wypełnić tworzące ją elementy tworzywem językowym. Jak pisze Stanisław Grabias [2019a, s. 95], zabieg taki wymaga dużej sprawności interakcyjnej.

To narracja właśnie ujawnia jak na dłoni możliwości funkcjonowania człowieka w życiu społecznym: jego wiedzę o świecie i sposób jej porządkowania (nazwijmy ją kompetencją kulturową), wiedzę językową i sprawność w budowaniu zdań (kompetencja i sprawność językowa), wreszcie umiejętność budowania wypowiedzi (kompetencja i sprawność komunikacyjna) [Grabias, 2019a, s. 95].

Literatura


- Arendt H., 1991, *Myślenie*, tłum. H. Buczyńska-Garewicz, Warszawa: Czytelnik.
- Bal M., 2012, *Narratologia. Wprowadzenie do teorii narracji*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Balachowicz J., 1995, *Konstruowanie tekstu uczniów klas II–IV na temat obrazka*, [w:] J. Balachowicz, J. Paluszewski (red.), *Sprawności językowe dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim*, Warszawa: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, s. 7–17.
- Bernstein B., 1980, *Socjolingwistyka a społeczne problemy kształcenia*, [w:] M. Głowiński (red.), *Język a społeczeństwo*, Warszawa: Czytelnik, s. 83–119.
- Błęszyński J.J., 2013, *Niepełnosprawność intelektualna. Mowa – język – komunikacja. Czy iloraz inteligencji wyjaśnia wszystko?*, Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Białecka-Pikul M., 2002, *Co dzieci wiedzą o umyśle i myśleniu. Badania i opis dziecięcej reprezentacji stanów mentalnych*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bielenda-Mazur E., 2021, *Kompetencja narracyjna: jej rozwój i rola w rozwoju dziecka w wieku przedszkolnym*, [w:] A. Maciejewska (red.), *Narracja w diagnozie i terapii logopedycznej*, Siedlce: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego, s. 175–185.
- Bokus B., 1991, *Tworzenie opowiadań przez dzieci*, Kielce: Wydawnictwo Energeia.

- Boniecka B., 2010, *Dziecięce wyobrażenie świata. Zbiór studiów*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Borkowska A., 1998, *Analiza dyskursu narracyjnego u dzieci z dysleksją rozwojową*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Bruner J., 1987, *Life as narrative*, „Social Research”, Vol. 54(1), s. 11–32.
- Ciszewska-Psujek U., 2020, *Sprawność narracyjna mężczyzn uzależnionych od alkoholu*, nieopublikowana rozprawa doktorska, napisana pod kierunkiem Profesor Jolanty Panasiuk, Katedra Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego UMCS w Lublinie, Lublin.
- Cywińska M., 2016, *Opanowanie języka i mowy przez dziecko*, [w:] M. Cywińska (red.), *Rozwijanie umiejętności językowych i komunikacyjnych dziecka. Wybrane aspekty*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, s. 13–31.
- Domagała A. 2001, *Kategorie generujące opis i ich realizacja u osób upośledzonych umysłowo*, [w:] S. Grabias (red.), *Zaburzenia mowy*, t. 1, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 133–148.
- Domagała A., 2007, *Zachowania językowe w demencji. Struktura wypowiedzi w chorobie Alzheimera*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Domagała A., 2015, *Narracja i jej zaburzenia w ośpieniu alzheimerowskim*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Filar D., 2016, *Konwencja i kreacja a organizacja wiedzy w języku*, [w:] M. Karwatowska, R. Litwiński, A. Siwiec (red.), *Konwencja i kreacja w języku, literaturze i narracji historycznej*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 45–59.
- Gacka E., 2019, *Podejście interakcyjne rodzic – dziecko w terapii opóźnień rozwoju mowy*, „Logopedia”, nr 48(1), s. 271–285.
- Grabias S., 1994, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grabias S., 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 15–71.
- Grabias S., 2015, *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 13–35.
- Grabias S., 2019a, *Język w procesie interakcji. Biologiczne i społeczne uwarunkowania zachowań językowych*, [w:] M. Kieler-Turska, S. Milewski (red.), *Język w biegu życia*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 60–99.
- Grabias S., 2019b, *Język w zachowaniach społecznych. Podstawy socjolingwistyki i logopedii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grabias S., 2021, *Wypowiedź jako narzędzie w diagnozie i terapii logopedycznej*, [w:] A. Maciejewska (red.), *Narracja w diagnozie i terapii logopedycznej*, Siedlce: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego, s. 13–29.
- Grabias S., Kurkowski Z.M., Woźniak T., 2007, *Logopedyczny Test Przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Jęczeń U., 2019, *Kreatywne a schematyczne operowanie wiedzą na przykładzie definicji kognitywnej*, „Logopedia”, nr 48(1), s. 63–77.
- Jęczeń U., 2021, *Definicja kognitywna jako narracja. Sprawności narracyjne w diagnozie logopedycznej oligofazji*, [w:] A. Maciejewska (red.), *Narracja w diagnozie i terapii logopedycznej*, Siedlce: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego, s. 93–112.
- Kaczorowska-Bray K., 2017, *Kompetencja i sprawność językowa dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym, umiarkowanym i lekkim*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.

- Karmiloff-Smith A., 1995, *Beyond modularity. A developmental perspective on cognitive science*, Cambridge: MIT Press.
- Kielar-Turska M., 1989, *Mowa dziecka. Słowo i tekst*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kielar-Turska M., 2000, *Średnie dzieciństwo. Wiek przedszkolny*, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, t. 2, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 83–129.
- Kielar-Turska M., 2018, *Refleksja nad istotą narracji w kontekście badań z zakresu psychologii rozwoju człowieka*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce” t. 17, nr 42, s. 71–84, <https://doi.org/10.17399/HW.2018.174205>
- Kordys J., 2001, *Pamięć i opowiadanie*, [w:] B. Owczarek, Z. Mitosek, W. Grajewski (red.), *Praktyki opowiadania*, Kraków: Wydawnictwo Universitas, s. 127–173.
- Kozera-Wierchoś M., 2015, *Narracja w upośledzeniach umysłowych. Na podstawie zachowań językowych dzieci z zespołem Downa*, nieopublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem prof. S. Grabiasa, Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin.
- Kulas P., 2014, *Narracja jako przedmiot badań oraz kategoria teoretyczna w naukach społecznych*, „Kultura i Społeczeństwo”, nr 4, s. 111–130.
- Labov W., Waletzky J., 1967, *Narrative analysis. Oral version of personal experience* [w:] J. Helm (red.), *Essays on the verbal and visual arts*, Seattle: American Ethnological Society, s. 12–44.
- Ligęza M., 1982, *Poznawcza funkcja pytań dzieci w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym*, „Psychologia Wychowawcza”, nr 5, s. 501–519.
- Ligęza M., 2019, *Interpersonalna funkcja pytań pojedynczych i serii pytań u dzieci w wieku 1,6–6,0*, [w:] M. Kielar-Turska, S. Milewski (red.), *Język w biegu życia*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 360–399.
- Lubaś W., 1979, *Społeczne uwarunkowania współczesnej polszczyzny: szkice socjolingwistyczne*, Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Luczyński E., 2019, *Proces gramatyzacji w rozwoju językowym dziecka*, [w:] M. Kielar-Turska, S. Milewski (red.), *Język w biegu życia*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 171–201.
- Maciejewska A. (red.), 2021, *Narracja w diagnozie i terapii logopedycznej*, Siedlce: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego.
- Mandler J., 1983, *Representation*, [w:] P.H. Mussen (red.), *Child psychology*, New York: Wiley, s. 421–494.
- Michalik M., 2010, *Między językiem, myśleniem a rzeczywistością – budowanie kompetencji gramatyczno-leksykalnej dziecka podejrzanego o upośledzenie intelektualne. Studium przypadku*, [w:] M. Michalik, A. Siudak (red.), *Zagadnienia mowy i myślenia*, Kraków: Collegium Columbinum, s. 31–50.
- Muzyka-Furtak E. (2019), *Terapia surdologicpedyczna – programowanie języka*, [w:] E. Muzyka (red.), *Surdologicpedia*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 312–328.
- Nadolska H., 1995, *Kompetencja narracyjna uczniów na różnym poziomie inteligencji: przejawy – uwarunkowania – tendencje rozwojowe*, Białystok: Agencja Usługowo-Wydawnicza przy współpracy Trans Humana.
- Nelson K., 1974, *Variations in children's concepts by age and category*, „Child Development”, No. 45, s. 577–584.
- Nelson K., 1986, *Event knowledge: structure and function in development*, Hillsdale: Erlbaum.
- Obuchowska I., 1995, *Dziecko upośledzone umysłowo w stopniu lekkim*, [w:] taż (red.), *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, s. 212–252.

- Ostrowska U., 2000, *Dialog w pedagogicznym badaniu jakościowym*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Porayski-Pomsta J., 2009, *Zagadnienie periodyzacji rozwoju mowy dziecka*, „Logopeda”, nr (1)7, s. 7–31.
- Przetacznik-Gierowska M., 1994, *Od słowa do dyskursu*, Warszawa: Wydawnictwo Energeia.
- Rakowska A., 2003, *Język, komunikacja, niepełnosprawność. Wybrane zagadnienia*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Rosner K., 2003, *Narracja, tożsamość i czas*, Kraków: Wydawnictwo Universitas.
- Rumelhart D.E., Lindsay P.H., Norman D.A., 1972, *Process Model for Long-Term Memory*, [w:] E. Tulving, W. Donaldson (red.), *Organization of Memory*, New York: Academic Press, s. 197–246.
- Schank R.C., Abelson R., 1977, *Scripts, plans, goals and understanding*, Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Shugar G.W., 1982, *Interakcja, koordynacja linii działania i funkcjonowanie językowe*, Wrocław: Ossolineum.
- Shugar G.W., Bokus B., 1988, *Twórczość językowa dziecka w sytuacji zabawowo-zadaniowej*, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Smoczyńska M., 1991, *Z badań nad rozwojem narracji: wprowadzenie, odniesienia*, [w:] J. Porayski-Pomsta (red.), *Zagadnienia komunikacji językowej dzieci i młodzieży*, Warszawa: Dom Wydawniczy „Elipsa”, s. 19–28.
- Stemplewska K., 1997, *Rozwój reprezentacji*, [w:] M. Materska, T. Tyszka (red.), *Psychologia i poznanie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 61–76.
- Szuman S., 1939, *Rozwój pytań dziecka. Badania nad rozwojem umysłowości dziecka na tle jego pytań*, Warszawa–Wilno–Lublin: Biblioteka Dziel Pedagogicznych.
- Szurek M.M., Zmuda E., 2020, *Od słowa do opowieści. Usprawnianie kompetencji narracyjnych dziecka drogą doskonalenia zdolności opowiadania*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce. Opowieści w Życiu Dziecka”, t. 15, nr 2(56), s. 63–76.
- Tischner J., 1991, *Filozofia współczesna*, Kraków: Wydawnictwo Ignatianum.
- Trzebiński J., 2002a, *Narracyjne konstruowanie rzeczywistości*, [w:] tenże (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 17–42.
- Trzebiński J., 2002b, *Wstęp*, [w:] tenże (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 13–16.
- Tulving E., 1972, *Episodic and semantic memory*, [w:] E. Tulving, W. Donaldson (red.), *Organization of Memory*, Cambridge: Academic Press, s. 381–403.
- Ulatowska H.K., 2011, *Narracja w doświadczeniu ludzkim*, „Teksty Drugie: Teoria Literatury, Krytyka, Interpretacja”, nr 1/2(127–128), s. 75–91.
- Uniker-Sebeok D.J., 1979, *Preschool children's intraconversational narratives*, „Journal of Child Language”, Vol. 6(1), s. 51–109.
- Warchala J., 1991, *Dialog potoczny a tekst*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Warchala J., 1993, *Potoczna narracja w dialogu*, [w:] A. Wilkoń, J. Warchala (red.), *Z problemów współczesnego języka polskiego*, Katowice: Uniwersytet Śląski, s. 22–32.
- Wątopek A., 2014, *Kompetencja językowa uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną*, Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.
- Witosz B., 1997, *Opis w prozie narracyjnej na tle innych odmian deskrypcji*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Wittgenstein L., 1972, *Dociekania filozoficzne*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Wojciechowska J., 2020, *Homo narrans – wymiar dziecięcego istnienia*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce”, Vol. 15, nr 2(56), s. 11–22, <https://doi.org/10.35765/eetp.2020.1556.01>

- Woźniak T., 2005, *Narracja w schizofrenii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Wyrwas K., 2012, *Dlaczego opowiadanie w rozmowie potocznej to nie monolog?*, [w:] A. Burzyńska-Kamieniecka (red.), *Język a kultura*, t. 23: *Akty i gatunki mowy w perspektywie kulturowej*, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, s. 451–460.
- Załazińska A., 2006, *Niewerbalna struktura dialogu. W poszukiwaniu polskich wzorców narracyjnych i interakcyjnych zachowań komunikacyjnych*, Kraków: Wydawnictwo Universitas.
- Żegleń U., 2003, *Filozofia umysłu. Dyskusja z naturalistycznymi koncepcjami umysłu*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Żydek-Bednarczuk U., 1994, *Struktura tekstu rozmowy potocznej*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

	© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) Data złożenia: 23.06.2022. Data przyjęcia: 5.10.2022.
---	--

Monika Kaźmierczak* 

Perspektywa klienta w gielkocie

Client's Perspective in Cluttering

Słowa kluczowe: logopedia, praktyka oparta na dowodach, perspektywa klienta, gielkot/mowa bezładna

Keywords: Speech-Language Therapy, Evidence-Based Practice (EBP), client's perspective, cluttering

Streszczenie

W gielkocie, tj. wielowymiarowym i jeszcze nie do końca poznanym zaburzeniu płynności mowy, uwzględnianie perspektywy klienta wydaje się koniecznością. W niniejszym artykule na tle teorii podmiotowości i dialogiki zostały zaprezentowane założenia logopedii opartej na dowodach, ze szczególnym uwzględnieniem trzeciego filaru *Evidence-Based Practice* – EBP. Wypowiedzi dorosłych klientów stanowią egzemplifikację rozważań na temat samoświadomości i metaświadomości osób z mową bezładną, dodatkowo zostały one skonfrontowane z fragmentami publikacji logopedycznych o sześciu popularnych stwierdzeniach na temat osób z doświadczeniem gielkotu. Wiele ze znanych apriorycznych twierdzeń obecnie może zostać uznanych za mity o mowie bezładnej albo konkluzje budzące uzasadnioną wątpliwość i wymagające dalszej pogłębionej analizy. Wskazuje to na konieczność podjęcia w Polsce badań weryfikujących dotychczasowe sądy na temat mowy bezładnej.

Abstract

In a speech disorder like cluttering, we need to consider the client's perspective. This article presents the assumptions of evidence-based speech therapy, with particular emphasis on the third pillar of Evidence Based Practice – EBP and the subjectivity of the client. The quoted statements of adult respondents to the survey are an example of considerations on the self-awareness and meta-consciousness of clutterers. They were confronted with speech therapy publications about six popular statements about people who clutter. Many of the

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: monika.kazmierczak@uni.lodz.pl, <https://orcid.org/0000-0003-4396-3627>

popular a priori statements so far can be considered either myths about cluttering or judgments raising reasonable doubts and requiring further analysis. This indicates the need to undertake research in Poland to verify the previous statements about cluttering.

Wprowadzenie

Choć we współczesnym świecie diagnozuje się osłabienie, a nawet rozkład więzi społecznych, u których podstaw leży dezaktualizacja założeń klasycznej humanistyki, kryzys człowieka (postantropocentryzm, posthumanizm) oraz często „zastępowanie relacji dialogowej Ja–Ty monologiem zorientowanym na przedmiot wypowiedzi: Ja–To/Ono” [Kaźmierczak, 2016, s. 11], postulaty respektowania podmiotowości i uwzględniania perspektywy klienta/pacjenta logopedycznego wciąż silnie wybrzmiewają w pracach naukowych, również polskich [por. Węsierska, 2015; Kaźmierczak, 2016; 2018; Hrycyna, 2020]. W logopedii oczywiste wydają się twierdzące odpowiedzi na pytania: „Czy logopeda jest specjalistą zaburzeń mowy?”, „Czy jego wiedza i doświadczenie są gwarantem jakości i skuteczności terapii?”, „Czy dla opracowywania programu i strategii terapii logopedycznej ważne są wyniki dotychczasowych badań naukowych?”. Pewne wahanie mogą budzić odpowiedzi na pytania: „Czy potrzebne i/lub konieczne jest branie pod uwagę perspektywy klienta/pacjenta? Kiedy ma kilkadziesiąt lat, kilkanaście, kilka lat, kilka miesięcy?”, „Od kiedy?”, „Dlaczego?”, „Po co?”. Znane w języku polskim powiedzenia typu: „Dzieci i ryby głosu nie mają” czy „Za młody jesteś” mogą nasuwać myśl, że wyznaczona jest cezura wieku dla uwzględnienia perspektywy klienta/pacjenta, jednak założenia filozofii podmiotowości oraz dialogizmu jednoznacznie potwierdzają, że bez względu na wiek metrykalny (lub rozwojowy) każdy człowiek jest podmiotem, a co za tym idzie – jego indywidualne potrzeby i cele zawsze muszą być respektowane¹.

Uwzględnianie perspektywy klienta/pacjenta w logopedii jest zgodne z założeniami praktyki opartej na dowodach. W gielkocie, tj. wielowymiarowym i jeszcze nie do końca poznanym zaburzeniu płynności mowy, uwzględnianie perspektywy klienta wydaje się koniecznością [por. Scaler Scott, St. Louis, 2009] – wskazanie uwarunkowań oraz dowodów potwierdzających tę tezę jest celem niniejszego artykułu. Na tle teorii podmiotowości i dialogiki zostaną zaprezentowane wypowiedzi dorosłych osób z doświadczeniem gielkotu ($n = 13$), stanowiące egemplifikację rozważań na temat samoświadomości i metaświadomości klientów. Dodatkowo zostaną one skonfrontowane z fragmentami publikacji logopedycznych.

1 Obecność trzeciego uczestnika (rodzica, opiekuna) procesu diagnostyczno-terapeutycznego wymaga dookreślenia jego roli przy respektowaniu potrzeb i podmiotowości samego pacjenta/klienta [por. Kaźmierczak, 2018].

Podmiotowość klienta/pacjenta w logopedii

W odróżnieniu od nauk przyrodniczych, dla których charakterystyczne są redukcjonizm, zdystansowany ogląd świata i potrzeba kategoryzowania, w naukach humanistycznych pierwotne jest dążenie do relacji z drugim człowiekiem i wchodzenie w nią. Doświadczenie kogoś jako całości, nie zaś indywiduum stanowiącego ledwie syntezę wielu różnych części, to odniesienie do osoby. Właśnie odniesienie, jako podstawowa relacja międzyludzka wynikająca z dostrzegania i respektowania obecności każdego podmiotu, to warunek konstytuowania tożsamości podmiotów w sytuacji dialogicznej. Jej istoty nie stanowi przekazywanie wiadomości, charakterystyczne dla modelu transmisyjno-informacyjnego komunikacji, lecz relacja osobowa, budowana przez słowo w dialogu (gr. *diálogos* – ‘rozmowa’).

Respektowanie jedności, czyli autonomii i odrębności każdej osoby, wyklucza reifikację człowieka, a poprzez bezpośrednią rozmowę (twarzą w twarz) następuje redukcja projekcji pewnych wyobrażeń na rzecz prawdziwego poznania. Filozofia spotkania, zwana inaczej filozofią dialogu, ma swoje źródła w niezgodzie na instrumentalne traktowanie drugiego człowieka czy próby jego podporządkowania sobie. Zarówno model dialogicznej relacji równorzędnej Martina Bubera [1991], jak i niesymetrycznej Emmanuela Lévinasa [2002] zakładają podjęcie współpracy oraz współdziałania. Przesunięcie osi uwagi z przedmiotu (*to*) na podmiot/-y (*Ty, On, Inny, Drugi*) stanowi warunek krystalizowania się tożsamości każdego z uczestników zdarzenia komunikacyjnego.

W przypadku spotkania logopedy (zasady opartej na szerszej świadomości, doświadczeniu klinicznym oraz wiedzy przedmiotowej) z klientem/pacjentem (indywidualnością) asymetryczna relacja binarna jest oparta na autorytecie terapeuty w trzech wymiarach [za Kaźmierczak, 2016]: osobistym (moralnym, z otwartością na drugiego człowieka), epistemicznym (opartym na kompetencjach logopedy jako znawcy przedmiotu, specjalisty w swojej dziedzinie) oraz deontycznym (solidarności (kierownicza rola logopedy w organizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego). Możliwość delegowania autorytetu deontycznego wynika z gotowości uczestników do zamiany ról nadawcy i odbiorcy oraz cyrkularnego charakteru dialogu – ze współdziałania, wspólnej refleksji teleologicznej, przyjęcia współodpowiedzialności za przebieg terapii dzięki zwiększeniu (samo)świadomości i akceptacji celów czy wspólnie wypracowanego planu terapeutycznego. Ponieważ „dialog dopuszcza niewiedzę, poszukiwanie, wątpliwości, odmienne poglądy, autonomię, wzajemne przejmowanie respektów poznawczych, swobodę w formowaniu oraz wygłaszaniu poglądów” [Palka, 2003, s. 483], podczas spotkania logopedy z klientem/pacjentem następuje konfrontacja opinii i sądów, wzajemne dopełnianie wiedzy, czyli przekraczanie dotychczasowych horyzontów poznawczych obu podmiotów przy jednoczesnym budowaniu przymierza terapeutycznego [Kaźmierczak, 2018; Sønsterud,

2019]. Postępowanie logopedyczne, w którym udział bierze ta swoista asymetryczna wspólnota binarna, może przybierać różne formy.

W postępowaniu tradycyjnym, opartym na modelu medycznym [Grabias, 2014], logopeda przeprowadza diagnozę problemową, koncentrując się głównie na deficytach w zakresie mowy, ale też na mocnych stronach, a następnie układa plan terapii, który pozwoli wyeliminować bądź możliwie skutecznie zredukować zaburzenie. Postępowanie logopedyczne obejmuje zbieranie danych (etiologia zaburzenia, objawy, patomechanizm, chronologia rozwoju), ich interpretację oraz wyjaśnienie problemu pacjentowi. Po ocenie stopnia nasilenia oraz potencjalnego rozwoju zaburzenia logopeda konstruuje plan interwencji, by na jego podstawie podjąć działania terapeutyczne, a w toku ewaluacji analizuje rezultaty, weryfikuje plan terapii, w efekcie dążąc do redukcji lub możliwie pełnej eliminacji problemu. W tej hierarchicznej strukturze terapeuta przyjmuje rolę eksperta, znawcy zaburzenia, a działania są zorientowane głównie na ćwiczenia i zadania [por. Hrycina, 2020].

W nurcie logopedycznej opieki skoncentrowanej na osobie (*Person-Centred Care* – PCC), wywodzącym się z psychologii humanistycznej, orientacja podmiotowa wiąże się głównie z identyfikacją zasobów i potrzeb klienta, uwypukleniem jego perspektywy, nadaniem wartości jego osobistym doświadczeniom oraz wiedzy [DiLollo, Favreau, 2010]. Obok logopedy-specjalisty również klient staje się ekspertem we własnej sprawie: jego doświadczenie, wiedza o sobie, autonomia są uwzględniane w procesie podejmowania decyzji terapeutycznych. W diagnozie klient przyjmuje aktywną rolę: wyraża swoje potrzeby, wspólnie identyfikowane są jego zasoby i mocne strony, dotychczasowe osiągnięcia i sukcesy, a także wyjątki od sytuacji problemowych (jednak niepowodzenia, deficyty, częstość występowania czy nasilenie problemu nie są szczegółowo analizowane). Wizualizacja pożądanego oraz akceptowanego przez klienta przyszłości opiera się na wzmacnianiu jego zasobów w relacji partnerskiej z terapeutą, na wspólnym dookreśleniu celów i dążeń.

Zasadniczą różnicą w tych dwóch modelach postępowania logopedycznego jest przestrzeganie odpowiednio: pacjenta (model tradycyjny) lub klienta (model PCC). Zgodnie z definicją słownikową *pacjent* jest „osobą chorą, korzystającą z opieki medycznej” [Wielki słownik języka polskiego PAN, b.d.]. Etykieta *pacjent*, choć tradycyjnie stosowana do wszystkich osób w terapii logopedycznej, może skutkować niepotrzebną medicalizacją w przypadku tych, które nie są chore i nie wymagają leczenia – na przykład z zaburzeniami płynności mowy czy z autyzmem. Leksem *klient* ma różne znaczenia słownikowe: „1. osoba, która coś kupuje lub korzysta z usług jakiejś firmy; 2. bliżej nieokreślony mężczyzna; 3. program komputerowy, który łączy się z serwerem i pobiera z niego informacje; 4. osoba pozostająca w zależności od kogoś bogatego i wpływowego, który zapewnia jej byt, wymagając w zamian posłuszeństwa i wspierania jego interesów w działalności publicznej, zwłaszcza politycznej” [Wielki słownik języka polskiego PAN, b.d.]. Negatywne konotacje z leksemem *klient* wynikają z utrwalonego w Polsce stereotypu człowieka, który jest roszczeniowy oraz oczekuje, że otrzyma wszystko,

czego zażąda (por. „klient nasz pan”), którego w czasach PRL szykanowano, z kim się nie liczono (por. „tych klientów nie obsługujemy” z filmu *Co mi zrobisz, jak mnie złapiesz* w reż. Stanisława Barei, 1978). Posługiwanie się w logopedii pojęciem *klient* zamiast *pacjent* wymaga pewnego dookreślenia znaczenia. W dalszej części rozważań **klient logopedyczny** będzie rozumiany jako **osoba korzystająca z usług logopedycznych, z którą terapeuta buduje asymetryczną relację dialogiczną, opartą na jedyności i wzajemnym poszanowaniu podmiotowości (przymierze terapeutyczne)**. Zmiana optyki na studium podmiotu uwypukla subiektywny punkt widzenia klienta, indywidualną interpretację siebie oraz świata, jednostkową konceptualizację prawdy i rzeczywistości (z elastycznością poznawczą oraz niejednorodnością perspektyw i rozwiązań), które trzeba analizować w odniesieniu do i na tle danych z obiektywnych badań, jak również doświadczeń klinicznych specjalisty zaburzeń płynności mowy. Dopiero harmonijna synteza tych trzech filarów tworzy podstawy praktyki logopedycznej opartej na dowodach.

Perspektywa klienta w gielkocie

Nurt *Evidence-Based Practice* (EBP) – praktyki opartej na dowodach – ma swoje źródła w medycynie. W latach dziewięćdziesiątych XX wieku wprowadzono *Evidence-Based Medicine* (EBM) [Sackett i in., 1996], od tego czasu również w logopedii coraz silniej formułowane są postulaty praktyki opartej na naukowej podbudowie, nie tylko zaś na działaniach intuicyjnych, wynikających z doświadczeń klinicystów [Grabias, 2014; Ostapiuk i in., 2018; McCurtin, Murphy, Roddam, 2019; Krzeszewska, 2020].

W publikacjach dotyczących EBP podkreślane jest znaczenie każdego z trzech filarów, gdyż harmonijną całość budują dopełniające się wzajemnie: dane z obiektywnych badań (*External Clinical Evidence*), doświadczenie klinicysty (*Clinical Expertise*) oraz perspektywa klienta/pacjenta (*Patient/Client Preferences*) – ta dopiero obecnie jest uznawana za równorzędny filar EBP [Roulstone, 2011]. Nierespektowanie wskazanej trójjedności i symetrii może prowadzić do zaburzeń równowagi poznawczej [por. Costain, Sønsterud, 2021], a tym samym błędów dwóch filarów, na przykład: uznawania wiedzy intuicyjnej i zaledwie jednostkowej, subiektywnej perspektywy (przy braku danych z badań obiektywnych), dyrektywnego wyznaczania zadań i ćwiczeń (przy pomijaniu potrzeb danego klienta/pacjenta), niewłaściwej organizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego, braku obiektywnej weryfikacji postępów (autoterapia bez przewodnika-klinicysty).

Akcentowanie znaczenia wspólnego, świadomego podejmowania decyzji przez klinicystę i klienta, z uwzględnieniem kontekstu środowiskowego i uwarunkowań organizacyjnych [Satterfield i in., 2009], stanowi istotę podmiotowego modelu procesu diagnostyczno-terapeutycznego także w gielkocie [Scaler Scott, St. Louis,

2009; Sønsterud, 2019]. Gielkot, inaczej mowa bezładna (ICD-10 – F 98.6, ICD-10 – 9307.0; ICD-11 – 6A01.1), w mowie zewnętrznej manifestuje się przede wszystkim zaburzeniem tempa mówienia: zbyt szybkim i/lub nieregularnym. W konsekwencji może prowadzić do wystąpienia co najmniej jednego z następujących objawów:

- 1) nadmiernej ilości tzw. normalnych niepłynności w mówieniu,
- 2) zaburzeń koartykulacji,
- 3) niewłaściwego stosowania pauz czy akcentów, jak również dysrytmii w języku pierwszym, naturalnym (L1),

co podkreślają w nowej roboczej definicji gielkotu Kenneth St. Louis i Katrin Schulte [2011].

Delegowanie autorytetu deontycznego solidarności przez logopedę daje klientowi z gielkotem możliwość przedstawienia własnej biografii, również terapeutycznej. Perspektywa klienta obejmuje wiedzę (w różnym stopniu uświadomioną czy ujętą w ramy pojęciowe) o dotychczasowych zachowaniach językowych i niejęzykowych, podjętej wcześniej terapii logopedycznej (też psychologicznej), wypracowanych strategiach komunikacyjnych, zasobach oraz potrzebach warunkujących poziom jakości i komfortu życia z gielkotem.

W efekcie spotkania oraz nawiązania relacji już w samym dialogu terapeutycznym następuje konfrontacja sądów, opinii i doświadczeń klienta oraz klinicysty, a dzięki temu dochodzi do nabycia i/lub podniesienia świadomości obu podmiotów o istocie mowy bezładnej, cechach charakterystycznych dla indywidualnego obrazu gielkotu, rozważanej tu i teraz w kontekście doświadczeń konkretnego klienta.

Postawy osób z doświadczeniem mowy bezładnej są różne, między innymi:

Coś mi jest?

1. Nic mi nie jest, świetnie sobie radzę w komunikacji.
2. Nic mi nie jest, czasami mam kłopot jak każdy, ale radzę sobie.
3. Nic mi nie jest, czasami mam kłopot jak każdy, ale ludzie się nie odzywają, więc...
4. Tak, czasami mam trudności, zwalням, jak bardzo mogę, kiedy trzeba.
5. Tak, mam trudności, mam gorsze wyniki... (w nauce, w pracy).
6. To co mi jest?
7. Jaki jest mój gielkot?
8. Jak mogę sobie pomóc? Jak logopeda może mi pomóc?
9. Czym różni się mój gielkot od innych? itd.

W powyższym wyliczeniu można wskazać pewną gradację: od nieświadomości klientów po akceptację gielkotu i poszerzanie wiedzy o specyfice własnego profilu mowy bezładnej.

Uwzględnienie w praktyce logopedycznej perspektywy osób z doświadczeniem gielkotu to otwarcie logopedy na słuchanie i usłyszenie, ale też czytanie i odczytywanie drugiego eksperta – klienta [por. Kaźmierczak, 2022a], który w toku spotkania próbuje charakteryzować swój sposób komunikacji, przy braku aparatu pojęciowego niejednokrotnie posiłkuje się peryfrazami, analogiami lub metaforami [por. Kvenseth, Sønsterud, 2009; Van Zaalén, Reichel, 2015; Myers, 2018; Wilhelm, 2020; Kaźmierczak, 2022b]. Podobnie w przeprowadzonym badaniu ankietowym polscy respondenci ze zdiagnozowaną mową beładną ($n = 13$ dorosłych klientów, w tym 8 mężczyzn i 5 kobiet) wyjaśniali w swoich wypowiedziach, jaki jest ich indywidualny profil gielkotu:

Jaki jest teraz mój gielkot? Hmm... **Było bolognese, jest tagliatelle**. W sensie takie gniazda tagliatelle... Surowego makaronu. Niby nadal **spaghetti w mojej głowie**, ale... Myśli już zakładają gniazda, łączą się... Jak to powiedzieć?... Zaczynają się łączyć... **Zaczynają szukać wspólnych części** z innymi... Kluski patrzą, co mają wspólnego z innymi kluskami. Jeśli ktoś widział surowe tagliatelle w pudełku, to wie, że gniazda są osobno, ściśle związane tylko w sobie, przed ugotowaniem nie dopuszczają do siebie klusek z innych gniazd – każde myślowe gniazdo osobno. W bolognese **był chaos** przykryty jeszcze nieprzezroczystym sosem, wszystkie kluski **poplątane**, a teraz **już widać jakiś porządek**. A bez sosu i na surowo jest lepiej. W sensie – więcej widać... **Trzeba tylko pilnować**, żeby nie rozvodnić i nie rozgotować, bo będzie jak w *Podróżach Pana Kleksa* – znowu kompletna ciapa myślowa.

Mam **mnóstwo myśli**, które **pędzą niczym pociąg**. Czasem **jestem maszynistą**, ale często to on jedzie, **gdzie chce**. Bardzo mnie **to wnerwia**. Pracuję nad sobą i terapia pomaga mi mieć **większą kontrolę** nad nim i moimi emocjami.

(Rozmowa dwóch osób z gielkotem):

– Ty masz taki **psychiczny gielkot**.

– Jak to psychiczny?

– No, mówisz wyraźnie, ale... **Mówisz trzy wyrazy, a kolejne trzydzieści zostawiasz w głowie**, bo **po co mówić, co się z czym łączy**, przecież wiadomo... I zaczynasz coś kolejnego. No właśnie **nie wiadomo**, ja nie wiem.

– A twój jaki jest?

– A ja to **mówię niewyraźnie**, bo **myślę o dwóch rzeczach naraz**.

W głowie mam piękny zarys zdania, a to, co mówię, to jest to, co wychodzi.

Ryby w szale karmienia – wszystkie myśli atakują jednocześnie, żadna nie jest pierwsza, **nie ma porządku** i w końcu żadna w całości nie przechodzi, na zewnątrz pojawiają się tylko

szczątki lub nowy twór bez esencji; uciążliwy w pracy – kiedy piszę, mogę wypowiedzieć to, co myślę.

Moja mowa jest **chaotyczna, niezrozumiała dla innych** (często myślałem o sobie, że jestem po prostu mniej inteligentny albo mój mózg jest nie do końca taki sam, jak mają inni, czyli gorszy). Ja to nazywam tzw. **ciągły bałagan**, który wymaga **permanentnej pracy**.

Kiedy **zbyt szybko mówię**, pojawia się **skracanie zdań**, wypowiedź staje się dla słuchacza niezrozumiała. **Sedno wypowiedzi umyka...**

Nie mogę zebrać myśli, kiedy mówię, **nie mogę powiedzieć tego, co chcę**, mam wrażenie, że **myśli chowają mi się w głowie**, że trzeba szybko wszystko powiedzieć, bo ludzie się niecierpliwią.

Jestem jak **myślowy Struś Pędziwiatr**, wszystko naraz myślę, **ganiam się z myślami i pędzę do przodu**.

Sama czasami się śmieję z siebie, bo **zakręcę się w mówieniu**, słuchacze milkną i robią wielkie oczy; czasami ludzie nie wyłapują skojarzeń i żarcików, trzeba tłumaczyć.

Mój gielkot jest jak **jazda z górki bez trzymanki**.

Kiedys Herbert napisał esej o Minotaurze **uwięzionym w labiryncie swoich myśli** – ja mam tak samo, kiedy chcę coś powiedzieć, to **szukam właściwego słowa**, może lepszego, może innego, najtrafniejszego. Inni mają tak czasami, ja chyba prawie zawsze.

Jaki jest mój gielkot? Podobno ciekawy. Kiedys usłyszałam, że inaczej patrzę na świat, że łączę mi się różne nieoczywiste rzeczy, że **trudno za mną nadążyć**, a do tego **szybko mówię**.

Klienci z doświadczeniem mowy bezładnej w przytoczonych wypowiedziach podejmują samodzielne próby określenia typu swojego gielkotu (strukturalny: „psychiczny”, fonologiczny: „mówiony”), identyfikują własne postawy jako uczestników komunikacji oraz specyfikę zachowań językowych. Wskazują, że czasami kontrolują gielkot, a niejednokrotnie nie są w stanie zapanować nad tym, jak mówią – zależy to od dnia, chwili, sytuacji komunikacyjnej. Nasilenie gielkotu jest uciążliwe w sytuacjach oficjalnych, zawodowych, kiedy człowiek może być postrzegany jako mniej kompetentny i oceniany na podstawie zaburzonego przekazu, nie zaś faktycznej wiedzy oraz posiadanego doświadczenia. Katalizatorem mowy bezładnej są przede wszystkim emocje. Radość lub euforia wiążą się z brakiem lub niewielkim stopniem monitorowania wypowiedzi w żywym dialogu, w sytuacji towarzyskiej, charakteryzującej się luźniejszą atmosferą. Niepłynność

nasilają między innymi stres, zdenerwowanie czy irytacja w związku z trudnością lub niemożnością przekazania intencji wypowiedzi pod presją czasu, poszukiwaniem najbardziej adekwatnych słów dla wyrażenia intencji komunikacyjnej. Samokontrola w różnego typu sytuacjach wiąże się z wysiłkiem i zmęczeniem fizycznym, wymaga bowiem nieustannej czujności, dużego skupienia przy analizie bieżących wypowiedzi: własnej oraz współ rozmówcy, opanowywaniu zbyt szybkiego tempa mówienia.

Wyższa samoświadomość oraz metaświadomość własnego profilu zaburzenia przez klienta to warunek *sine qua non* monitorowania, a następnie modelowania mowy bezładnej [por. Myers, 2018], które prowadzone są pod przewodnictwem logopedy pełniącego funkcję facylitatora, a jednocześnie znawcy i przewodnika-partnera w procesie terapii. Motywacja klienta do zmian w sposobie komunikacji jest w dużym stopniu zależna od poziomu jego dobrostanu psychicznego. W wypowiedziach badanych respondentów uwagę zwracają szczególnie bariery, które uwypuklają same osoby z doświadczeniem gielkotu², na przykład:

Wiem, że jak zacznę mówić, to inni **mogą pomyśleć, że chyba nie znam tematu.**

Moja mowa jest chaotyczna, **niezrozumiała dla innych** (często myślałem o sobie, że jestem po prostu **mniej inteligentny** albo **mój mózg jest nie do końca taki sam**, jak mają inni, **czyli gorszy**) [...].

Kiedy zbyt szybko mówię, pojawia się skracanie zdań, wypowiedź staje się **dla słuchacza niezrozumiała**. Sedno wypowiedzi umyka...

Nie mogę zebrać myśli, kiedy mówię, **nie mogę powiedzieć** tego, co chcę, mam wrażenie, że myśli chowają mi się w głowie, a trzeba szybko wszystko powiedzieć, bo **ludzie się niecierpliwią**.

Sama czasami się śmieję z siebie, bo zakręcę się w mówieniu, **słuchacze milkną i robią wielkie oczy**; czasami **ludzie nie wyłapują** skojarzeń i żarcików, **trzeba tłumaczyć**.

Niepewność, strach przed oceną, że nikt mnie **nie zrozumie**, **milczenie innych** po mojej wypowiedzi, **dziwne uśmiechy**.

Szybka mowa, **nieśmiałość** w kontaktach z osobami mało znanymi.

2 W ankiecie nie było osobnego pytania dotyczącego barier komunikacyjnych, 9 respondentów (4 kobiety i 5 mężczyzn) wyraziło swoje obawy podczas odpowiedzi na pytanie, co charakteryzuje osobę z gielkotem (w komunikacji, życiu towarzyskim lub zawodowym, w codziennych czynnościach).

Lęk przed wyrażeniem swojego zdania. Zawodowo, jeżeli **znam temat, to jest ok**. Chociaż bywa, że czasem też mam **lęki** z tym związane.

Myszę, że **izolacja**. Problemu nie ma, jeżeli spotykasz się z rodziną, z bliskimi. W **nowym towarzystwie**, gdzie jest prowadzona rozmowa na jakiś temat, to **zazwyczaj jestem cicho**.

Izoluję się od wypowiedzi. Wszelkich lub rozmawiam tylko o swoich zainteresowaniach.

Obawa przed negatywną oceną zewnętrzną, silna krytyka wewnętrzna oraz związane z nimi emocje mogą skutkować całkowitym lub częściowym wycofaniem się z konwersacji, ograniczaniem kontaktów towarzyskich, a nawet utratą stabilności samooceny. Mimo że w codziennej komunikacji osoby z gielkotem często nie komentują swoich odczuć, wyższa świadomość zaburzeń płynności mowy może potęgować obawy albo lęki.

Konfrontacja przykładowych wypowiedzi ankietowanych respondentów z konkluzjami logopedów zamieszczonymi w polskojęzycznych publikacjach [Tarkowski, Smul, 1988; Kostecka, 2006; Gunia, Lechta, 2012; Węsierska i in., 2015; Tarkowski, 2017; Myers, 2018; Woźniak, 2018; Węsierska, St. Louis, 2018] dowodzi, jak istotne staje się uwzględnianie perspektywy klienta w badaniach i wnioskach dotyczących gielkotu. W tabeli 1 zacytowano konkluzje logopedów oraz wypowiedzi ankietowanych klientów z gielkotem – potwierdzające lub podające w wątpliwość informacje dotyczące sześciu popularnych stwierdzeń na temat osób z doświadczeniem mowy bezładnej.

Tabela 1. Konkluzje logopedów i wypowiedzi klientów dotyczące sześciu popularnych stwierdzeń na temat osób z doświadczeniem mowy bezładnej

Konkluzje logopedów		Wypowiedzi klientów	
Potwierdzenie	Zaprzeczenie, wątpliwość	Potwierdzenie	Zaprzeczenie, wątpliwość
1. Nieświadomość występowania problemu			
<p>– „Osoba z gielkotem nie uświadamia sobie własnych problemów.”</p> <p>– „Gielkot jest zaburzeniem charakteryzującym się nieświadomością istnienia problemu u osoby mówiącej.”</p> <p>– „Na płaszczyźnie psychicznej: [...] nieświadomość doświadczanych trudności.”</p> <p>– „Osoby z gielkotem mogą jednak nie zdawać sobie sprawy ze swojego sposobu komunikowania się.”</p> <p>– „W przypadku niektórych nie można mówić o jakiegokolwiek świadomości.”</p> <p>– „Nieświadomość trudności w mówieniu.”</p> <p>– „Wiele osób z gielkotem nie jest świadomych swojego zaburzenia.”</p> <p>– „Gielkot często pozostaje wadą nieuświadamianą.”</p>	<p>– „Ograniczona świadomość podmiotu dotycząca jego niepełności i nadmiernego tempa mówienia.”</p> <p>– „Osoby z gielkotem znacznie różnią się między sobą pod względem stopnia świadomości swojego zaburzenia.”</p> <p>– „Zredukowane lub brakujące uświadamianie sobie własnego problemu.”</p> <p>– „Tradycyjna literatura logopedyczna podawała wśród symptomów mowy bezładnej [...], że człowiek z tym problemem nie uświadamia sobie swojej zaburzonej zdolności komunikacyjnej [...]. Jednak w rzeczywistości [...] zwykle uświadamia sobie istnienie swojej zaburzonej zdolności komunikacyjnej (im jest starszy, tym częściej, mniej lub bardziej środowisko mu ją przypomina [...]).”</p>	<p>Brak przykładów*</p>	<p>– „Wiem, że jak zacznę mówić, to inni mogą pomyśleć, że chyba nie znam tematu.”</p> <p>– „Sama czasami się śmieję z siebie, bo zakręcę się w mówieniu.”</p> <p>– „Moja mowa jest chaotyczna, niezrozumiała dla innych (często myślałem o sobie, że jestem po prostu mniej inteligentny albo mój mózg jest nie do końca taki sam, jak mają inni, czyli gorszy).”</p> <p>– „Kiedy zbyt szybko mówię, pojawia się skracanie zdań, wypowiedź staje się dla słuchacza niezrozumiała. Sedno wypowiedzi umyka...”</p> <p>– „[...] jak żabka skaczę po tematach, że trudno za mną nadążyć, a do tego szybko mówię.”</p> <p>– „Ja to nazywam tzw. ciągły bałagan.”</p> <p>– „Nie mogę zebrać myśli, kiedy mówię, nie mogę powiedzieć tego, co chcę, mam wrażenie, że myśli chowają mi się w głowie.”</p> <p>– „Jestem jak myślowy Struś Pędziwiatr, wszystko naraz myślę, ganiam się z myślami i pędzę do przodu.”</p> <p>– „Mój gielkot jest jak zjazd z góry bez trzymanki, pędzę bez kontroli.”</p> <p>– „Wiedziałem, że jestem inny.”</p>

			<p>– „Ja tak po prostu mam. Myślę – mówię. Myślę dwie rzeczy, mówię półtorej albo dwie i pół.”</p> <p>– „W głowie mam piękny zarys zdania, a to, co mówię, to jest to, co wychodzi.”</p> <p>– „Kiedyś Herbert napisał esej o Minotaurze uwięzionym w labiryncie swoich myśli – ja mam tak samo.”</p>
2. Brak lęku, obawy przed mówieniem			
<p>– „Osoba z gielkotem [...] nie przeżywa lęku przed mówieniem.”</p> <p>– „Osoby z gielkotem są uwikłane w gąszcz myśli, nie zawsze sformułowanych w kompletny sposób, a mimo to mówią dalej.”</p> <p>– „Brak frustracji z tego powodu.”</p> <p>– „Wiele osób z gielkotem nie jest świadomych swojego zaburzenia, w związku z tym nie odczuwa dyskomfortu związanego z mówieniem.”</p>	<p>– „Bardzo prawdopodobne, że u osoby, która próbuje skomunikować się z innymi, [...] pojawiają się negatywne względem procesu komunikacji uczucia i postawy.”</p> <p>– „Gielkot, tak jak jękanie, może rodzić frustrację, gniew.”</p> <p>– „U. Sick [2004] wspomina badania potwierdzające występowanie u wielu ludzi z beładną mową strachu przed mówieniem.”</p>	Brak przykładów	<p>– „Niepewność, strach przed oceną, [...] dziwne uśmiechy.”</p> <p>– „Nieśmiałość w kontaktach z osobami mało znanymi.”</p> <p>– „Lęk przed wyrażeniem swojego zdania.”</p> <p>– „Izoluję się od wypowiedzi. Wszelkich lub rozmawiam tylko o swoich zainteresowaniach.”</p> <p>– „Unikam wypowiadania się publicznie czasami. Czasami w ogóle nie chcę mówić, bo uważam, że będę językowo się potykał. Albo ten chaos, który mam w głowie spowoduje, że się zatnę na czymś na przykład.”</p>
3. Nierozpoznanie reakcji słuchacza w dialogu			
<p>– „Osobom z gielkotem trudno wyobrazić sobie, że inni mogą mieć problem ze zrozumieniem tego, co mówią.”</p> <p>– „Osoby z gielkotem często odczuwają potrzebę przerywania rozmówcy bądź też odchodzą od tematu rozmowy, nie zwracając uwagi na potrzeby rozmówcy.”</p>	<p>– „Osoba z gielkotem ma problem [...] z rozpoznaniem reakcji słuchacza.”</p>	Brak przykładów	<p>– „Milczenie innych po mojej wypowiedzi, dziwne uśmiechy.”</p> <p>– „Trzeba szybko wszystko powiedzieć, bo ludzie się niecierpliwią.”</p> <p>– „Słuchacze milkną i robią wielkie oczy.”</p> <p>– „Pamiętam tylko irytację, ale tych niecierpliwych odbiorców.”</p> <p>– „Mój gielkot jest niezrozumiały. Ja to słyszę, a czasami widzę po reakcjach innych – starają się oczami znaleźć tam sens.”</p>

4. Nieświadomość konsekwencji problemu			
<p>– „Osoba z gielkotem jest [...] często nieświadoma konsekwencji swojego zachowania.”</p> <p>– „Osoba z gielkotem [...] jest nieświadoma konsekwencji własnego postępowania.”</p>	<p>– „Uświadamianie sobie zaburzenia zdolności komunikacyjnej może mieć u ludzi z beładną mową poważne następstwa.”</p> <p>– „Zaczynają [...] szukać [pomocy – przyp. M.K.] dopiero w okresie dorosłości, kiedy mają z powodu swojego zaburzenia problemy przy wyborze zawodu, w przystosowaniu się do pracy itp.”</p>	<p>Brak przykładów</p>	<p>– „Inni mogą pomyśleć, że chyba nie znam tematu.”</p> <p>– „W pracy [mówią mi – przyp. M.K.], że za szybko mówię, że moje wypowiedzi są wysublimowane – czyli nikt nie nadaża i nie rozumie mojego toku rozumowania.”</p> <p>– „[W pracy – przyp. M.K.] dyskusja po prezentacji wypada słabo, bo nie potrafię precyzyjnie wyrazić tego, co bym chciała.”</p>
5. Brak potrzeby szukania pomocy u specjalisty			
<p>– „Zwykle ich [osób z gielkotem – przyp. M.K.] zaburzenie nie stanowi dla nich problemu i dlatego sami nie szukają pomocy logopedycznej.”</p> <p>– „Beładna mowa należy do tych rodzajów zaburzonej zdolności komunikacyjnej, które są zwykle relatywnie odporne na starania terapeutyczne.”</p> <p>– „Pacjenci nie zawsze są dostatecznie zmotywowani do codziennej i długotrwałej realizacji ćwiczeń logopedycznych.”</p>	<p>– „Ludzie z mową beładną nie należą do częstych pacjentów logopedów. [...] Zaczynają jednak stosunkowo często aktywnie szukać [pomocy – przyp. M.K.] dopiero w okresie dorosłości.”</p> <p>– „Gielkot często pozostaje wadą nieuświadamianą, dlatego bywa zbyt późno lub niewłaściwie diagnozowany.”</p>	<p>– „Nic z tym nie robiłem przez lata. Wiedziałem, że jestem inny.”</p>	<p>– „Bardzo mnie to wnerwia. Pracuję nad sobą i terapia pomaga mi mieć większą kontrolę nad nim i moimi emocjami!”</p> <p>– „Nie mogłem wypowiedzieć więcej niż 3–4 słowa. Nadal mam z tym problem, kiedy ogarniam całe zdania.”</p> <p>– „Logopedzi uznali, że się jąkam, ale nie dali mi żadnych narzędzi do pracy.”</p>

6. Gielkot to nieznaczny problem społeczny			
<p>– „Gielkot jest zaburzeniem, któremu poświęca się mniej uwagi niż jękaniu. Prawdopodobnie wynika to z faktu, że jest ono mniej uciążliwe dla pacjentów i stanowi mniejszy problem społeczny.”</p>	<p>– „W badaniach porównawczych postawy społeczne wobec gielkotu i osób zmagających się z tym zaburzeniem okazały się nieco mniej pozytywne niż postawy wobec jękania i osób jękających się.”</p>	<p>Brak przykładów</p>	<p>– „[Gielkot jest – przyp. M.K.] uciążliwy w pracy.” – „Od szefowej usłyszałam raz: Co się pani tak jęka!?” – „Lęk przed wyrażeniem swojego zdania. Zawodowo, jeżeli znam temat, to jest ok. Chociaż bywa, że czasem też mam lęki z tym związane.” – „Izolacja. Problemu nie ma, jeżeli spotykasz się z rodziną. W nowym towarzystwie, gdzie jest prowadzona rozmowa na jakiś temat, to zazwyczaj jestem cicho.” – „Często myślałem o sobie, że jestem po prostu mniej inteligentny albo mój mózg jest nie do końca taki sam, jak mają inni, czyli gorszy.” – „W szkole bywało, że ludzie się z tego nabijali.” – „Kiedyś na imprezie usłyszałam: Nie pytaj, przytakuj – skierowane od mojego męża do jego przyjaciela, który nie nadążał za mną. Smutne.” – „Takie osoby większość społeczeństwa mogą irytować.” – „Mam przekonanie, że mało kto ma wiedzę na temat gielkotu.”</p>

* Brak przykładów dotyczących nieświadomości występowania problemu u osoby z gielkotem w tej części tabeli wynika z faktu, że w badaniu ankietowym wzięły udział osoby z postawioną przez logopedę diagnozą mowy bezładnej.

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z tabeli 1, wiele z konkluzji logopedów pozostaje ze sobą w sprzeczności, wypowiedzi ankietowanych klientów potwierdzają stwierdzenia niektórych badaczy, inne zaś podają w wątpliwość. Przedstawione niejednoznaczności i rozbieżności wskazują na potrzebę objęcia badaniami większej grupy osób z gielkotem (by dane były bardziej reprezentatywne) oraz na konieczność podjęcia w Polsce dyskusji i pogłębionych badań nad mową bezładną – weryfikujących dotychczasowe popularne twierdzenia na temat gielkotu, poszerzających wiedzę o tym zaburzeniu i podnoszących świadomość zarówno studentów logopedii i logopedów, jak i samych osób z doświadczeniem gielkotu. Postulaty te pozostają w zgodzie z konkluzjami innych badaczy mowy bezładnej, w tym dotyczącymi (nie)świadomości gielkotu [np. Georgieva, 2001; 2010; Scaler Scott, St. Louis, 2009; Węsierska i in., 2021].

Zakończenie

Stawanie się efektywnym logopedą opiera się na kilku filarach. Rzetelne wykształcenie, dobre przygotowanie praktyczne i wiedza logopedy o zaburzeniach płynności mowy są istotne już u progu kariery zawodowej, ponieważ (samo)doskonalenie w trakcie pracy jest dość ograniczone ze względu na niewielki odsetek klientów z zaburzeniami płynności mowy wśród pacjentów/klientów logopedycznych w ogóle [Eggers, 2021], w tym jeszcze mniejszy osób z gielkotem. Lepsze poznanie, a tym samym rzetelne rozpoznanie mowy bezładnej w praktyce logopedycznej służy też eliminowaniu błędów typu alfa – fałszywie pozytywnych (stawianie diagnozy gielkotu u osoby niezmagającej się z tym zaburzeniem) lub błędów typu beta – fałszywie negatywnych (niezdiagnozowanie osoby z gielkotem) [por. Vanryckeghem, 2018]. Potrzebę nieustannego dopełnienia swojej wiedzy na temat mowy bezładnej dostrzegają studenci logopedii oraz logopedzi nie tylko w Polsce, choć świadomość na temat gielkotu wyraźnie wzrosła w ostatnich latach [por. St. Louis, Rustin, 1992; Georgieva, 2001; 2010; Simonska, Georgieva, 2007; Scaler Scott, St. Louis, 2009; Węsierska, St. Louis, 2018; Węsierska i in., 2021].

Uwzględnienie perspektywy klienta w gielkocie pozwala przyjąć właściwą strategię postępowania, z preferowanymi przez klienta celami, adekwatnie do jego potrzeb i możliwości dobranymi metodami czy technikami terapii³. W terapii gielkotu „[...] nie chodzi przecież przede wszystkim o poprawę jakości mowy, co czasem może być priorytetem i osobistym punktem honoru logopedy, ale o poprawę jakości życia, której potrzebuje klient” [Myers, 2018, s. 61]. Do niedawna wiele informacji o mowie bezładnej było pozyskiwanych przez logopedów głównie z obserwacji klinicznych [Curlee, 1996], aprioryczne konkluzje dotyczące osób z gielkotem były

3 O wartości terapii elastycznych i znaczeniu przymierza terapeutycznego por. Costain, Sonsterud [2021].

zaś opatrywane nieprecyzyjnymi kwantyfikatorami: „większość”, „często”, „zwykle”, „prawdopodobnie”, „nieco więcej/mniej”, „w niektórych przypadkach”. Na podstawie danych z badań zewnętrznych⁴, doświadczeń klinicznych oraz perspektywy klientów z gielkotem, tj. badań integrujących praktykę i najlepszą teorię naukową [por. Sønsterud, 2019; Costain, Sønsterud, 2021], wiele z apriorycznych stwierdzeń, które były dotąd powielane w publikacjach logopedycznych, może zostać uznanych albo za mity o mowie bezładnej, albo za sądy budzące uzasadnioną wątpliwość i wymagające dalszej pogłębionej analizy. Z pewnością taka uwaga dotyczy podjętej w niniejszym artykule kwestii (nie)świadomości występowania problemu komunikacyjnego u osoby z gielkotem, czyli jednej z podstawowych cech, która dotąd była uważana za odróżniającą mowę bezładną od jąkania.

Literatura

- Buber M., 1991, *O Ja i Ty*, tłum. J. Doktor, [w:] B. Baran (red.), *Filozofia dialogu*, Kraków: Wydawnictwo Znak, s. 37–56.
- Costain K., Sønsterud H., 2021, *Między badaniami naukowymi a praktyką logopedyczną: w kierunku zintegrowanej terapii mowy i języka*, [w:] K. Węsierska, H. Sønsterud (red.), *Dialog bez barier – kompleksowa interwencja logopedyczna w jąkaniu*. Wydanie polskie rozszerzone, Chorzów: Agere Aude, s. 25–63.
- Curlee R.F., 1996, *Cluttering: Data in search of understanding*, „Journal of Fluency Disorders”, No. 21, s. 367–337.
- DiLollo A., Favreau Ch., 2010, *Person-Centered Care and Speech and Language Therapy*, „Seminars in Speech and Language”, No. 31(2), s. 90–97.
- Eggers K., 2021, *Stawanie się efektywnym logopedą specjalizującym się w zaburzeniach płynności mowy*, [w:] K. Węsierska, H. Sønsterud (red.), *Dialog bez barier – kompleksowa interwencja logopedyczna w jąkaniu*. Wydanie polskie rozszerzone, Chorzów: Agere Aude, s. 65–83.
- Georgieva D., 2001, *Professional awareness of cluttering: A comparative study (Part two)*, [w:] H.G. Bosshardt, J.S. Yaruss, H.F.M. Peters (red.), *Fluency Disorders: Theory, research, treatment and self-help. Proceedings of the Third World Congress on Fluency Disorders in Nyborgg, Denmark, International Fluency Association*, Nijmegen: Nijmegen University Press, s. 630–635.
- Georgieva D., 2010, *Understanding cluttering: Eastern European traditions vs. Western European and North American traditions*, [w:] K. Bakker, L. Raphael (red.), *Proceedings of the First International Conference on Cluttering*, Katarino: ICA, s. 230–243.
- Grabias S., 2014, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 15–71.
- Hrycyna E., 2020, *Aktualne problemy terapii logopedycznej w zaburzeniach należących do spektrum autyzmu – podmiotowość, celowość, metoda*, „Logopedia”, t. 49(2), s. 23–37.

4 Informacje o najnowszych projektach badawczych dotyczących gielkotu można znaleźć na stronie Międzynarodowego Stowarzyszenia Gielkotu: <https://sites.google.com/view/icacluttering>. W populacji polskojęzycznej badania prowadzili między innymi: Katarzyna Węsierska i współautorzy [2015] oraz Katarzyna Węsierska i Kenneth St. Louis [2018].

- Kaźmierczak M., 2016, *Dialogiczna relacja logopedy i pacjenta*, [w:] I. Jaros, R. Gliwa (red.), *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 9–17.
- Kaźmierczak M., 2018, *Binarna i ternarna relacja uczestników procesu diagnostyczno-terapeutycznego w logopedii*, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, nr 20, s. 143–159.
- Kaźmierczak M., 2022a, *Co pacjent/klient może wiedzieć o gielkocie? Kilka refleksji po lekturze książki Too fast for words. How discovering that I don't stutter but "clutter" changed my life Rutgera Wilhelma* (Nijmegen: Big Time Publishers 2020, 175 ss., ISBN: 979-86-664-4439-9), „Forum Lingwistyczne”, nr 10, s. 1–6.
- Kaźmierczak M., 2022b, *The cognitive power of cluttering metaphors* [w druku].
- Kostecka W., 2006, *Gielkot. Studium przypadku*, Lublin: AWH Antoni Dudek.
- Krzyszewska P., 2020, *Praktyka oparta na dowodach w postępowaniu logopedycznym*, „Logopedia”, t. 49(2), s. 233–248.
- Kvenseth H., Sonsterud H., 2009, *Exciting collaboration turns cluttering fascinating: A story told by a person who clutters and a speech and language therapist from Norway*, „Perspectives on Fluency and Fluency Disorders”, Vol. 19(2), s. 67–71.
- Lechta V., 2012, *Mowa bezładna (niewyraźna mowa, gielkot)*, [w:] G. Gunia, V. Lechta (red.), *Wprowadzenie do logopedii*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 171–189.
- Lévinas E., 2002, *Całość i nieskończoność. Esej o zewnętrzności*, tłum. M. Kowalska, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- McCurtin A., Murphy C., Roddam H., 2019, *Moving Beyond Traditional Understandings of Evidence-Based Practice: A Total Evidence and Knowledge Approach (TEKA) to Treatment Evaluation and Clinical Decision Making in Speech-Language Pathology*, „Seminars in Speech and Language”, Vol. 40(05), s. 370–393.
- Myers F.L., 2018, *Istota mowy bezładnej a interwencja logopedyczna w gielkocie*, [w:] K. Węsierska, K. Gawęł (red.), *Zaburzenia płynności mowy*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 44–63.
- Ostapiuk B., Wojciechowska D., Grabias S., Woźniak T., 2018, *Dyskusja po dyskusji na konferencji w Chorzowie, czyli o niektórych problemach logopedii w Polsce*, „Logopedia”, t. 47(1), s. 369–398.
- Palka S., 2003, *Dialog w dydaktyce ogólnej i praktyce kształcenia*, [w:] A. Karpińska (red.), *Teoria i praktyka kształcenia w dialogu i perspektywie*, Białystok: Wydawnictwo Trans Humana, s. 481–487.
- Roulstone S., 2011, *Evidence, expertise, and patient preference in speech-language pathology*, „International Journal of Speech-Language Pathology”, Vol. 13(1), s. 43–48.
- Sackett D., Rosenberg W.M., Gray J.A., Haynes R.B., Richardson W.S., 1996, *Evidence based medicine: What it is and what it isn't*, „BMJ”, No. 312, s. 71–72.
- Satterfield J.M., Spring B., Brownson R.C., Mullen E.J., Newhouse R.P., Walker B.B., Whitlock E.P., 2009, *Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice*, „The Milbank Quarterly”, No. 87, s. 368–390.
- Scaler Scott K., St. Louis K.O., 2009, *A perspective on improving evidence and practice in cluttering*, „Perspectives on Fluency and Fluency Disorders”, Vol. 19(2), s. 46–51.
- Sick U., 2004, *Poltern*, Stuttgart: Thieme.
- Simonska M., Georgieva D., 2007, *Professional awareness of cluttering: ten years later*, https://www.researchgate.net/publication/266215883_Professional_awareness_of_cluttering_ten_years_later (dostęp: 27.05.2022).
- Sonsterud H., 2019, *The Importance of the Working Alliance in the Treatment of Cluttering*, „Perspectives”, Vol. 4(6), s. 1568–1572.
- St. Louis K.O., Rustin L., 1996, *Professional awareness of cluttering*, [w:] F. Myers, K.O. St. Louis (red.), *Cluttering – a clinical perspective*, San Diego: Singular, s. 23–35.

- St. Louis K.O., Schulte K., 2011, *Defining Cluttering: The lowest common denominator*, [w:] D. Ward, K. Scaler Scott (red.), *Cluttering: Research, Intervention and Education*, East Sussex: Psychology Press, s. 233–253.
- Tarkowski Z., Smul M., 1988, *Gielkot*, Warszawa: Wydawnictwo ZSL.
- Tarkowski Z., Góral-Półrola J., Reichel I., 2017, *Mowa bezładna*, [w:] Z Tarkowski (red.), *Patologia mowy*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 165–194.
- Vanryckeghem M., 2018, *Wielowymiarowa, oparta na dowodach diagnoza prowadząca do wielopłaszczyznowej terapii jękania*, [w:] K. Węsierska, K. Gaweł (red.), *Zaburzenia płynności mowy*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 30–43.
- Van Zaalen Y., Reichel I., 2015, *Cluttering. Current Views on Its Nature, Diagnosis, and Treatment*, Bloomington: iUniverse.
- Węsierska K., 2015, *Logopeda jako specjalista w dziedzinie zaburzeń płynności mowy*, [w:] taż (red.), *Zaburzenia płynności mowy*, t. 1, Niezdrowice–Katowice: Wydawnictwo Komlogo, Uniwersytet Śląski, s. 101–113.
- Węsierska M., St. Louis K.O., 2018, *Postawy polskich i angielskich studentów logopedii wobec gielkotu i osób zmagających się z tym zaburzeniem*, [w:] K. Węsierska, K. Gaweł (red.), *Zaburzenia płynności mowy*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 142–155.
- Węsierska K., Myszk A., Płusajska-Otto A., St. Louis K.O., 2015, *Osoby z gielkotem w społeczeństwie – diagnostyka, świadomość społeczna, postulaty*, [w:] K. Węsierska (red.), *Zaburzenia płynności mowy*, t. 1, Niezdrowice–Katowice: Wydawnictwo Komlogo, Uniwersytet Śląski, s. 251–264.
- Węsierska K., St. Louis K., Węsierska M., Porwoł I., 2021, *Changing Polish university students' attitudes toward cluttering*, „Journal of Fluency Disorders”, No. 67, s. 1–16.
- Wielki słownik języka polskiego PAN*, b.d., <https://wsjp.pl/> (dostęp: 9.02.2022).
- Wilhelm R., 2020, *Too fast for words: How discovering that I don't stutter but clutter changed my life*, Nijmegen: Big Time Publishers.
- Woźniak T., 2018, *Zaburzenia płynności mowy – stan badań i praktyki logopedycznej na początku XXI wieku*, „Logopedia”, t. 47(1), s. 141–156.



© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland.
This article is an open access article distributed under the terms and conditions
of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Data złożenia: 29.03.2022. Data przyjęcia: 18.06.2022.

Marlena Kurowska* 

Umiejętności narracyjne dzieci i młodzieży z padaczką. Badania własne

Narrative Skills of Children and Teenagers with Epilepsy
Own Research

Słowa kluczowe: narracja, makrostruktura narracji, dzieci i młodzieży z padaczką, badania własne

Keywords: narration, macrostructure of narration, children and adolescents with epilepsy, own research

Streszczenie

W artykule zaprezentowano fragment prowadzonych od 2017 roku badań własnych na temat zaburzeń mowy i języka rejestrowanych u dzieci i młodzieży z anatomicznymi i/lub funkcjonalnymi zmianami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Opracowanie zawiera analizę wypowiedzi narracyjnych dziesięciorga dzieci w wieku od siódmego do siedemnastego roku życia. Przedmiotem oceny była makrostruktura opowiadań zrealizowanych przez uczestników badania.

Abstract

The study presents a fragment of my own research conducted since 2017 on speech and language disorders recorded in children and adolescents with anatomical and/or functional changes within the central nervous system (CNS). The following study analyzes the narrative statements of ten people aged 7 to 17. The subject of the assessment was the macrostructure of the stories completed by the participants.

* Uniwersytet Warszawski, Wydział Polonistyki, Instytut Polonistyki Stosowanej, Zakład Logopedii i Emisji Głosu, 00-927 Warszawa, ul. Krakowskie Przedmieście 26/28, e-mail: m.kurowska5@uw.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0001-7582-108X>

Wprowadzenie

Wiedza na temat zachowań komunikacyjnych, w tym językowych, u osób z padaczką nie jest jeszcze pełna i dostatecznie poznana. Brakuje pogłębionych, zilustrowanych materiałem językowym badań. Niełatwo też gromadzi się takie dane i proces ten trwa stosunkowo długo.

W definicjach przywoływanych w literaturze przedmiotu najczęściej wskazuje się, że padaczka przejawia się nawracającymi zaburzeniami czynności mózgu w postaci rozmaitych napadów. Objawy kliniczne napadu zależą od struktury czynnościowo-anatomicznej mózgu, która bierze w nim udział [Prusiński, 1998, s. 318]. Z punktu widzenia patogenety padaczki sam rodzaj czynnika etiologicznego ma drugorzędne znaczenie. Niejednokrotnie zdarza się bowiem, że różne czynniki etiologiczne są odpowiedzialne za taką samą postać napadów klinicznych [Majkowski, 2001, s. 25]. Najbardziej obciążające jest samo działanie uszkodzające neuron. Padaczka jest postrzegana jako złożony zespół kliniczny, który może podlegać regresji, być statyczny lub postępujący [Majkowski, 2001, s. 15].

Charakterystyka grupy badanej

Badanie zostało przeprowadzone w dziesięcioosobowej grupie dzieci i młodzieży z padaczką. Byli to pacjenci Oddziału Neurologii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie w wieku od 7 lat i 5 miesięcy (07;05) do 17 lat i 6 miesięcy (17;06). Wybór osób badanych był losowy i zdeterminowany przede wszystkim obecnością danych pacjentów na oddziale lub ich dostępnością w pozaszpitalnych warunkach. Procedura badania została zatwierdzona przez Komisję Bioetyczną przy IMiD w Warszawie 11 maja 2017 roku.

Dane osób badanych zostały spseudonimizowane i zakodowane w następujący sposób: DD – oznaczenie dysfunkcji mózgowych, 01–10 kolejne osoby badane (numeracja związana jest z wiekiem danego dziecka i oznacza kolejność od najmłodszego do najstarszego), K/M – oznaczenie płci – kobieta, mężczyzna. W badanej grupie były cztery dziewczynki i sześciu chłopców. Pełne badanie logopedyczne miało charakter eksperymentalny, zostały przeprowadzone próby kliniczne i testowe¹.

Grupa badawcza była małoliczna i zróżnicowana pod względem wieku, a także wyodrębnionych jednostek padaczek. Ocena prezentowanych umiejętności w badanym zakresie będzie miała zatem przede wszystkim charakter indywidualny. Chodzi o ukazanie, w jaki sposób poszczególne dzieci rozwiązały zadanie badawcze, i ustalenie, w jakim stopniu charakterystyczne dla danego dziecka uwarunkowania mogły wpłynąć na otrzymany wynik. Poziom umiejętności dzieci z padaczką w zakresie

1 Opis badań został zaprezentowany przeze mnie w artykułach: Kurowska, 2018; 2020.

poznawczym, emocjonalnym oraz w zakresie komunikacji, w tym werbalnej, zdefiniowany jest stanem budowy i funkcji mózgu [Kozłowska, Chrościńska-Krawczuk, 2012; Panasiuk, 2018]. Można jednak założyć, że dzieci starsze będą wykazywały wyższy poziom opanowania sprawdzanej umiejętności [Kielar-Turska, 1989]. Badaną grupę podzielono na młodsze i starsze dzieci, przyjmując za kryterium zróżnicowania poziom rozwoju mowy i języka uznawany za normatywny. Za tę cezurę uznano dziesiąty rok życia, czyli wejście dziecka w okres dojrzałej komunikacji językowej [Aitchison, 1991; Porayski-Pomsta, 2015]. Przy tym powinno się uwzględnić wpływ na jej rozwój prowadzonych oddziaływań terapeutycznych, w tym logopedycznych, edukacyjnych, oraz środowiska rodzinnego i wychowawczego dziecka [Pawłowska-Jaroń, 2014] (tabela 1).

Ze względu na wpływ padaczki na rozwój ogólny dziecka istotne jest ustalenie jej początku.

W badanej grupie tylko u jednego dziecka choroba wiązała się z okresem wczesnego dzieciństwa (DD02M). U sześciorga wystąpiła w okresie przedszkolnym (DD01K, DD03M, DD05M, DD06M, DD07M, DD09K), a u trojga na początku wieku szkolnego (DD04M, DD08K, DD10M). Na podstawie wywiadów przeprowadzonych z rodzicami można wnioskować o poziomie różnych umiejętności, także w zakresie rozwoju mowy i języka, który osiągnęło dane dziecko do momentu wystąpienia padaczki. W tym miejscu jednak trzeba również zauważyć, że wystąpienie samych objawów padaczki może być poprzedzone stopniowo narastającym w mózgu stanem patologicznym. Tak więc nieprawidłowe uwarunkowanie mogło już wcześniej, jeszcze przed ujawnieniem się choroby, oddziaływać na rozwój różnych funkcji [Służewski, Służewska-Niedźwiedz, 2010].

Do momentu ujawnienia się padaczki rozwój ogólny oceniany był przez rodziców siedmiorga dzieci jako prawidłowy. Pewne odchylenia w zakresie rozwoju motorycznego stwierdzono u dwojga dzieci: u DD02M w postaci wzmożonego, a u DD04M obniżonego napięcia mięśniowego połączonego z cechami niezgrabności ruchowej. Z kolei u jednego dziecka – DD09K – w trzecim roku życia zdiagnozowano białaczkę i to w procesie leczenia tej podstawowej choroby doszło do uszkodzenia mózgu, a w jego konsekwencji do rozwoju padaczki objawowej.

U badanych, niezależnie od rozpoznanej formy jednostki i wieku wystąpienia padaczki, najczęściej rejestrowanymi objawami samej choroby były: zawieszenia, wyłączenia lub utrata świadomości, napady ruchowe o charakterze toniczno-klonicznym, słaba dynamika rozwoju mowy, utrata wcześniej opanowanych umiejętności w zakresie komunikacji werbalnej, w rozumieniu mowy i tworzeniu wypowiedzi. Stanom napadów towarzyszył niepokój emocjonalny, lęk i dezorientacja dziecka.

W toku diagnozy i leczenia padaczki u badanych pacjentów zostały przeprowadzone specjalistyczne badania: medyczne oraz psychologiczne.

U wszystkich badanych dzieci odnotowano nieprawidłowości w bioelektrycznej funkcji mózgu w badaniu elektroencefalograficznym EEG. Wyniki wskazywały

na zróżnicowaną lokalizację zmian. Miały one charakter obustronny u jednego dziecka (DD10M), u innych natomiast były umiejscowione bardziej w prawej półkuli mózgu (DD01K, DD03M, DD05M, DD06M) lub po lewej stronie (DD04M, DD07K, DD08K, DD09K). U jednego dziecka były to zmiany uogólnione (DD02M).

Tabela 1. Charakterystyka badanych osób

Zespół padaczkowy	Dziecko/wiek w chwili badania ^a	Wiek wystąpienia pierwszych objawów	Objawy
Zespół Landaua-Kleffnera	DD01K 07;05;08	04;04	<ul style="list-style-type: none"> - „Utrata mowy” w sposób dość gwałtowny - Trudności w rozumieniu i wypowiedaniu - Zawieszenia, napady nieświadomości - Zwrot gałek ocznych - Napady uogólnione toniczno-kloniczne - Lęk, niepokój, pobudzenie emocjonalne
	DD03M 08;09;07	04;08	
	DD04M 09;04;07	07;05	
	DD10M 17;06;03	07;05	
Zespół Rasmussena	DD07K 11;06;26	04;08	<ul style="list-style-type: none"> - Zawieszenia, napady nieświadomości - Napady uogólnione toniczno-kloniczne, mioklonie - Trudności w rozumieniu i wypowiedaniu - Lęk, niepokój, dysforia, agresja, myśli samobójcze - W toku dalszego rozwoju pojawienie się zmian anatomicznych
	DD08K 16;11;16	07;05	
Padaczka o nieustalonej etiologii	DD02M 08;04;26	02;00	<ul style="list-style-type: none"> - Zawieszenia, napady nieświadomości - Napady ruchowe o charakterze toniczno-klonicznym - Zatrzymanie rozwoju mowy lub słaba dynamika rozwoju mowy od początku rozwoju - Objawy wegetatywne: wymioty, ślinotok - Lęk, niepokój
	DD05M 09;05;22	03;05	
	DD06M 10;02;18	04;06	
Padaczka objawowa po ostrej białaczce	DD09K 17;00;14	05;00	<ul style="list-style-type: none"> - Zatrzymanie rozwoju mowy w trzecim roku życia w toku leczenia ostrej białaczki - Niedotlenienie mózgu, regres, słabe tempo rozwoju mowy - Zawieszenia, wyłączenia lub utrata świadomości, napady ruchowe o charakterze toniczno-klonicznym

^a W porządku: liczba lat; liczba miesięcy; liczba dni.

Tabela 2. Wyniki specjalistycznych badań medycznych

Badanie	Wynik	Dziecko
EEG	Zmiany zlokalizowane w okolicy skroniowo-centralno-ciemieniowo-potylicznej obustronnie	DD10M
	Z przewagą po stronie prawej	DD01K, DD03M, DD05M, DD06M
	Z przewagą po stronie lewej	DD04M, DD07K, DD08K, DD09K
	Uogólnione	DD02M
MRI	Mózg i mózdzek bez zmian ogniskowych	DD01K, DD02M, DD05M, DD06M
	1. Niedokończona mielinizacja czy też obszary niedotlenieniowe z okresu okołoporodowego	DD04M
	2. Zmiany w hipokampie i korze wyspy po stronie lewej (zmiany pojawiały się w ciągu 6 lat prowadzonych obserwacji)	DD07K
	3. Ognisko leukomalacji poniedotleniowej w okolicy rogu lewej komory bocznej i w ciele migdałowatym, lewa półkula mniejsza, zanik kory (zmiany pojawiały się stopniowo)	DD08K
	4. Zanik kory postępujący w lewej półkuli (zmiany pojawiały się stopniowo)	DD09K
Brak wyników		DD03M, DD10M

Źródło: opracowanie własne.

Natomiast w badaniu anatomicznego stanu mózgu z wykorzystaniem rezonansu magnetycznego MRI u czworga dzieci nie wykryto żadnych zmian strukturalnych (DD01K, DD02M, DD05M, DD06M), a u kolejnych czworga (DD04M, DD07K, DD08K, DD09K) zauważono ich obecność. U jednego dziecka zmiany powstały prawdopodobnie w bardzo wczesnym okresie kształtowania się mózgu (DD04M). U trojga kolejnych były to zmiany ujawniające się stopniowo (częściej w lewej półkuli), wskazujące na postępujący charakter choroby i tym samym kształtujące trudne rokowania. W konsekwencji tych zmian u badanej DD07K przeprowadzono zabieg kraniotomii skroniowej lewostronnej i usunięto hipokamp, u drugiej osoby – DD08K – nieprawidłowości zaczęły przyjmować formę niedowładu połowicznego prawostronnego, wyrażonego w stopniu lekkim, przy czym niesprawność kończyny dolnej była większa niż kończyny górnej. W tym przypadku zalecano wykonanie hemisferektomii, na którą rodzice dziecka nie wyrazili zgody. U DD08K w wieku 8 lat doszło również do zmiany w zakresie funkcjonalnej dominacji ręki, z prawej na lewą². Z kolei u dziewczynki DD09K stwierdzono asymetrię półkul mózgu – lewą w badaniach neuroobrazowych oceniano jako mniejszą.

U dwojga dzieci nie było w dokumentacji wyników tych badań (DD03M, DD10M).

2 U dziecka wcześniej ukształtował się wzorzec praworęczności.

Rozwój poznawczy dziewięciorga dzieci został oceniony jako prawidłowy przeciętny. U jednego dziecka stwierdzono obniżenie w tym zakresie i zdiagnozowano niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim (DD09K).

W rozwoju emocjonalnym badane osoby prezentowały wiele niepokojących zachowań. U młodszych dzieci – do końca dziesiątego roku życia – dominowały reakcje lękowe. Z kolei u młodzieży częściej rejestrowano niestabilność emocjonalną, negatywizm, trudności w dostosowaniu się do wymagań, niską samoocenę. U dziewczynki DD08K odnotowano myśli samobójcze.

Na podstawie rozmów przeprowadzonych z rodzicami dzieci oraz analizy dostępnej dokumentacji stwierdzono, że u wszystkich badanych w opisie przebiegu choroby pojawiały się zaburzenia komunikacji werbalnej³.

Na przykładzie osób z badanej grupy można zauważyć, że w zasadzie przy zespole Landaua-Kleffnera dzieci rozwijają się prawidłowo i nagle tracą umiejętności komunikacyjne, werbalne (DD01K, DD03M, DD04M, DD10M). Podobną dynamikę zmian zarejestrowano również u chłopca DD05M, chociaż zdiagnozowano u niego padaczkę o nieustalonej etiologii. Również u dziecka DD09K rozwój mowy do trzeciego roku życia przebiegał prawidłowo, następnie proces ten został zatrzymany, w dalszym etapie zarejestrowano regres i dopiero po wprowadzeniu oddziaływań logopedycznych znów powolny rozwój mowy. U tego dziecka wystąpiła padaczka objawowa.

Z kolei u DD07K i DD08K, pomimo rozpoznania tej samej jednostki padaczki w postaci zespołu Rasmussena, obserwowano nieco odmienny przebieg rozwoju mowy i języka: u DD07K trudności występowały od początku życia dziecka, a u DD08K zaczęły ujawniać się dopiero w wieku siedmiu lat i pięciu miesięcy i pogłębiały się stopniowo. U DD02M, DD06M obserwowano słabą dynamikę rozwoju mowy od początku ich życia. U obu chłopców rozpoznano padaczkę o nieustalonej przyczynie.

U wszystkich dzieci prowadzono wielokierunkowe oddziaływania usprawniające, w tym wieloletnią terapię logopedyczną. U czworga – DD02M, DD04M, DD06M, DD07K – rozpoczęcie terapii wiązało się z brakiem prawidłowego rozwoju mowy i języka obserwowanym już we wczesnym okresie życia, u dwojga z ujawnieniem się w toku rozwoju pewnych nieprawidłowości w postaci: u DD01K niewyraźnej i niezrozumiałej dla odbiorców mowy oraz przyspieszonego tempa wypowiedzania, a u DD03M nieprawidłowej formy wyrazów – substytucji i metatez. Natomiast u czworga dzieci – DD05M, DD08K, DD09K i DD10M – logopedyczne usprawnianie wdrożono po ujawnieniu się objawów padaczki. Tylko u jednego, najstarszego dziecka – DD10M – uznano proces wspierania rozwoju za zakończony (tabela 3).

3 Diagnoza została przeprowadzona przez placówkę medyczną, której pacjentami byli uczestnicy badania. Precyzyjny opis i analiza zachowań językowych zarejestrowanych w czasie badań prowadzonych przeze mnie będzie przedmiotem innego opracowania.

W chwili badania większość dzieci realizowała obowiązek szkolny jako uczniowie niepełnosprawni (tabela 4).

Aż sześcioro z nich zostało zakwalifikowanych do tej grupy w wyniku zaburzeń mowy i języka o charakterze afazji. Na tej podstawie dzieci mogły realizować obowiązek szkolny, korzystając z udogodnień systemowych przysługujących w związku z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowywania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym, wydanego po raz pierwszy 17 listopada 2010 roku. Pozostali pacjenci funkcjonowali w swych szkołach na podstawie orzeczeń o niepełnosprawności: sprzężonej – DD06M, ruchowej – DD08K, intelektualnej – DD09K lub opinii o dysleksji – DD10M. Należy w tym miejscu wspomnieć, że na wcześniejszych etapach nauki w orzeczeniach u dzieci DD08K i DD10M pojawiało się również rozpoznanie afazji. Być może na przestrzeni lat zmienił się obraz dominujących objawów.

Tabela 3. Przebieg rozwoju mowy oraz usprawniania logopedycznego

Dziecko Rozwój mowy	DD01K 07;05;08	DD02M 08;04;26	DD03M 08;09;07	DD04M 09;04;07	DD05M 09;05;22	DD06M 10;02;18	DD07K 11;06;26	DD08K 16;11;16	DD09K 17;00;14	DD10M 17;06;03
Rozwój mowy do momentu zdiagnozowania padaczki	Do momentu wystąpienia padaczki w wieku 4 lat i 4 mies. trudności w rozwoju mowy w postaci: niewyraźnej, niezrozumiałej mowy oraz przyspieszonego jej tempa	Od początku obserwowano trudności w rozwoju mowy i języka	Do momentu wystąpienia padaczki w wieku 4 lat i 8 mies. opanowanie mowy i języka było na poziomie wieku – substytucje „przekręcanie” wyrazów	Od początku trudności w rozwoju mowy i języka	Do momentu wystąpienia padaczki w wieku 4 lat i 8 mies. opanowanie mowy było na poziomie wieku	Od początku obserwowano trudności w rozwoju mowy i języka	Od początku obserwowano trudności w rozwoju mowy i języka	Do momentu wystąpienia padaczki w wieku 7 lat i 5 mies., opanowanie mowy i języka było na poziomie wieku	Do 3. r.ż. rozwój mowy i języka był prawidłowy	Do momentu wystąpienia padaczki w wieku 7 lat i 5 mies. opanowanie mowy i języka było na poziomie wieku – precyzowanie artykulacji głosek dentalizowanych dźwiękowych

Dziecko Rozwój mowy	DD01K 07;05;08	DD02M 08;04;26	DD03M 08;09;07	DD04M 09;04;07	DD05M 09;05;22	DD06M 10;02;18	DD07K 11;06;26	DD08K 16;11;16	DD09K 17;00;14	DD10M 17;06;03
Rozwój mowy po ujawnieniu się padaczki	Utrata opanowanych wcześniej umiejętności w zakresie rozumienia i wypowiedania	Powolny rozwój	Utrata opanowanych wcześniej umiejętności w zakresie rozumienia i wypowiedania	Powolny rozwój	Utrata opanowanych wcześniej umiejętności w zakresie rozumienia i wypowiedania	Powolny rozwój	Powolny rozwój	W wieku 7 lat i 5 mies. pojawiły się pierwsze trudności w prawidłowym rozumieniu i wypowiedaniu	Zatrzymanie rozwoju, regres umiejętności w zakresie rozumienia i wypowiedania	Utrata opanowanych wcześniej umiejętności w zakresie rozumienia i wypowiedania
Oddziaływania logopedyczne	Prowadzone od 3. r.ż.	Prowadzone od 2. r.ż.	Prowadzone od 4. r.ż.	Prowadzone od 2. r.ż.	Prowadzone od wieku 4 lat i 8 mies.	Prowadzone od 3. r.ż.	Prowadzone od 3. r.ż.	Prowadzone od wieku 7 lat i 5 mies.	Prowadzone od 3. r.ż.	Prowadzone od wieku 7 lat i 5 mies. do momentu wyrównania – w zakresie mowy – poziomu z rówieśnikami

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Realizacja obowiązku szkolnego przez uczestników badania

Dziecko Edukacja	DD01K 07;05;08	DD02M 08;04;26	DD03M 08;09;07	DD04M 09;04;07	DD05M 09;05;22	DD06M 10;02;18	DD07K 11;06;26	DD08K 16;11;16	DD09K 17;00;14	DD10 17;06;03
Szkoła	Niesłysz.	Niesłysz.	Integr. + n. ind.	Pryw.	Integr.	Integr.	Integr.	L.spec. niepełn. ruchowa + n. ind.	LO integr.	LO
Klasa	0	III	I	I	III	III	V	I śr.	II śr.	II śr.
Orzeczenie/ opinia	Afazja	Afazja	Afazja	Afazja	Afazja ruchowa	Niepełn. sprzężona, afazja, ADHD, z. Aspergera, padaczka	Afazja	Niepełn. ruchowa	Niepełn. in- tektualna w stopniu lekkim	Dysleksja

Oznaczenia: niesłysz. – szkoła dla uczniów niesłyszących; integr. – szkoła integracyjna; n. ind. – nauczanie indywidualne; pryw. – szkoła prywatna; L.spec. – liceum specjalne.

Źródło: opracowanie własne.

Pięcioro badanych – DD03M, DD05K, DD06M, DD07K, DD09K – uczyło się w szkołach integracyjnych, dwoje w ośrodku dla dzieci niesłyszących – DD01K, DD02M, jedno w szkole podstawowej prywatnej – DD04M. Dziewczynka DD08K uczęszczała do liceum specjalnego dla dzieci z niepełnosprawnością ruchową, a najstarszy chłopiec – DD10M – uczył się w publicznym ogólnie dostępnym liceum. Część dzieci miała trudności w przyswajaniu materiału szkolnego w klasach młodszych (0–III), co wydłużało realizację obowiązku szkolnego. Zgodnie z wiekiem obowiązków szkolny realizowały dzieci DD02M, DD05M, DD07K, DD09K, DD10M.

Ten przegląd pokazuje, że w Polsce dzieci z takimi zaburzeniami mogą realizować obowiązek szkolny w różnych rodzajach szkół. Dzieci z tzw. afazją, według oceny wynikającej z orzeczenia, mogą również uczyć się w szkole dla dzieci niesłyszących. Przy tym u dzieci tych – w tym wypadku DD01K i DD02M – nie występują żadne zaburzenia słyszenia, natomiast poziom opanowania języka werbalnego jest niewystarczający i sposób jego rozwoju jest wspierany inną formą komunikacji: językiem migowym.

Jak wynika z powyższej charakterystyki, złożony i zróżnicowany obraz padaczki opisywany w literaturze medycznej ujawnia się również w grupie badanych osób [Sidor, 1997; Prusiński, 1998; Michałowicz, Józwiak, 2001a; 2001b]. Konfiguracja objawów, przyczyn funkcjonalno-anatomicznych, różnych umiejętności oraz rokowań ma indywidualny charakter i stanowi podstawowe uwarunkowanie rozwoju dziecka z padaczką. W podejmowanych logopedycznych działaniach diagnostycznych i terapeutycznych konieczne jest uwzględnienie różnych czynników i ich wzajemnego wpływu. Grupa osób badanych była nieliczna i niejednolita wiekowo, otrzymane wyniki należy zatem traktować bardzo ostrożnie, przyjmując jednostkowy pryzmat oceny.

Narracja w procesie diagnozy rozwoju dziecka

Wielu badaczy uważa ocenę poziomu umiejętności tworzenia dyskursu narracyjnego za istotny element diagnozy rozwoju dziecka – zarówno jego aspektu poznawczego, jak i językowego. Choć perspektywa prowadzonej oceny, ze względu na specyfikę dyscyplin, jest nieco odmienna, to pogląd ten podzielają psychologowie, psycholingwiści i logopedzi w Polsce i na świecie [Kielar-Turska, 1989; Bokus, 1991; Norbury, Bishop, 2003; Paluch, Drewniak-Wołosz, Mikosza, 2003; Bishop, Donlan, 2005; Panasiuk, 2008; Emiluta-Roza, 2013; Smoczyńska i in., 2015, s. 4]. Z jednej strony narracja jest naturalną formą wypowiedzi człowieka, a z drugiej jej treść ma uporządkowaną hierarchicznie strukturę, którą można wyróżnić i poddać analizie. Pojedyncze zdarzenia powiązane są w wątki, które poprzez następstwo czasowe i związki przyczynowo-skutkowe tworzą akcję [Kulawik, 1994]. Z kolei w akcji można wyróżnić pewne charakterystyczne elementy jej budowy. Pierwsza to ekspozycja, w której

przedstawia się czas, miejsce, głównych bohaterów. Kolejną stanowi komplikacja (konflikt), czyli zdarzenie (lub też ich ciąg), które jest nieoczekiwane, niebezpieczne, niezwykle. Następną częścią jest rozwinięcie, w którym zawarte jest rozwiązanie problemów-komplikacji, przedstawione są efekty działań podjętych przez bohaterów. Jest to punkt kulminacyjny całej fabuły. Po rozwiązaniu następuje zakończenie, podsumowanie całej historii. Może także zostać sformułowana ocena, czyli przedstawienie własnego stosunku narratora do zdarzeń, o których opowiada, a także morał – uniwersalny wniosek [Kielar-Turska, 1989; Bokus, 1991; Kulawik, 1994; Krauz, Litwin, 1996; Smoczyńska i in., 2015, s. 4]. W literaturze przedmiotu przyjmuje się na ogół, że opowiadania starszych dzieci przedszkolnych, tzn. pięcio-, sześciolletnich, zawierają już wszystkie podstawowe elementy strukturalne, tj. bohatera, czas, miejsce, epizody, temat, rozwiązanie [Kielar-Turska, 1989; Bokus, 1991]. Jednak wyniki badań prowadzonych przez Marię Kielar-Turską w grupie dzieci sześciolletnich wykazały, że w tym wieku jeszcze nie wszystkie osiągają tak wysoki poziom rozwoju umiejętności narracyjnych. Dzieci te opisywały przebieg zdarzeń, tło wydarzeń, wskazywały na kontaktowanie się bohaterów, zapowiadały koniec akcji. Jednocześnie często w ich wypowiedziach brakowało informacji o dalszym rozwoju akcji i refleksji bohaterów [Kielar-Turska, 1989; Kurowska, 2016; 2021]. Z kolei z innych badań wynika, że przyswajanie schematów, pewnych sposobów opowiadania tzw. skryptów narracji przez dziecko odbywa się poprzez poznawanie opowiadanych, czytanych przez rodziców i opiekunów historii, a także dzięki słuchaniu i oglądaniu bajek. Proces ten jest zatem związany ze środowiskiem kulturowym i językowym, w którym jest wychowywane i uczone dziecko [Smoczyńska i in., 2015].

Prezentacja próby, sposobu jej przeprowadzenia oraz oceny

Niejednokrotnie uszkodzenia i/lub dysfunkcje ośrodkowego układu nerwowego u dzieci prowadzą do powstania nieprawidłowych zachowań językowych. Przeprowadzenie próby miało przynieść odpowiedź na pytanie, czy badane osoby realizują oczekiwane, konieczne elementy struktury tekstu narracyjnego. Postępowanie to miało umożliwić rejestrację charakterystycznych zachowań komunikacyjnych, w tym językowych dziecka i przyczynić się do sprecyzowania diagnozy logopedycznej.

W badaniu wykorzystano *Standaryzowane narzędzia do oceny wypowiedzi SNOW*, opowiadanie *Ptaszki* [Smoczyńska i in., 2015]. W założeniach próba ta służy do wywoływania wypowiedzi dzieci w wieku od 4 lat do 8 lat i 11 miesięcy. Zbudowana jest z ośmiu ilustracji tworzących historię obrazkową, w której występują postacie: mama ptak, pisklęta w gnieździe, kot oraz pies. Swym tematem i konstrukcją historyjka nawiązuje do materiału KOT autorstwa Mai Hickmann [za Smoczyńska i in., 2015, s. 5].



Rysunek 1. Historyjka obrazkowa *Ptaszki*

W *Standaryzowanych narzędziach do oceny wypowiedzi SNOW* (Smoczyńska, Haman, Kochańska, Łuniewska, 2015) obrazki prezentowane są w jednym ciągu. Ze względu na organizację badań i udział w nich dzieci znajdujących się na oddziale szpitalnym z zaleconym „reżimem łóżkowym” i o ograniczonym polu działania (także obserwacji), długi ciąg ilustracji został podzielony.

Źródło: *Standaryzowane narzędzia do oceny wypowiedzi SNOW*, opowiadanie *Ptaszki* [Smoczyńska i in., 2015].

Osoba badana tworzyła wypowiedź samodzielnie, bez dodatkowych pomocniczych pytań ze strony badającego. Narracja była wywoływana poprzez polecenie: *Zobacz, tu jest historia, tu jest jej początek, a tu koniec* (jednocześnie wskazywano pierwszy, a następnie ostatni obrazek). *Obejrzyj ją od początku do końca. Opowiedz, co się tutaj wydarzyło.* Wypowiedź była nagrywana na nośniku audio. Mierzony był również czas wykonywania próby.

Kryteria i sposób oceny umiejętności tworzenia narracji zostały zaczerpnięte z pracy Agnieszki Wątopek *Kompetencja językowa uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną* [2014] oraz ze *Standaryzowanych narzędzi do oceny wypowiedzi SNOW* [Smoczyńska i in., 2015]⁴.

W interpretacji otrzymanych w próbie wyników brano pod uwagę obecność właśnie tych elementów, które powinny obligatoryjnie wystąpić w narracji. Nie dokonywano zatem odniesienia do ustalonych norm wiekowych. Możliwe było więc zastosowanie powyższego materiału także do badania osób powyżej dziewiątego roku

4 Agnieszka Wątopek na użytek własnych badań przetłumaczyła, zmodyfikowała i doprecyzowała *Narrative Scoring Scheme – NNS* [Hailmann i in., 2010]. W ten sposób powstała polskojęzyczna wersja *Schematu oceny narracji* [Wątopek, 2014].

życia. Przyjęte rozwiązanie jest pewną modyfikacją – kompilacją propozycji wyżej wymienionych autorek, wynikającą z dostosowania tych kryteriów do grupy pacjentów z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami mózgowymi, zróżnicowanej pod względem wieku oraz umiejętności werbalnego porozumiewania się.

Ocenie podlegały następujące elementy składowe makrostruktury tekstu:

- A – ekspozycja, jako określenie miejsca akcji (np. drzewo, gałąź, gniazdo) oraz przedstawienie głównych postaci, czyli ptaka, ptaszków. W tej części powinny pojawić się delimitatory początku historii, na przykład *Pewnego dnia, Wiosną, Dawno, dawno temu, Na początku*.
- B – wprowadzenie postaci. W analizie przyjęto, że pojawienie się nowych bohaterów – kota i psa – powinno nastąpić w pozycji czasownikowej. Wyniki badań przedstawione w literaturze przedmiotu wskazują, że nowi bohaterowie ukazywani są częściej właśnie w takim układzie – po czasowniku. Jest to pozycja, która w większym stopniu dynamizuje przebieg akcji [Smoczyńska i in., 2015].
- C – konflikt, w którym bohaterowie podejmują swoje działania – następują wydarzenia związane z zagrożeniem ptaszków w gnieździe, zmuszające do aktywności bohaterów historii.
- D – zakończenie, w którym następuje rozwiązanie zaprezentowanych w historii problemów-konfliktów – zostają przedstawione efekty działań podjętych przez bohaterów: uratowanie ptaszków, mama ptak wróciła z jedzeniem. Powinien pojawić się delimitator końca, na przykład *Na koniec, Wszyscy żyli długo i szczęśliwie, I koniec, Ptaszkom nic się nie stało*.
- E – konkluzja stanowiąca podsumowanie historii – jest to ogólny wniosek z niej wynikający.
- F – mentalizacja – zawiera zwerbalizowany opis stanów mentalnych przeżywanych przez bohaterów historii, takich jak: myślenie, emocje, intencje, percepcja, reakcje wegetatywne.

Analiza makrostruktury zbudowanych narracji

Jedno dziecko – DD01K – nie wykonało w ogóle zadania. Nie reagowało na polecenia, zachęty. Nie podejmowało kontaktu zadaniowego. Prezentowało niedostateczny poziom umiejętności komunikacyjnych i otrzymało wynik punktowy równy 0. Zachowania dziecka w kontekście formułowania diagnozy są istotne.

A. Ekspozycja: rozpoczęcie opowiadania, określenie czasu i miejsca zdarzeń, wprowadzenie ptaków.

Tabela 5. Wyniki uzyskane przez uczestników badania – ekspozycja

Makrostruktura		DD01K 07;05;08	DD02M 08;04;26	DD03M 08;09;07	DD04M 09;04;07	DD05M 09;05;22	DD06M 10;02;18	DD07K 11;06;26	DD08K 16;11;16	DD09K 17;00;14	DD10M 17;06;03
A.	Formuła otwierająca		1	0	0	0	0	1	0	0	0
	Kiedy? (1)										
	Kto? (1)		1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Gdzie? (1)		0	0	0	0	1	0	1	0	1
Razem (maks. 3 pkt)		0	2	1	1	1	2	2	2	1	2

Za każdy wymieniony w opowiadaniu element – 1 pkt, za brak – 0 pkt.

Źródło: opracowanie własne.

Żadne dziecko nie uzyskało pełnej sumy trzech punktów. Wszystkie dzieci wymieniły głównych bohaterów historii – 9/9⁵. Były to przede wszystkim nazwy: *mama z małymi, rodzina, ptak, gołąbek*⁶, na przykład: *Na początku mama pilnowała ptaszeków (DD07K), Matka pilnuje młode (DD08K), Rodzina będąca na drzewie (DD10M)*. Najtrudniejsze okazało się użycie delimitatorów początku. Zastosowało je tylko dwoje dzieci – 2/9: *na pocontku* – DD02M, *na początku* – DD07K (odpowiednio w wieku 8 i 11 lat). Miejsce akcji zostało wskazane przez troje dzieci – 3/9. Były to dzieci powyżej dziesiątego roku życia, użyły one rzeczowników: *gniazdo, drzewo*.

Dzieci starsze, powyżej dziesiątego roku życia, zrealizowały tę część zadania lepiej i otrzymały w sumie 9 punktów, a młodsze 5. Wśród dzieci starszych najsłabiej wypadła dziewczynka DD09K z padaczką objawową i niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim.

5 W obliczeniach suma zbudowanych opowiadań była równa 9. Jedno dziecko z dziesięciorga nie stworzyło historii.

6 Wypowiedzi dzieci zostały zapisane ortograficznie.

B. Wprowadzenie postaci kota oraz psa postwerbalnie

Tabela 6. Wyniki uzyskane przez uczestników badania – wprowadzenie nowych postaci

Makrostruktura		DD01K 07:05;08	DD02M 08:04;26	DD03M 08:09;07	DD04M 09:04;07	DD05M 09:05;22	DD06M 10:02;18	DD07K 11:06;26	DD08K 16:11;16	DD09K 17:00;14	DD10M 17:06;03
B.	Kot (1)		1	1	0	1	0	0	1	0	1
	Pies (1)		0	1	1	1	1	1	1	0	1
Razem (maks. 2 pkt)		0	1	2	1	2	1	1	2	0	2

Kot i pies w pozycji poczasownikowej po 1 pkt. Jeśli postaci nie pojawiają się w ogóle lub też w pozycji przedczasownikowej – 0 pkt [Smoczyńska i in., 2015].

Źródło: opracowanie własne.

Każde dziecko wskazało bohaterów, ale nie każde w oczekiwanej pozycji, tj. postwerbalnej. Przykłady punktowanych wypowiedzi: *Fitać kota* (DD02M), *Jest chotek. Jest piesek* (DD03M), *Zobaczył pies* (DD04M), *Przyszedł pies* (DD05M), *Przyczaja się kot. Zjawia się pies* (DD10M) i realizacji niewłaściwej – bez punktu: *Pies psychodzie* (DD02M), *Kot psyset, patsył na zewo* (DD06M), *Kot na nie patrzy. Pies broni ptaki* (DD09K). Częściej poprawnie dzieci wprowadzały postać psa – 7/ 9, rzadziej kota – 5/9.

W ogólnej liczbie punktów zdobytych przez dzieci w wieku do dziesiątego roku życia i powyżej dziesiątego roku życia występowała równowaga punktowa – 6/6. W tym sprawdzanym zakresie dziewczynka DD09K uzyskała najniższy wynik wśród dzieci starszych.

C. Konflikty ukazane w sposób bezpośredni

Tabela 7. Wyniki uzyskane przez uczestników badania – konflikty

Makrostruktura		DD01K 07:05;08	DD02M 08:04;26	DD03M 08:09;07	DD04M 09:04;07	DD05M 09:05;22	DD06M 10:02;18	DD07K 11:06;26	DD08K 16:11;16	DD09K 17:00;14	DD10M 17:06;03
CC.	Kot chciał zjeść ptaszki (2–1–0)		2	2	2	2	0	2	2	2	2
	Mama ptak odfrunęła z gniazda, żeby poszukać jedzenia dla głodnych piskląt (2–1–0)		1	0	2	2	1	1	2	1	1

Makrostruktura		DD01K 07;05;08	DD02M 08;04;26	DD03M 08;09;07	DD04M 09;04;07	DD05M 09;05;22	DD06M 10;02;18	DD07K 11;06;26	DD08K 16;11;16	DD09K 17;00;14	DD10M 17;06;03
	Pies postanowił obronić ptaszki przed kotem (2-1-0)		0	0	1	1	1	1	1	2	1
Razem (maks. 6 pkt)		0	3	2	5	5	2	4	5	5	4

Za każdy element wyrażony wprost 2 pkt.

Źródło: opracowanie własne.

Punkty przyznawano za bezpośrednie określenie przedstawionych w historii problemów. Żadne dziecko nie zdobyło maksymalnej liczby sześciu punktów. Można wyróżnić trzy zdarzenia, które przedstawiają różne działania występujących bohaterów. Głównym wątkiem historii jest zagrożenie ptaków: kot chciał zjeść ptaszki. Aż ośmiorgu dzieciom (8/9) udało się wyrazić tę komplikację: *Kot zobaczył ładnych ładne ptaki i chciał je zjeść* (DD07K), *Jest chotek. Paluje* (poluje) (DD03M), *Potem kot przyszedł po ptaszki, zjeść* (DD04M). Wydaje się, że wszystkie dzieci dobrze rozumiały zamiary kota. Jednak jedno dziecko nie potrafiło przedstawić tego zdarzenia jednoznacznie, za pomocą odpowiednich form językowych. Budowało tę sytuację pośrednio: *Kot psyset patsył na zevo, weszet na drzewo* (DD06M). To doświadczenie odbiorcy pozwala na domyślenie się dalszego ciągu i uzupełnienie niewypowiedzianej przez dziecko treści.

Poboczny wątek jest związany z ptasią rodziną. Tworzy go aktywność dorosłego ptaka: mama ptak odfrunęła z gniazda, żeby poszukać jedzenia dla głodnych piskląt. W tym wypadku chodziło o wymienienie obu istotnych dla tej sytuacji elementów: faktu opuszczenia piskląt i celu. Osoby badane zrealizowały to zadanie w różny sposób. Troje dzieci (3/9) wymieniło obie aktywności ptaka, na przykład *Poleciał ptak po jedzenie* (DD04M), *Ale musi zdobyć pożywienia dla piskląt, więc odlatuje, żeby zdobyć* (DD08K). Kolejnych pięcioro wyraziło tylko jeden z elementów: *Odleciał bez piksu* (DD06M), *I mama poleciała gdzieś, chyba do ciepłych krajów* (DD07K). Jedno dziecko – DD03M – w zrealizowanym opowiadaniu nie wymieniło żadnego z nich. Czyli u sześciorga dzieci brakowało pełnego przyczynowo-skutkowego opisu sytuacji.

Następnym pobocznym wątkiem jest działanie psa: postanowił on obronić ptaszki przed kotem. Adekwatny, pełny opis zdarzenia przedstawiła jedna osoba: *To pies broni ptaki, czyli go łapie, a potem wygania* (DD09K). Sześciorgo dzieci ukazało tylko jeden element tego zdarzenia: *Więc włazi na drzewo, ale zauważył to pies. I nagle niespodziewanie pies gryzie go za ogon* (DD08K), *Zjawia się pies, który przeszkadza mu w polowaniu* (DD10M), *Potem drapał się (kot). Zobaczył pies i go ugryzł* (DD04M), *Więc potem przyszedł pies, tak z zaskoczenia, jak się wspinał już kot. I potem go pociągnął za ogon* (DD05M), *Weszet na drzewo. To zobaczył pies. Pies ugryzł za ogon kota* (DD06M), *Zobaczył pies i jego wystraszył* (DD07K).

U dwojga dzieci brakowało jednoznacznego przedstawienia zamiaru – planu psa: *Pies psychodzi pies* (DD02M), *Piesek taki* (DD03M). W konsekwencji opis tego zdarzenia nie był adekwatny. Trudno jednoznacznie rozstrzygnąć, czy dzieci nie dostrzeżały tu wzajemnych relacji, czy też nie potrafiły ich wyrazić za pomocą odpowiednich środków językowych, ze względu na niedostateczny poziom funkcjonowania werbalnego.

W realizacji tego elementu makrostruktury pomiędzy dziećmi ukazują się dość istotne różnice w wyodrębnianiu wątków, postrzeganiu związków pomiędzy zdarzeniami, w których uczestniczą bohaterowie, umiejętności wyrażania relacji przyczynowo-skutkowych za pomocą właściwych środków językowych. Niższe wyniki (od 2 do 3 punktów) otrzymały dzieci DD03M, DD06M oraz DD02M i należy przypuszczać, że jest to rezultat wzajemnego oddziaływania nieprawidłowych warunkowań neurobiologicznych, niedostatecznego opanowania kompetencji językowej i braku wystarczającego doświadczenia w budowaniu narracji. Dzieci DD07K, DD10M, DD04M, DD05M, DD08K i DD09K osiągnęły wyższą punktację (od 4 do 5 punktów). Jak się wydaje, pomimo istniejących u nich dysfunkcji mózgowych, ze względu na dłuższe uczestnictwo w różnych formach edukacji i terapii logopedycznej, opanowały one lepiej schemat tworzenia narracji. W rozważaniach tych należy również uwzględnić czas wystąpienia pierwszych objawów choroby u DD08K i DD10M. Ujawniły się one w siódmym roku życia, a więc były to dzieci, u których możliwości werbalnego porozumiewania były rozwinięte na najbardziej zaawansowanym poziomie na tle innych osób z grupy badanych⁷.

Jednak jednoznaczne rozstrzygnięcie tej kwestii nie jest proste i wymaga przeprowadzenia całościowego badania logopedycznego, wielu prób językowych oraz wnikliwego przeanalizowania historii rozwoju każdego dziecka. Dopiero na tej podstawie w sposób bardziej pewny będzie można sformułować taki wniosek.

Ogólnie dzieci starsze osiągnęły lepszy rezultat od młodszych (poniżej dziesiątego roku życia) – liczba punktów: 20:15. Przy tym interesującym jest wynik dziecka DD09K (w orzeczeniu – niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim). Dziewczynka uzyskała jedną z najwyższych ocen – 5 punktów. Oznacza to, że potrafiła poprawnie wskazać w tej części zadania związku przyczynowo-skutkowe.

⁷ Potwierdzają to dane z wywiadu przeprowadzonego z rodzicami dzieci.

D. Zakończenie: rozwiązanie problemów

Tabela 8. Wyniki uzyskane przez uczestników badania – zakończenie

Makrostruktura		DD01K 07;05;08	DD02M 08;04;26	DD03M 08;09;07	DD04M 09;04;07	DD05M 09;05;22	DD06M 10;02;18	DD07K 11;06;26	DD08K 16;11;16	DD09K 17;00;14	DD10M 17;06;03
DD.	Pies uratował ptaszki: pies przegonił kota, kot uciekł (2-0-1)		2	1	2	2	2	2	2	2	2
	Powrót matki z jedzeniem: przyfrunęła do dzieci (2-0-1)		1	1	0	2	2	1	1	1	1
	Delimitatory końca (1)		0	0	0	1	0	0	0	1	0
Razem (maks. 5 pkt)		0	3	2	2	5	4	3	3	4	3

Źródło: opracowanie własne.

W zakończeniu powinny znaleźć się rozwiązania ukazanych wcześniej problemów, zdarzeń, konfliktów.

Pierwsze z nich związane jest z aktywnością psa: pies uratował ptaszki, tzn. pies przegonił kota, kot uciekł. Wszystkie dzieci ujęły ten fragment w swoich opowiadaniach. Ośmioro z nich (8/9) zauważyło i wyraziło oba elementy w jednoznaczny sposób: *Krysie za ogon, pies koni kota* (DD02M), *Pies ugryzł za ogon. Pies gonił kota* (DD06M), *I pociągnął za ogon i piesek gonił tego pieska, a on uciekał* (DD05M), *Zobaczył pies i jego wystraszył* (DD07K), *Pies gryzie go za ogon. Kot się przeraził* (DD08K), *Zobaczył pies i go ugryzł i poszedł pies z kotem* (DD04M). Jedno dziecko wskazało tylko jedną istotną część (1/9): *Piesek taki i łys chotka* (DD03M).

Drugie rozwiązanie akcji dotyczy ptaszków w gnieździe: matka wróciła, przyfrunęła do dzieci z jedzeniem. Oba elementy zauważyło dwoje dzieci (2/9): *Ta mama gołąb przyniosła im jedzenie* (DD05M), *Tak zleciał do pisklon jedzeniem* (DD06M). Sześcioro badanych wymieniło tylko jeden element (6/9): *Tasek fraca* (DD02M), *Luciła* (DD03M), *Mama przyleciała* (DD07K), *Ptak częstuje swoje małe* (DD08K). Jedno dziecko (1/9) – DD04M – nie wymieniło żadnej aktywności dużego ptaka – mamy.

Wyraźne zaznaczenie końca historii pojawiło się tylko u dwojga dzieci – dziewięcioletniego chłopca i siedemnastolatki (2/9): *Na szczęście wszystko dobrze się skończyło* (DD05K), *A na koniec* (DD09K). U pozostałych dzieci (7/9) nie występowały określenia końca historii. Dla przypomnienia, określę początku historii użyło też tylko dwoje badanych (patrz tabela 3). Nie były to jednak te same dzieci.

W tworzeniu tej części makrostruktury wyniki dzieci były zróżnicowane. Tylko jedno dziecko – DD05M – zawarło wszystkie elementy i uzyskało najwyższą sumę punktów – 5.

Stosunek wyników punktowych dzieci młodszych i starszych wynosił 12:17. Pomimo ogólnej przewagi dzieci starszych, najlepszy wynik uzyskał dziewięcioletni chłopiec.

E. Konkluzja: pies pilnuje ptaszków

Tabela 9. Wyniki uzyskane przez uczestników badania – konkluzja

Makrostruktura		DD01K 07;05;08	DD02M 08;04;26	DD03M 08;09;07	DD04M 09;04;07	DD05M 09;05;22	DD06M 10;02;18	DD07K 11;06;26	DD08K 16;11;16	DD09K 17;00;14	DD10M 17;06;03
E.	Pies pilnuje ptaszków (2–1–0)	0	1	0	2	2	0	2	1	1	2

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie historii występowało u siedmiorga dzieci (7/9). Jednak tylko czworo z nich sformułowało wniosek wprost, w pełni adekwatnie, przy użyciu właściwych środków językowych, na przykład: *A ten piesek był bardzo grzeczny i pilnował te pisklaki* (DD05M), *Pies pilnuje, żeby kot nie wrócił* (DD09K), *Pies zostaje na straży gniazda* (DD10M). Natomiast troje dzieci (3/9) zauważyło aktywność psa, lecz nie opisało jej konkretnego celu, na przykład *Piesek sobie lesy* (DD02M), *Pies patrzy z zainteresowaniem* (DD08K). Dwoje dzieci (2/9) nie zawarło tego elementu w stworzonej przez siebie narracji (DD03M, DD06M).

W tym zakresie wyniki dzieci młodszych i starszych wyniosły odpowiednio 5 i 6 punktów.

F. Mentalizacja, czyli werbalizacja stanów mentalnych bohaterów

Tabela 10. Wyniki uzyskane przez uczestników badania – mentalizacja

Makrostruktura		DD01K 07;05;08	DD02M 08;04;26	DD03M 08;09;07	DD04M 09;04;07	DD05M 09;05;22	DD06M 10;02;18	DD07K 11;06;26	DD08K 16;11;16	DD09K 17;00;14	DD10M 17;06;03
F.	Wyrażenie stanów mentalnych bohaterów (maks. 2–1–0)	0	1	1	1	1	1	1	2	1	2

Emocje, intencje, percepcja, stany wegetatywne – 1 pkt, myślenie – 2 pkt.

Źródło: opracowanie własne.

Ten element makrostruktury narracji wyrażany jest najczęściej poprzez leksemy czasownikowe lub przymiotnikowe określające intencje (np. *chcieć*), emocje, myślenie, percepcję (np. *patrzeć*), reakcje wegetatywne. Analiza tekstów wskazuje, że wszystkie dzieci potrafiły wyrazić stany mentalne bohaterów historii, robiły to jednak w różny sposób. Tylko dwoje dzieci (2/9) wprowadziło proces myślenia: *Kot wymyślił sobie* (DD08K), *Przyczaja się, przypatruje się, decyduje się* (DD10M). Były to osoby powyżej dziesiątego roku życia.

Natomiast stany związane z intencjami, emocjami i percepcją zarejestrowano u każdego dziecka (9/9), na przykład *chciał je zjeść, patrzy na nie, wystraszył* (DD07K) oraz u innych badanych: *patrzy paći kot, ptak, kot popatrzył na nie, był zły, były miłe, zobaczył, chce skoczyć*.

Wydaje się, że w tej kategorii różnicującą rolę odgrywa wiek dzieci oraz poziom rozwoju poznawczego i emocjonalnego. Cechy percepcyjne są bardziej konkretne, często doświadczane przez samo dziecko, wielokrotnie nazywane przez najbliższe środowisko. Umiejętność oceny zachowań innych osób, bohaterów opowiadań wiąże się z bardziej dojrzałą własną postawą obserwatora, a także z bogactwem jego własnych doświadczeń i jego wrażliwością emocjonalną.

Tę zależność oddają uzyskane wyniki – dzieci młodsze – 4, dzieci starsze – 7 punktów.

Zakończenie

Analiza materiału ukazuje bardzo zróżnicowany poziom umiejętności tworzenia makrostruktury narracji w grupie badanych.

Tabela 10. Podsumowanie wyników realizacji makrostruktury narracji

Makro- struktura	DD01K 07;05;08	DD02M 08;04;26	DD03M 08;09;07	DD04M 09;04;07	DD05M 09;05;22	DD06M 10;02;18	DD07K 11;06;26	DD08K 16;11;16	DD09K 17;00;14	DD10M 17;06;03
Razem (maks. 20)	0	11	8	12	16	10	13	15	12	15

Źródło: opracowanie własne.

Jak się wydaje, dzieci, u których nieprawidłowości mózgowe wystąpiły po przyswojeniu przez nie języka i różnych form wypowiedzi, stworzyły bogatsze i bardziej ustrukturalizowane opowiadania: DD10M, DD08K. Najniższe wyniki odnotowano u dzieci DD03M, DD06M, DD02M. Dziecko DD01K w ogóle nie zrealizowało zadania. Wśród tych dzieci jedynie u DD02M padaczka wystąpiła w trakcie przyswajania podstaw języka. U pozostałych ujawniła się po trzecim roku życia. Jednak poziom opanowania przez nie języka do momentu zachorowania nie był jeszcze

dostateczny. U dwojga badanych – DD01K i DD03M – zdiagnozowano zespół Landaua-Kleffnera i zarejestrowano zahamowanie rozwoju mowy oraz regres niektórych umiejętności. Przywracanie utraconych zdolności i rozwijanie kolejnych następowało z bardzo słabą dynamiką. Z kolei dziecko DD07K, pomimo powolnego rozwoju mowy, uzyskało na tle innych dzieci dobry wynik w realizacji zadania. Najlepszy wynik osiągnął dziewięcioletni chłopiec DD05M. Choć i w jego rozwoju mowy i języka odnotowano negatywne zjawiska, to stworzył on makrostrukturę narracji składającą się ze wszystkich głównych elementów. Najmniej precyzyjnie opisał scenę rozgrywającej się historii. Zabrakło określenia czasu i miejsca. Uwzględnił prawie wszystkie wątki, spostrzegł poprawnie relacje przyczynowo-skutkowe pomiędzy zdarzeniami i potrafił je wyrazić w sposób bezpośredni, przy użyciu właściwych form językowych.

Jak widać, w procesie diagnozy każdego dziecka wchodzi w grę różne czynniki. Tworzą one bardzo indywidualną konfigurację uwarunkowań funkcjonowania danego dziecka [Kurowska, 2009; 2015]. Są to przede wszystkim: historia rozwoju dziecka, wystąpienie padaczki, jej przebieg, wdrożone leczenie. Należy uwzględnić wiek wystąpienia pierwszych objawów, ich ustępowanie, obecność dodatkowych – pozajęzykowych. Dużą rolę w kształtowaniu się schematu makrostruktury narracji odgrywają czynniki związane z najbliższym środowiskiem wychowawczo-edukacyjnym. Jest to zatem proces, w którym ujawniają się jednocześnie oddziaływania nieprawidłowych uwarunkowań neurorozwojowych, procesu dojrzewania OUN, kompensacji (modyfikacji organiczno-funkcjonalnej mózgu) oraz uczenia się i terapii. W przypadku dzieci z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami mózgu tych zmiennych jest wiele i analiza jedynie makrostruktury narracji na pewno nie jest wystarczająca do sformułowania rozpoznania diagnostycznego i pełnego opisu poziomu funkcjonowania językowego badanej osoby. Opisane zjawiska to ilustracja ukazująca złożoność tego procesu. Jednakże ocena umiejętności prezentowanych przez dziecko w sprawdzanym zakresie wyraźnie określa, które elementy struktury opowiadania są już u dziecka ukształtowane, które nie występują lub też są utrwalone jeszcze niedostatecznie. W konsekwencji precyzyjnie wskazuje konkretne poziomy indywidualnego oddziaływania usprawniającego, pozwala wdrożyć bardziej efektywny plan terapii.

Literatura

- Aitchison J., 1991, *Ssak, który mówi. Wstęp do psycholingwistyki*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Bishop D.V.M., Donlan C., 2005, *The role of syntaxin encoding and recall of pictorial narratives: Evidence from specific language impairment*, „British Journal of Developmental Psychology”, No. 23, s. 25–46.

- Bokus B., 1991, *Tworzenie opowiadań przez dzieci. O linii i polu narracji*, Kielce: Wydawnictwo Energia.
- Dobrzyńska T., 2001, *Tekst*, [w:] J. Bartmiński (red.), *Współczesny język polski*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 293–314.
- Drewniak-Wołosz E., Paluch A., 2018, *Karty oceny języka dziecka – AFA. KOJD-AFA. Narzędzie do badania dzieci i młodzieży z zaburzonym rozwojem językowym*, Gliwice: Wydawnictwo Komlogo.
- Emiluta-Rozya D., 2013, *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Głowiński M., Okopień-Sławińska A., Sławiński J., 1975, *Zarys teorii literatury*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Hailmann J., Miller J., Nockerts A., Dunaway C., 2010, *Properties of the narrative scoring scheme using narrative retells in young school-age children*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, No. 19, s. 154–166.
- Kielar-Turska M., 1989, *Mowa dziecka. Słowo i tekst*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kozłowska M., Chrościńska-Krawczuk M., 2012, *Padaczka. Zaburzenia językowe u dzieci z padaczką*, [w:] S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 397–411.
- Krauz M., Litwin J., 1996, *Delimitanty początku opisu*, [w:] T. Dobrzyńska (red.), *Tekst i jego odmiany*, Warszawa: Instytut Badań Literackich Polskiej Akademii Nauk, s. 31–39.
- Kulawik A., 1994, *Poetyka*, Kraków: Wydawnictwo Antykwa.
- Kurowska M., 2009, *Umiejętność tworzenia opisu i opowiadania przez dzieci z dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*, „Poradnik Językowy”, z. 8, s. 68–82.
- Kurowska M., 2015, *Rokowania dotyczące rozwoju mowy i języka u dzieci z zaburzeniami uwarunkowanymi uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*, „Poradnik Językowy”, z. 5, s. 18–31.
- Kurowska M., 2016, *Kształtowanie się zachowań komunikacyjnych u dzieci z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami ośrodkowego układu nerwowego*, Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Kurowska M., 2018, *Logopedyczne badania dzieci i młodzieży z zaburzeniami mowy i języka uwarunkowanymi korowo. Projekt badań własnych*, [w:] E. Gacka, M. Kaźmierczak (red.), *Teoria i praktyka logopedyczna. Wybrane zagadnienia*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 151–161.
- Kurowska M., 2020, *Zaburzenia mowy u dzieci i młodzieży z uszkodzeniami mózgu udokumentowanymi neuroobrazowaniem – wstępny opis procedury badań*, [w:] I. Więcek-Poborczyk, J. Żulewska-Wrzosek (red.), *Interdyscyplinarność w logopedii – konieczność czy nadmiar?*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, s. 235–250.
- Kurowska M., 2021, *Tworzenie narracji jako próba diagnostyczna u dzieci z uszkodzeniami i/lub dysfunkcjami OUN*, [w:] A. Maciejewska (red.), *Narracja w diagnozie i terapii logopedycznej*, Siedlce: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach, s. 139–154.
- Majkowski J., 2001, *Patomechanizm napadów padaczkowych i etiopatogeneza padaczki*, [w:] R. Michałowicz (red.), *Padaczka i inne stany napadowe u dzieci*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 15–29.
- Michałowicz R., Józwiak S., 2001a, *Klasyfikacja napadów padaczkowych u dzieci*, [w:] R. Michałowicz (red.), *Padaczka i inne stany napadowe u dzieci*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 63–68.

- Michałowicz R., Józwiak S., 2001b, *Zespoły padaczkowe i inne stany napadowe u dzieci w zależności od wieku*, [w:] R. Michałowicz (red.), *Padaczka i inne stany napadowe u dzieci* Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 69–140.
- Norbury C.F., Bishop D.V.M., 2003, *Narrative skills of children with communication impairments*, „International Journal of Language & Communication Disorders”, No. 38, s. 287–313.
- Paluch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L., 2003, *Afa-Skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Panasiuk J., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*, „Logopedia”, nr 37, s. 69–88.
- Panasiuk J., 2018, *Padaczka w diagnozie i terapii logopedycznej. Studium przypadku*, „Logopedia Silesiana”, t. 7, s. 105–137, <https://doi.org/10.31261/LOGOPEDIASILESIANA.2018.07.06>
- Pawłowska-Jaroń H., 2014, *Padaczka w relacji: pacjent–rodzic–terapeuta*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Porayski-Pomsta J., 2015, *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*, Warszawa: Wydawnictwo Elipsa.
- Prusiński A., 1998, *Neurologia praktyczna*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 9 sierpnia 2017 r. w sprawie warunków organizowania kształcenia, wychowywania i opieki dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie i zagrożonych niedostosowaniem społecznym (Dz.U. z 2017 r., poz. 1578).
- Sidor K., 1997, *Wybrane zagadnienia z neurologii dziecięcej*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Służewski W., Służewska-Niedźwiedz M., 2010, *Uwarunkowania diagnostyczno-terapeutyczne w padaczce wieku rozwojowego*, „Polski Przegląd Neurologiczny”, t. 6, nr 3, s. 121–130.
- Smoczyńska M., Haman E., Czaplewska E., Maryniak A., Krajewski G., Banasik N., Kochańska M., Łuniewska M., 2015, *Test Rozwoju Językowego TRJ*, Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Wątopek A., 2014, *Kompetencja językowa uczniów z lekką niepełnosprawnością intelektualną*, Kraków: Zakład Wydawniczy Nomos.



© by the author, licensee Łódź University - Łódź University Press, Łódź, Poland.
This article is an open access article distributed under the terms and conditions
of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Data złożenia: 23.11.2022. Data przyjęcia: 4.07.2022.

Renata Marciniak-Firadza* 

Zmysł smaku – istota, zaburzenia, diagnoza, terapia (na przykładzie logopedy pracującego z dziećmi)

Sense of Taste – Essence, Disorders, Diagnosis, Therapy
(On the Example of a Speech Therapist Working with Children)

Słowa kluczowe: smak, zaburzenia smaku, terapia logopedyczna zaburzeń smaku u dzieci

Keywords: taste, dysgeusia, speech therapy of taste disorders in children

Streszczenie

Zmysł smaku jest często niedoceniany w rozważaniach naukowych. Celem artykułu jest opisanie tego zmysłu (jego anatomii, fizjologii, funkcji, etiologii, klasyfikacji zaburzeń smaku, konsekwencji zaburzeń smaku, diagnostyki zaburzeń smaku), a przede wszystkim zaprezentowanie go w kontekście teorii i praktyki logopedycznej (na przykładzie logopedy pracującego z dziećmi). W tekście zamieszczono propozycje strategii terapeutycznych i ćwiczeń stymulujących zmysł smaku, które może wykorzystać logopeda w trakcie terapii dziecka z dysgeuzją.

Abstract

The sense of taste itself is often underestimated in scientific considerations. The aim of the article is to describe the sense of taste (anatomy, physiology, functions, etiology, classification of taste disorders, consequences of taste disorders, diagnosis of taste disorders), and above all to present this sense in the context of speech therapy theory and practice (on the example

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: renata.marciniak@uni.lodz.pl, <https://orcid.org/0000-0001-6301-8820>

of a speech therapist working with a children). The text contains proposals for therapeutic strategies and exercises stimulating the sense of taste, which can be used by a speech therapist during the therapy of a child with dysgeusia.

Wprowadzenie

Dziecko poznaje świat, otaczającą rzeczywistość przez zmysły wzroku, słuchu, węchu, smaku, grawitacji, dotyku, a kiedy jeden z nich staje się dysfunkcyjny, obserwujemy u dziecka deficyt poznawczy, który wpływa bezpośrednio na budowany w umyśle język [Ayres, 2015; Korendo, 2017]. Jak zauważa Marta Korendo: „[...] polisensoryczne poznawanie świata i integracja informacji płynących różnymi drogami stanowi warunek prawidłowego rozwoju poznawczego oraz językowego” [Korendo, 2017, s. 110].

Zmysły mówią dziecku [Ayres, 2015, s. 51]:

- 1) o tym, co znajduje się w jego odległości (wzrok i słuch), o tym, co znajduje się na jego ciele (dotyk) i o tym, co wnika w jego ciało (powonienie i smak);
- 2) o tym, jak i gdzie jego ciało się porusza – przez zmysły reagujące na ruch, grawitację i pozycję ciała (zmysły przedsionkowe i proprioceptywne);
- 3) o tym, co dzieje się wewnątrz jego ciała – przez zmysły w narządach wewnętrznych (wisceroreceptory).

Informacje odebrane dzięki działaniu zmysłów są przekazywane do mózgu, gdzie następuje ich segregowanie, selekcjonowanie, porządkowanie, łączenie z innymi informacjami, interpretowanie, co pozwala wytworzyć organizmowi dziecka tzw. reakcję adaptacyjną, która stanowi podstawę ogólnego rozwoju [Odowska-Szlachcic, 2016; Charbicka, 2017].

Bazę neurofizjologiczną rozwoju stanowią tzw. zmysły fundamentalne (proprioceptory), tj. układ przedsionkowy, zwany też zmysłem ruchu i równowagi, i układ proprioceptywny, czyli zmysł czucia głębokiego, zwany też zmysłem położenia ciała. Są one szczegółowo opisane w literaturze przedmiotu [por. np. Ayres, 2015; Odowska-Szlachcic, 2016].

Poza proprioceptorami mamy też zmysły zewnętrzne, tzw. eksteroreceptory, tj. zmysły dotyku, wzroku, słuchu, smaku i węchu, przy czym o dwu ostatnich pisze się, że są one jednymi z najmniej docenianych zmysłów u człowieka, a zaburzenia w ich zakresie są często bagatelizowane [Dżaman i in., 2007, s. 832; por. też Krainowitz, 2018b; Marciniak-Firadza, 2021a; 2021b].

Trzecią grupę stanowią tzw. interoreceptory, czyli zmysły wewnętrzne, tj. czucie trzewne [Ayres, 2015].

Celem artykułu jest odpowiedź na pytanie, czy niedoceniany do tej pory zmysł smaku jest istotny w diagnozie i terapii logopedycznej, czy powinien znaleźć się w kręgu zainteresowań współczesnej logopedii?

W opracowaniu zostanie przedstawiona teoria dotycząca zmysłu smaku (anatomia, fizjologia, funkcje, etiologia, konsekwencje zaburzeń), a także zaprezentowane będą praktyczne ćwiczenia stymulujące ten eksteroreceptor u dzieci.

Anatomia, fizjologia, funkcje zmysłu smaku

Rozwój zmysłu smaku, zaliczanego do zmysłów chemicznych, rozpoczyna się około czwartego miesiąca życia płodowego, a jego prawidłowe kształtowanie ma ogromne znaczenie dla późniejszego funkcjonowania człowieka. W siódmym tygodniu życia płodowego powstają kubki smakowe, dzięki którym od trzynastego tygodnia (gdy stają się one chemicznie aktywne) rozpoczyna się transmisja informacji smakowych do kory mózgowej. Dziecko zaczyna w tym czasie połykać wody płodowe, smakując mu one, zwłaszcza gdy mają słodki smak. Trening czynności prymarnych w postaci połykania wód płodowych o określonym smaku stanowi podstawę kształtowania się preferencji żywieniowych [Siudak, 2019].

Noworodek wszystkie smaki odczuwa dużo intensywniej niż człowiek dorosły. Kubki smakowe pokrywają gęsto całą jego jamę ustną. Około dziesiątego roku życia część z nich zanika, a zmysł smaku nie jest już aż tak wyostrzony [Odowska-Szlachcic, 2020, s. 45].

Zmysł smaku, będący zmysłem chemicznym, zostaje pobudzony przez kontakt z określonymi substancjami chemicznymi rozpuszczonymi w ślinie. Receptorami dla zmysłu smaku są kubki smakowe rozmieszczone w błonie śluzowej języka, podniebienia miękkiego, tylnej ściany gardła, nagłośni oraz jednej trzeciej górnej przetyku [Sienkiewicz-Jarosz, Bieńkowski, 2012, s. 62–63; por. też Konopka, Dobosz, Kochanowicz, 2003; Masłowska, Żochowska, Lupa, 2010].

Bożenna Odowska-Szlachcic [2020, s. 47] podkreśla, że u dzieci kubki smakowe występują nie tylko w brodawkach smakowych na języku, ale rozmieszczone są także na wargach.

Około 30% kubków smakowych występuje pojedynczo, pozostałe zaś są umiejscowione w brodawkach smakowych. W każdym kubku smakowym znajduje się około 50–100 receptorowych komórek smakowych (*taste receptor cell* – TRC). Są one zaopatrywane przez gałęzie trzech nerwów czaszkowych: twarzowego (VII), językowo-gardłowego (IX) i błędnego (X). Wrażenia smakowe z dwóch trzecich przednich języka są przewodzone przez gałęzie nerwu twarzowego. Gałąź językowa nerwu językowo-gardłowego przewodzi wrażenia smakowe z jednej trzeciej tylnej języka i gardła. Natomiast nerw krtaniowy górny, będący gałęzią nerwu błędnego, zaopatruje kubki smakowe nagłośni i jednej trzeciej górnej przetyku. Do komórek zmysłowych od strony przypodstawnej kubków smakowych wnikają włókna nerwowe. U podstawy kubków smakowych tworzą one spłot podkubkowy. Włókna te to dendryty komórek tzw. pierwszego neuronu drogi smakowej. Ciały tych komórek znajdują

się w odpowiednich zwojach nerwów czaszkowych. Aksony tych komórek zmierzają przez rdzeń przedłużony do wspólnego jądra krańcowego nerwu twarzowego, językowo-gardłowego i błędnego (jądro pasma samotnego). Neurony przedniej części jądra pasma samotnego stanowią tzw. drugi neuron drogi smakowej. Ich aksony biegną do wzgórza. Część tych aksonów ulega skrzyżowaniu na poziomie mostu. Komórki jądra pasma wysyłają projekcje bezpośrednio do tworu siatkowatego rdzenia przedłużonego i jąder innych nerwów czaszkowych. Umożliwia to funkcjonowanie niektórych odruchów autonomicznych, na przykład odruchu wydzielania śliny. Ciała komórek tzw. trzeciego neuronu drogi smakowej zlokalizowane są w jądrze brzuszno-tylno-przyśrodkowym wzgórza (część drobnokomórkowa). Aksony tych komórek tworzą drogi wzgórzowo-korowe, które biegną przez torebkę wewnętrzną do pierwotnej kory smakowej, za którą u człowieka uznaje się przednią część wierzka i sąsiadującą z tym regionem przednią część kory wyspy. Z tych struktur projekcje biegną do tylnobocznej części kory orbitofrontalnej, która jest uważana za wtórną korę smakową [Sienkiewicz-Jarosz, Bienkowski, 2012, s. 62–63; por. też Konopka, Dobosz, Kochanowicz, 2003; Masłowska, Żochowska, Lupa, 2010].

Wśród funkcji zmysłu smaku wymienia się [Mach, Czepiel, 2012, s. 196]:

- udział w regulowaniu podstawowych funkcji życiowych za pomocą zachodzących procesów chemicznych;
- pełnienie funkcji obronnej, ochronę przed zatruciami i skutkami ubocznymi niezdrowego pożywienia;
- wpływanie, w sposób znaczący, na regulację nastroju – dobry posiłek jest źródłem procesów neurofizjologicznych (wytwarza się m.in. dopamina – hormon szczęścia), które powodują błogość, spokój i szczęście.

Zaburzenia smaku u dzieci – etiologia, klasyfikacja i konsekwencje

Zaburzenia smaku mogą mieć różną etiologię. Mogą być powodowane przez uszkodzenie śluzówki lub kubków smakowych (np. w infekcjach wirusowych, przy zapaleniu języka, zapaleniach dziąseł, w mukowicydozie, w chorobach dziedzicznych – zespole Turnera, zespole Riley-Day, w niektórych chorobach psychicznych – w schizofrenii) czy dysfunkcje języka, powstające między innymi na skutek chorób ucha środkowego, usunięcia migdałków, ropienia migdałków [Siudak, 2019, s. 195–197].

Zaburzenia smaku, niebędące schorzeniem, ale objawem wynikającym z choroby lub przyjmowania leków, mogą wystąpić/występują także w wyniku [Sienkiewicz-Jarosz, Bienkowski, 2012; Korzeniowska i in., 2016]:

- chorób układu nerwowego;
- chorób o podłożu neurologicznym;
- chorób nowotworowych, białaczki na skutek zażywania cytostatyków.

Dysfunkcje zmysłu powonienia mogą również wynikać z zaburzeń w zakresie przetwarzania bodźców sensorycznych w obrębie między innymi systemu smakowego.

Dysfunkcje w zakresie integracji systemów zmysłowych uwarunkowane są przede wszystkim nieprawidłowym funkcjonowaniem struktur anatomicznych mózgu. Duże znaczenie ma także zbyt mała liczba doświadczeń sensorycznych, spowodowana opóźnionym rozwojem ruchowym w pierwszym okresie życia dziecka [Odowska-Szlachcic, 2016, s. 14].

Dla prawidłowego rozwoju i funkcjonowania mózgu, zwłaszcza w pierwszych latach życia dziecka, oprócz bodźców somatosensorycznych (tj. dotykowego i przedsionkowo-proprioceptywnego) istotne i niezbędne są także bodźce słuchowe, wzrokowe oraz węchowo-smakowe. Poszczególne zmysły współdziałają ze sobą podczas wykonywania złożonych zadań. Dopływ do ośrodkowego układu nerwowego przez wszystkie układy zmysłów (dotyk, propriocepcja, układ przedsionkowy, wzrok, słuch, powonienie) różnorodnych bodźców z własnego ciała i z otoczenia jest podstawą do ich integracji. Brak wielozmysłowej stymulacji powoduje, że w korze mózgowej nie tworzą się nowe połączenia synaptyczne i w związku z tym nie powstają bardziej złożone obwody. Ponadto brak bodźców zewnętrznych powoduje obumieranie neuronów, co może doprowadzić do uszkodzenia całego szlaku nerwowego [Odowska-Szlachcic, 2016].

Jak podkreśla B. Odowska-Szlachcic [2016, s. 12], patrzenie na dzieci przez pryzmat funkcjonowania systemów zmysłowych ma szczególne znaczenie, zwłaszcza u maluchów z zaburzeniami ośrodkowego układu nerwowego, u których dysfunkcje procesów integracji sensorycznej są niejednorodne, specyficzne, uogólnione i zmienne.

Zaburzenia integracji sensorycznej dotyczą między innymi dzieci z [Odowska-Szlachcic, 2016, s. 26]:

- trudnościami w uczeniu się;
- zaburzeniami w rozwoju komunikacji w zakresie mowy biernej i czynnej;
- dysleksją rozwojową;
- nadruchliwością i problemami z koncentracją uwagi;
- zespołem Downa i niektórymi zespołami uwarunkowanymi genetycznie;
- autyzmem wczesnodziecięcym;
- mózgowym porażeniem dziecięcym;
- obniżonym poziomem rozwoju intelektualnego.

Zaburzenia w odczuwaniu bodźców smakowych określa się jako dysgeuzje. Wśród nich wyodrębnia się [Bałczewska, Nowak, 2000]:

- zaburzenia ilościowe:
 - ageuzję – brak odczuwania wszystkich smaków (utrata funkcji smakowych języka);
 - hipogeuzję – obniżoną wrażliwość i zdolność rozpoznawania smaków, zmniejszone odczuwanie bodźców smakowych;
 - hipergeuzję – nadwrażliwość smakową, nadmierne odczuwanie bodźców smakowych;

- zaburzenia jakościowe:
 - parageuzję – błędne, opaczne, nieprawidłowe odczuwanie wrażeń smakowych;
 - kakogeuzję – nieprzyjemne odczuwanie bodźców smakowych (nieprzyjemny smak, który nie pochodzi z pożywienia lub napojów);
 - fantogeuzję – występowanie halucynacji smakowych, omamów smakowych pomimo braku bodźca smakowego (zwykle smak gorzki lub metaliczny).

W przypadku zaburzeń integracji sensorycznej Carl H. Delacato nieprawidłowości w odbiorze bodźców, między innymi węchowych i smakowych, podzielił na trzy grupy [Odowska-Szlachcic, 2016]:

- nadwrażliwość (nadmierna wrażliwość) – występuje obniżony próg wrażliwości na określony typ bodźców sensorycznych; do mózgu przekazywana jest zbyt duża ilość informacji sensorycznych;
- podwrażliwość (zbyt mała wrażliwość) – próg rejestracji bodźców jest podwyższony; do mózgu przewodzona jest za mała liczba bodźców;
- tzw. biały szum – spowodowany jest zakłóceniami wytwarzanymi przez układ nerwowy; występują zakłócenia w postaci stałego, monotonnego szumu, który utrudnia interpretację wrażeń sensorycznych.

Konsekwencje zaburzeń smaku to między innymi [Mach, Czepiel, 2012]:

- wybiórczość pokarmowa;
- brak zainteresowania jedzeniem lub nadmierne zainteresowanie jedzeniem;
- niebezpieczeństwo spożycia rzeczy niejadalnych, trujących.

Objawy zaburzeń smaku u dzieci

Przejawy hipergeuzji/nadwrażliwości (nadreaktywności) smakowej [Goodwin Emmons, McKendry Anderson, 2007; Borkowska, Wagh, 2010; Odowska-Szlachcic, 2016, s. 97; Charbicka, 2017] to:

- preferowanie wyłącznie potraw o określonej konsystencji i smaku oraz zapachu;
- niska tolerancja smaków;
- unikanie intensywnych i ostrych smaków;
- bycie niejadkiem, bardzo wybrednym;
- nudności jako reakcja na mocne, wyraziste smaki;
- nadwrażliwość oralna;
- używanie koniuszka języka do próbowania;
- nieznoszenie przypraw;
- niechęć do gazowanych napoi.

Z kolei przejawy hipogeuzji/podwrażliwości (podreaktywności) smakowej [Goodwin Emmons, McKendry Anderson, 2007; Borkowska, Wagh, 2010; Odowska-Szlachcic, 2016, s. 98; Charbicka, 2017] to:

- wacchanie, wkładanie do ust i lizanie rzeczy niejadalnych;

- jedzenie produktów i rzeczy niejadalnych;
 - nieróżnicowanie smaków i temperatury jedzenia lub preferowanie ostrych, intensywnych smaków;
 - brak zdolności określania smaku, nierozróżnianie smaków;
 - ssanie własnych policzków i warg;
 - brak preferencji smakowych;
 - w przypadku dzieci „śmietników” zjadanie wszystkiego, co im wpadnie w ręce.
- Natomiast przejawy białego szumu (smak) [Goodwin Emmons, McKendry Anderson, 2007; Borkowska, Wagh, 2010; Odowska-Szlachcic, 2016, s. 98; Charbicka, 2017] to:
- ciągle odczuwanie i utrzymywanie się w ustach jakiegoś nieokreślonego smaku;
 - nieumiejętność rozpoznawania i różnicowania smaków;
 - ssanie własnego języka (zwłaszcza boków i tyłu) oraz policzków;
 - odbieranie głównie smaków gorzkiego i kwaśnego;
 - przeżuwanie zwróconego pokarmu;
 - niezwracanie uwagi na jedzenie;
 - częste wkładanie do ust przedmiotów niejadalnych: ciastoliny, pędzla z farbą, kredek świecowych; dzieci takie mogą lizać lub smakować różne przedmioty;
 - preferowanie mocno doprawionych pokarmów, bardzo gorących i ostrych potraw;
 - dziecko może sprawiać wrażenie, jakby nigdy nie było głodne.

Zaburzenia smaku a wybiórczość pokarmowa

Wybiórczość pokarmowa to specyficzny i trwały wzorec zachowania, który polega na odmawianiu spożywania pokarmów.

O wybiórczości pokarmowej mówimy wówczas, gdy dziecko prezentuje różne nieprawidłowości związane ze spożywaniem posiłków. Najczęściej jest to związane z niejedzeniem określonej grupy pokarmów ze względu na [Kapuścińska-Kozakiewicz, 2019]:

- typ pokarmu (chodzi o konkretne potrawy);
- kolor pokarmu (dziecko nie je różnych pokarmów, ale w określonym kolorze);
- markę lub producenta;
- fakturę pokarmu (unikanie np. papek, twardych lub chrupiących rzeczy);
- wygląd pokarmu (np. ze względu na przypalone miejsca, uszkodzenia);
- smak pokarmu (np. niejedzenie wyrazistych, drażliwych produktów).

Wybiórczości pokarmowej zwykle towarzyszą opór przed samodzielnym jedzeniem, dławienie się, wypluwanie jedzenia, reagowanie odruchem wymiotnym, trudności z żuciem pokarmu oraz połykaniem [Baj-Lieder, 2018].

Przyczyn zaburzeń procesów związanych z karmieniem i jedzeniem można dozukiwać się, obok czynników organicznych, motorycznych, behawioralnych i środowiskowych, również w czynnikach sensorycznych, w tym w nadwrażliwości czy podwrażliwości na smak (ale również zapach czy dotyk) [Baj-Lieder, 2017].

Diagnozowanie zaburzeń smaku

Diagnozy zaburzeń smaku może dokonać lekarz (laryngolog, neurolog, pediatra), a w przypadku dziecka z zaburzeniami integracji sensorycznej terapeuta SI.

Wśród metod służących medykom do oceny zmysłu smaku można wyróżnić [Dżaman, 2008, s. 175–176]:

- metody subiektywne – ocena progów smakowych i ocena nadprogowa zmysłu smaku (gustometria swoista, elektrogustometria);
- metody obiektywne – rejestrowanie smakowych potencjałów wywołanych w:
 - elektroencefalografii – EEG (*gustatoryevoked*);
 - magnetoencefalografii – MEG (*gustatory magnetic fields* – GEMfs).

Nowoczesny protokół oceny zmysłowej jamy ustnej zawiera standardowo [Dżaman, 2008, s. 176]:

- ocenę wrażliwości smakowej całej jamy ustnej:
 - badanie metodą bodźców chemicznych;
 - wideomikroskopię języka – ocenę anatomii czuciowej jamy ustnej;
- ocenę wrażliwości smakowej poszczególnych regionów jamy ustnej – przestrzenny test smakowy (ocenę przestrzeni smaku).

Do orientacyjnych, niediagnostycznych badań dzieci z zaburzeniami SI wykorzystać można kwestionariusze sensomotoryczne, między innymi autorstwa Zbigniewa Przyrowskiego. Kwestionariuszami tymi mogą posługiwać się logopedzi i rodzice dzieci z zaburzeniami SI (jednak nie w celach diagnostycznych, a w celu oceny, czy istnieje ryzyko zaburzenia). Logopeda, podejrzewając u dziecka zaburzenia SI, powinien skierować je na diagnozę, a następnie terapię do specjalisty od integracji sensorycznej.

Kwestionariusz sensomotoryczny Przyrowskiego może być stosowany u dzieci w wieku 5–6 lat i w wieku szkolnym. Jeden z podtestów zawiera pytania dotyczące oceny węchu i smaku.

1. Nadwrażliwe na pewne zapachy. TAK/NIE
2. Ignoruje nawet ostre i nieprzyjemne zapachy. TAK/NIE
3. Ma trudności z różnicowaniem zapachów. TAK/NIE
4. Często zatyka nos, mówiąc, że „śmierdzi”. TAK/NIE
5. Nie je pokarmów bez wcześniejszego wąchania. TAK/NIE
6. Nadwrażliwe na zapach perfum, mydła, wody kolońskiej. TAK/NIE
7. Lubi wąchać różne rzeczy niesłużące do jedzenia. TAK/NIE
8. Lubi mocno doprawione pokarmy. TAK/NIE

9. Preferuje pokarmy o łagodnym smaku. TAK/NIE

10. Ma łatwy odruch wymiotny na wiele zapachów. TAK/NIE

Odpowiedź TAK to 1 punkt, NIE 0 punktów. Normą jest uzyskanie 0–3 pkt. Ryzyko zaburzeń integracji sensorycznej można podejrzewać, jeśli dziecko w tym podteście osiągnie wynik 4–10 pkt [Przyrowski, 2012; 2019; Polskie Stowarzyszenie Terapeutów Integracji Sensorycznej – SI, b.d.].

Terapia zaburzeń węchu i smaku

Cele stymulacji percepcji smakowej to [por. Kielin, 2020, s. 209–210]:

- aktywizacja zmysłu smaku;
- rozwijanie percepcji smakowej (akceptacja nowego smaku, posiłku);
- reagowanie na określony smak i nabywanie umiejętności różnicowania smaku.

Terapię zaburzeń integracji sensorycznej, w tym zaburzeń smaku, powinien prowadzić terapeuta SI albo współpracujący z nim ściśle logopeda. W przypadku zaburzeń smaku o innej etiologii terapię może prowadzić między innymi logopeda.

Integracja sensoryczna nie może być traktowana jako terapia dla wszystkich. Najskuteczniejsza jest w przypadku dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej i jest przeznaczona głównie dla nich. W innych zaburzeniach, na przykład w opóźnieniach rozwoju mowy, niepełnosprawności intelektualnej, zespole Downa czy całościowych zaburzeniach rozwoju, może stanowić dodatkową, wspomagającą formę terapii [Charbicka, 2017].

W ramach terapii logopeda może prowadzić stymulację zmysłu smaku poprzez różne ćwiczenia, na przykład:

- stymulujące smak oraz rozszerzające repertuar smaków i potraw;
- w różnicowaniu smaków;
- w odgadywaniu i nazywaniu różnych smaków.

Logopeda powinien mieć świadomość, że w przypadku dziecka, które ma zaburzenia zmysłów węchu i/lub smaku należy również angażować pozostałe zmysły w celu zwiększenia chęci do jedzenia, na przykład zmysły wzroku i dotyku, pozwalające ocenić strukturę i fakturę potrawy. Wynika to z faktu, że zaspokojenie apetytu odbywa się zarówno na poziomie biologicznym, jak i poprzez bodźce węchowe, wzrokowe, poznawcze, słuchowe, emocjonalne czy dotykowe.

Przykładowe ćwiczenia stymulujące kilka zmysłów równocześnie:

- poznawanie nowych smaków połączone ze stymulacją zapachową, wzrokową i dotykową, na przykład banan: widzę – dotykam – wącham – smakuję; papryka: widzę – dotykam – wącham – smakuję;
- smakowo-węchowe zgadywanki – zawiązujemy dziecku oczy, po smaku i zapachu ma powiedzieć, co to za owoc czy warzywo; kategoryzujemy smaki, tzn. dajemy tylko owoce czy tylko warzywa lub na przykład miód, nutellę, dżem.

Przykładowe ćwiczenia stymulujące zmysł smaku [por. Borkowska, Wagh, 2010; Ayers, 2015; Odowska-Szlachcic, 2020]:

- smakowe zgadywanki z wykorzystaniem na przykład kostek lodu z zamrożonymi sokami, kisielami, galaretkami o różnych smakach, ale też kształtach (np. zwierzątek wykonanych z foremek);
- picie przez rurkę kilku różnych soków, rozpoznawanie smaku;
- rozpoznawanie smaku cukierków owocowych wyprodukowanych z naturalnych składników;
- smakowanie próbek jedzenia i nazywanie ich, na przykład musztardy, ketchupu, majonezu, konfitury, miodu, różnych rodzajów sera;
- degustacja kawałków sezonowych owoców i warzyw, identyfikowanie smaków z ich całymi postaciami.

W czasie ćwiczeń należy uczyć dzieci różnicowania smaków w różnych sekwencjach, takich jak: słodki – słony, słodki – słony – kwaśny, słodki – słony – kwaśny – gorzki [Odowska-Szlachcic, 2020].

Do smaków służących pobudzeniu i utrzymaniu zainteresowania posiłkiem należą: cytryna, cynamon, świeży gotowany czosnek, sos Worcestershire (sos o korzennym smaku i płynnej konsystencji), lemoniada, gotowana cebula, szczypta pieprzu cayenne lub chili, oliwki, sok grejfrutowy, pikantne galaretki z przyprawami, kwaśne owoce (tylko, gdy dziecko im sprosta), marynowane karczochy, pickle (słodkie i koperkowe), salsa – potrawa kuchni meksykańskiej, przyprawy do mięs, zioła: oregano, pietruszka, imbir, gałka muszkatołowa, ziele angielskie, kminek, curry, bazylija lub papryka [Szmaj, 2013].

Jeżeli dziecko ma niską tolerancję smaków i ograniczony repertuar jedzonych potraw, wówczas można zastosować strategie terapeutyczne i zabawy, takie jak [Odowska-Szlachcic, 2020]:

- wprowadzanie niewielkiej ilości nowej potrawy na przykład razem z ulubionym owocem;
- ograniczanie ilości i rodzaju potraw na talerzu;
- masaż mięśnia okrężnego warg według podanej sekwencji: szybkie ściągnięcie warg do przodu, w kierunku nosa, podbródka i na koniec rozciągnięcie ich w linii poziomej;
- ssanie smakowych kulek lodowych (do torebki na kulki lodu dodajemy kilka kropli ulubionego przez dziecko smaku, na przykład soku malinowego, i zamrażamy);
- picie ochłodzonych herbatek owocowych;
- stosowanie jako przegryzek pestek dyni, słonecznika, orzechów, wafli bezcukrowych.

W terapii dziecka z nadwrażliwością smakową należy na początku ograniczyć ilość i rodzaj potraw na talerzu. Serwowane dziecku jedzenie nie powinno być zbyt ciepłe. Przed posiłkiem można dać mu do ssania kostkę lodu i zaproponować

wykonanie zabaw oddechowych (zmniejszają one nadwrażliwość oralną), na przykład dmuchanie baniek mydlanych, gwizdanie w gwizdki, granie na harmonijce ustnej. Przy nadwrażliwości oralnej wskazane jest przeprowadzenie treningu odwrażliwiającego lub tzw. diety sensorycznej Wilbarger (po konsultacji i według instruktażu terapeuty SI). Wskazane jest również [Odowska-Szlachcic, 2016]:

- ssanie suszonych owoców;
- picie przez rurkę rzadkiego kisielu, budyniu czy musu z rozgotowanych jabłek;
- wprowadzanie smaków: od słonego i słodkiego do kwaśnego i gorzkiego, w formie napojów;
- stosowanie przypraw mających wprowadzany smak;
- stopniowe różnicowanie faktury i struktury jedzenia.

W pracy terapeutycznej z dzieckiem z podwrażliwością (niedowrażliwością) smakową zaleca się [Odowska-Szlachcic, 2016]:

- chrupanie marchewki, twardych jabłek, kalarepy czy suchych precli;
- stosowanie częstych zmian temperatury podczas posiłków, na przykład chrupanie kawałków lodu w trakcie ciepłego posiłku;
- podawanie do próbowania przez około dwa tygodnie pojedynczych smaków w kolejności: gorzki, kwaśny, słony i słodki;
- podawanie potraw o zróżnicowanej strukturze, fakturze i kolorystyce, z przewagą jednego smaku.

Smaki należy podawać najpierw w postaci płynów: gorzki na tył języka, kwaśny na boki, słony na środek i tył, słodki na czubek. Przy umiejętności różnicowania i rozpoznawania pojedynczych smaków podaje się dwa na przemian [Odowska-Szlachcic, 2016].

W przypadku dziecka z tzw. białym szumem zaleca się [Odowska-Szlachcic, 2016]:

- ssanie kostki lodu, cukru, lizaka w kulce, rozpuszczalnej gumy do żucia;
- wpryskiwanie do jamy ustnej na przemian ciepłej i zimnej wody;
- podawanie smaków na czubek języka w sekwencji słodki – słony;
- wąchanie, a następnie umieszczenie między policzkiem a zębami smakowej kostki cukru i ssanie jej;
- masaż wnętrza jamy ustnej elektryczną szczoteczką do zębów;
- uczulanie trzonkiem zimnej łyżeczki do herbaty (poprzez kilkakrotne dotykanie) różnych miejsc w jamie ustnej, między innymi wałka dziąsłowego, okolicy dolnych zębów, wewnętrznej części policzków czy przedniej części języka.

Przy stwierdzonej u dziecka nadwrażliwości sfery oralno-twarzowej należy zastosować trening odwrażliwiający na podstawie metody Muller i Morris. Trening ten polega na [Odowska-Szlachcic, 2016]:

- lekkim oklepywaniu, opukiwaniu i obszcypywaniu podbródka, brody, policzków i warg, wykonywanym opuszkami palców i za pomocą wypukłej części łyżeczki, pałeczki szklanej lub plastikowej;

- obrysowywaniu warg palcem, kostką lodu, pędzelkiem silikonowym, szczoteczką, szklaną pałeczką;
- silnym i szybkim rozciąganiu warg na przemian z cmokaniem (uśmiech i całuski);
- przesadnej, wyrazistej artykulacji samogłosek *u – i – o* (samodzielnie lub z pomocą terapeuty, poprzez mechaniczne ustawienie warg dziecka);
- masowaniu dziąseł od zewnątrz palcem wskazującym i kciukiem (mocny punktowy nacisk i rozciąganie) – początek na linii środkowej;
- naciskaniu palcami na stawy żuchwowe – jednocześnie po obu stronach – i masowaniu stawów skroniowo-żuchwowych;
- punktowym naciskaniu palcami wskazującymi obu rąk na dziąsła od wewnętrznej strony jamy ustnej, jednocześnie w dwie strony (najpierw na dolne, później na górne dziąsła) – początek na linii środkowej;
- naciskaniu palcem wskazującym na czubek języka i stopniowym, nieznacznym przesuwaniu punktu nacisku w kierunku obsady języka;
- masażu podbródka, policzków i warg masażerem, później szczoteczką elektryczną (na początku poprzez palec, a następnie bezpośrednio).

Na pobudzenie apetytu u dziecka ma wpływ między innymi ogólny wygląd posiłków, w tym ich barwa, konsystencja czy zapach.

Do „zabaw ze smakiem” można wykorzystać również pokarmy w różnych kształtach, na przykład [Kranowitz, 2018a]:

- okrągłe pokarmy: makaron „kółeczka”, pierożki tortellini, chlebek pita, krążki ryżowe, płatki śniadaniowe „kółeczka”, jabłka pokrojone w okrągłe plasterki, plasterki banana, jagody, wiśnie, winogrona, małe kulki melona, marchewka, ogórek i pomidor pokrojone w okrągłe plasterki, soczewica, oliwki, groszek;
- kwadratowe pokarmy: ravioli, tosty i wafle, pocięte w kwadratowe kawałki: kurczak, ser, jabłko, melon, ziemniak, ogórek, papryka;
- długie, sznurowate pokarmy: makaron spaghetti, szparagi, kielki fasoli, fasolka szparagowa, seler naciowy, warzywa pocięte w paski, sznureczki lukrecji, ser w pałeczkach.

Dania serwowane dzieciom z wybiórczością pokarmową powinny być zróżnicowane pod względem kolorystycznym, podane na kolorowej zastawie, ładnie udekorowane. Należy wziąć pod uwagę fakt, że niektóre barwy żywności mogą pobudzać apetyt (np. barwa zielona, pomarańczowa, żółta, czerwona), inne zaś go obniżać i zniechęcać dziecko do jedzenia (np. barwa niebieska) [Béresniak, 2003].

Kolorowymi pokarmami mogą być owoce i warzywa, sos pomidorowy, sosy z warzyw różnych kolorów (np. zielonych, żółtych, pomarańczowych), galaretki i kisiele, różnokolorowe żelki.

Wzmocnieniu apetytu pomagają również intensywny kolor zastawy czy nakrycie stołu obrusem w kolorze żółtym lub zielonym [Béresniak, 2003].

W przypadku małych pacjentów sprawdzają się też akcesoria pozwalające uatrakcyjnić posiłek, czyli między innymi mówiące sztucce, foremki, dzięki którym da się uformować w sposób atrakcyjny na przykład kanapkę.

Dla dzieci ważna jest faktura, konsystencja pokarmu. Tym mającym problem z jezeniem posiłków o różnych fakturach można na początek serwować pokarmy papkowate typu: mus jabłkowy, banany, miód, humus, serek wiejski, ugotowane płatki śniadaniowe, tłuczone ziemniaki, inne warzywa. Następnie należy wprowadzać pokarmy o zróżnicowanych fakturach. W tym celu do takich produktów jak jogurt, deserek, zupy, mus jabłkowy itp. można dodawać następujące składniki: ryż, kukurydzę, rodzynki, płatki cheerios, dmuchany ryż, rozkruszone krakersy itd. Do produktów mlecznych takich jak mleko, lody, jogurt można dodać małe kawałki ananasa. Produkty mogą być udekorowane pokrojonym bananem oraz posypane kolorowymi posypkami. Do soków można dodawać wody mineralnej gazowanej. Bąbelki w napoju zaciekawia i pobudzą dziecko do zabawy i działania [Szmaj, 2013].

Efekty terapeutyczne w stymulacji smakowej przynoszą także stymulacje termiczna oraz słuchowa.

Zmiana temperatury produktu zalecana jest w celu „obudzenia” i jednocześnie pobudzenia języka do planowanych ruchów. Jest to jednocześnie sposób, żeby zainteresować dziecko posiłkiem i utrzymać to zainteresowanie. Jeżeli z uwagi na rodzaj produktu nie można podać dziecku całego posiłku zimnego, należy spróbować co trzecią łyżkę podawać napój [Szmaj, 2013].

Stymulacja słuchowa polega na włączeniu produktów chrupiących, które sprawia, że gryzienie będzie głośnie. Głośnie dźwięki będą informować dziecko o akcji, tj. żuciu. Takimi produktami mogą być: cheetosy, płatki kukurydziane, dmuchana pszenica, ryż, kukurydza, krakersy ryżowe, krakersy ze zwierzątkami, literkami i w innych kształtach, maca, precle, wafle, chleb chrupiący typu Wasa, grzanki do zupy, paluszki, orzechy, ziarenka, marchew, rzodkiewka [Szmaj, 2013; Krano-witz, 2018a].

Zakończenie

Niedoceniany do tej pory zmysł smaku jest bardzo ważny dla funkcjonowania człowieka, wpływa bowiem zarówno na regulowanie podstawowych funkcji życiowych, jak i na regulację nastroju, pełni też funkcję obronną, chroniąc przed zatruciami i skutkami ubocznymi niezdrowego pożywienia.

Istotne jest, aby zmysł ten znalazł się w kręgu zainteresowań logopedy, który powinien mieć świadomość roli, jaką odgrywa on w życiu dziecka, wiedzę o jego zaburzeniach i metodach diagnozowania, a przede wszystkim potrafić odpowiednio stymulować u dzieci ten eksteroreceptor.


W ramach terapii logopedycznej można wprowadzić stymulację zmysłu smaku poprzez różne ćwiczenia, na przykład stymulacji smakowej, wprowadzania nowych smaków.

Rolę logopedy upatruję także we współpracy z opiekunami pacjentów, na przykład w informowaniu ich w kwestiach karmienia dziecka, struktury i konsystencji pożywienia, zalecanych pokarmów itp.

Literatura

- Ayres J., 2015, *Dziecko a integracja sensoryczna*, przeł. Juliusz Okuniewski, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Baj-Lieder M., 2018, *Wybiórczość pokarmowa w ujęciu sensoryczno-motorycznym*, „Wychowanie w Przedszkolu”, nr 3, s. 16–21.
- Balczevska E., Nowak A., 2000, *Zaburzenia smakowe – dysgeusia*, „Nowa Stomatologia”, t. 1–2, s. 3–8.
- Béresniak D., 2003, *Kolory od postaw*, Warszawa: Świat Książki.
- Borkowska M., Wagh K., 2010, *Integracja sensoryczna na co dzień*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich PZWL.
- Charbicka M., 2017, *Integracja sensoryczna przez cały rok*, Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Dżaman K., 2008, *Współczesne metody badania węchu i smaku*, „Otorinolaryngologia”, t. 7(4), s. 173–177.
- Dżaman K., Pleskacz W.A., Wałkanis A., Rapiejko P., Jurkiewicz D., 2007, *Ocena zmysłu smaku i węchu u pacjentów z polipami nosa*, „Otolaryngologia Polska”, t. LXI, nr 5, s. 831–837.
- Goodwin Emmons P., McKendry Anderson L., 2007, *Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej*, Warszawa: Wydawnictwo Liber.
- Kapuścińska-Kozakiewicz J., 2019, *Wybiórczość pokarmowa*, „Życie Szkoły”, nr 8, s. 26–30.
- Kielin J. (red.), 2020, *Rozwój daje radość. Terapia dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Konopka W., Dobosz P., Kochanowicz J., 2003, *Zaburzenia smaku w otolaryngologii*, „Otorinolaryngologia”, nr 2(4), s. 145–149.
- Korendo M., 2017, *Zmysły w komunikacji – znaczenie rozwoju percepcji wzrokowej, słuchowej oraz poznania wielozmysłowego dla prawidłowego budowania systemu językowego*, [w:] J. Wojciechowska, B. Kazek (red.), *Zmysły w komunikacji. Mowa i jej uwarunkowania*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia, s. 93–112.
- Korzeniowska K., Jankowski J., Ciesławewicz A., Jabłecka A., 2016, *Polekowe zaburzenia i utrata smaku*, „Farmacja Współczesna”, nr 3, s. 105–109.
- Kranowitz C.S., 2018a, *Nie-zgrane dziecko w świecie gier i zabaw. Zajęcia dla dzieci z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Kranowitz C.S., 2018b, *Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego – diagnoza i postępowanie*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Mach T., Czepiel J., 2012, *Fizjologiczne procesy starzenia się przewodu pokarmowego*, [w:] A. Marchewka, Z. Dąbrowski, J.A. Żołądz (red.), *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 195–203.
- Marciniak-Firadza R., 2021a, *Istota zmysłu smaku w diagnozie i terapii logopedycznej osób dorosłych*, „Logopedia”, t. 50(1), s. 179–200.

- Marciniak-Firadza R., 2021b, *The Sense of Smell in Logopaedic Theory and Practice*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 5, s. 123–144.
- Masłowska A., Żochowska U., Lupa K., 2010, *Metody badania zmysłu smaku – przegląd piśmiennictwa*, „Forum Ortodontyczne”, t. 6, nr 3–4, s. 89–96.
- Odowska-Szlachcic B., 2016, *Metoda integracji sensorycznej we wspomaganiu rozwoju mowy u dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Odowska-Szlachcic B., 2020, *Terapia integracji sensorycznej. Zeszyt 2: Strategie terapeutyczne i ćwiczenia stymulujące układy: słuchowy, wzrokowy, węchu i smaku oraz terapia światłem i kolorami*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Polskie Stowarzyszenie Terapeutów Integracji Sensorycznej – SI, b.d., *Kwestionariusz sensomotoryczny*, https://pstis.pl/pl/html/index.php?str=podstrona_kwestionariusz (dostęp: 22.10.2020).
- Przyrowski Z., 2012, *Integracja sensoryczna: wprowadzenie do teorii, diagnozy i terapii*, Warszawa: Empis.
- Przyrowski Z., 2019, *Integracja sensoryczna: teoria, diagnoza, terapia*, Warszawa: Empis.
- Sienkiewicz-Jarosz H., Bieńkowski P., 2012, *Neurologiczne aspekty zaburzeń smaku*, „Neurologia po Dyplomie”, t. 7, nr 5, s. 61–66.
- Siudak A., 2019, *Fizjologiczne i patologiczne aspekty inwolucji zmysłów – część II: dotyk, smak, powonienie*, [w:] B. Kazek, J. Wojciechowska (red.), *Zmysły w procesie starzenia*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 185–208.
- Szmaj M., 2013, *Ustna sprawność ruchowa w karmieniu i żywieniu dziecka*, materiały szkoleniowe, Kutno.

	<p>© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)</p>
<p>Data złożenia: 10.12.2021. Data przyjęcia: 10.01.2022.</p>	

Karolina Małocha-Pytlak* 

Stan kompetencji i sprawności językowej 6-letniego chłopca z sieroctwem społecznym. Studium porównawcze

The State of Competence and Language Proficiency of a 6-Year-Old Boy with Social Orphanhood. Comparative Study

Słowa kluczowe: kompetencja językowa, sprawność językowa, socjalizacja, sieroctwo społeczne, deprywacja matczyzna

Keywords: language competence, language proficiency, socialization, social orphanage, maternal deprivation

Streszczenie

W literaturze medycznej, psychologicznej i pedagogicznej podkreśla się, że brak zaspokajania podstawowych potrzeb psychicznych dziecka ma wpływ na jego rozwój somatyczny, powoduje zakłócenia w sferze emocjonalnej, opóźnia rozwój psychoruchowy. Kwestie te są poruszane jednak dość ogólnikowo, a wpływ sieroctwa społecznego na językowy rozwój dziecka na gruncie różnych nauk jest traktowany marginalnie – w logopedii stanowiąc swoiste novum.

Niniejszy artykuł dotyczy stanu kompetencji i sprawności językowej sześciolatniego chłopca z sieroctwem społecznym w porównaniu do chłopca w tym samym wieku, wychowanego w pełnej rodzinie, bez deprywacji podstawowych potrzeb fizycznych i emocjonalnych. Dokonano analizy porównawczej – ilościowej na podstawie Testu Rozwoju Językowego oraz jakościowej – z uwzględnieniem wszystkich podsystemów języka. Zainicjowane badania są badaniami wyznaczającymi nową perspektywę w logopedii – rozważanie o języku z uwzględnieniem aspektu środowiskowego, a szczególnie wpływ sieroctwa społecznego na rozwój językowy dziecka.

* MYGADAMY Centrum Diagnostyki i Terapii Logopedycznej i Neurologopedycznej, ul. Budowlana 50, lok. 109, 20-469 Lublin, e-mail: mygadamy.lublin@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4586-0958>

Abstract

In the medical, psychological, and pedagogical literature it is emphasized that the lack of satisfying the basic psychological needs of a child affects its somatic development, causes disturbances in the emotional sphere, and delays psychomotor development. In various scientific fields, the effects of social orphanhood are already a marginalized topic and only discussed in general terms regarding basic teachings – making these topics in speech therapy especially a novelty.

This article deals with the level of competence and language skills of a six-year-old boy with social orphan compared to a boy of the same age who is raised with his nuclear family – thus not deprived of his basic physical and emotional needs. A comparative – quantitative analysis based on the Linguistic Development Test and – qualitative analysis was performed, taking into account all language subsystems.

The initiated research includes a new perspective in speech therapy – taking into account the environmental effects on language development and in particular the impact of social orphanhood on the child's linguistic development.

Wprowadzenie

W logopedii utrwalił się pogląd, że zaburzenia mowy wynikają z biologicznych uwarunkowań człowieka [Grabias, 1981]. Niewiele uwagi poświęca się wpływowi czynników środowiskowych.

Stan badań nad środowiskowymi uwarunkowaniami rozwoju dziecka, zwłaszcza na gruncie psychologii, wykazuje związek pomiędzy sytuacją wychowawczą małego dziecka a kształtowaniem się funkcji jego układu nerwowego. Co więcej, czynniki środowiskowe determinują rozwój somatyczny, motoryczny, emocjonalny, społeczny oraz poznawczy dziecka.

Szczególnie istotna dla prawidłowego rozwoju dziecka jest obecność matki i zaspokojenie przez nią podstawowych jego potrzeb, głównie fizycznych i emocjonalnych. Tylko dziecko, które żyje w optymalnych warunkach środowiskowych i odbiera pozytywne bodźce emocjonalne, może rozwijać się prawidłowo [Gerhard, 2010].

Niniejszy artykuł omawia wpływ czynników środowiskowych, zwłaszcza zmianę środowiska wychowawczego we wczesnym dzieciństwie i wiążący się z tym brak opieki matczynej, determinujący rozwój językowy.

Termin „sieroctwo społeczne” został wprowadzony do pedagogiki przez Alicję Szymborską [1969]. Autorka użyła go na oznaczenie sytuacji dziecka, którą charakteryzuje brak opieki i oddziaływań wychowawczych ze strony żyjących rodziców, jego długotrwały pobyt w placówce instytucjonalnej, połączony z brakiem kontaktów bądź niewystarczającym kontaktem pomiędzy dzieckiem a rodzicami.

W celu uporządkowania terminologicznego, wskazując na przyczynę sieroctwa, wyróżnia się:

1. sieroctwo naturalne, które określa sytuację losową dziecka spowodowaną śmiercią obojga rodziców bądź jednego z nich (półsieroctwo) [Ruszel, 2011];
2. sieroctwo społeczne, które określa sytuację dziecka pozbawionego naturalnego środowiska rodzinnego, znajdującego się pod okresową lub stałą opieką placówek instytucjonalnych, wychowywanego poza własną rodziną i nieutrzymującego z nią żadnych kontaktów.

Obecnie termin „sieroctwo społeczne” rozumie się szerzej, łącząc przyczynę sieroctwa z jego skutkami. Do sierot społecznych zalicza się dzieci pozostające pod opieką placówek instytucjonalnych, dzieci mieszkające w domach rodzinnych, dzieci wychowywane przez biologicznych rodziców, ale w tzw. rodzinach patologicznych, dzieci pozostające pod opieką chorej psychicznie matki [Łukasiewicz, 2003; Matejek, 2014], których podstawowe potrzeby fizyczne i psychiczne są przez rodziców deprecjonowane, w związku z czym cierpią one emocjonalnie [Obuchowska, 2005].

Niewielki procent dzieci trafiających do domów dziecka to sieroty naturalne. Najczęstszą przyczyną umieszczenia ich w placówkach instytucjonalnych jest wysoki stopień deprivacji ich potrzeb w środowisku rodzinnym. Mówi się wówczas o tzw. deprivacji matczynej¹. Jak zauważył Jeremy Holmes [2007], istnieje różnica w rozumieniu terminu „deprivacja matczyzna”, który, po pierwsze, może wiązać się z niedostatkami opieki macierzyńskiej, a po drugie – z ignorowaniem dotychczas zaspokajanych podstawowych potrzeb dziecka. Rozróżnienie to jest ważne ze względu na skutki, jakie poszczególne rodzaje deprivacji niosą ze sobą. Deprivacja matczyzna, będąca całkowitym brakiem opieki macierzyńskiej, zawsze powoduje nieprawidłowości rozwojowe, motoryczne, emocjonalne, poznawcze, a nawet językowe [Holmes, 2007].

Kompetencja jest nieuświadomioną wiedzą pozostającą w ludzkich umysłach. Wyróżnia się kompetencję językową, komunikacyjną i kulturową [Grabias, 1997]. Przez kompetencję językową rozumie się właściwość umysłu człowieka, nieuświadomioną wiedzę jednostki, która pozwala budować zdania poprawne pod względem gramatycznym. Wiedza ta zdobywana jest w procesie dorastania i socjalizacji [Grabias, 1997]. Według Stanisława Grabiasa nabycie kompetencji językowej możliwe jest wówczas, gdy system językowy zostaje opanowany na poziomie fonologicznym, morfologicznym i składniowym, stąd też mówi się o kompetencji fonologicznej, morfologicznej i składniowej [Grabias, 1997]. Opanowanie kompetencji językowej przesądza o nabyciu kompetencji komunikacyjnej i kulturowej [Grabias, 2019].

Przez sprawność językową (inaczej systemową) rozumie się werbalizowanie kompetencji językowej, czyli mówienie z praktycznym wykorzystaniem nieuświadomionej

1 Zjawisko deprivacji matczynej dotyczy szczególnie dzieci młodszych i jest rozumiane jako brak zaspokojenia podstawowych potrzeb psychicznych dziecka, co powoduje psychiczne i fizyczne zaburzenia rozwojowe [Obuchowska, 2005].

wiedzy na temat budowania zdań gramatycznie poprawnych [Grabias, 1991]. Sprawność językowa to możliwość utworzenia wypowiedzi poprawnej gramatycznie i stylistycznie [Grabias, 1991].

Część metodologiczna

Założenie i cel badań

Przedmiotem przeprowadzonego badania była ocena kompetencji i sprawności językowej sześciolatniego chłopca z sieroctwem społecznym w porównaniu z chłopcem w tym samym wieku, wychowywanym w pełnej rodzinie, bez deprywacji jego podstawowych potrzeb fizycznych i psychicznych.

Z kolei celem badań było określenie stopnia kompetencji i sprawności językowej badanych dzieci w kontekście ich rozwoju somatycznego, motorycznego, emocjonalnego, społecznego i poznawczego, w tym ocena poziomu opanowania struktur języka na poszczególnych poziomach jego organizacji, tj. fonetyczno-fonologicznym, morfologicznym, leksykalnym, składniowym, w czynnościach rozumienia, mówienia i powtarzania.

Na potrzeby badania przyjęto następującą hipotezę badawczą:

H: U dziecka dotkniętego sieroctwem społecznym stan kompetencji i sprawności językowej jest niższy niż u dziecka w tym samym wieku, które wychowuje się w pełnej rodzinie i ma zaspokajane podstawowe potrzeby – zarówno fizyczne, jak i psychiczne (w tym emocjonalne).

Procedura badania

Procedura badania uwzględniała:

1. Przeprowadzenie ankiety wstępnej, własnego autorstwa, mającej na celu kwalifikację dzieci do badania właściwego. Ankiety wypełniał personel – w przypadku chłopca z sieroctwem społecznym był to wychowawca placówki opiekuńczo-wychowawczej, w przypadku chłopca wychowywanego w pełnej rodzinie wychowawca przedszkolny. Ankieta zawierała pytania zamknięte i otwarte, i obejmowała następujące dane:

I. Informacje o stanie zdrowia dziecka:

- stwierdzone/wykluczone choroby wrodzone/nabyte,
- stwierdzone/wykluczone zaburzenia, takie jak: głuchota, niedosłuch, alalia, niedokształcenie mowy o typie afazji, niepełnosprawność intelektualna, mózgowie porażenie dziecięce, zespół poalkoholowy, padaczka, zaburzenia należące do spektrum autyzmu, ADHD, schizofrenia, mutyzm wybiórczy.

- II. Informacje o obecnym miejscu przebywania dziecka:
 - miejsce zamieszkania ze względu na podział terytorialny: wieś/miasto,
 - miejsce zamieszkania ze względu na sytuację prawną: dom rodzinny, rodzina zastępcza, rodzina adopcyjna, placówka opiekuńczo-wychowawcza taka jak dom dziecka, pogotowie opiekuńcze.
 - III. Informacje o pochodzeniu dziecka:
 - dotychczasowe miejsce zamieszkania ze względu na podział terytorialny: wieś/miasto,
 - struktura rodziny: pełna/niepełna,
 - relacje i kontakt z matką, ojcem, rodzeństwem.
 - IV. Informacje o rodzicach:
 - wiek,
 - wykształcenie,
 - choroby i zaburzenia,
 - uzależnienia,
 - sytuacja społeczno-zawodowa,
 - sfera językowa: polskojęzyczni/obcokrajowcy.
 - V. Informacje o rodzeństwie:
 - liczba rodzeństwa,
 - choroby i zaburzenia stwierdzone u rodzeństwa,
 - uzależnienia rodzeństwa.
 - VI. Informacje o innych członkach rodziny, współzamieszkujących:
 - liczba osób współzamieszkujących,
 - uzależnienia tych osób,
 - sytuacje konfliktowe w domu.
 - VII. Informacje o warunkach materialnych i mieszkaniowych:
 - dochód i wydolność finansowa,
 - dbanie o higienę dziecka,
 - zapewnianie dostępu do zajęć dodatkowych,
 - warunki bytowe.
 - VIII. Informacje o doświadczeniach edukacyjno-wychowawczych:
 - uczęszczanie do żłobka, przedszkola, na zajęcia dodatkowe.
 - IX. Informacje na temat doświadczeń życiowych dziecka:
 - dostępność fizyczna i emocjonalna matki dla dziecka,
 - dziecko wychowywała inna osoba z rodziny niż matka,
 - dziecko było świadkiem/ofiarą przemocy fizycznej,
 - dziecko było świadkiem/ofiarą przemocy psychicznej.
2. Pozyskanie podstawowych informacji na temat badanych chłopców na drodze wywiadu mającego formę rozmowy (dotyczącej wieku, zainteresowań, edukacji, nawiązywania relacji z innymi członkami życia społecznego, sytuacji

prawnej, informacji na temat rodziców i najbliższej rodziny, sytuacji wychowawczej i bytowo-ekonomicznej).

3. Badanie logopedyczne kwestionariuszem własnym (badanie wymowy oraz budowy i funkcjonowania aparatu orofacjalnego).
4. Badanie Testem Rozwoju Językowego (TJR) autorstwa Magdaleny Smoczyńskiej i in. [2015], który jest ustandaryzowanym i znormalizowanym narzędziem umożliwiającym pomiar stanu kompetencji językowej dzieci w wieku od 4 lat do 8 lat i 11 miesięcy.

Ze względu na kompetencje osoby przeprowadzającej badanie (tu: logopedy) badania u obydwu chłopców objęły tylko analizę sprawności językowej. Nie uwzględniono aktualnych wyników badania poziomu intelektualnego, choć z wywiadu i ankiety kwalifikującej wykluczono obniżony iloraz inteligencji u obydwu chłopców. Procedura nie uwzględniała badania rozwoju emocjonalno-społecznego, co wymaga badań psychologicznych, a nie mieści się w kompetencjach logopedy.

Opis przypadków

Badanie dotyczy sześciolatniego chłopca z sieroctwem społecznym. Zgodę na nie uzyskano od dyrektora placówki opiekuńczo-wychowawczej, w której chłopiec przebywał. Dyrektor udzielił również wywiadu na temat dziecka. Część informacji o chłopcu pochodziła także z obserwacji uczestniczącej.

Chłopiec urodził się w maju 2012 roku jako pierwsze dziecko w rodzinie. Nie stwierdzono u niego choroby wrodzonej ani żadnego z następujących zaburzeń: głuchoty, niedosłuchu, niepełnosprawności intelektualnej, padaczki, mózgowego porażenia dziecięcego, zespołu poalkoholowego (FAS), zaburzeń należących do spektrum autyzmu. Do czwartego roku życia chłopiec wychowywał się w domu rodzinnym, na wsi.

Informacje o biologicznych rodzicach dziecka są bardzo zdawkowe. Wiadomo, że oboje są Polakami i posługują się językiem polskim. Zarówno biologiczna matka, jak i biologiczny ojciec nie cierpią na choroby wrodzone czy nabyte. Nie stwierdzono u nich chorób genetycznych. Wykształcenie obojga biologicznych rodziców jest podstawowe (skończone gimnazjum).

Ze względu na niewydolność wychowawczą rodziców, niewystarczające środki do życia, rażąco złe warunki mieszkaniowe oraz brak zaspokajania podstawowych potrzeb dziecka, zarówno fizycznych, jak i emocjonalnych, chłopiec razem z młodszą siostrą, na mocy postanowień sądowych, został zabrany z domu rodzinnego do pogotowia opiekuńczego. Następnie w 2016 roku rodzeństwo zostało umieszczone w Rodzinnym Domu Dziecka w Lublinie. Rodzice zostali całkowicie pozbawieni praw rodzicielskich. Przez cały czas pobytu w placówkach instytucjonalnych rodzeństwo nie było odwiedzane przez rodziców ani innych członków rodziny.

Po przyjęciu chłopca do domu dziecka zainteresowano się jego problemami w mówieniu (trudno było go zrozumieć). Dziecko skierowano na dodatkowe zajęcia, mające

na celu kompensację zaburzeń. Chłopiec przeszło dwa lata uczęszcza na terapię logopedyczną oraz zajęcia integracji sensorycznej. Logopeda pracująca z dzieckiem nie stwierdziła u niego alalii ani niedokształcenia mowy o typie afazji. W trakcie konsultacji z innymi specjalistami u dziecka wykluczono ADHD i schizofrenię.

Dom dziecka, w którym chłopiec przebywa, jest małą instytucją opiekuńczo-wychowawczą. W chwili badania (tj. w listopadzie 2018 roku) mieszkało w nim ośmioro dzieci w podobnym wieku, o podobnym czasie pobytu w teże placówce.

Sześciolatek dobrze czuł się w towarzystwie innych dzieci przebywających w domu dziecka, które zaczął traktować jak rodzeństwo. Lubił się bawić z innymi, niekiedy pomiędzy dziećmi powstawały sprzeczki i konflikty. U chłopca obecne były zaburzenia w sferze emocjonalno-społecznej. Był dzieckiem bardzo nieufnym, szczególnie wobec osób, które nie należały do jego najbliższego otoczenia (wyjątek: personel placówki, w której przebywał, inne dzieci przebywające w tej placówce). Dziecko w chwili badania uczęszczało do zerówki w publicznej szkole podstawowej.

By mieć sytuację odniesienia, w listopadzie 2018 r. przebadano również sześciolatek chłopca, który wychowywał się w pełnej rodzinie, w której nie dochodziło do deprywacji jego podstawowych potrzeb fizycznych i psychicznych. Informacji o dziecku udzielił wychowawca grupy w przedszkolu, do którego chłopiec uczęszczał, zgodę na badania wyrazili rodzice dziecka.

Chłopiec urodził się w lipcu 2012 roku jako pierwsze dziecko w rodzinie. Nie stwierdzono u niego choroby wrodzonej ani żadnego z następujących zaburzeń: głuchoty, niedosłuchu, niepełnosprawności intelektualnej, padaczki, mózgowego porażenia dziecięcego, zespołu poalkoholowego, zaburzeń należących do spektrum autyzmu. Chłopiec mieszkał na wsi. Miał młodszego brata (dwa lata), który również nie był obciążony żadną chorobą czy zaburzeniem. Badany sześciolatek uczęszczał do zerówki w niepublicznym przedszkolu w mieście. Rodzice chłopca byli polskiego pochodzenia. Nie cierpieli na choroby genetyczne. Wykształcenie biologicznej matki było średnie, pracowała fizycznie w szkole. Biologiczny ojciec miał wykształcenie podstawowe, pracował fizycznie jako rolnik, miał własne gospodarstwo. Rodzice chłopca nie byli uzależnieni od alkoholu bądź innych środków psychoaktywnych. Dziecko mieszkało z rodzicami i dziadkami na wsi, w domu jednorodzinnym. Warunki mieszkaniowe określono jako dobre, chłopiec miał swój pokój. Warunki materialne rodziny były wystarczające, by zaspokoić jej potrzeby.

Chłopiec był zadbany i czysty. Rodzice stymulowali jego rozwój, często razem jeździli na wycieczki. Nie było podstaw, by twierdzić, że dziecko wychowuje się w rodzinie zdeprecjonowanej społecznie, w której stosowana jest przemoc psychiczną bądź fizyczną czy kontrowersyjny styl wychowania.

Chłopiec uczęszczał na dodatkowe zajęcia zarówno w przedszkolu (angielski, religia, grupowe zajęcia logopedyczne), jak i poza nim (piłka nożna). Dziecko brało udział we wszystkich aktywnościach oferowanych przez przedszkole (wycieczki,

wyjścia, konkursy, włączanie się w różnego rodzaju akcje charytatywne). Mama dziecka udzielała się w życiu przedszkola.

Sześciolatek był lubiany przez inne dzieci z grupy. Miał dużo kolegów i koleżanek w przedszkolu.

Informacje o przebiegu badania

Badanie chłopca z sieroctwem społecznym przeprowadzono w listopadzie 2018 roku, w miejscu jego przebywania – domu dziecka, w odosobnionym, cichym pomieszczeniu. Stwierdzono, że podczas badania dziecko było w dobrej formie psychofizycznej. Chłopiec był skoncentrowany na zadaniach, słuchał poleceń, starał się skrupulatnie i z zaangażowaniem wykonywać wszystkie próby. W przypadku otrzymania od prowadzącej badanie informacji zwrotnej o dobrze wykonanej próbie nie przejawiał entuzjazmu. Był apatyczny, jakby obojętne mu były jego sukcesy. Podczas badania chłopiec podtrzymywał kontakt wzrokowy, jednak w sytuacji mówienia do niego wołał patrzeć na materiały (nie na zasadzie oglądania, ale patrzenia w jeden punkt), które miały być wykorzystane. Zauważono, że dziecko znacznie częściej patrzyło na mówiącą przeprowadzającą badanie, gdy ta celowo unikała kontaktu wzrokowego – jakby obserwował. Podczas badania nie zauważono, by dziecko się stresowało – było spokojne. Odnotowano, że chłopiec nie odpowiada uśmiechem na uśmiech – sprawiał wrażenie pustego emocjonalnie². Nie miał problemów ze zrozumieniem treści poleceń do poszczególnych prób. Znacznie częściej potwierdzał rozumienie treści zadania niewerbalnie niż werbalnie, np. twierdząco kiwając głową. Podczas wykonywania prób wymagających mówienia sześciolatek ograniczał się do zrealizowania polecenia, odpowiadał tylko na temat, nie rozwijał wypowiedzi. Nie był skory do komentowania czy budowania dialogów. Jego wypowiedzi były zrozumiałe, nie zaobserwowano dyzartrycznych zaburzeń mowy. Nie zdiagnozowano anomalii w budowie aparatu artykulacyjnego i będącej jego skutkiem wady wymowy – dysglosji. U dziecka nie zdiagnozowano również zaburzeń miofunkcyjnych. W trakcie mówienia głos chłopca był ściszony, ale jednorodny, nie załamywał się, nie drżał, ton był spokojny.

W trakcie badania chłopiec był mało aktywny ruchowo, mimo że trwało ono około 1,5 godziny – siedział na krześle po drugiej stronie stolika w jednej pozycji.

Badanie chłopca, który wychowywał się w pełnej rodzinie, bez deprywacji jego potrzeb fizycznych i psychicznych w środowisku rodzinnym, zostało przeprowadzone w listopadzie 2018 roku, w przedszkolu, do którego uczęszczało dziecko, w gabinecie logopedycznym. Podczas badania chłopiec został sam z przeprowadzającą badanie.

² W późniejszej obserwacji uczestniczącej dostrzeżono, że podczas kontaktów z innymi dziećmi u chłopca pojawia się uśmiech, jednak nie jest on zbyt szeroki. Mimika twarzy była jakby uboższa (wrażenie „kamiennej twarzy”). Podobne wnioski wyciągnięto z obserwacji innych dzieci w domach dziecka.

Stwierdzono, że w chwili badania był w dobrej formie psychofizycznej, nie miał trudności w nawiązywaniu kontaktu interpersonalnego, utrzymywał kontakt wzrokowy. Zadawał dużo pytań jeszcze przed rozpoczęciem badania testem.

Dziecko było skoncentrowane na wykonywaniu prób, słuchało tego, co się do niego mówi, ze zrozumieniem i chęcią podejmowało zadania. Zauważono, że próby wykonywało z łatwością – nie zastanawiało się długo przed udzieleniem odpowiedzi. Chłopiec mówił na temat, ale po udzieleniu oczekiwanej odpowiedzi próbował rozwijać rozmowę, zadawał pytania. Nic nie wskazywało na to, by sytuacja badania była dla niego stresująca. Sprawiał wrażenie zadowolonego. Jego wypowiedzi były zrozumiałe. U sześciolatka nie zdiagnozowano wady wymowy, wad w budowie aparatu artykulacyjnego ani zaburzeń miofunkcyjnych.

Analiza materiału empirycznego

Ocena jakościowa

Podsystem fonetyczno-fonologiczny

U badanego chłopca z sieroctwem społecznym nie stwierdzono zaburzeń słuchu fonemowego. Zaobserwowano pojedyncze błędy wewnątrzjęzykowe systemowe – fonetyczne. Dotyczyły one zamiany głosek w wyrazach. Wykorzystując językoznawczą klasyfikację Jana Kani [2001], należy stwierdzić, że u chłopca odnotowano trudności dotyczące zasobu głosek (zaburzenia paradygmatyczne). Pojawiły się one podczas próby powtarzania zdań, zanotowano trzy takie przykłady. Przy powtarzaniu zdania *Radek będzie mógł grać na komputerze* w wyrazie *Radek* głoska [d] została głóską [n] (przedniojęzykowo-zębowa, zwarta → przedniojęzykowo-zębowa, nosowa półotwarta). Przy powtarzaniu zdania *Piotr pożycza bratu plecak, kiedy on go potrzebuje* w słowie *pożycza* głoska [č] została zastąpiona głóską [c] (przedniojęzykowo-dziąsłowa, zwarto-szczelinowa → przedniojęzykowo-zębowa, zwarto-szczelinowa). Podczas powtarzania zdania *To jest ten obraz, który namalowała Ewa* w wyrazie *namalowała* chłopiec zamienił głóskę [ɯ] na głóskę [n] (tylnojęzykowa, półotwarta, półsamogłoskowa, ustna → przedniojęzykowo-zębowa, półotwarta, nosowa). W podanych przykładach widać, że substytucje głósek są wynikiem zmiany miejsca artykulacji bądź sposobu artykulacji.

Trudności dotyczące podsystemu fonetyczno-fonologicznego odnotowano również podczas próby powtarzania zdań. Zaklasyfikowano je do tzw. zaburzeń syntagmatycznych, tzn. dotyczących struktury wyrazu w propozycji Kani [2001]. Tutaj zauważono pierwotne zaburzenia syntagmatyczne, a wśród nich zmiany ilościowe, m.in. zmiany kolejności elementów w wyrazie (przestawki), np. podczas powtarzania zdania *Kanapa została zniszczona przez psa* słowo *psa* zostało wypowiedziane *spa*.

Nie zaobserwowano innego typu zaburzeń syntagmatycznych, zarówno przy próbie powtarzania, jak i przy innych próbach podczas badania TRJ.

Stwierdzono, że chłopiec ma niewielkie trudności na poziomie fonetyczno-fonologicznym języka polskiego.

U chłopca wychowanego w pełnej rodzinie, bez deprywacji społecznej, nie stwierdzono zaburzeń słuchu fonemowego. Odnotowano tylko dwa przykłady błędów na poziomie podsystemu fonetyczno-fonologicznego. Były to błędy wewnątrzjęzykowe systemowe – fonetyczne i dotyczyły zamiany głosek w wyrazach, pojawiły się one podczas próby powtarzania zdań. Chłopiec, powtarzając zdanie *Ciocia wpadła na pomysł, żeby urządzić bal*, w słowie *żeby* głoskę [ż] zastąpił głoską [z] (przedniojęzykowo-dziąsłowa, szczelinowa → przedniojęzykowo-zębowa, szczelinowa). Podczas powtarzania zdania *Zosia myśli, że w rzece jest zimna woda* w słowie *rzece* chłopiec zamienił głoskę [c] na głoskę [č] (przedniojęzykowo-zębowa, zwarto-szczelinowa → przedniojęzykowo-dziąsłowa, zwarto-szczelinowa). Zamiany wynikały z przesunięcia miejsca artykulacji. Trudności chłopca były wynikiem rozwojowego procesu dyferencjacji głosek, nie stwierdzono zaburzeń kinestezji artykulacyjnej.

Porównując rozwój językowy obydwu chłopców na poziomie podsystemu fonetyczno-fonologicznego, należy podkreślić, że chłopiec z sieroctwem społecznym miał nieco więcej trudności niż chłopiec, który wychowywał się w domu rodzinnym. Ponadto u pierwszego chłopca występowały zarówno zaburzenia paradygmatyczne, jak i syntagmatyczne, u drugiego chłopca zaobserwowano tylko zaburzenia paradygmatyczne.

Podsystem morfologiczny

U sześciolatka z sieroctwem społecznym zaobserwowano trudności dotyczące podsystemu morfologicznego, które pojawiły się przy próbie powtarzania zdań. Dotyczyły one użycia zaimka przymiotnego *który*. Podczas powtarzania zdania *Idziemy do piekarni, w której jest świeży chleb* chłopiec powiedział *w którym*, wybierając formę gramatyczną zaimka przymiotnego właściwą rodzajowi męskiemu rzeczownika. W zdaniu *Zuzia karmi psa, którego dostał Mateusz* wyraz *którego* został zastąpiony wyrazem *który*. Zamiast formy gramatycznej biernika (kogo? co?) została użyta forma gramatyczna charakterystyczna dla mianownika (kto? co?). Podobny błąd pojawił się podczas powtarzania zdania *To jest ten pan, którego zaprosili rodzice*. Zaimek przymiotny *którego* został zrealizowany jako *który*.

U chłopca zauważono problemy z odmianą wyrazów. Trudności dotyczyły używania morfemów gramatycznych (pobocznych) fleksyjnych. W próbie z zakresu odmiany wyrazów chłopiec, zamiast dokończyć zdanie *A tu kotek siedzi na kole*, dokończył *na kołu* (zamiast narzędnika – kim? czym? – użyto celownika – komu? czemu?). Innym przykładem jest zdanie *A tu już nie ma pociągu*. Słowo *pociągu* zostało odmienione jako *pociąga*. Tutaj przypadek został dobrze wybrany przez dziecko – dopełniacz (kogo? czego?), jednak został użyty z końcówką *-a*. Formy z taką

końcówką są właściwe dla rzeczowników przyjmujących w bierniku (kogo? co?) formę równą dopełniaczowi (kogo? czego?). Należą do nich wyłącznie wyrazy rodzaju męskiego w liczbie pojedynczej – rzeczowniki żywotne nieosobowe (np. komara) oraz rzeczowniki żywotne osobowe (np. piekarza), o ile nie kończą się w mianowniku na *-a*. Zdanie *A tu są (dwie) ... chłopiec dokończył koszuly zamiast koszule*. Zamiast mianownika liczby mnogiej (kto? co?) został użyty dopełniacz (kogo? czego?) liczby pojedynczej. Pojawiły się nieprawidłowe alternacje jakościowe podczas odmiany słów w lmn.: *pola* i *koła* (*pól* → *pol*; *kól* → *koł*). Wyraz *grzebieenie* został nieprawidłowo odmieniony podczas dokańczania zdania *A tu jest dużo grzebieni*. Chłopiec wyraz ten pozostawił w mianowniku liczby mnogiej – *grzebieenie*.

Nie odnotowano trudność w zakresie słowotwórstwa. W próbie nazywania, mimo problemów, chłopiec nie budował neologizmów. Nie znając nazwy czynności, próbował ją sparafrazować.

U chłopca utrzymują się duże trudności dotyczące podsystemu morfologicznego.

Trudności na poziomie podsystemu morfologicznego nie odnotowano u sześciolatka, który wychowywał się w pełnej rodzinie, bez deprivacji jego podstawowych potrzeb fizycznych i psychicznych.

Podsystem leksykalny

U chłopca wychowującego się w domu dziecka zaobserwowano trudności w zakresie słownictwa. W próbie dotyczącej rozumienia słów dziecko nie rozumiało większości nazw czynności (np. *merda*, *skreśla*, *rąbie*, *struga*, *nawleka*, *płaty*, *rozdiera*, *zapłata*).

Trudności sześciolatka ujawniły się również w próbie dotyczącej produkcji słów – nazywania czynności (tu: fizycznych) oraz rzeczy (tu: konkretnych). Wiele nazw czynności było nazywanych nieprawidłowo, np. *mierzy* → *sprawdza ile to waży*; *grabi* → *zbiera liście*; *dyryguje* → *pokazuje nuty*; *pruje* → *wyjmuje wstążkę*. Problemy leksykalne uwiocznily się także podczas próby nazywania rzeczy – większość nazw była nieprawidłowa. Chłopiec bobra nazwał *borsukiem*. Zamiast wyrazu *waga* użył wyrazu *podnośnik*, być może na zasadzie skojarzenia z ciężarem (*waga* – służy do pomiaru masy ciężaru; *podnośnik* do podnoszenia ciężaru). Podobną zasadę (skojarzenie z cechą łączącą oba przedmioty) zastosował, nazywając następujące rzeczy: *wiosło* → *płatwa*; *żagiel* → *łódź*; *hamak* → *wieszak*; *szalas* → *namiot*; *kusza* → *łuk*; *ponton* → *łódź*. Kompas chłopiec nazwał *zegarkiem*, odnosząc się do wizualnego podobieństwa tych dwóch przedmiotów. Radząc sobie z trudnościami w nazywaniu, dziecko wykorzystywało inną nazwę należącą do tej samej kategorii językowej, np. *dzięcioł* → *kukułka* (ptaki); *komar* → *mucha* (owady). Termos chłopiec nazwał *kawą*, prawdopodobnie odnosząc się do doświadczenia (*kawę* nosi się również w termosie). Podobnie ze słowem *manekin* → *ubranie* (prezentując ubrania, często zakłada się je na manekina).

U dziecka stwierdzono znaczące deficyty zarówno w zakresie słownika biernego, jak i czynnego.

U chłopca wychowywanego w pełnej rodzinie, bez deprivacji jego podstawowych potrzeb, również zaobserwowano trudności leksykalne – zarówno w próbie rozumienia, jak i produkcji słów.

Chłopiec nie znał znaczenia takich czasowników jak *grabi* i *nawleka* oraz rzeczowników – *paproć*, *lasso*, *żrebak*, *karnisz*.

Dziecko miało trudności z nazwaniem czynności (*trzepie* → *klepie dywan*, *pruje* → *drze*) oraz rzeczy. Chłopiec nieprawidłowo nazwał *kompas* → *zegarek*. W tym przypadku prawdopodobnie zwrócił uwagę na podobieństwo wizualne tych dwóch przedmiotów. Podobnie było z nazwą *komar* → *ważka* – chłopiec wykorzystywał inną nazwę należącą do tej samej kategorii językowej. W przypadku słów *kusza* → *proca*, *manekin* → *wieszak* chłopiec wykorzystał inną nazwę, która kojarzyła się funkcją przedmiotu (z procy się strzela tak samo jak z kuszy, na manekinie podobnie jak na wieszaku wiesz się ubrania). Co ciekawe, w przypadku nazywania dzięcioła chłopiec zdefiniował słowo *dzięcioł* → *lekarz drzew*. Takiego typu radzenia sobie z trudnościami na poziomie leksykalnym nie zaobserwowano u chłopca z sieroctwem społecznym.

Poziom funkcjonowania leksykalnego chłopca wychowanego w pełnej rodzinie, bez deprivacji podstawowych potrzeb fizycznych i psychicznych, mimo pewnych trudności i tak utrzymuje się na dużo wyższym poziomie niż u chłopca z sieroctwem społecznym.

Podsystem składniowy

U chłopca wychowywanego w domu dziecka ujawniły się trudności dotyczące podsystemu składniowego języka. W próbie powtarzania zdań zaobserwowano problemy z użyciem strony biernej, zdanie *Auto zostało umyte przez wujka* chłopiec zrealizował w sposób następujący: *Auto było myte przez wujka*. Podczas tej samej próby zanotowano odwracanie szyku wyrazów, np. *Sonia prosi tatę, żeby jej kupił komputer* → *Sonia tatę prosi, żeby kupił jej komputer*. Innym przykładem jest zdanie *Krzesełko, na którym siedzi dziadek, jest zepsute* → *Krzesełko, na którym dziadek siedzi, jest zepsute*. Frekwencja tego typu błędów składniowych w badaniu była znacząca, niekiedy dochodziły do tego inne błędy, np. pomijanie wyrazów. Pojawiły się również błędy dotyczące zamiany wyrazów, np. *Ciocia wpadła na pomysł, żeby urządzić bal* → *Tata wpadła na pomysł, żeby zrobić bal*. Omawiane wcześniej zdanie *To jest ten pan, który zaprosili rodzice* (rozpatrywane przy opisie podsystemu morfologicznego) może świadczyć również o błędzie składniowym (tu: błąd w zakresie związku zgoody). Zauważono niewłaściwe użycie spójników. Potwierdza to zdanie *Piotr pożycza bratu plecak, kiedy on go potrzebuje* zrealizowane przez chłopca w sposób następujący: *Piotr pożycza bratu plecak, jak on go potrzebuje*.

U sześciolatka zaobserwowano znaczne trudności na poziomie składniowym, które zbadano w próbie powtarzania zdań. W teście zabrakło próby dotyczącej produkcji tekstu, pozwalającej zbadać sprawność chłopca na poziomie podsystemu składniowego.

U chłopca wychowanego w pełnej rodzinie, bez deprywacji jego podstawowych potrzeb fizycznych i psychicznych, nie zaobserwowano żadnych trudności na poziomie podsystemu składniowego języka.

Ocena ilościowa

Wyniki uzyskane w poszczególnych próbach chłopca z sieroctwem społecznym przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Wyniki chłopca z sieroctwem społecznym uzyskane w poszczególnych próbach badania Testem Rozwoju Językowego

Przeprowadzone próby	Liczba uzyskanych punktów/liczba punktów możliwych do uzyskania
1. Słownik – rozumienie słów	18/28
2. Gramatyka – powtarzanie zdań	15/34
3. Słownik – produkcja słów	7/25
4. Gramatyka – rozumienie zdań	23/32
5. Gramatyka – odmiana wyrazów	7/14
6. Dyskurs – rozumienie tekstów	6/10

Źródło: opracowanie własne.

W próbie 1 (Słownik – rozumienie słów) poprawność była oceniana na podstawie odpowiedzi dziecka zapisanych w protokole załączonym do testu. Punktów nie przyznawano za odpowiedź błędną lub brak odpowiedzi. W tej próbie na 28 możliwych do uzyskania punktów chłopcu udało się zdobyć 18. W próbie 2 (Gramatyka – powtarzanie zdań) dziecko otrzymywało punkty za wierne powtórzenie całego zdania. Każde odstępstwo (z wyjątkiem zmiany formy czasownika w zdaniach nr 4, 13, 14 oraz wymowy samogłoski nosowej *a* jako *om* na końcu wyrazów, a także odstępstw wynikających z niewłaściwej artykulacji – dyslalii) było uważane za odpowiedź błędną i nie przyznawano za nie punktów. W tej próbie chłopiec zdobył 15 punktów na 34 możliwe do uzyskania. W próbie 3 (Słownik – produkcja słów) punkty przyznawano za odpowiedź zgodną z tą podaną w protokole testu. Odpowiedzi inne niż umieszczone w protokole (z wyjątkiem czasowników z przyrostkami, zdrobnień dla rzeczowników) nie były punktowane. Chłopiec w tej próbie zdobył 7 punktów na 25 możliwych do uzyskania. W próbie 4 (Gramatyka – rozumienie zdań) punkty przyznawano za każdą poprawną odpowiedź, którą oceniano po badaniu na podstawie zapisanych odpowiedzi (numerów obrazków wskazanych przez dziecko). W tej próbie chłopiec uzyskał 23 punkty na 32 możliwe. W próbie 5 (Gramatyka – odmiana wyrazów) punkty były przyznawane za każdy poprawnie odmieniony wyraz. Chłopiec

poradził sobie z połową przykładów, tym samym uzyskał 7 punktów na 14 możliwych do zdobycia. W ostatniej próbie 6 (Dyskurs – rozumienie tekstów) zadaniem dziecka było wysłuchanie tekstów, a następnie odpowiadanie na pytania do nich. Za każdą poprawnie podaną odpowiedź dziecko otrzymywało punkty. Chłopiec uzyskał w tej próbie 6 punktów na 10 możliwych do zdobycia.

Dla porównania: tabela 2 prezentuje wyniki uzyskane w poszczególnych próbach przez chłopca wychowanego w pełnej rodzinie, bez deprivacji jego podstawowych potrzeb fizycznych i psychicznych.

Tabela 2. Wyniki chłopca wychowywanego w pełnej rodzinie, bez deprivacji jego podstawowych potrzeb fizycznych i psychicznych uzyskane w poszczególnych próbach badania Testem Rozwoju Językowego

Przeprowadzone próby	Liczba uzyskanych punktów/liczba punktów możliwych do uzyskania
1. Słownik – rozumienie słów	21/28
2. Gramatyka – powtarzanie zdań	32/34
3. Słownik – produkcja słów	17/25
4. Gramatyka – rozumienie zdań	27/32
5. Gramatyka – odmiana wyrazów	14/14
6. Dyskurs – rozumienie tekstów	10/10

Źródło: opracowanie własne.

W próbie 1 (Słownik – rozumienie słów) chłopiec uzyskał 21 punktów na 28 możliwych. To jest o 3 punkty więcej niż chłopiec z sieroctwem społecznym. W próbie 2 (Gramatyka – powtarzanie zdań) chłopiec zdobył 32 punkty na 34 możliwe do zdobycia, czyli ponad 100% więcej niż chłopiec z sieroctwem społecznym. W próbie 3 (Słownik – produkcja słów) dziecko zdobyło 17 punktów na 25 możliwych do uzyskania, o 10 punktów więcej niż chłopiec z sieroctwem społecznym. W próbie 4 (Gramatyka – rozumienie zdań) chłopiec uzyskał 27 punktów na 32 możliwe do zdobycia, przewyższając o 4 punkty chłopca z sieroctwem społecznym. W próbie 5 (Gramatyka – odmiana wyrazów) oraz próbie 6 (Dyskurs – rozumienie tekstów) chłopiec uzyskał maksymalną liczbę punktów, w przeciwieństwie do sześciolatka wychowującego się w domu dziecka, który w próbie 5 uzyskał 50% punktów możliwych do zdobycia, a w próbie 60%.

W interpretacji wyników posłużono się skalą staninową. Wyniki staninowe liczone według norm ogólnych dla chłopca z sieroctwem społecznym przedstawiają tabela 3 oraz wykres 1.

W świetle ustandaryzowanych danych wyniki dziecka w zakresie próby 1 (Słownik – rozumienie słów) utrzymywały się na poziomie stanina 3, co daje wynik niski na tle grupy wiekowej chłopca. Próba 2 (Gramatyka – powtarzanie zdań) daje stanin 2, co w interpretacji jest wynikiem bardzo niskim. Próba 3 (Słownik – produkcja słów) również daje stanin 2, co równa się wynikowi bardzo niskiemu.

Próba 4 (Gramatyka – rozumienie zdań) daje wynik na poziomie stanina 3, co pozwala interpretować wynik jako niski. Próba 5 (Gramatyka – odmiana wyrazów) daje stanin 2, co mieści się w wynikach bardzo niskich dla grupy wiekowej dziecka. Próba 6 (Dyskurs – rozumienie tekstów) utrzymuje się na poziomie stanina 4, co pozwala interpretować wynik jako typowy, ale średni niższy w grupie wiekowej chłopca.

Tabela 3. Wyniki staninowe według norm ogólnych dla chłopca z sieroctwem społecznym.

Dla poszczególnych prób								
Słownik		Gramatyka			Dyskurs	Rozu- mienie	Produk- cja	Wynik ogólny
Rozu- mienie słów	Produk- cja słów	Rozu- mienie zdań	Powta- rzanie zdań	Odmiana wyrazów	Rozu- mienie tekstów			
3	2	3	2	2	4	3	1	1

Źródło: opracowanie własne na podstawie Smoczyńska i in. [2015].

Wynik staninowy w zakresie czynności rozumienia plasował się na poziomie stanina 3, co w interpretacji jest wynikiem niskim. Natomiast wynik staninowy w zakresie czynności mówienia plasował się na poziomie stanina 1, co w interpretacji daje wynik najniższy.

Dla zobrazowania, jak nisko utrzymuje się kompetencja i sprawność językowa chłopca, wykorzystano wykres 1. Kolorem jasnoszarym zaznaczono wyniki staninowe typowe dla dzieci w tym samym wieku co chłopiec, natomiast kolorem ciemnoszarym wyniki staninowe badanego chłopca wychowywanego w domu dziecka. Jak widać, wyniki staninowe sześciolatka plasują się w niskich wartościach.

Na interpretację wyników chłopca nie wpłynęła znacząco zmiana norm, według których interpretowano badania. Wyniki staninowe liczone według norm dla płci dziecka przedstawiają tabela 4 oraz wykres 2.

Staniny również utrzymywały się na poziomie niskich wartości. Wyjątkiem jest próba 6 (Dyskurs – rozumienie tekstów), w której otrzymany wynik staninowy utrzymuje się na poziomie stanina 5, co pozwala interpretować wynik jako typowy średni dla chłopców w tym samym wieku, w jakim był wówczas badany. Dla porównania przedstawiono wykres 2.

Stanin									
9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
	Słownik		Gramatyka			Dyskurs			
Podtest	Rozu- mienie słów	Produk- cja słów	Rozu- mienie zdań	Powta- rzanie zdań	Odmia- na wy- razów	Rozu- mienie tekstów	Rozu- mienie	Produk- cja	Wynik ogólny

Wykres 1. Wyniki staninowe według norm ogólnych dla chłopca z sieroctwem społecznym

Źródło: opracowanie własne na podstawie Smoczyńska i in. [2015].

Tabela 4. Wyniki staninowe według norm dla płci dziecka – chłopca z sieroctwem społecznym

Dla poszczególnych prób								
Słownik		Gramatyka			Dyskurs	Rozu- mienie	Produk- cja	Wynik ogólny
Rozu- mienie słów	Produk- cja słów	Rozu- mienie zdań	Powta- rzanie zdań	Odmia- na wy- razów	Rozu- mienie tekstów			
3	3	3	3	2	5	2	2	2

Źródło: opracowanie własne na podstawie Smoczyńska i in. [2015].

Stanin									
9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
	Słownik		Gramatyka			Dyskurs			
Podtest	Rozu- mienie słów	Produk- cja słów	Rozu- mienie zdań	Powta- rzanie zdań	Odmia- na wy- razów	Rozu- mienie tekstów	Rozu- mienie	Produk- cja	Wynik ogólny

Wykres 2. Wyniki staninowe według norm dla płci dziecka – chłopca z sieroctwem społecznym

Źródło: opracowanie własne na podstawie Smoczyńska i in. [2015].

Wyniki staninowe liczone według norm ogólnych chłopca, który wychowuje się w pełnej rodzinie, bez deprivacji jego podstawowych potrzeb, przedstawiają tabela 5 oraz wykres 3.

Tabela 5. Wyniki staninowe według norm ogólnych dla chłopca wychowanego w pełnej rodzinie, bez deprivacji jego podstawowych potrzeb fizycznych i psychicznych

Dla poszczególnych prób								
Słownik		Gramatyka			Dyskurs	Rozu- mienie	Produk- cja	Wynik ogólny
Rozu- mienie słów	Produk- cja słów	Rozu- mienie zdań	Powta- rzanie zdań	Odmiana wyrazów	Rozu- mienie tekstów			
5	8	5	8	8	7	5	8	6

Źródło: opracowanie własne na podstawie Smoczyńska i in. [2015].

Jak można zauważyć, wyniki dziecka w zakresie próby 1 (Słownik – rozumienie słów) utrzymują się na poziomie stanina 5, co pozwala interpretować wynik jako typowy średni dla dzieci w tym samym wieku. Próba 2 (Gramatyka – powtarzanie zdań) daje stanin 8, co w interpretacji jest wynikiem bardzo wysokim. Wynik w próbie 3 (Słownik – produkcja słów) również plasuje się na poziomie stanina 8, co równa się wynikowi bardzo wysokiemu. Próba 4 (Gramatyka – rozumienie zdań) daje wynik na poziomie stanina 5, co pozwala interpretować go jako typowy średni. Próba 5 (Gramatyka – odmiana wyrazów) daje stanin 8, co w interpretacji mieści się w wynikach bardzo wysokich. Próba 6 (Dyskurs – rozumienie tekstów) utrzymuje się na poziomie stanina 7 i jest to wynik wysoki. Wynik staninowy w zakresie czynności rozumienia plasował się na poziomie stanina 5 – w interpretacji jest to wynik typowy średni. Wynik staninowy w zakresie czynności mówienia plasował się na poziomie stanina 8, co w interpretacji daje wynik bardzo wysoki. Wyniki chłopca przedstawia wykres 3. Kolorem jasnoszarym zaznaczono wyniki staninowe typowe dla dzieci w tym samym wieku, natomiast kolorem ciemnoszarym wyniki staninowe badanego sześciolatka.

Dla porównania tabela 6 oraz wykres 4 przedstawiają wyniki staninowe liczone według norm dla płci dziecka.

Wyniki staninowe chłopca wychowywanego w pełnej rodzinie plasują się w górnych wartościach wykresu, obejmują wyniki typowe średnie wyższe, wysokie oraz bardzo wysokie.

Stanin									
9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
	Słownik		Gramatyka			Dyskurs			
Podtest	Rozu- mienie słów	Produk- cja słów	Rozu- mienie zdań	Powta- rzanie zdań	Odmia- na wy- razów	Rozu- mienie tekstów	Rozu- mienie	Produk- cja	Wynik ogólny

Wykres 3. Wyniki staninowe według norm ogólnych dla chłopca wychowanego w pełnej rodzinie, bez deprivacji jego podstawowych potrzeb fizycznych i psychicznych

Źródło: opracowanie własne na podstawie Smoczyńska i in. [2015].

Tabela 6 Wyniki staninowe według norm dla płci chłopca wychowanego w pełnej rodzinie, bez deprivacji jego potrzeb fizycznych i psychicznych

Dla poszczególnych prób								
Słownik		Gramatyka			Dyskurs	Rozu- mienie	Produk- cja	Wynik ogólny
Rozu- mienie słów	Produk- cja słów	Rozu- mienie zdań	Powta- rzanie zdań	Odmiana wyrazów	Rozu- mienie tekstów			
6	7	6	8	8	7	6	8	7

Źródło: opracowanie własne na podstawie Smoczyńska i in. [2015].

Stanin									
9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
	Słownik		Gramatyka			Dyskurs			
Podtest	Rozu- mienie słów	Produk- cja słów	Rozu- mienie zdań	Powta- rzanie zdań	Odmia- na wy- razów	Rozu- mienie tekstów	Rozu- mienie	Produk- cja	Wynik ogólny

Wykres 4. Wyniki staninowe według norm dla płci chłopca wychowanego w pełnej rodzinie, bez deprivacji podstawowych potrzeb fizycznych i psychicznych

Źródło: opracowanie własne na podstawie Smoczyńska i in. [2015].

Podsumowanie

Przeprowadzone badania są badaniami wstępnymi, inicjującymi pracę nad problematyką wpływu czynników środowiskowych na rozwój mowy. Już na tym etapie można zauważyć pewną zależność pomiędzy sytuacją wychowawczą dziecka a jego rozwojem językowym. Na jednym przykładzie trudno o wymierne wnioski, ale badania sugerują, że sieroctwo społeczne i związany z nim brak zaspokajania podstawowych potrzeb dziecka w czasie ontogenezy prawdopodobnie zaburzą rozwój językowy – stan kompetencji i sprawności językowej. Pełna weryfikacja postawionej hipotezy badawczej wymaga badania nie tylko kompetencji i sprawności językowej, ale również badania i oceny poziomu rozwoju intelektualnego obydwu chłopców, a także badania i oceny rozwoju społeczno-emocjonalnego. W zakresie podjętej problematyki istnieje potrzeba przeprowadzenia szerszych badań empirycznych.

Literatura

- Gerhardt S., 2010, *Znaczenie miłości. Jak uczucia wpływają na rozwój mózgu*, przeł. B. Radwan, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Grabias S., 1981, *O ekspresywności języka. Ekspresja a słowotwórstwo*, Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Grabias S., 1991, *Kultura słowa a sprawności komunikacyjne*, „Polonistyka”, nr 7, s. 419–429.
- Grabias S., 1997, *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia”, nr 10, s. 9–36.
- Grabias S., 2019, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Holmes J., 2007, *John Bowlby i teoria przywiązania*, przeł. J. Łaszcz, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kania J.T., 2001, *Szkice logopedyczne*, Lublin: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Łukasiewicz A., 2003, *Deprywacja sensoryczna i deprywacja środowiskowa. Ich wpływ na rozwój aktywności komunikacyjnej*, [w:] A. Jurkowski (red.), *Z zagadnień współczesnej psychologii wychowawczej*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii Polskiej Akademii Nauk, s. 187–206.
- Matejek J., 2014, *Kompensacja sieroctwa społecznego w działalności Rodzinnych Domów Dziecka: wybrane aspekty metodyczne*, „Labor et Educatio”, nr 2, s. 91–103.
- Obuchowska I., 2005, *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia*, [w:] H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, t. 2, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 25–46.
- Ruszel M.E., 2011, *Sieroctwo duchowe dziecka*, „Studia Gdańskie”, t. XXVIII, s. 151–157.
- Smoczyńska M., Haman E., Czaplewska E., Maryniak A., Krajewski G., Banasik N., Kočańska M., Łuniewska M., 2015, *Test Rozwoju Językowego (TJR)*, Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Szyborska A., 1969, *Sieroctwo społeczne*, Warszawa: Wydawnictwo Wiedza Powszechna.

	<p>© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)</p> <hr/> <p>Data złożenia: 23.05.2022. Data przyjęcia: 26.09.2022.</p>
---	---

Jurek Olszewski* 

Nagłe wystąpienia zawrotów głowy pochodzenia obwodowego po doznanych urazie głowy Prezentacja przypadku

Sudden Dizziness of Peripheral Origin Caused by Head Injury
Case Presentation

Słowa kluczowe: nagłe zawroty głowy, typ obwodowy, uraz głowy

Keywords: sudden dizziness, peripheral origin, head injury

Streszczenie

Nagłe wystąpienie zawrotów głowy wymaga diagnostyki kilku specjalistów, w tym neurologa, otolaryngologa, a często też internisty, kardiologa czy okulisty. W artykule przedstawiono przypadek trzydziestodwuletniego pacjenta przyjętego do Kliniki Otolaryngologii w trybie pilnym z powodu zawrotów głowy o charakterze wirowania otoczenia w stronę prawą. Poza tym podawał nudności, bez wymiotów. Dolegliwości pojawiły się w godzinach nocnych w dniu przyjęcia do szpitala, po raz pierwszy w życiu. W wywiadzie podał uderzenie w głowę w okolicę potyliczną około tygodnia wcześniej, bez utraty przytomności. Po wykonaniu badania przedmiotowego otorynolaryngologicznego, badań diagnostycznych, w tym laboratoryjnych, otoneurologicznych i obrazowych (TK głowy) oraz konsultacji neurologicznej, rozpoznano nagłe zawroty głowy pochodzenia obwodowego po doznanych urazie głowy, a także deficyt narządu przedsionkowego lewego. Zastosowano leczenie farmakologiczne naczyniowe oraz ćwiczenia habituacyjne z zaleceniem ich kontynuowania przez trzy miesiące.

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: jurek.olszewski@umed.lodz.pl, <https://orcid.org/0000-0002-8868-9679>

Abstract

Sudden dizziness attacks need to be diagnosed by multidisciplinary team of health professionals, including neurologist, otolaryngologist but also internist, cardiologist, and ophthalmologist. This is the case of a thirty-two-year-old patient, who was admitted to the Otolaryngology Clinic through emergency department due to dizziness described as visualized spinning of the environment towards the right. In addition, he was suffering from nausea without vomiting at all. The ailments appeared for the first time in his life and it was in the night of hospital admission. During the medical evaluation, the patient confessed to get hit on his lower-back of the cranium about a week ago, without losing consciousness. After performing an otorhinolaryngology physical examination and diagnostic tests, including laboratory, otoneurological and imaging tests (CT scan of the head) as well as neurological consultation, the following disorders were diagnosed: sudden dizziness of peripheral origin after a head injury and unilateral vestibular loss (affects left side). In this case, pharmacological treatment and habitual exercises were applied and recommended to continue for the next 3 months.

Wprowadzenie

W przypadku nagłego wystąpienia zawrotów głowy we wstępną diagnostykę włącza się, w zależności od potrzeb, kilku specjalistów: neurologa, otolaryngologa, a nie- rzadko też internistę, kardiologa czy okulistę.

Problemu szybkiego skierowania pacjenta na konkretny oddział często nie da się rozwiązać tylko na podstawie przeprowadzonego wywiadu i badania otoneurologicznego. Dlatego też w pierwszej kolejności należy jednoznacznie ustalić, czy zgłaszane przez chorego dolegliwości mają faktycznie charakter wirowania, czy też określane przez niego zawroty głowy są innymi odczuciami, których nie umie sprecyzować. Z jednej strony zawroty głowy mogą sprawiać wrażenie ruchu wirowego w stosunku do otoczenia i będzie się to mieścić w kategorii zawrotów układowych, a z drugiej może być uczuciem niepewności postawy, braku stabilności w otoczeniu i zaliczać się do nieukładowych zawrotów głowy. Choć podział ten zaproponowany został w XIX wieku przez Eduarda Hitzinga, nie stracił on na aktualności i w dalszym ciągu może być podstawą do skierowania diagnostyką przez odpowiedniego specjalistę [Prusiński, 2001, s. 5–22].

Prezentacja przypadku

Trzydziestodwuletni pacjent został przyjęty do Kliniki Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w trybie pilnym z powodu zawrotów głowy o charakterze wirowania otoczenia w stronę prawą. Poza tym w wywiadzie podawał nudności, ale bez wymiotów. Dolegliwości

pojawiły się w godzinach nocnych w dniu przyjęcia do szpitala, po raz pierwszy w życiu. Negował inne dolegliwości.

W wywiadzie stwierdzono uderzenie w głowę, w okolicę potyliczną, około tygodnia wcześniej, bez utraty przytomności. Wywiad w kierunku chorób przewlekłych, przyjmowania leków na stałe, uczuleń na leki był negatywny.

Badanie otolaryngologiczne:

Jama ustna: uzębienie prawidłowe, język niezmieniony, różowy, wilgotny, nie drży, nie zbacza w prawo i w lewo, ujścia ślinianek przyusznej, podżuchwowej – drożne po stronie prawej i lewej.

Gardło: błona śluzowa niezmieniona, wyraźna siatka naczyńowa, grudki chłonne nieprzerosłe, łuki podniebienne niezmienione, migdałki podniebienne niezmienione, symetryczne, zanikowe prawy i lewy.

Nos: zewnętrznie kształtny, drożność zachowana po stronie lewej i prawej, przegroda prawie prosta, małżowiny nosowe niezmienione po stronie prawej i lewej, błona śluzowa prawidłowa, obecna wydzielina śluzowa.

Krtani: nagłośnia niezmieniona, błona śluzowa różowa, wilgotna, szpara głośni szeroka, fałdy głosowe prawidłowe, fałdy przedsionkowe niezmienione.

Ucho prawe: małżowina kształtna, przewod słuchowy zewnętrzny wolny – bez zawartości patologicznej, błona bębenkowa prawidłowa, refleks prawidłowy, ruchomość prawidłowa. Ucho lewe: małżowina kształtna, przewod słuchowy zewnętrzny wolny – bez zawartości patologicznej, błona bębenkowa prawidłowa, refleks prawidłowy, ruchomość prawidłowa. Próba stroikowa Webera w głowie.

Próby statyczno-dynamiczne: próba palec–nos – prawidłowa, próba Romberga – padanie w lewo, próba Unterbergera – w prawo.

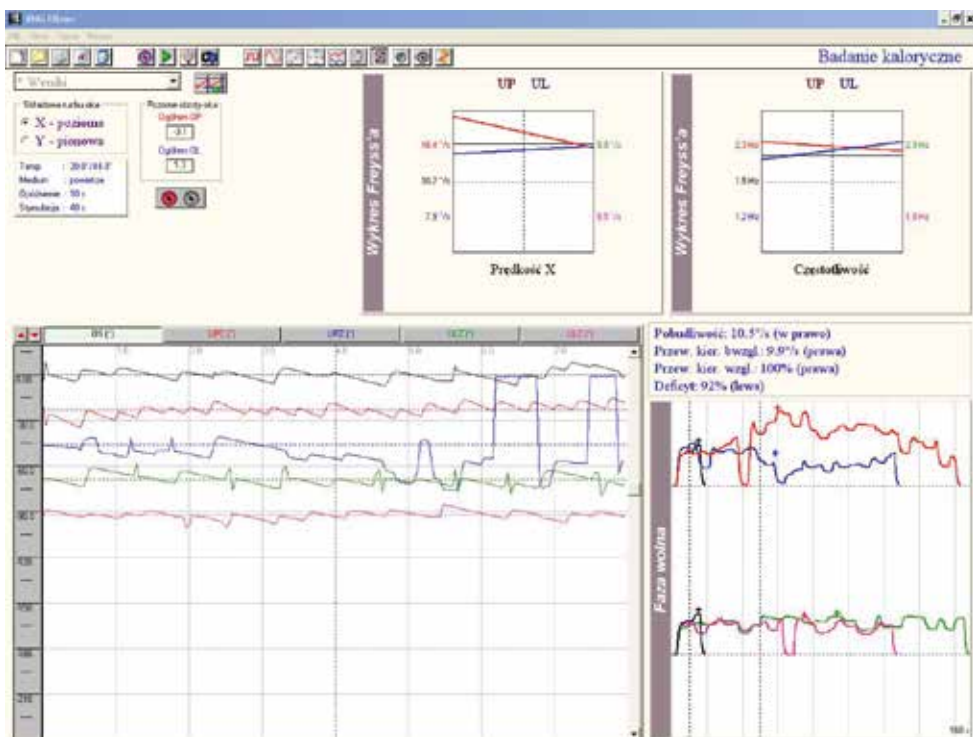
Oczopląs samoistny III stopnia w lewo. W próbie mijania i zbaczania – zbaczanie kończyn w lewo.

Konsultacja neurologiczna: zawroty głowy od dnia poprzedniego o charakterze wirowania otoczenia, występujące podczas gwałtownych ruchów głową lub podczas zmiany pozycji ciała, ustępują całkowicie w bezruchu. Jest to pierwszy taki incydent w życiu chorego. Neguje bóle głowy, wymioty, osłabienie siły mięśniowej kończyn, parestezje, zaburzenia mowy. W trakcie nasilenia zawrotów głowy występują nudności. W wywiadzie uderzenie w głowę w okolicę potyliczną około tygodnia wcześniej, bez utraty przytomności, wówczas bez zawrotów głowy, nudności i wymiotów.

Badanie neurologiczne: przytomny, w pełnym kontakcie słowno-logicznym, bez objawów oponowych, nn. czaszkowe – źrenice równe, okrągłe, prawidłowo reagujące na światło i zbieżność, ruchomość gałek ocznych pełna, prawidłowa, oczopląs poziomo-obrotowy podczas skojarzonego spojrzenia w stronę prawą (zmniejszający się w bezruchu), nasilenie przy gwałtownych ruchach głową i podczas zmiany pozycji ciała, zęby szczerzy symetrycznie, język nie zbacza, pozostałe dostępne badaniu nn. czaszkowe bez cech asymetrii. Wniosek – obecnie nie wymaga pilnej diagnostyki w Klinice Neurologii.

Badania laboratoryjne w granicach normy.

Badanie wideonystagmograficzne: kalibracja prawidłowa; śledzenie ciągłe dla 0,3, 0,45, 0–6 Hz – nieprawidłowe; oczopląs samoistny w prawo 10,7, 5,4 w górę $^{\circ}/s$ (skośny); badanie oczopląsu położeniowego – we wszystkich pozycjach oczopląs samoistny od 11,4 do 14,3 $^{\circ}/s$ w prawo i od 2,5 do 6,4 $^{\circ}/s$ w górę (skośny) w zależności od badanej pozycji ciała; test kaloryczny Fitzgeralda-Hallpike'a (rys. 1): ucho lewe bodziec zimny – 9,9 $^{\circ}/s$, ucho prawe bodziec zimny 7,9 $^{\circ}/s$, ucho lewe bodziec ciepły – 18,4 $^{\circ}/s$, ucho prawe bodziec ciepły 9,5 $^{\circ}/s$; pobudliwość – 10,5 $^{\circ}/s$ (ucho lewe) przy normie 6–80 $^{\circ}/s$; przewaga kierunkowa bezwzględna – 9,9 $^{\circ}/s$ strona prawa (norma – maks.: 2 $^{\circ}/s$); przewaga kierunkowa względna – 100,0% strona prawa (norma – maks.: 11%); deficyt – 92,0% dla ucha lewego (norma – maks.: 15%).



Rysunek 1. Wynik testu kalorycznego według Fitzgeralda-Hallpike'a

Źródło: opracowanie własne.

Tomografia komputerowa głowy: nie stwierdza się zmian o charakterze ogniskowym w strukturach mózgowia. Układ komorowy i zewnątrzmożgowe przestrzenie płynowe typowej wielkości, symetryczne, nieprzemieszczone. Rejon kątów mostowo-mózdkowych w granicach normy. Przewody słuchowe wewnętrzne typowej szerokości, o gładkich obrysach kostnych. Nie stwierdza się cech krwawienia śródczaszkowego.

Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano ostre obwodowe uszkodzenie nerządu równowagi. W leczeniu zastosowano Cavinton, Memotropil. Pacjent został wypisany w stanie ogólnym i miejscowym dobrym, z zaleceniem kontynuacji dotychczasowego leczenia naczyniowego oraz ćwiczeń habituacyjnych przez trzy miesiące oraz wykonania kontrolnego badania VNG w warunkach ambulatoryjnych za trzy miesiące.

Podsumowanie

Zawroty głowy są jedną z najczęstszych przyczyn konsultacji medycznych w trybie nagłym, stanowią 2,5–4% wizyt na szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR). Tendencja ta jest wzrostowa [Jannetta, Moller, Moller, 1984, s. 1700–1705; Obrębowski i in., 2010, s. 138–160; Wiącek, Sadza, Bartosik-Psujek, 2018, s. 209–219]. Zgłaszane przez pacjentów zawroty głowy nie stanowią w większości przypadków bezpośredniego zagrożenia życia, ale są wyzwaniem dla konsultantów, gdyż mimo wszystko mogą być objawem stanów wymagających pilnej hospitalizacji i intensywnego leczenia.

W tej szczególnej sytuacji priorytetem staje się prawidłowo przeprowadzony wywiad, uściślenie, co pacjent rozumie przez zawroty głowy i w konsekwencji skierowanie go na konkretny oddział: otolaryngologię, neurologię, kardiologię, neurochirurgię, okulistykę czy oddział wewnętrzny [Prusiński, 2001, s. 5–22; Narożny, Siebert, Wojtczak, 2010, s. 356–365; Kantor i in., 2014, s. 17–25]. Sprecyzowanie przez opisywanego pacjenta w czasie konsultacji otolaryngologicznej w ramach SOR dolegliwości jako zawrotów głowy o charakterze wirowania, jak też wykluczenie badaniem TK pourazowych zmian w obrębie czaszki i mózgowia o charakterze ogniskowym oraz cech krwawienia śródczaszkowego po przebytych tydzień wcześniej urazie głowy pozwoliło na jednoznaczne określenie specjalisty i oddziału, który powinien prowadzić dalszą diagnostykę. W Klinice Otolaryngologii przeprowadzono uzupełniającą diagnostykę – między innymi badanie VNG, które jednoznacznie potwierdziło błędnikowe pochodzenie zawrotów głowy. Należy pamiętać, że tego rodzaju dolegliwości mogą być również objawem udaru niedokrwiennego mózgu i pobieżne przeprowadzenie konsultacji laryngologicznej i neurologicznej może prowadzić do pomyłki i nieprawidłowego określenia lekarza prowadzącego dalsze leczenie. Na szczęście procent badanych na SOR pacjentów z udarem mózgu z towarzyszącymi zawrotami jest stosunkowo niski (3,2%), szczególnie wśród osób młodych [Kerber i in., 2006, s. 2484–2487]. Przebyty tydzień wcześniej uraz głowy, bez utraty przytomności, niepamięci wstecznej oraz bólów głowy, pozwolił neurologowi wykluczyć wstrząśnienie mózgu [Tyrak, 2017, s. 412–431]. Nie wykluczyło to jednak jednoznacznie wstrząśnienia błędnika jako wyrazu przeniesienia energii upadku i uderzenia w okolicę potyliczną na ucho wewnętrzne, z wszelkimi jego konsekwencjami [Śliwińska-Kowalska,

2005]. Stanowiło to kolejny przyczynek do przeprowadzenia diagnostyki otoneurologicznej oraz audiologicznej w ramach hospitalizacji.

Jak wynika z powyższych rozważań, podjęcie ostatecznej decyzji co do hospitalizacji oraz oddziału mającego ją prowadzić musi być poparte wnikliwie przeprowadzonymi konsultacjami, badaniami obrazowymi oraz laboratoryjnymi w ramach SOR. Pozwoli to na sprawne przeprowadzenie badań specjalistycznych i uzupełnienie diagnostyki, a w konsekwencji szybkie włączenie leczenia.

Literatura

- Jannetta P.J., Moller M.B., Moller A.R., 1984, *Disabling positional vertigo*, „The New England Journal of Medicine”, Vol. 310(26), s. 1700–1705.
- Kantor I., Szlufik S., Kubiczek-Jagielska M., Woźniak M., 2014, *Kontrowersje diagnostyczne otolaryngologa i neurologa u chorych z zaburzeniami równowagi diagnozowanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych*, „Otolaryngologia”, t. 13, nr 1, s. 17–25.
- Kerber K.A., Brown D.L., Lisabeth L.D., Smith M.A., Morgenstern L.B., 2006, *Stroke among patients with dizziness, vertigo, and imbalance in the emergency department: a population-based study*, „Stroke”, Vol. 37, No. 10, s. 2484–2487.
- Narożny W., Siebert J., Wojtczak R., 2010, *Epidemiologia zawrotów głowy i zaburzeń równowagi*, „Forum Medycyny Rodzinnej”, t. 4, nr 5, s. 356–365.
- Obębowski A. (red.), 2010, *Standardy rozpoznawania i leczenia zawrotów głowy*, Warszawa: Wydawnictwo OinPharma.
- Prusiński A., 2001, *Wybrane problemy diagnostyki zawrotów głowy w praktyce neurologicznej*, „Vertigo Forum”, t. 2, s. 5–22.
- Śliwińska-Kowalska M., 2005, *Audiologia kliniczna*, Łódź: Mediton.
- Tyrak J., 2017, *Postępowanie w urazach czaszkowo-mózgowych*, „Anestezjologia i Ratownictwo”, t. 11, s. 412–431.
- Wiącek M., Sadza I., Bartosik-Psujek H., 2018, *Diagnostyka zawrotów głowy w warunkach szpitalnego oddziału ratunkowego*, „Polski Przegląd Neurologiczny”, t. 14, nr 4, s. 209–219.



© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland.
This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Data złożenia: 9.11.2021. Data przyjęcia: 21.01.2022.

Anna Paluch*, Elżbieta Drewniak-Wołosz**

Podstawowe aspekty diagnozy dziecka z zaburzeniem językowym

Basic Aspects of the Diagnosis of a Child with Language Disorders

Słowa kluczowe: niedokształcenie mowy o typie afazji, rozwojowe zaburzenie językowe, diagnoza nominalna, diagnoza funkcjonalna, diagnoza jako proces, objawy specyficzne i niespecyficzne, opóźnienie czy zaburzenie rozwoju mowy

Keywords: speech deficiency of the type of aphasia, Developmental Language Disorder, nominal diagnosis, functional diagnosis, diagnosis as a process, specific and non-specific symptoms, delay or disorder of speech development

Streszczenie

Diagnozowanie dziecka z DLD wymaga czasu, stanowi proces i ma charakter interdyscyplinarny. Szczególnie dotyczy to różnicowania między opóźnieniem a zaburzeniem rozwoju mowy i języka. Z uwagi na wielość terminów diagnostycznych istotna jest diagnoza funkcjonalna. Diagnoza nominalna (klasyfikująca) powinna dać podstawy do objęcia dziecka formalną opieką terapeutyczną i edukacyjną. Z punktu widzenia praktyki diagnostycznej istotne jest opracowanie zasad współpracy specjalistów zaangażowanych w diagnozę.

Abstract

It takes time to diagnose a child with DLD, is an interdisciplinary process. This especially refers to the differentiation between speech delay and impaired language development. Due to the multiplicity of diagnostic terms a functional diagnosis is important. Nominal (classifying) diagnosis should provide grounds for covering the child with formal therapeutic and educational care. From the point of view of diagnostic practice, it is important to develop the principles of cooperation of specialists involved in the diagnosis.

* Specjalistyczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna dla Dzieci z Niepowodzeniami Edukacyjnymi, ul. św. Gertrudy 2, 31-046 Kraków, e-mail: ania_paluch@gazeta.pl

** Ośrodek Szkolno-Wychowawczy dla Dzieci z Afazją Zgromadzenia Sióstr Felicjanek, ul. Stanisława Millana 15, 30-610 Kraków, e-mail: elzbieta.wolosz@op.pl

Wprowadzenie

W artykule omawiamy nawiązania praktycznych wyzwań, przed którymi stoją diagności (psycholodzy, logopedzi, pedagodzy, lekarze) do wiedzy teoretycznej, zakładając, iż zgodność pomiędzy założeniami teoretycznymi, wynikającymi z przyjętych klasyfikacji, a praktyką jest w wielu punktach wątpliwa. Teoretyczna wiedza dotycząca zaburzenia językowego nie odpowiada jednoznacznie na ważne pytania i wątpliwości praktyka.

Diagnoza nominalna

Biorąc pod uwagę kryteria i klasyfikacje służące do identyfikacji rodzaju zaburzenia, poruszamy się w obszarze tzw. diagnozy nominalnej. Nazwanie problemu dziecka jest istotne z punktu widzenia oferowanej mu pomocy terapeutycznej i diagnostycznej, powinno też służyć zrozumieniu jego problemów rozwojowych i ich specyfiki.

W diagnozowanie bardziej złożonych zaburzeń rozwojowych, szczególnie tych wymagających różnicowania, zaangażowanych jest zwykle wielu specjalistów. Tak jest również w przypadku omawianego w artykule zaburzenia, które za Zofią Kordyl [1966, s. 42] nazywamy niedokształceniem mowy o typie afazji. W interdyscyplinarną diagnozę zaangażowany jest logopeda, ale też psycholog, pedagog, audiolog, neurolog, a w niektórych przypadkach foniatra i psychiatra.

Lekarze stawiają diagnozy, opierając się na klasyfikacjach medycznych (ICD, DSM), logopedzi mają własne klasyfikacje i zróżnicowaną terminologię, a inaczej ujmuje problem oświatowa klasyfikacja niepełnosprawności, będąca podstawą do orzekania kształcenia specjalnego. Rozbieżności terminologiczne nie służą porozumieniu i współpracy między specjalistami, a jest ona konieczna, by dziecko diagnozować według określonych procedur, we właściwym czasie, i przypisać do odpowiedniej grupy niepełnosprawności. Dlaczego jest to tak ważne? Dzięki odpowiedniej diagnozie (tej nominalnej) dziecko może skorzystać z należnego mu wsparcia terapeutycznego, a także zapewniane mu są właściwe warunki kształcenia.

Dotychczasowe działania służące uporządkowaniu pojęć, terminów oraz proponowane klasyfikacje wydają się oparte na niepewnych, trudnych do zastosowania w praktyce oraz niejednoznacznych pod względem interpretacji kryteriach. Jednym z proponowanych kryteriów diagnozy nominalnej jest określenie przyczyn zaburzenia. Jest to proponowane w przypadku różnicowania alalii, w tym prolongata [Stasiak, 2016, s. 239], w odniesieniu do niedokształcenia mowy (n.m.) o typie afazji, ale jego zastosowanie w praktyce jest wątpliwe. Dla Z. Kordyl w rozpoznawaniu n.m. o typie afazji istotne były nie tyle neurologiczne uwarunkowania zaburzenia, ile typowe trudności w opanowywaniu mowy i języka. Termin *niedokształcenie mowy o typie afazji* jest obecnie w różny sposób definiowany i wykorzystywany w polskiej logopedii i psychologii.

Tendencja do poszukiwania i wskazywania przyczyny trudności rozwojowych dzieci na poziomie biologicznym w przypadku zaburzeń takich jak n.m. o typie afazji pojawiła się w związku z dynamicznym rozwojem nauk medycznych i możliwości w dziedzinie neuroobrazowania. W praktyce dostępność do badań obrazujących strukturę i aktywność mózgu (EEG, TK, MMR) jest w różnym stopniu ograniczona. W wielu przypadkach wyniki wspomnianych badań u dzieci, którym stawiamy diagnozę n.m. o typie afazji (nie afazji nabytej), nie wykazują odstępstw od norm rozwojowych bądź wykazują różnice na tyle subtelne, że nie dają podstaw do rozstrzygnięcia o strukturalnym lub funkcjonalnym podłożu zaburzenia.

W przypadku badań genetycznych również nie otrzymujemy jednoznacznego potwierdzenia genetycznego uwarunkowania zaburzenia w rozwoju mowy i języka. W praktyce trudno ocenić, które objawy zaburzenia są konsekwencją zmian strukturalnych, a które wynikają z zaburzeń funkcjonalnych. Na podstawie jakich przesłanek mamy określić, czy czynnik zakłócający rozwój mózgu zadziałał przed, czy po urodzeniu dziecka (pierwszy–drugi rok życia), jeżeli nie doszło do jednoznacznego incydentu neurologicznego i nie wiemy, dlaczego dziecko rozwija się inaczej? Nawet jeśli dysponujemy wynikami pogłębionych badań neurologicznych lub genetycznych, z reguły nie mamy pewności, co z czego wynika.

W tej sytuacji w celu postawienia diagnozy nominalnej proponujemy przeprowadzanie przez logopedów wnikliwej analizy obserwowanych u dziecka specyficznych objawów w mowie i języku oraz różnicowanie zaburzenia językowego z innymi zaburzeniami rozwojowymi, w których rozwój mowy i języka również jest zaburzony, czyli z niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami ze spektrum autyzmu, niedosłuchem odbiorczym czy zespołami genetycznymi. Ważne jest również zauważanie i odróżnianie rozwojowych zaburzeń języka od mutyzmu czy zaburzeń ze spektrum ADHD [Drewniak-Wołosz, Paluch, 2009].

Diagnoza funkcjonalna

Z punktu widzenia praktyki – terapii i edukacji – istotne jest ocenianie stopnia nasilenia zaburzeń językowych i ich wpływu na komunikację, relacje społeczne i edukację dziecka. Taki sposób podejścia do diagnozowania umożliwia, naszym zdaniem, holistyczne, ale też realne w praktyce spojrzenie na dziecko i jest naturalnym pomostem do tzw. diagnozy funkcjonalnej.

Służy ona określeniu poziomu funkcjonowania dziecka w poszczególnych sferach rozwoju językowego (w zakresie czynności mowy, podsystemów języka). Wskazuje na mocne i słabe strony dziecka, jego potencjał oraz deficyty. Umożliwia spojrzenie na dziecko z punktu widzenia potrzeb terapeutycznych. Dzięki takiej diagnozie terapeuta może wyznaczyć możliwe do osiągnięcia cele w zakresie różnych zaburzonych funkcji. Ma to wpływ na planowanie terapii i jej

skuteczność. W tym celu wykorzystuje się różne narzędzia diagnostyczne, które służą nie tylko uzyskaniu wyników liczbowych, ale dają też możliwość obserwacji i rejestracji zachowań (językowych i pozajęzykowych) dziecka [Paluch, Drewniak-Wołosz, Mikosza, 2012]. Przy dokonywaniu takiej diagnozy niezbędna jest wiedza o zaburzeniu, jego objawach oraz umiejętne wykorzystanie narzędzi badawczych. Diagnozę stawia bowiem diagnosta (logopeda), który powinien brać pod uwagę zarówno wyniki liczbowe, jak i oceny jakościowe. W dokonywaniu diagnozy funkcjonalnej, jakościowej przydatne są – oprócz wiedzy i wnikliwości – doświadczenie i czas.

Przyjmujemy więc, że obok diagnozy nominalnej i funkcjonalnej, mamy diagnozę w czasie, będącą procesem (najlepiej w czasie terapii). Można ją określić przymiotnikami *otwarta, rozsądna*. W tej sytuacji diagnosta (lub zespół diagnostów) akceptuje sytuację, iż diagnoza nominalna może podlegać zmianie i ma świadomość, że ta zmiana nie wynika z jego niewiedzy, lecz z naturalnej trudności, jaka wiąże się z diagnozowaniem zaburzeń wpisanych w rozwój dziecka.

Objawy specyficzne i niespecyficzne u dziecka afatycznego (z zaburzeniem mowy i języka)

U dzieci afatycznych oprócz objawów specyficznych dla zaburzenia, dotyczących mowy i języka, obserwujemy również występowanie objawów niespecyficznych [Drewniak-Wołosz, Paluch, 2009]. Wiąże się to zwykle z odmiennym tempem i jakością przetwarzania informacji, nie tylko w obszarze werbalnym. Dziecko może być dynamiczne lub nadrucliwe, nadmiernie męczliwe. Może mieć trudności percepcyjne, motoryczne, na przykład dotyczące precyzji ruchów, koordynacji ruchowej. Zdarza się, że jest emocjonalnie labilne, ma problemy adaptacyjne, trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu relacji społecznych. Objawy te mogą być nasilone bądź mieć zmienne natężenie i w efekcie nierzadko utrudniają właściwą ocenę deficytów językowych, zamazując, szczególnie u małego dziecka, obraz objawów specyficznych.

Niejednoznaczności diagnostyczne oraz wynikające z nich rozbieżności dotyczące terminologii stosowanej w logopedii były powodem podjęcia prac przez międzynarodowy, wielospecjalistyczny zespół w ramach projektu „Catalise” [Bishop i in., 2017]. Termin *SLI* (*specific language impairment* – specyficzne zaburzenie rozwoju językowego), który przez pewien czas był popularny także w Polsce [Leonard, 2016], został zastąpiony przez uczestników projektu terminem *DLD* (*developmental language disorder* – rozwojowe zaburzenie języka). Dlaczego? Między innymi dlatego, że kryteria wymagane przy diagnozowaniu SLI były dość restrykcyjne – powodowały pomijanie dzieci, u których objawy niespecyficzne zacierały obraz kliniczny zaburzeń językowych. Uważano, że diagnoza SLI wyklucza obecność objawów niespecyficznych, wykraczających poza słabiej rozwiniętą mowę i sprawność językową

(co często przekładało się na obniżony wynik ilorazu inteligencji w sferze niewerbalnej). Wykluczane były również te dzieci, u których nie stwierdzano istotnej statystycznie rozbieżności wyników między zdolnościami werbalnymi a niewerbalnymi w badaniach psychologicznych.

Rozpoznawanie DLD zaleca się wówczas, gdy problemy językowe (dotyczące fonologii, semantyki, morfologii, składni, pamięci werbalnej, dyskursu) nie są powiązane z podłożem biomedycznym (LD), a mimo to są na tyle poważne, że zaburzają codzienne funkcjonowanie dziecka i pomimo terapii utrzymują się nadal w czwartym–piątym roku jego życia. Definicja DLD wydaje się najbliższa naszemu postrzeganiu tego zaburzenia, objawów, zasad diagnozowania, kryteriów różnicujących. W związku z tym, że jest ona spójna z międzynarodowym systemem diagnostycznym ICD–11, pojawia się pytanie, czy jest ona szansą na ujednoczenie terminologii w Polsce.

Kiedy opóźnienie, a kiedy zaburzenie rozwoju mowy?

Wymienione wcześniej obszary różnicowania, przed którymi stają diagności, wyraźnie pokazują, iż tego typu diagnoza różnicowa w przypadku małego dziecka wymaga zwykle czasu i wnikliwości oraz udziału różnych specjalistów. Logopedzie towarzyszą psycholog, neurolog, psychiatra, audiolog. Istotna jest też rola obserwacji dziecka prowadzonej przez nauczycieli przedszkola i rodziców. Z doświadczenia i literatury przedmiotu wiadomo, iż badanie małego dziecka jest trudne, bo nawet w przypadku występowania zaburzenia (blokady) rozwoju zmiany rozwojowe następują.

Prawidłowy rozwój mowy w drugim roku życia jest intensywny i przynosi znaczące zmiany dla dziecka i jego otoczenia. Dziecko zaczyna coraz lepiej rozumieć słowa i zdania kierowane do niego, choć na pewno w naturalny sposób korzysta z kontekstu sytuacyjnego. Zaczyna wypowiadać pojedyncze słowa i łączyć je w zdania. Są one zwykle specyficzne, o indywidualnym charakterze, ale w środowisku rodzinnym są rozumiane przez bliskich. Wiadomo, iż pierwsze słowa dziecka, wypowiedziane przez nie w sposób intencjonalny, skierowane do osób ważnych, bliskich, są źródłem wielkiej radości. Tak więc nie tylko naukowa wiedza o rozwoju mowy i języka [Kurcz, 2005, s. 80], ale również ta potoczna, dostępna rodzicom, uzasadnia oczekiwanie, iż dziecko w trzecim roku życia będzie już potrafiło „rozmawiać”, szczególnie w warunkach domowych. Trzeci rok życia to okres, w którym następuje intensywny rozwój umiejętności tworzenia zdań coraz bardziej rozbudowanych, złożonych i stopniowo w trakcie kolejnych lat wieku przedszkolnego gramatycznie poprawnych [Schaffer, 2018, s. 301].

Rozwój logopedii i psychologii rozwojowej, liczne akcje przybliżające rodzicom wiedzę o rozwoju dziecka, w tym rozwoju jego mowy, przyniosły pozytywny efekt.

Rodzice uważniej przyglądają się parametrom rozwojowym dziecka, oczekują, iż pediatra pomoże im w takiej ocenie. Poglębieniu świadomości i wiedzy lekarzy dziecięcych służyły prace i działania prowadzone przez Instytut Badań Edukacyjnych, których efektem jest dostępny na stronie tej instytucji materiał ułatwiający orientacyjną ocenę poziomu rozwoju mowy i języka małego dziecka [Smoczyńska, Krajewski, 2015]. W tej sytuacji niemówiące dziecko w trzecim, a tym bardziej czwartym roku życia wzbudza niepokój rodziców, co uzasadnia decyzję o poszukiwaniu form wsparcia i stymulacji potrzebnych maluchowi.

Dlaczego więc uważamy, że wczesna diagnoza afazji (drugi, trzeci rok życia) nie jest uzasadniona? Odpowiedź jest prosta – możemy mieć do czynienia z opóźniającym się rozwojem mowy. Może on być jednostką diagnostyczną lub objawem innego zaburzenia, między innymi niedokształcenia mowy o typie afazji. Opóźnienie nie jest zaburzeniem, którym jest afazja rozwojowa. Ocena mowy i języka dziecka w sytuacji, gdy jest ono niemówiące, nie jest łatwa, bo nie ma zbyt wielu jednoznacznych przesłanek umożliwiających rozstrzygnięcie, które objawy wskazują na samoistne opóźnienie rozwoju mowy, a które na n.m. o typie afazji. W sytuacji gdy produkcja (mowa czynna) jest nieobecna lub bardzo uboga, należy odnieść się do innych istotnych wskaźników rozwoju mowy i języka. Mowa to nie tylko tzw. nadawanie (produkcja), czyli mowa czynna, ale też jej odbiór (percepcja), czyli rozumienie mowy otoczenia. Mowa to nie tylko produkcja dźwiękowa, ale też innego rodzaju komunikaty, jakimi są gesty i mimika, czyli tzw. mowa ciała. Te właśnie obszary rozwoju komunikacji dziecka mogą być istotnymi wskaźnikami w sytuacji różnicowania pomiędzy opóźnionym rozwojem mowy a n.m. o typie afazji (rozwojowym zaburzeniem językowym). To, co jesteśmy w stanie zbadać, ocenić u niemówiącego dziecka w drugim, trzecim, czwartym roku życia, to:

- poziom i zakres rozumienia mowy przez diagnozowane dziecko;
- umiejętność wykorzystywania mimiki i gestów w procesie komunikacji, w sytuacji gdy zasób mowy dźwiękowej jest u dziecka ubogi;
- można też czerpać istotne informacje z wywiadu; znaczące są dane dotyczące dotychczasowych wskaźników rozwoju mowy, takich jak na przykład głuźnienie, gaworzenie lub pierwsze słowa powtarzane po dorosłym lub wypowiedziane samodzielnie;
- uważa się, iż kolejną istotną informacją są dane dotyczące występowania opóźnień lub zaburzeń rozwoju mowy i języka w rodzinie dziecka.

Przyjmuje się, iż współwystępowanie wyżej wymienionych informacji z wywiadu z niskim poziomem rozumienia mowy i ubogim zasobem stosowanych gestów komunikacyjnych może stanowić o istotnym ryzyku, iż obserwowane u dziecka opóźnienie rozwoju mowy jest przejawem poważniejszego zaburzenia, które samoistnie nie ustąpi i będzie wymagało intensywnego oddziaływania terapeutycznego. Podsumowując, u dziecka poniżej czwartego roku życia można wtedy diagnozować ryzyko n.m. o typie afazji, natomiast niedokształcenie mowy o typie afazji

można w sposób merytorycznie poprawny diagnozować u dziecka w piątym roku życia. Mimo iż rozumiemy potrzebę objęcia terapią logopedyczną i ogólnorozwojową dwu- lub trzylatka, nie możemy zaakceptować tego typu diagnoz u dzieci poniżej piątego, czwartego roku życia, a już szczególnie u dwu- i trzylatków.

Kolejna praktyczna wątpliwość nawiązująca do pytania „kiedy?” dotyczy dzieci starszych, w wieku szkolnym. Dzieci, u których rozpoznajemy n.m. o typie afazji, diagnozowane są w różnym wieku. Najliczniejszą grupę stanowią oczywiście te młodsze, u których już w wieku 2–3 lat można obserwować dysharmonię w rozwoju, a wkrótce staje się jasne, że rozwój mowy jest u nich w sposób szczególnie zaburzony. Inne dzieci, z lepszym nasileniem lub niejednoznacznym obrazem objawów specyficznych i niespecyficznych, pozostają często bez właściwego rozpoznania do czasu rozpoczęcia nauki w szkole (do siódmego roku życia), a niekiedy nawet dłużej. Pojawia się więc pytanie, do jakiego wieku możemy diagnozować n.m. o typie afazji u dzieci wcześniej niediagnozowanych. Biorąc pod uwagę historię rozwoju dziecka, szczególnie w zakresie rozwoju mowy, ewentualne obciążenia rodzinne oraz bieżące trudności językowe dziecka, nie widzimy przeszkód, by taką diagnozę stawiać dzieciom także w wieku 10–12 lat. Podobnie jak w przypadku dzieci młodszych musi mieć ona charakter interdyscyplinarny i być diagnozą różnicową. Problem praktyczny polega na tym, że aktualnie dysponujemy narzędziami badawczymi przewidzianymi jedynie dla dzieci młodszych. Tym bardziej cenne okazują się umiejętności obserwacji, rejestracji i analizy zachowań językowych dziecka.

Wnioski

1. Cel diagnozy to głównie pomoc dziecku i jego rodzinie poprzez właściwie prowadzoną terapię i zorganizowanie jak najkorzystniejszych warunków edukacji.
2. Diagnoza rozwojowych zaburzeń języka powinna być diagnozą interdyscyplinarną i łączyć diagnozę nominalną z diagnozą funkcjonalną, opracowywaną i weryfikowaną w trakcie terapii (proces).
3. Bardzo istotnym celem, o który warto zabiegać w sposób zorganizowany (np. we współpracy z Polskim Związkiem Logopedów), jest opracowanie zasad współpracy z lekarzem, najlepiej na przykład z neurologiem, psychiatrą czy pediatrą, w procesie diagnozy i systemie orzekania o rodzaju niepełnosprawności u dzieci.

Literatura

- Bishop D.V.M., Snowling M.J., Thompson P.A., Greenhalgh T., CATALISE–2 consortium, 2017, *Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology*, „The Journal of Child Psychology and Psychiatry”, Vol. 58(10), s. 1068–1080, <http://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpp.12721> (dostęp: 10.05.2021).
- Drewniak-Wołosz E., Paluch A., 2009, *Niedokształcenie mowy o typie afazji – rozważania nad kryteriami diagnozy*, „Logopeda”, nr 1(7), s. 90–99, http://logopeda.org.pl/resources/pliki/83_logopeda_nr_7_.pdf (dostęp: 10.05.2021).
- Kordyl Z., 1966, *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Kurcz I., 2005, *Przyswajanie języka przez małe dziecko*, [w:] tejsze, *Psychologia języka i komunikacji*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 80–97.
- Leonard L., 2016, *SLI. Specyficzne zaburzenia rozwoju językowego*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Paluch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L., 2012, *Afa-Skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Schaffer R., 2018, *Posługiwanie się językiem*, [w:] tegoż, *Psychologia dziecka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 293–331.
- Smoczyńska M., Krajewski G., 2015, *Krótki Inwentarz Rozwoju Mowy i Komunikacji KIRMIK*, <http://produkty.ibe.edu.pl/pracowniatestow/index.php?d=narzedzia&id=11> (dostęp: 14.08.2021).
- Stasiak J., 2016, *Postępowanie logopedyczne w przypadku alalii prolongaty*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 293–264.



© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland.
This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Data złożenia: 10.11.2021. Data przyjęcia: 20.01.2022.

Danuta Pluta-Wojciechowska* 

O kształceniu logopedów w zakresie dyslalii. Nowe wyzwania

On Educating Speech Therapists in the Field of Dyslalia. New Challenges

Słowa kluczowe: zaburzenia realizacji fonemów, dyslalia, kształcenie logopedów

Keywords: phoneme implementation disorders, dyslalia, training of speech therapists

Streszczenie

Artykuł dotyczy problematyki kształcenia w zakresie zaburzeń realizacji fonemów – jednego z ważniejszych elementów programu studiów logopedycznych: podyplomowych i stacjonarnych. Autorka odnosi się do współczesnej wiedzy na temat wad wymowy, podkreślając różnice pomiędzy tradycyjnym a nowym ujęciem tego zaburzenia. Wskazuje nowe zadania, jakie powinny zostać uwzględnione w programach kształcenia w związku z obecnością w przestrzeni internetowej różnorodnych informacji, często niezgodnych ze współczesną wiedzą na temat postępowania w dyslalii, a także z innymi problemami, np. z różnym rozumieniem interdyscyplinarności logopedii. Analizuje wybrane zagadnienia związane z przygotowaniem programu kształcenia w zakresie zaburzeń realizacji fonemów z perspektywy pożądanых cech przyszłego logopedy. Przedstawiona praca jest głosem w dyskusji na temat kształcenia logopedów w zakresie dyslalii.

Abstract

The following study refers to the issue of education in the field of phoneme implementation disorders, which is one of the important elements of the program of speech therapy – postgraduate studies. The author refers to the contemporary knowledge about speech

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: danuta.pluta@uni.lodz.pl, <https://orcid.org/0000-0003-0425-6006>

impediments, emphasizing the differences between the traditional and the new approach to this disorder. One also indicates new tasks that should be included in educational programs due to the presence of various information in the Internet – often inconsistent with the modern knowledge embracing the management of dyslalia, as well as other problems related to, for example, different understanding of the interdisciplinary nature of speech therapy. Additionally the author analyses selected problems connected with the preparation of the educational program in the field of phoneme implementation disorders from the perspective of the expected features of the future speech therapist. The presented work is a voice in the discussion on the education of speech therapists in the field of dyslalia.

Wprowadzenie

Współczesne kształcenie logopedów odbywa się w innych warunkach niż kilkadziesiąt lub nawet kilkanaście lat temu. Ma to związek z funkcjonowaniem w przestrzeni internetowej różnych form promowania treści logopedycznych o rozmaitej wartości merytorycznej, obfitością ofert edukacyjnych kierowanych do logopedów postrzeganych jako klientów, różnym rozumieniem interdyscyplinarności logopedii, a także rozwojem samej logopedii, w tym wiedzy o dyslalii. Obok niewątpliwych korzyści, jakie niesie z sobą korzystanie z internetu, pojawiają się też związane z tym obawy czy zagrożenia. Rodzi się zatem pytanie, czy obowiązujące standardy kształcenia, zawarte w programach treści i sposób ich prezentacji są wystarczające, aby absolwent studiów logopedycznych sprostał nowym wyzwaniom wynikającym z przykładowo wymienionych zmiennych modyfikujących kontekst, w jakim odbywa się kształcenie w zakresie logopedii, w tym dyslalii.

Główny cel kształcenia logopedów można roboczo i ogólnie zdefiniować jako wyposażenie studenta w pewną strukturę wiedzy i umiejętności na temat zaburzeń mowy, które pozwolą mu na samodzielne decyzje i czynności diagnostyczne oraz terapeutyczne, zgodne ze współczesną wiedzą opartą na badaniach naukowych. Taki cel kształcenia można przeciwstawić nauczaniu, które polega na prezentowaniu studentowi katalogu ćwiczeń czy wyimków metod terapii bez rozumienia mechanizmu ich działania, czyli czemuś, co można określić „praktyką bez teorii”. Ten zwrot bywa używany dla uatrakcyjnienia różnego rodzaju szkoleń. Oznacza to przyjęcie założenia, że można naprawić coś, nie znając mechanizmu działania tego czegoś.

Na problemy związane z różnymi aspektami obecności treści logopedycznych, także w kontekście kształcenia czy merkantylizacji niektórych obszarów rynku kształcenia lub doksztalcenia logopedycznego o różnej jakości, zwracali uwagę autorzy tekstu *Dyskusja po dyskusji na konferencji w Chorzowie, czyli o niektórych problemach logopedii w Polsce* [Ostapiuk i in., 2018]. W ostatnich latach nastąpił swoisty wysyp różnorodnych form szkoleń on-line, webinarów, stron internetowych, popularyzujących nierzadko niezgodne z naukową kwerendą informacje o dyslalii (i nie tylko). Pojawiają się sklepy internetowe oferujące za niewielką opłatą katalogi

ćwiczeń (można je kupować jak przysłowiową marchewkę na bazarze), które w myśl tezy „praktyki bez teorii” mają zastąpić prawdziwą, ustrukturalizowaną wiedzę i umiejętności logopedyczne. Nierzadko się zdarza, że są na nich popularyzowane metody czy części metod opracowane przez innych, przy braku informacji o autorze danego sposobu pracy. To nieposzanowanie praw autorskich, którego nie zawaham się nazwać kradzieżą. Student, przyszły logopeda korzystający z tego medium, zamiast ustrukturalizowanej wiedzy o kulisach diagnozy i terapii logopedycznej opartej na badaniach i solidnych podstawach teoretycznych dostaje zbiór informacji, zestawy ćwiczeń, które są tzw. najskuteczniejszymi, co wynika z oferty handlowej. Młody człowiek nie jest w stanie odróżnić informacji wartościowych dla formowania się jego wiedzy i umiejętności od informacji fałszywych czy sprawiających pozory prawdziwych. Stąd pojawia się nowe zadanie dla osób kształcących logopedów: wyposażenie ich w narzędzia poznawcze, które ułatwią im ocenę ofert edukacyjnych i świadome kierowanie własnym rozwojem. Nie jest to zadanie łatwe.

Obawy wiążą się też z różnym rozumieniem interdyscyplinarności, co prowadzi do tego, że niektórzy logopedzi wykorzystują nielogopedyczne metody pracy, np. kinesiotaping, elektrostymulację, biofeedback czy zalecają stosowanie trenera, często po niewystarczającym szkoleniu prowadzonym np. w formie webinarowej [zob. uwagi Ostapiuk i in., 2018]. Część logopedów wykorzystuje zatem podczas terapii metody innych specjalistów, np. fizjoterapeutów czy ortodontów¹. Są logopedzi, którzy instruuja chirurgów, w jaki sposób przecinać wędzidełko języka, a inni po krótkim szkoleniu (np. w formie on-line) na temat posługiwania się otoskopem stosują to narzędzie w gabinecie; jeden z nich uszkodził dziecku błonę bębenkową, o czym dowiedziałam się na jednym z wykładów. Myślę, że konieczna jest dyskusja dotycząca kompetencji logopedów i innych specjalistów, określenia katalogu metod logopedycznych i nielogopedycznych, tak aby interdyscyplinarność nie oznaczała przejmowania cudzych sposobów postępowania², a pacjent otrzymywał najlepszą pomoc, opartą na prawdziwej wiedzy, a nie na kilkugodzinnym szkoleniu w formie on-line lub zakupionych w internecie zestawach wymków różnych metod.

Wadami wymowy interesują się też ortodonci, fizjoterapeuci czy laryngolodzy, co jest wynikiem zmieniającej się wiedzy o człowieku i nowych sposobach leczenia. Kolejny zatem problem wiąże się z koniecznością przygotowania logopedy do współdziałania z innymi specjalistami. Mam na myśli taką formę współpracy z lekarzami, która będzie oparta na zasadach partnerstwa wynikającego z kompetencji, a nie zasady podległości. Aby jednak ułożyć taką współpracę, logopeda musi legitymować się bardzo dobrym przygotowaniem, opartym na rozumieniu istoty zaburzeń, a wynikającym z badań naukowych oraz świadomości odmiennych kompetencji

1 Zob. badania Pluta-Wojciechowska, 2020b.

2 Zob. rozważania na temat interdyscyplinarności rabunkowej czy butikowej [Koczanowicz, 2011; Kita, 2012; Michalik, 2015].

poszczególnych specjalistów. Myślę, że takiej wiedzy i kompetencji społecznych przygotowujących do merytorycznej i czasem niełatwej dyskusji np. z lekarzami nie zdobywa się poprzez lekturę wykupionego w internecie wykazu ćwiczeń logopedycznych czy godzinnych webinarów [por. Ostapiuk i in., 2018].

Od kilkudziesięciu lat w polskiej logopedii prowadzone są badania dotyczące zaburzeń realizacji fonemów. Owocem tej kwerendy jest nowe spojrzenie na diagnozę i terapię wad wymowy, co odnajdujemy w licznych publikacjach [np. Ostapiuk, 1997; 2005; 2013a; 2013b; Konopska 2002; 2006; 2015a; 2015b; Pluta-Wojciechowska, 2008a; 2008b; 2010; 2011; 2013a; 2015a; 2015b; 2017; 2019a; 2019b; 2020a; Sambor, 2015; 2017; 2021; Malicka, 2019]. Na tle logopedii światowej polskie osiągnięcia w zakresie podstaw teoretycznych i wynikających z nich rozwiązań metodycznych dotyczących dyslalii są wyjątkowe.

Komentując przyczyny tego stanu, można wskazać na odmienny system fonemowo-fonetyczny naszego języka i – co się z tym wiąże – wysokie potrzeby artykulatoryjne polskich głosek w porównaniu z głoskami innych języków, np. angielskiego. Polscy logopedzi mierzą się zatem podczas terapii z innymi – znacznie trudniejszymi – problemami niż np. logopedzi anglojęzyczni pracujący z pacjentami posługującymi się tym samym językiem. Myślę, że to jedna z ważnych przyczyn zainteresowania się polskich logopedów-naukowców problematyką wad wymowy³, czego owocem jest zmiana paradygmatu diagnozy i terapii wad wymowy, jaka nastąpiła w naszym kraju w ciągu ostatnich 25 lat.

Krótkie wprowadzenie wskazujące na transformację diagnozy i terapii w przypadku wad wymowy jest tłem dla sformułowania pytań: „Czy osiągnięcia polskich badaczy w zakresie dyslalii są znane współczesnym absolwentom studiów logopedycznych?”, „Czy w programach studiów moduł odnoszący się do dyslalii zawiera obok tradycyjnych ujęć – treści nowe?”. Jak wynika z moich kontaktów z logopedami – zarówno tymi, którzy ukończyli studia (podyplomowe czy stacjonarne) kilka lat temu, jak i rok temu – dyslalia znana jest im głównie lub wyłącznie z perspektywy tradycyjnej. Na problem ten zwracałam uwagę w kilku publikacjach [2016; 2020a; 2021]. Z pewnością należałoby przeprowadzić w tej sprawie dokładne badania.

Dla zilustrowania rozległości tego zjawiska można przywołać pewien rodzaj sondażu. Zazwyczaj kończąc warsztaty czy wykład na temat diagnozy i terapii dyslalii, pytam studentów neurologopedii (z różnych miejsc Polski), czy znane im było wcześniej nowe ujęcie diagnozy i terapii, o którym mówiłam podczas zajęć.

3 Przykładem, który ilustruje opisaną sytuację, jest ankyloglosja, która będzie znacznym utrudnieniem w likwidowaniu wady wymowy u pacjenta polskojęzycznego w porównaniu z pacjentem anglojęzycznym. Dlatego m.in. wyniki badań znaczenia krótkiego wędzidełka języka dla wymowy odnoszące się np. do języka angielskiego nie mogą być odnoszone do języka polskiego. Niestety, niektórzy specjaliści – jak sądzę z braku dostatecznej wiedzy na temat różnic pomiędzy językami – powielają poglądy na ten temat i wiążą wyniki badań odnoszących się do innych języków z sytuacją pacjenta posługującego się językiem polskim. To zagadnienie nie jest jednak bezpośrednim tematem opracowania.

Okazuje się, że w grupie około 40 osób o nowej diagnozie nie słyszał nikt lub jedna, dwie osoby, co więcej – studenci komentują tę sytuację i zadają pytania: „Dlaczego nikt nam nie powiedział, że można inaczej prowadzić diagnozę i terapię wad wymowy?”, „Dlaczego mówiono tylko o substytucjach i deformacjach głosek i nie powiedziano o ograniczeniach tej typologii?”, zdarzają się również stwierdzenia typu: „Gdybym wiedziała o tym, że można inaczej prowadzić diagnozę wad wymowy, nie popełniałabym tylu błędów”. Takie orientacyjne rozpoznanie jakości kształcenia w zakresie dyslalii prowadzę już od kilku lat i najczęściej otrzymuję takie odpowiedzi jak powyżej. Oznacza to, że kształcenie logopedyczne nie na wszystkich uczelniach było wystarczające, gdyż ukazano studentom tylko jedno z możliwych ujęć dyslalii.

Coraz popularniejsza w logopedii jest formuła EBP (*Evidence Based Practice* – praktyka oparta na dowodach) [ASHA, b.d.]. Przyczynia się ona do kształtowania u przyszłego logopedy postawy poszanowania dla badań naukowych służących praktyce, a także w sposób prosty i jednoznaczny (być może można to zrobić jeszcze inaczej) określa kulisy efektywnej terapii logopedycznej, którą logopeda projektuje, uwzględniając wyniki diagnozy (dodałabym – diagnozy objawowo-przyczynowej), wyniki badań naukowych odnoszących się do metod postępowania, w tym terapii dotyczącej stwierdzonego zaburzenia, a także wartości, potrzeby i oczekiwania pacjenta.

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, współczesne kształcenie studentów logopedii odbywa się w innych warunkach (niektóre zmiany zostały opisane powyżej) niż kilkadziesiąt czy nawet kilkanaście lat temu. Wymaga zatem wyposażenia studentów w specjalne kompetencje, które pozwolą im na radzenie sobie z nową rzeczywistością. Istotne wydaje się, aby młody człowiek miał takie umiejętności, które pozwolą mu nie tylko na zdobycie ustrukturalizowanej wiedzy i sprawności dotyczących diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów, ale także na rozsądne kierowanie własnym rozwojem, radzenie sobie z oceną wartości różnej jakości wiedzy logopedycznej obecnej w przestrzeni internetowej i nie tylko, jak również umiejętności budowania relacji z innymi specjalistami na zasadzie partnerstwa, poszanowania cudzych kompetencji, a jednocześnie jasnego wyrażania swoich racji wynikających z posiadanej wiedzy i umiejętności logopedycznych.

Przedmiot opracowania

Tematem opracowania jest postępowanie logopedyczne z pacjentem z zaburzeniami artykulacji, widziane z perspektywy kształcenia logopedycznego prowadzonego podczas studiów. Problematyka związana z tym zagadnieniem była już komentowana [Pluta-Wojciechowska, 2016; 2019c; 2021; zob. też Ostapiuk i in., 2018], stąd głównym celem publikacji jest dopełnienie wcześniej zaprezentowanych poglądów na ten temat na podstawie nowych argumentów.

Wbrew pozorom opracowanie wytycznych do modelu kształcenia w zakresie postępowania logopedycznego z osobami z zaburzeniami realizacji fonemów nie jest zadaniem prostym. Nie wystarczy bowiem przygotować program, ale należy też umocować go w określonym kontekście medycznym, lingwistycznym, psychopedagogicznym i teorii dyslalii [zob. Ostapiuk, 2013a], a także uwzględnić współczesne wyzwania, o których była mowa powyżej. Popularna w przestrzeni internetowej rekomendacja niektórych szkoleń typu „praktyka bez teorii”, która ma zwiększać atrakcyjność warsztatów i zachęcać logopedów do uczestnictwa w różnych formach doskonalenia zawodowego, nie jest możliwa do zastosowania w procesie prawidłowego kształcenia logopedów. Poznawanie tzw. guziczków terapeutycznych – często bez rozumienia ich działania – nie może być wystarczającym celem kształcenia, gdyż nie uczy myślenia, analizy, prognozy, rozważania własnych błędów i trudności, poszukiwania skutecznej metody dla tego, a nie innego pacjenta.

Przyjęte założenia

Dla potrzeb analiz zawartych w niniejszym opracowaniu przyjmuję, że celem kształcenia w zakresie dyslalii jest wyposażenie studenta w ustrukturalizowaną i integrującą wiedzę wynikającą z badań naukowych na temat diagnozy i terapii wad wymowy, na bazie której będą budowane umiejętności praktyczne⁴. Odróżniam zatem wiedzę od informacji, które rozumiem jako zbiór niepowiązanych ze sobą wycinkowych opinii na jakiś temat⁵.

Prowadząc analizy w kwestii postępowania w przypadku zaburzeń realizacji fonemów z perspektywy modelu kształcenia logopedycznego, można przyjąć jeszcze inne założenia, zgodne ze współczesnym podejściem do diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów, a mianowicie:

- mowa to pewna złożona całość, rodzaj układu zbudowanego z kompetencji i sprawności, które wzajemnie od siebie zależą i tworzą niezwykły, dany jedynie ludziom system, który umożliwia im poznawanie świata, wyrażanie intencji, życzeń, chęci, jak również przekazywanie innym własnych interpretacji świata zewnętrznego i wewnętrznego, a tym samym uczestnictwo w życiu społecznym [Grabias, 2012; 2015; 2019];
- wyróżniane przez językoznawców podsystemy języka nie rozwijają się w izolacji, ale w powiązaniu ze sobą – także system fonemowy i fonetyczny [Zarębina,

4 Zob. uwagi na temat terapii – Grabias, 2015.

5 Wiedza to 1) „ogół wiadomości zdobytych dzięki badaniom, uczeniu się itp.; też: zasób informacji z jakiejś dziedziny”, 2) „znajomość czegoś”. Z kolei informacja to 1) „to, co powiedziano lub napisano o kimś lub o czymś, także zakomunikowanie czegoś”, 2) „dział informacyjny urzędu, instytucji”, 3) „dane przetwarzane przez komputer” [*Słownik języka polskiego PWN*, b.d.].

- 1994; Dąbrowska, Kubiński, 2003; Łuczyński, 2004; Łobacz, 2003; Porayski-Pomsta, 2015];
- można przyjąć, że fonem (badacze w rozmaity sposób definiują to pojęcie) jest pewnym wzorcem poznawczym czy wręcz rodzajem neurologicznej aktywności, zestawem cech dystynktywnych, prototypem dla głosek rozpoznawanych w mowie innych (co wiąże się z rozumieniem wypowiedzi innych osób), a także podstawą dla ich tworzenia jako realizacji fonemów; głoska jest zatem realizacją fonemu⁶;
 - mowa, w tym wymowa, nie pojawia się w życiu człowieka znikąd, ale jest konsekwencją wcześniejszych etapów rozwojowych;
 - fonemy i głoski pojawiają się podczas ontogenezy jako efekt rozwoju procesów percepcyjnych, realizacyjnych, czynności umysłu oraz aktywnego obcowania z językiem;
 - dyslalia jako nazwa zaburzenia mowy może mieć różne znaczenia; wśród znanych ujęć można wyróżnić ujęcie wąskie⁷ oraz szerokie⁸; przyjmując inną perspektywę, Barbara Ostapiuk wydzieliła dyslalię pierwotną i dyslalię wtórną na tle alalii pierwotnej i alalii wtórnej [1997; 2013a; 2013b];
 - w postępowaniu logopedycznym pacjenta z zaburzeniami realizacji fonemów uwzględnia się diagnozę objawowo-przyczynową, która ułatwia prowadzenie terapii objawowo-przyczynowej; postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne w logopedii jest prowadzone w różny sposób (co wynika z przyjętych odmiennych podstaw teoretycznych); wyróżnia się ujęcie tradycyjne i ujęcie nowe, a także ujęcie typu hybrydowego (zwane też tradycyjnym, „pudrowanym”⁹), w którym znajdują się przypadkowe i niespójne z koncepcją tradycyjną elementy ujęcia nowego – są one próbą naprawiania tradycyjnych metod diagnozy i terapii dyslalii (przy braku fundamentalnych zmian podstaw teoretycznych), a jednocześnie pełnią funkcję np. zwiększania atrakcyjności ujęcia tradycyjnego;
 - ujęcie tradycyjne opiera się na podziale wad wymowy na substytucje, deformacje i elizje [Kania, 2001], słuchowej ocenie wymowy lub preferencji tego sposobu

6 Definicje fonemu i głoski są różne, a także w rozmaity sposób prowadzone są analizy związane z tym zagadnieniem [zob. np. Ostapiuk, 1997; 2013a; Ostaszewska, Tambor, 1997; 2012; Rocławski, 2001; 2005; Szypra-Kozłowska, 2002; Konopska, 2006; Pluta-Wojciechowska, 2013a; 2017].

7 W tym ujęciu dyslalia jest zejściową postacią alalii [zob. Styczek, 1981; Grabias, 1997; 2012; 2019].

8 W tym ujęciu dyslalia to zaburzenia realizacji fonemów, a poprzez przymiotniki *obwodowa*, *podkorowa*, *korowa* można profilować przyczyny zaburzeń realizacji fonemów [Mierzejewska, Emiluta-Roza, 1997; Emiluta-Roza, 2012].

9 Taką nazwę zaproponowałam podczas wystąpienia pt. *Dlaczego o dyslalii trzeba dziś mówić inaczej?*, wygłoszonego na Ogólnopolskiej konferencji naukowej „Wadliwe realizacje fonemów. Teoria – Diagnoza – Terapia”, zorganizowana z okazji jubileuszu 45-lecia pracy zawodowej Profesor Barbary Ostapiuk z Uniwersytetu Szczecińskiego w dniach 11–12 czerwca 2022 roku w formie on-line na platformie Ms Teams.

badania artykulacji, wykorzystywaniu w rozpoznaniu nazw typu *dyslalia jednoraka*, *dyslalia wieloraka*, *lelanie*, *kekanie*, *seplenienie* czy *rotacyzm*; terapia tradycyjna opiera się na modelu Charlesa Van Ripera i Johna V. Irwina [1970; por. Demel, 1978; Styczek, 1981; Rodak, 1992; Kania, 2001; Sołtys-Chmielowicz, 2008] i obejmuje trzy etapy pracy (przygotowanie narządów mowy do wywołania głoski, wywołanie głoski i jej automatyzacja); ćwiczenia narządów mowy (nazywane nieartykulacyjnymi – NĆNM) budzą wątpliwości [Brackenbury, Burroughs, Hewitt, 2008; Bunton, 2008; Ostapiuk, 2013a; 2013b; Pluta-Wojciechowska, Sambor, 2018], podobnie jak formułowane przez niektórych autorów tzw. obligatoryjne reguły metodyczne; skuteczność modelu terapii tradycyjnej nie została potwierdzona w badaniach naukowych;

- nowe ujęcie dyslalii [Ostapiuk, 1997; 2013a; 2013b, 2015; Konopska, 2002; 2006; 2015a; 2015b; Pluta-Wojciechowska, 2008b; 2011; 2013b; 2017; 2019a; 2019b, 2020a; Stecewicz, Halczy-Kowalik, 2015; Sambor, 2017; 2021; Malicka, 2019] opiera się na podstawie lingwistycznej związanej z fundamentalnymi pojęciami, takimi jak *fonem* i *głoska*, relacją fonemu do głoski, a także uznaniem, że kluczowym celem badania wymowy jest ustalenie, w jaki sposób tworzony przez człowieka dźwięk mowy odzwierciedla cechy fonemowe; badanie dotyczy zatem poszczególnych cech fonetycznych głoski i poszukiwania odpowiedzi na pytanie, czy i w jaki sposób tworzone są poszczególne cechy fonetyczne badanej realizacji fonemu; na takiej bazie logopeda poszukuje przyczyn zaburzeń, uznając jednocześnie, że tworzony dźwięk jest funkcją użytych narzędzi, a zatem za każdą cechą fonetyczną kryje się określony układ, pozycja i ruch narządów mowy; specjalista nie szuka zatem liczby głosek wymawianych nieprawidłowo czy też ich rodzaju, ale analizuje wszystkie głoski podstawowe jako realizacje fonemów, także te, które w jego subiektywnej ocenie brzmią w sposób prawidłowy lub zbliżony do prawidłowego; takie ujęcie diagnozy determinuje wykorzystanie w ocenie wymowy nie tylko słuchu, ale także wzroku czy nawet dotyku, prowadzenia eksperymentów, które mają potwierdzić bądź wykluczyć cechy słyszanego dźwięku, i wynika wprost z fonetyki artykulacyjnej.

Z powyższego krótkiego zestawienia wynika, że diagnoza i terapia logopedyczna zaburzeń realizacji fonemów nie jest w polskiej logopedii prowadzona w taki sam sposób. Diagnoza powstająca na kanwie propozycji Józefa Tadeusza Kani [2001; por. Demel, 1978; Styczek, 1981; Rodak, 1992; Sołtys-Chmielowicz, 2008], wykorzystująca słuchową ocenę wymowy, prowadzi do innej wiedzy o wymowie i przyczynach zaburzeń niż rozpoznanie prowadzone na bazie fundamentów wynikających z fonologii i fonetyki z wykorzystaniem metody słuchowo-wzrokowej. Efektem różnych diagnoz jest prowadzenie odmiennych terapii logopedycznych.

Komentując terapię, należy podkreślić, że jest to celowe działanie nastawione na naukę głosek normatywnych lub w różnym zakresie do nich zbliżonych (co ma związek z możliwościami pacjenta), a także na likwidację przyczyn zaburzeń lub

obniżenie poziomu ich intensywności. Popularnym modelem interwencji jest terapia tradycyjna, oparta na intuicji – ten paradygmat nie został sprawdzony w badaniach naukowych, a kolejny model terapii, oparty na myśleniu strategicznym¹⁰ i nowej diagnozie, różniący się od terapii tradycyjnej, poddano naukowej kwerendzie [Pluta-Wojciechowska, 2013a; 2017; 2019a; 2019b].

Wyczerpujące omówienie i porównanie różnych modeli diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów przekracza ramy tego opracowania. Czytelnik z łatwością odnajdzie publikacje, które odnoszą się do tradycyjnego oraz nowego ujęcia dyslalii, jak również analizy porównawcze. Stąd nie powielam dostępnych w literaturze opracowań. Istotne jest jednak to, że wyróżnione perspektywy prowadzenia diagnozy i terapii dyslalii się różnią. Jeśli student pozna tylko ujęcie tradycyjne, to jego wiedza i kształtowane na takiej bazie umiejętności będą odmienne w porównaniu z osobą, której wykształcenie opierało się na przekazywaniu wiedzy uwzględniającej oba ujęcia i – co najważniejsze – na analizie występujących różnic. Poznanie odmienności dwóch paradygmatów postępowania staje się narzędziem, które może być wykorzystywane do postępowania z pacjentem, ale także do poszukiwania własnej drogi rozwoju, w tym świadomego wyboru ofert edukacyjnych.

Kształcenie logopedów obejmuje zazwyczaj prezentację schematu pracy w ujęciu tradycyjnym. Rodzi się pytanie o przyczynę tego zjawiska. Nie podejmuję jednak tego wątku, pamiętając, że studenci mają prawo do faktycznej wiedzy o diagnozie i terapii wad wymowy, jaka jest obecna w polskiej logopedii, a nie jedynie o wybranych wątkach.

O programie kształcenia i nowych wyzwaniach

W opracowaniach dotyczących treści programowych realizowanych na studiach zazwyczaj pojawiają się uwagi dotyczące celów i efektów kształcenia koncentrujących się wokół wiedzy, umiejętności i kompetencji, co jest zgodne z obowiązującym schematem przygotowania tzw. modułów kształcenia. Nie uwzględniam tego w niniejszym opracowaniu – wskazuję jedynie wybrane, ale istotne zagadnienia, które wiążą się z kształceniem w zakresie dyslalii.

W dyskusji na temat przygotowania do zawodu logopedy, mając na względzie nie tylko dyslalię, można przyjąć inny porządek opracowania treści programowych, zasobu wiedzy, umiejętności czy kompetencji społecznych, na jakich ma opierać się kształcenie w zakresie diagnozy i terapii zaburzeń artykulacji. Można zadać pytania: „Jakie cechy powinny charakteryzować logopedę zajmującego się diagnozą i terapią zaburzeń realizacji fonemów, mając na względzie współczesny kontekst odbywającego się

10 Chodzi o *Strategiczną metodę usprawniania realizacji fonemów – SMURF* [Pluta-Wojciechowska, 2013a; 2017; 2019a; 2019b].

na uczelniach przygotowania studentów do zawodu logopedy (była o nim mowa powyżej), w szczególności, jakie funkcje pełni niekontrolowany rynek różnego rodzaju form kształcenia, odbywającego się np. w przestrzeni internetowej (i nie tylko)?”, „Czy ta forma zdobywania wiedzy nie staje się wręcz konkurencyjna dla kształcenia organizowanego na uczelniach wyższych?”, „Czy student lub absolwent studiów logopedycznych stojący u progu rozpoczęcia pracy w wyuczonym zawodzie jest w stanie odróżnić treści budujące jego strukturę wiedzy, zgodne ze współczesną wiedzą opartą na badaniach naukowych od treści wątpliwych, fałszywych, a stwarzających pozory wiedzy prawdziwej, umocowanej w jakże atrakcyjnej dla niektórych formule »praktyki bez teorii«?”.

Odpowiadając na te pytania, można przywołać słowa Marii Renaty Mayenowej, która pisząc o życiu i dziełach Romana Jakobsona, zauważyła:

[...] trzeba sobie zdawać sprawę z tego, że autentyczna twórczość nie istnieje poza „przymusem” formy i że to istnienie dobrze rozumianych reguł gry w szachy pozwala na indywidualne style gry [Mayenowa, 1989, s. 21].

Można przyjąć, że „reguły gry w szachy” to podstawowa i ustrukturalizowana wiedza oraz umiejętności dotyczące postępowania logopedycznego w dyslalii, oparte na naukowej kwerendzie, które pozwalają przyszłemu logopedzie projektować i prowadzić terapię „skrojoną na miarę” tego, a nie innego pacjenta. Aby tak się stało, logopeda powinien zostać wyposażony w podstawowe narzędzia poznawcze, które pozwolą mu na ocenę badanej materii – tu w aspekcie objawów i przyczyn zaburzeń artykulacji, a dalej – na tej podstawie – na prowadzenie terapii. Jak sądzę, rozumienie formuły EBP uświadomi mu znaczenie wyróżnionych w niej uwarunkowań terapii. Pojawia się zatem ważne zadanie dla prowadzących kształcenie logopedyczne, aby nie tylko przygotować studenta do prowadzenia diagnozy, ale także do rozsądnego wyboru lektur i form doskonalenia logopedycznego, oceny ich przydatności dla postępowania logopedycznego, jak również integrowania w praktyce trójelementowej formuły „praktyki opartej na dowodach”.

Inną kwestią jest, że wiele materiałów zamieszczonych w internecie (można je też kupować, podobnie jak towar na bazarze) zawiera skopiowane metody czy wyimki metod opracowanych przez innych autorów, o czym już była mowa. Takie działania oznaczają nieposzanowanie praw autorskich i można je porównać do kradzieży samochodu stojącego na ulicy, ale to temat na inną publikację. Nie jest wykluczone, że zestawy ćwiczeń (np. kupowane w internecie czy otrzymywane podczas różnych godzinnych szkoleń) stają się/mogą stać się jedną z głównych czy też główną formą zdobywania wiedzy przez wielu logopedów bądź studentów. Oznacza to, że w ich umysłach nie tworzy się/może się nie tworzyć struktura poznawcza, która pozwoli na rozumienie odbywających się podczas diagnozy i terapii procesów. Brak siatki powiązanych pojęć powoduje pozorowaną wiedzę opartą na zlepkach informacji.

Skutkuje to tym, że przyszły logopeda nie radzi sobie nie tylko z pojawiającymi się trudnościami podczas diagnozy i terapii, ale także z wyzwaniami, o jakich pisałam we wprowadzeniu. Student/logopeda, zwabiony hasłem „praktyki bez teorii”, wierzy, że istnieją uniwersalne metody terapii, które sprawdzą się w przypadku każdego pacjenta. Zamiast myślenia, rozumienia istoty zaburzenia, struktury wiedzy i powiązanych pojęć oraz relacji powstaje zestaw połączonych luźno informacji, czasem sprawiających wrażenie prawdziwych, nierzadko wyjętych z metod postępowania opracowanych przez innych.

Istotne jest zatem, aby absolwent studiów logopedycznych został wyposażony w narzędzia poznawcze pozwalające na ocenę merytoryczną wysłuchanych informacji czy przeczytanych opracowań. Takim narzędziem może być ukształtowana nadrzędna kanwa postępowania, która opiera się na teoretycznej bazie wynikającej z badań naukowych, na rozumieniu występujących podczas diagnozy i terapii procesów oraz związków. Pozwoli to na zmianę podejścia do postępowania logopedycznego, która polega na przejściu od odtwarzania zestawów ćwiczeń zawartych w różnego rodzaju poradnikach czy na stronach internetowych do twórczego wykorzystywania wiedzy i umiejętności na temat różnych zjawisk (zasad, procesów, relacji, metod) rządzących terapią logopedyczną pacjenta z wadą wymowy, a wcześniej diagnozą. Innymi słowy, chodzi o samodzielność podejmowania decyzji diagnostyczno-terapeutycznych, a nie uzależnienie od zestawu ćwiczeń czy danej metody. Nie jest to zadanie łatwe. Jednym z najtrudniejszych zadań dydaktycznych, z jakim mierzę się jako nauczyciel akademicki, jest trudność nauczania przyszłych logopedów podejmowania kluczowych decyzji i sporządzania syntez dotyczących diagnozy objawowo-przyczynowej, a także terapii.

Stosunkowo łatwo można nauczyć studenta np. oceny wymowy, także tej w najnowszym ujęciu (metoda analityczno-fonetyczna z wykorzystaniem ścieżki wielozmysłowej), słuchu fonemowego czy ruchomości języka w kontekście jakości wędzidełka języka, jak również stanu zgryzu czy połykania. Trudniej jest przygotować go do podejmowania takich decyzji jak np. konieczność przecięcia wędzidełka języka, która uwzględnia różnorodne uwarunkowania, np. rodzaj stosowanych przez pacjenta kompensacji, stan zdrowia, prognozy dotyczące możliwości terapii, a także jego potrzeby i motywacje. Łatwiej jest pokazać katalog metod wywoływania głosek, niż kształcić umiejętność radzenia sobie w przypadku trudności, a także ukazywać kulisy dopasowywania metody pracy do pacjenta. Można zapoznać studenta z zalecaną sekwencją terapii głosek w przypadku rozmaitych wad wymowy (np. w mowie bezdźwięcznej, międzyzębowości, nosowaniu otwartym), ale trudniej jest nauczyć go korzystania z różnych sekwencji terapii głosek w przypadku złożonych zaburzeń realizacji fonemów w obrębie kilku kategorii fonetycznych, np. udziału wiązań głosowych i miejsca artykulacji.

W sylwetce logopedy, jakiego chcemy/powinniśmy wykształcić, ważne miejsce zajmuje rozumienie miejsca logopedii wśród innych nauk zajmujących się

pacjentem z zaburzeniami mowy, co oznacza pojmowanie interdyscyplinarności jako współpracy z innymi specjalistami wraz z poszanowaniem specyficznych dla nich metod pracy, a nie przechwytywanie ich sposobów postępowania¹¹. Nie jest to zadanie łatwe w obliczu niepokojącego zjawiska polegającego na tym, że niektórzy logopedzi dokonują swoistego zaboru metod innych specjalistów, np. fizjoterapeutów czy ortodontów¹². Patrząc z innej perspektywy, istotna jest współpraca z lekarzami/specjalistami na zasadzie partnerstwa i poszanowania własnych kompetencji (a nie na podstawie nieuzasadnionej podległości) i znajomości kompetencji innych. Nie jest to zadanie łatwe w obliczu nieuregulowanej systemowo współpracy pomiędzy logopedami i niektórymi specjalistami medycznymi.

Przykładem omawianego zjawiska jest nieskodyfikowana współpraca logopedy i lekarza w przypadku ankyloglosji. Powoduje ona nieporozumienia, np. lekarz czasem odmawia przecięcia krótkiego wędzidełka języka¹³, uznając, że ruchomość języka jest wystarczająca, aby nauczyć pacjenta prawidłowej wymowy czy czynności prymarnych. Przy tym ten sam lekarz najprawdopodobniej nie zna zasad kwalifikowania do zabiegu chirurgicznego pacjenta z ankyloglosją, jakie są stosowane w logopedii, a więc z perspektywy potrzeb artykulacji polskich głosek czy czynności prymarnych, z uwzględnieniem stosowanych przez pacjenta strategii kompensacyjnych. Możemy w związku z tym zapytać: „Czy absolwent studiów logopedycznych potrafi w gronie specjalistów wyłożyć swoje racje w kontekście własnych kompetencji, przy poszanowaniu kompetencji innych?”, „Czy zna miejsce i rangę logopedy w interdyscyplinarnym zespole zajmującym się pomocą pacjentowi z zaburzeniami mowy?”, „Czy rozumie swoją rolę jako osoby integrującej wiedzę lingwistyczną, medyczną, psychologiczno-pedagogiczną i *stricte* logopedyczną podczas diagnozy i terapii zaburzeń mowy?”.

W obliczu wielu zmiennych wyznaczających efektywność podejmowanej interwencji logopeda powinien umieć oceniać swoje działania. Determinuje to umiejętność dostrzegania własnych błędów i niepowodzeń, co oznacza pokorę i autorefleksję, a jednocześnie dążenie do dalszego doskonalenia własnych umiejętności. Istotne jest poczucie odpowiedzialności za pacjenta i stosowane metody, które logopeda dobrze zna i które są przypisane jego zawodowi. Rozsądnym pomysłem wydaje się wprowadzenie już od początku kształcenia logopedycznego systematycznych

11 Zob. rozważania na temat interdyscyplinarności rabunkowej i butikowej [Koczanowicz, 2011; Kita, 2012; por. Michalik, 2015].

12 Logopedzi uczestniczą w kilkugodzinnych internetowych formach szkolenia i na tej podstawie prowadzą np. kinezjoterapię czy specjalny masaż po przecięciu wędzidełka języka. Jeśli stosują metodę nielogopedyczną (czy też logopedyczną), to pojawia się pytanie, czy taka forma szkolenia wyposaża ich w odpowiednie kompetencje, które pomogą pacjentowi, a przede wszystkim mu nie zaszkodzą – *primum non nocere*.

13 Zakładam, że logopeda poznał wszystkie możliwe przyczyny zaburzeń, a nie tylko jakość wędzidełka języka.

superwizji, które pozwolą na rozwijanie umiejętności oceny własnych działań, a także na dostrzeganie znaczenia innych w procesie samodoskonalenia.

Biorąc zatem pod uwagę potrzeby diagnozy i terapii logopedycznej oraz związane z tym różnorodne konteksty, o których była mowa, wśród najważniejszych cech sylwetki przyszłego logopedy pracującego z pacjentem w zakresie dyslalii wymienić można rozwijanie myślenia o charakterze przyczynowo-skutkowym, które jest niezbędne podczas diagnozy logopedycznej. Ma to związek z umiejętnością dokonywania syntezy wiedzy lingwistycznej i medycznej oraz dostrzeganiem podobieństw i różnic analizowanych w trakcie diagnozy obszarów. W kontekście różnorodnych opinii na temat diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów istotne jest rozwijanie umiejętności samodzielnego myślenia, zdolności do analiz heurystycznych, oceny przydatności różnego rodzaju opracowań na temat postępowania logopedycznego ze względu na zgodność z EBP, twórczego podejścia do terapii logopedycznej, umiejętności krytycznego myślenia, a także analizy własnych błędów i porażek.

Z uwagi na konieczność prowadzenia uaktualniającej diagnozy i prognozowania terapii dużego znaczenia nabiera myślenie strategiczne, które jest niezbędne do planowania poszczególnych etapów postępowania. Oznacza ono umiejętność powiązania wyników diagnozy z kolejnymi krokami dotyczącymi terapii, która powinna mieć charakter objawowo-przyczynowy. Pojęcie strategii wiąże się ze sztuką wojenną. Aby generał wygrał wojnę, musi wygrywać poszczególne bitwy, co w aspekcie postępowania logopedycznego oznacza umiejętność dopasowywania metod terapii do konkretnego pacjenta prezentującego oryginalny zestaw objawów zaburzeń i ich przyczyn, a także innych cech rozwoju psychomotorycznego. Umiejętność myślenia strategicznego to coś więcej niż znajomość zestawu ćwiczeń języka lub wykazu metod wywoływania głósłki [r].

Czy jest możliwe, aby wykształcić wyróżnione cechy w ciągu dwóch, trzech czy nawet pięciu lat studiów logopedycznych? Myślę, że nie jest to w pełni osiągalne. Można jednak dążyć do zmiany proporcji pomiędzy pamięciowym poznawaniem treści kształcenia a rozwijaniem myślenia i analiz poznawczych – na korzyść tych ostatnich¹⁴. Oznacza to, że kształcenie nie może opierać się na asymilacji nazw metod i katalogu różnych ćwiczeń, ale na dążeniu do tego, aby studenci także samodzielnie projektowali i odkrywali najlepsze sposoby pracy z pacjentem na bazie rozumienia mechanizmu powstawania zaburzeń mowy. Przykładem może być uczenie metod wywoływania głósłki. Można ten temat realizować metodą podającą, zapoznając studenta z katalogiem metod albo inaczej: na bazie wiedzy fonetycznej i diagnozy objawowo-przyczynowej pytać studenta, w jaki sposób można nauczyć pacjenta nowej głósłki, a może – przyjmując inną perspektywę – nowej cechy fonetycznej, której pacjent nie potrafi wytworzyć prawidłowo. To całkiem inne strategie uczenia.

¹⁴ Jak pamiętam, ten postulat od dawna był formułowany, jednak w obliczu nowej rzeczywistości ma dzisiaj znaczenie szczególne.

Jednym z podstawowych narzędzi poznawczych uruchamiających myślenie strategiczne oparte na diagnozie objawowo-przyczynowej – niezbędnym do efektywnego postępowania z pacjentem z zaburzeniami realizacji fonemów – jest dostrzeganie różnic pomiędzy odmiennymi sposobami prowadzenia diagnozy i terapii wad wymowy, a mianowicie ujęciem tradycyjnym i nowym.

Standard postępowania w przypadku dyslalii a współczesna wiedza o zaburzeniach realizacji fonemów

Kształcenie w zakresie dyslalii ma też inne konteksty niż wymienione powyżej. Naturalnym punktem odniesienia do programu kształcenia logopedycznego w zakresie poszczególnych zaburzeń mowy są/powinny być opracowane standardy postępowania logopedycznego, jak również zmieniająca się dzięki nowym badaniom wiedza o ontogenezie języka i zachowań językowych, także w dyskursie zaburzonym, a dotyczącym nie tylko małych dzieci, ale również dorosłych, także w wieku senioralnym.

W 2015 roku ukazały się standardy postępowania logopedycznego dotyczące różnych zaburzeń mowy, także standard działań diagnostycznych i terapeutycznych w przypadku dyslalii. Przygotowany zbiór wzorców postępowania odgrywa ważną rolę zarówno w odniesieniu do praktyków, jak i studentów logopedii czy osób zajmujących się kształceniem w zakresie logopedii, a także dyslalii. Standard to pewien drogowskaz, kanon czy wręcz filozofia prowadzenia jakiegoś działania, w tym przypadku dyslalii. Obejmuje on zarówno pewne podstawy teoretyczne proponowanych rozwiązań, jak i zasady diagnozy oraz terapii logopedycznej.

Biorąc pod uwagę zawartość standardu dotyczącego dyslalii, konstatuje, że jego autorka – Joanna Stasiak – promuje tradycyjne ujęcie dyslalii i pomija omówienie nowej koncepcji tego zaburzenia, obecnego w polskiej logopedii od 1997 roku, koncentrując się na propozycji J.T. Kani sprzed kilkudziesięciu lat. Jednocześnie wskazuje, że:

Klasyczną i wydaje się najpowszechniej stosowaną, choć mającą swoje słabe punkty (niedającą odpowiedzi na wiele wątpliwych realizacji) jest propozycja J.T. Kani, zawierająca kryteria opisu realizacji jednostek inwentarza fonemów języka polskiego (opis osi paradygmatycznej języka) oraz zasad fonetyczno-fonologicznej struktury wyrazu (opis zniekształceń osi syntagmatycznej) (Kania, 2001, s. 11–30) [Stasiak, 2015, s. 231, podkr. D.P.-W.].

Ze względów poznawczych istotne byłoby wyjaśnienie, jakie słabe punkty występują w propozycji J.T. Kani, na jakie pytanie propozycja autora nie odpowiada. Czytelnik – często niedoświadczony logopeda czy student – może nie poradzić sobie z rozwikłaniem odmienności diagnozy i terapii dyslalii w tradycyjnym i nowym

ujęciu. Takich analiz J. Stasiak nie przedstawia. A może nowe ujęcie dyslalii – przyjmując inne podstawy teoretyczne – inaczej oświetla pewne zagadnienia i stwarza możliwość rozwiania wątpliwości, o których wspomina cytowana autorka, chociaż ich nie nazywa?

Nowemu ujęciu dyslalii J. Stasiak poświęca dwa zdania, pisząc o innych propozycjach opisu [wymowy – przyp. D.P.-W.] zawartych w pracach Barbary Ostapiuk [2008], Lilianny Konopskiej [2006], Danuty Pluty-Wojciechowskiej [2011], Anity Lorenc [2015, s. 112–143]. Co jednak zaskakujące, prace B. Ostapiuk, L. Konopskiej i D. Pluty-Wojciechowskiej zalicza – obok prac innych autorów – do kategorii klasycznych. Zastanawiam się zatem, dlaczego te prace nie zostały przedstawione obszerniej w standardzie. Obecny od ponad dwudziestu lat nowy paradygmat diagnozy dyslalii nie został omówiony w przywołanym opracowaniu J. Stasiak, a więc czytelnik otrzymuje niepełną wiedzę o nowych możliwościach postępowania w przypadku zaburzeń realizacji fonemów opartych na badaniach naukowych. Nie dziwi mnie zatem, że także z tego powodu logopedzi kształceni w zakresie dyslalii mogą nie znać nowego ujęcia zaburzenia.

Refleksję budzi też inne zjawisko. W tej samej monografii wieloautorskiej na temat standardów postępowania logopedycznego znajdują się w innym kontekście publikacje dotyczące dyslalii, ale w nowym ujęciu. Mam na myśli standard postępowania w przypadku osób z wadą zgryzu [Konopska, 2015, s. 627–654], z dyslalią i ankyloglosją [Ostapiuk, 2015, s. 655–686], po wycięciu nowotworu jamy ustnej [Stecewicz, Halczy-Kowalik, 2015, s. 687–726], z rozszczepem wargi i podniebienia [Pluta-Wojciechowska, 2015, s. 727–780]. Brakuje jednak nadrzędnej struktury poznawczej, która pozwalałaby na powiązanie różnych ujęć zaburzeń realizacji fonemów.

Miejsce kształcenia w zakresie zaburzeń realizacji fonemów w programie kształcenia logopedycznego

Zwykle poszczególne moduły kształcenia logopedycznego uwzględniają typy dysfunkcji mowy. Analizując takie programy, można zauważyć, że zaburzenia realizacji fonemów – o rozmaitej etiologii – są prezentowane i omawiane w trakcie różnych zajęć, w szczególności dotyczy to dysglosji, alalii (dyslalii jako zejściowej postaci alalii), dysartrii, oligofazji i afazji. Przy tym moduł *dyslalia*, *alalia* realizowany bywa wcześniej niż np. *dysglosja* czy *dysartria*. Jak wynika z propozycji Ireny Styczek [1981] oraz Stanisława Grabiasa [2012; 2015; 2019], przyczyną alalii, która „przechodzi” w dyslalię, jest opóźnione wykształcenie się pewnych struktur mózgowych.

Myślę, że podczas kształcenia w zakresie przedmiotu dyslalia, alalia wykładowca poszerza jednak katalog przyczyn odpowiedzialnych za wadliwą wymowę. Oznacza to, że prezentuje studentom także obwodowe czynniki wywołujące zaburzenia

realizacji fonemów. Jestem przekonana, że to dobra strategia, prowadząca do całościowego patrzenia na pacjenta z zaburzeniami mowy. Kolejne moduły, uwzględniające także zaburzenia realizacji fonemów, to w szczególności dysglosja, dysartria, jak również – w innym kontekście – afazja.

Zaburzenia realizacji fonemów podczas kształcenia logopedycznego mogą być prezentowane w nieco odmienny sposób. W Uniwersytecie Śląskim na drugim roku studiów licencjackich realizowany jest moduł *podstawowe obszary interwencji: zaburzenia realizacji fonemów*. Przy tym kolejne moduły dotyczą zaburzeń mowy, w których – obok innych – mogą wystąpić zaburzenia realizacji fonemów o innym niż głównie obwodowy patomechanizmie (np. z kategorii surdologopedii czy neurologopedii). Moduł *podstawowe obszary interwencji: zaburzenia realizacji fonemów* pełni funkcję wprowadzającą do zagadnień wad wymowy o różnej etiologii, przy czym studentom prezentuje się podstawy teoretyczne diagnozy, pozwalające na wyróżnienie dwóch odmiennych ujęć dyslalii, co przyczynia się do rozwoju myślenia i umiejętności całościowego spojrzenia na pacjenta. Jednym z głównych zadań jest także poznanie zasad diagnozy zaburzeń realizacji fonemów, co – zwróćmy uwagę – przyda się podczas kształcenia w zakresie innych dysfunkcji mowy, których jedną z cech jest nieprawidłowa artykulacja.

W trakcie wykładów i ćwiczeń dotyczących tego modułu student poznaje też zasady postępowania w przypadku wybranych form dyslalii obwodowej (w szczególności dyslalii ankyloglosyjnej, zgryzowej, czynności prymarnych) oraz zaburzeń artykulacji wynikających z zaburzeń słuchu fonemowego czy fonetycznego. Na drugim stopniu kształcenia logopedycznego zaburzenia realizacji fonemów są przedmiotem kształcenia w ramach orofacjologopedii (gdzie student ma okazję poznać zasady postępowania np. w przypadku osób z rozszczepem wargi i podniebienia, zaburzeń stawu skroniowo-żuchwowego, resekcji języka), jak również neurologopedii czy surdologopedii. Treści kształcenia mają zatem układ spiralny, a narastająca wiedza pozwala na uwzględnianie coraz bardziej złożonych zaburzeń artykulacji.

O bazie kształcenia w zakresie zaburzeń realizacji fonemów

Efektywne kształcenie w zakresie zaburzeń realizacji fonemów wiąże się z zasobem wiedzy, jaką student otrzymał przed rozpoczęciem zajęć dotyczących nienormalnej artykulacji. Chodzi o stworzenie pewnej bazy, na której można oprzeć nowe i ściśle logopedyczne podstawy diagnozy i terapii zaburzeń realizacji fonemów oraz metodykę postępowania. Myślę, że nikogo nie trzeba przekonywać, iż taką bazę tworzą fonetyka i fonologia, wybrane specjalności medyczne oraz – w mniejszym zakresie – pedagogika i psychologia. Według mnie ważne jest, aby owa baza, wraz z realizacją zagadnień dotyczących zaburzeń mowy, nie stała się incydentem podczas kształcenia, ale była systematycznie poszerzana, przez co należy rozumieć

spiralny układ treści. Oznacza to, że pewne przedmioty, np. medyczne, powinny być kontynuowane w kolejnych latach (np. anatomia palpacyjna głowy i szyi).

Istotne jest, aby treści dotyczące fonologii i fonetyki były przekazywane w sposób praktyczny i wykraczały poza zapamiętywanie cech poszczególnych fonemów i głosek oraz uwzględniały potrzeby diagnozy logopedycznej. Myślę, że korzystne jest, aby fonetykę artykulacyjną prowadził doświadczony logopeda – specjalista w zakresie dyslalii, który będzie mógł od początku kształcenia podkreślać nie tylko znaczenie relacji fonem–głoska, ale także konieczność wiedzy o normie w zakresie realizacji fonemów podczas oceny wymowy.

W obliczu rozwoju badań artykulacji z użyciem tzw. metod obiektywnych konieczne jest zapoznanie studenta z możliwościami (ale też ograniczeniami), jakie oferują urządzenia do oceny wymowy [Ramanarayanan i in., 2018].

Zakończenie

Niniejsze opracowanie jest głosem w dyskusji na temat kształcenia logopedów, w szczególności w zakresie dyslalii, i z pewnością nie wyczerpało wszystkich zagadnień. Wraz z rozwojem badań na temat wad wymowy pojawia się konieczność wzbogacania dotychczasowych programów o nowe treści, na bazie analiz porównawczych i budowania podstaw teoretycznych umiejętności praktycznych. W obliczu niekontrolowanego rozpowszechniania się w przestrzeni internetowej różnej jakości wiedzy o zaburzeniach mowy, także o dyslalii, młody człowiek studiujący na kierunku logopedia może czuć się bezradny. Uwiedziony ofertą „praktyki bez teorii” zamiast struktury wiedzy podczas różnych form doskonalenia obecnych w internecie otrzymuje/może otrzymywać zestaw niespójnych z objawem i przyczynami zaburzeń, nieopartych rozumieniem i badaniami naukowymi zestawów ćwiczeń i informacji o typie tzw. sztuczek logopedycznych.

Nie mamy wpływu na oferty edukacyjne, jednak możemy zmienić sposób kształcenia logopedów. Stąd konieczna jest rewizja metod realizacji programu studiów kształcenia logopedycznego w zakresie dyslalii i wzbogacenia go o nowe treści. Aby uregulować – w ramach ustaleń międzydyscyplinarnych – współpracę z innymi specjalistami zajmującymi się pacjentem z zaburzeniami mowy (np. z lekarzami), logopedia powinna najpierw unormować własne standardy postępowania, co oznacza dyskusję w gronie logopedów zajmujących się poszczególnymi zaburzeniami mowy. Studentom trzeba przekazywać faktyczny obraz osiągnięć polskiej logopedii w zakresie dyslalii, a nie uwzględniać tylko jeden, a mianowicie tradycyjny.

Konieczna jest dyskusja dotycząca logopedycznych metod diagnozy i terapii zaburzeń mowy. Jeśli logopedia uzna, że jest ich więcej, niż to wynika z obecnych programów kształcenia, to należy wzbogacić funkcjonujący standard przygotowania studentów do wykonywania zawodu o odpowiednie treści kształcenia.

Literatura

- ASHA – American Speech-Language Hearing Association, b.d., *Evidence-Based Practice (EBP)*, <https://www.asha.org/Research/EBP/Evidence-Based-Practice/> (dostęp: 20.07.2018).
- Brackenbury T., Burroughs E., Hewitt L.E., 2008, *A Qualitative Examination of Current Guidelines for Evidence-Based Practice in Child Language Intervention*, „Language Speech and Hearing Services in Schools”, Vol. 38(1), s. 78–88.
- Bunton K., 2008, *Speech versus Nonspeech: Different Tasks. Different Neural Organization*, „Seminars in Speech and Language”, Vol. 29(4), s. 267–275.
- Dąbrowska E., Kubiński W. (red.), 2003, *Akwizycja języka w świetle językoznawstwa kognitywnego*, Kraków: Wydawnictwo Universitas.
- Demel G., 1978, *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Emiluta-Rozya D., 2012, *Formy zaburzeń mowy*, [w:] S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 73–87.
- Grabias S., 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] S. Grabias, Z.M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, s. 15–71.
- Grabias S., 2015, *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, s. 13–38.
- Grabias S., 2019, *Język w zachowaniach społecznych. Podstawy socjolingwistyki i logopedii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie.
- Kania J.T., 2001, *Szkice logopedyczne*, Lublin: Polskie Towarzystwo Logopedyczne, s. 175–192.
- Kita M., 2012, „Razem”. *Konsiliencja, interdyscyplinarność, transdyscyplinarność*, [w:] M. Kita, M. Ślaska (red.), *Transdyscyplinarność badań nad komunikacją medialną*, t. 1: *Stan wiedzy i postulaty badawcze*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 11–30.
- Koczanowicz L., 2011, *Interdyscyplinarność między rabunkiem a dialogiem*, [w:] R. Włodarczyk, W. Żłobicki (red.), *Interdyscyplinarność i transdyscyplinarność pedagogiki – wymiary praktyczny i teoretyczny*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 35–43.
- Konopska L., 2002, *Jakość wymowy osób z wadą zgryzu*, „Logopedia”, t. 31, s. 157–198.
- Konopska L., 2006, *Wady wymowy u osób z wadami zgryzu*, Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Konopska L., 2015a, *Desonoracja w dyslalii. Analiza artykulacyjna, akustyczna i audytywna*, Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Konopska L., 2015b, *Postępowanie logopedyczne w przypadku osób z wadą zgryzu*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, s. 626–654.
- Lorenc A., 2015, *Transkrypcja mowy zaburzonej*, [w:] S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 112–143.
- Łobacz P., 1997, *Polska fonologia dziecięca*, Warszawa: Wydawnictwo Energia.
- Łobacz P., 2003, *Prawidłowy rozwój mowy dziecka*, [w:] T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska (red.), *Podstawy neurologopedii*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 231–268.

- Luczyński E., 2004, *Kategoria przypadku w ontogenezie, czyli o wchodzeniu dziecka w rzeczywistość gramatyczną*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Malicka I., 2019, *Dysfunkcje oddychania i połykania jako przyczyny zaburzeń mowy dzieci w wieku przedszkolnym oraz wczesnoszkolnym*, niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. prof. UŚ Danuty Pluty-Wojciechowskiej, Katowice: Uniwersytet Śląski.
- Mayenowa R.M., 1989, *Roman Jakobson – uczonego i człowieka*, [w:] R. Jakobson, *W poszukiwaniu istoty języka: wybór pism*, R.M. Mayenowa (wybór, red. nauk. i wstęp), Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy, s. 5–39.
- Michalik M., 2015, *Transdyscyplinarność logopedii – między metodologiczną koniecznością a teoretyczną utopią*, [w:] S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 32–46.
- Mierzejewska H., Emiluta-Roza D., 1997, *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Audiofonologia”, t. 10, s. 37–48.
- Ostapiuk B., 1997, *Zaburzenia dźwiękowej realizacji fonemów języka polskiego – propozycja terminów i klasyfikacji*, „Audiofonologia”, t. 10, s. 117–136.
- Ostapiuk B., 2005, *Logopedyczna ocena ruchomości języka*, [w:] M. Młynarska, T. Smereka (red.), *Logopedia. Teoria i praktyka*, Wrocław: Podyplomowe Studium Logopedyczne Uniwersytetu Wrocławskiego, Agencja Wydawnicza a linea, s. 299–306.
- Ostapiuk B., 2013a, *Dyslalia. O badaniu jakości wymowy w logopedii*, Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Ostapiuk B., 2013b, *Dyslalia ankyloglosyjna. O krótkim wędzidełku języka, wadliwej wymowie i skuteczności terapii*, Szczecin: Wydawnictwo 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. Podręcznik akademicki*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, s. 655–685.
- Ostapiuk B., Pluta-Wojciechowska D., Grabias S., Woźniak T., 2018, *Dyskusja po dyskusji na konferencji w Chorzowie, czyli o niektórych problemach logopedii w Polsce*, „Logopedia”, t. 1, nr 47, s. 369–398.
- Ostaszewska D., Tambor J., 1997, *Podstawowe wiadomości z fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Ostaszewska D., Tambor J., 2012, *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*, Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Pluta-Wojciechowska D., 2008a, *Zaburzenia mowy u dzieci z rozszczepem podniebienia. Badania – teoria – praktyka*, wyd. 2 poprawione i poszerzone, Bytom: Wydawnictwo Ergo-Sum.
- Pluta-Wojciechowska D., 2008b, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób z rozszczepem wargi i podniebienia*, „Logopedia”, nr 37, s. 175–205.
- Pluta-Wojciechowska D., 2010, *Podstawy patofonetyki mowy rozszczepowej. Dyslokacje*, Bytom: Wydawnictwo Ergo-Sum.
- Pluta-Wojciechowska D., 2011, *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Pluta-Wojciechowska D., 2013a, *Strategiczna metoda usprawniania realizacji fonemów. Motywacja i główne założenia*, „Logopedia”, nr 42, s. 45–60.
- Pluta-Wojciechowska D., 2013b, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, Bytom: Wydawnictwo Ergo-Sum.
- Pluta-Wojciechowska D., 2015a, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku rozszczepu wargi i podniebienia*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy*

- postępowania logopedycznego. *Podręcznik akademicki*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, s. 727–780.
- Pluta-Wojciechowska D., 2015b, *Analityczno-fonetyczna ocena realizacji fonemów w logopedii*, [w:] M. Kurkowska, E. Wolańska (red.), *Metody i narzędzia diagnostyczne w logopedii*, Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Pluta-Wojciechowska D., 2016, *Dyslalia obwodowa jako przedmiot kształcenia logopedycznego. Rekonesans zagadnień*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska”, Vol. 1, s. 195–209.
- Pluta-Wojciechowska D., 2017, *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, Bytom: Wydawnictwo Ergo-Sum.
- Pluta-Wojciechowska D., 2019a, *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, wyd. II poprawione i poszerzone, Bytom: Wydawnictwo Ergo-Sum.
- Pluta-Wojciechowska D., 2019b, *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Pluta-Wojciechowska D., 2019c, *Orofacjologopedia*, „Logopedia”, nr 49, s. 137–158.
- Pluta-Wojciechowska D., 2020a, *Terapia strategiczna dyslalii obwodowej. Inspiracje do ćwiczeń warg i języka dla dzieci oraz dorosłych*, Bytom: Wydawnictwo Ergo-Sum.
- Pluta-Wojciechowska D., 2020b, *Logopaedics as an Interdisciplinary Science in the Eyes of Speech Therapists. Preliminary Research Results*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 4, s. 141–155.
- Pluta-Wojciechowska D., 2021, *Przygotowanie logopedy do pracy z dzieckiem z rozszczepem wargi i/lub podniebienia. Projekt modelu kształcenia*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 5, s. 171–183.
- Pluta-Wojciechowska D., 2022a, *Tak zwane seplenienie boczne. O objawie i mechanizmie zaburzeń*, „Logopedia”, Vol. 51(1), s. 205–224.
- Pluta-Wojciechowska D., 2022b, *Zaburzenia czynności prymarnych i artykulacji. Podstawy postępowania logopedycznego*, wyd. IV poszerzone i poprawione, Bytom: Wydawnictwo Ergo-Sum.
- Pluta-Wojciechowska D., Sambor B., 2018, *O popularnych, lecz dyskusyjnych ćwiczeniach języka w przypadku obwodowych zaburzeń artykulacji*, „Logopedia”, t. 1, nr 47, s. 265–278.
- Porayski-Pomsta J., 2015, *O rozwoju mowy dziecka dwa studia*, Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Ramanarayanan V., Tilsenc S., Proctord M., Töger J., Goldsteinf L., Nayakf K.S., Narayanan S., 2018, *Analysis of speech production real-time MRI*, „Computer Speech & Language”, No. 52, s. 1–22.
- Rocławski B., 2001, *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*, Gdańsk: Wydawnictwo Glottispol.
- Rocławski B., 2005, *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*, Gdańsk: Wydawnictwo Glottispol.
- Rodak H., 1992, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Warszawa: Wydawnictwo Polskiej Fundacji Zaburzeń Mowy.
- Sambor B., 2015, *Zaburzone wzorce polykania i pozycji spoczynkowej języka a budowa artykulacyjna głoskowych realizacji fonemów u osób dorosłych*, „Logopedia”, nr 43, s. 149–188.
- Sambor B., 2017, *Skaza dykcyjna czy wada wymowy? Analiza badań realizacji fonemów spółgłoskowych u młodych adeptów sztuki teatralnej*, niepublikowana rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem dr hab. prof. UŚ Danuty Pluty-Wojciechowskiej, Katowice: Uniwersytet Śląski.
- Sambor B., 2021, *Wymowa młodych aktorów. Analiza wyników badań realizacji fonemów spółgłoskowych*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Słownik języka polskiego PWN*, b.d., <https://sjp.pwn.pl/> (dostęp: 25.05.2022).
- Sołtys-Chmielowicz A., 2008, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Stasiak J., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadku dyslalii*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, s. 227–236.
- Stecewicz M., Halczy-Kowalik L., 2015, *Postępowanie logopedyczne u osób po wycięciu nowotworu jamy ustnej*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, s. 687–725.
- Styczek I., 1981, *Logopedia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szpyra-Kozłowska J., 2002, *Wprowadzenie do współczesnej fonologii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Van Riper Ch., Irwin J.V., 1970, *Artikulationsstörungen. Diagnose und Behandlung*, Berlin-Charlottenburg: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
- Zarębina M., 1994, *Język polski w rozwoju jednostki*, Gdańsk: Wydawnictwo Glottispol.



© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland.
This article is an open access article distributed under the terms and conditions
of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Data złożenia: 4.07.2022. Data przyjęcia: 27.09.2022.

Elżbieta Sadowska* 

DLD (SLI) a ASD w kontekście logopedycznej diagnozy różnicowej

Speech Therapy: Differential Diagnosis for DLD (SLI) and ASD

Słowa kluczowe: ASD, SLI, DLD, logopedyczna diagnoza różnicowa

Keywords: ASD, SLI, DLD, speech therapy differential diagnosis

Streszczenie

Zmiany w terminologii ujęte w największych systemach klasyfikacyjnych oraz najnowsze wyniki badań dotyczących językowego funkcjonowania osób z DLD (SLI) oraz ASD wskazują na konieczność rewizji logopedycznej diagnozy różnicowej oraz terminologii używanej do opisu tych zaburzeń. W prezentowanym artykule przedstawiono zarówno historyczne spojrzenia na SLI i autyzm, jak i współczesne ujęcia oraz nowe terminy (DLD i ASD). Wskazano również, jakie zmiany zaistniały w sposobie definiowania tych zaburzeń w ostatnich latach.

Abstract

Changes in terminology included in the largest classification systems and the latest results of research on the linguistic functioning of people with DLD (SLI) and ASD indicate the need to revise the differential speech therapy diagnosis and terminology used to describe these disorders. The presented article presents both historical views on SLI and autism, as well as contemporary approaches and new terms (DLD and ASD). It was also indicated what changes have occurred in the way these disorders are defined in recent years.

* Uniwersytet Warszawski, Instytut Polonistyki Stosowanej, Krakowskie Przedmieście 26/28, 00-927 Warszawa, e-mail: e.sadowska3@uw.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0002-3854-3196>

Wprowadzenie

Zmiany w terminologii ujęte w największych systemach klasyfikacyjnych – ICD¹ oraz DSM², jak również najnowsze wyniki badań dotyczących językowego funkcjonowania osób ze *specific language impairment* (SLI), *developmental language disorder* (DLD) oraz *autism spectrum disorder* (ASD) wskazują na konieczność rewizji logopedycznej diagnozy różnicowej oraz terminologii używanej do opisu tych zaburzeń. Trudności z opanowaniem języka oraz używaniem mowy są objawem, który może być obecny zarówno w ASD, jak i w DLD czy w używanej do niedawna kategorii SLI. Oprócz wskazania objawów, które mogą być podobne, istotne jest też przyjrzenie się tym symptomom, które różnicują ASD i DLD. Ze względu na charakter artykułu skupię się wyłącznie na porównaniu wybranych aspektów dotyczących mowy i języka osób z ASD i DLD (SLI), mając świadomość, iż pełna diagnoza różnicowa powinna objąć wiele różnych aspektów, np. czynniki etiologiczne [por. Gerc, Jurek, 2019].

Historyczne spojrzenie na autyzm i SLI

Od momentu, gdy autyzm został opisany po raz pierwszy, wielokrotnie modyfikowano jego definicję [por. Gerc, Jurek, 2019, s. 30]. Początkowo nie był on traktowany jako continuum, ale jako zespół chorobowy. Ważnym etapem w historii badań nad autyzmem było przedstawienie go jako autystycznego spektrum zaburzeń (*autistic spectrum disorders*) [por. Wing, 1997, s. 148–170]³.

W ICD–10 „autyzm dziecięcy” był diagnozowany jako „całościowe zaburzenie rozwoju charakteryzujące się nieprawidłowym i/albo upośledzonym rozwojem, pojawiające się przed 3. rokiem życia, w którym występuje nieprawidłowe funkcjonowanie we wszystkich spośród trzech sfer: interakcjach społecznych, komunikacji oraz ograniczonym, powtarzającym się repertuarze zachowań” [Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta, 2010, s. 209]. Z kolei w DSM-IV określany był on jako zaburzenie autystyczne. DSM-IV i ICD–10 miały dość zbliżone kryteria diagnostyczne i przedstawiały autyzm jako rozległe zaburzenie rozwojowe [Wilson i in., 2013, s. 2515]. W DSM–5 „spektrum zaburzenia autystycznego”⁴ zaliczane jest do zaburzeń neu-

1 ICD – Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (*International Classification of Diseases*) opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization – WHO).

2 DSM – Diagnostyczno-Statystyczny Podręcznik Zaburzeń Psychiczych (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (American Psychiatric Association – APA).

3 Szerzej o problemach terminologicznych w ASD oraz charakterystyce zaburzenia w Sadowska, 2020.

4 Określenie za: Gałecki i in., 2018, s. 35–36.

rorozwojowych [Gałęcki i in., 2018, s. 35–36]. Zaburzenie ze spektrum autyzmu charakteryzuje się złożoną etiopatogenezą [Chojnicka, de Ines, Kwasiborska-Dudek, 2020, s. 15]. W DSM–5 i ICD–11 zaburzenia językowe nie są już zaliczane do głównych symptomów ASD [por. Rymarczyk, 2021, s. 39]. Obecnie terminy ASD oraz *autyzm* używane są w szerszym znaczeniu, uwzględniającym zarówno diagnozę autyzmu, jak i zespołu Aspergera [por. Walenski, Tager-Flusberg, Ullman, 2006].

Przejdźmy teraz do drugiego terminu, czyli *specific language impairment* (SLI⁵). W ujęciu Laurence’a B. Leonarda u dzieci z SLI:

[...] obserwuje się znaczne ograniczenia zdolności językowych, choć nie występują u nich czynniki, które zazwyczaj towarzyszą problemom w nauce języka, takie jak zaburzenia słuchu, niskie wyniki w niewerbalnych testach inteligencji czy uszkodzenia neurologiczne [Leonard, 2006, s. 13].

Leonard wskazuje, iż dzieci z SLI mają obniżone wyniki w standaryzowanych testach językowych, jednakże nie występują u nich nieprawidłowości w obrębie narządów zmysłów, a budowa i działanie narządu artykulacyjnego są w normie. W wywiadzie nie stwierdza się zaburzeń w funkcjonowaniu centralnego systemu nerwowego, brak też danych o zaburzeniach czy uszkodzeniach [Smoczyńska, 2000, s. 45; Leonard, 2006, s. 23–35]. Warto zauważyć, iż objawy SLI różnią w zależności od języka [Leonard, 2006, s. 127] oraz obejmują wszystkie podsystemy języka [Krasowicz-Kupis, 2012, s. 80]. Magdalena Smoczyńska wskazuje, że SLI to:

[...] wybiórcze upośledzenie rozwoju językowego, mające charakter samoistny, a więc takie, które nie towarzyszy innym defektom wrodzonym czy też zaburzeniom o charakterze pierwotnym, takim jak np. głuchota, upośledzenie umysłowe, defekty wrodzone lub urazy mózgu czy też autyzm [Smoczyńska, 2000, s. 45].

Według badaczki u dzieci z SLI nie występują objawy autyzmu, a poziom rozwoju społeczno-emocjonalnego jest w normie [Smoczyńska, 2000, s. 45]. Z kolei Grażyna Krasowicz-Kupis [2012, s. 137] zwraca uwagę, że specyficzne zaburzenia językowe mają wpływ na funkcjonowanie społeczno-emocjonalne danego dziecka, podobny pogląd wyraża również Ewa Czaplewska [2012, s. 152–155].

Z założenia SLI miało być „szeroką definicją operacyjną”, w której podstawą nie jest szczegółowa charakterystyka danego typu zaburzenia, ale wyniki testowe osiągnięte przez dziecko [Smoczyńska, 2000, s. 45–46]. Ufano, iż termin

5 Na gruncie polskim skrót SLI był różnie rozwijany. Magdalena Smoczyńska w 2000 r. proponowała, aby SLI tłumaczyć jako „specyficzne zaburzenie rozwoju językowego” [Smoczyńska, 2000, s. 45], natomiast Ewa Czaplewska wskazuje, iż tłumaczeniem bardziej precyzyjnym i zgodnym z oryginałem jest „specyficzne zaburzenie językowe” [Czaplewska, 2012, s. 11].

ten zastąpi w literaturze zachodniej terminy, takie jak na przykład *infantile speech*, *developmental aphasia*, *word deafness*, *developmental language disorder*, *developmental language impairment*, *specific language deficit*. Był on używany również w miejsce określeń odnoszących się do osiowego objawu (którym jest opóźnienie rozwoju mowy), takich jak *delayed language* i *language-delayed* [Smoczyńska, 2000, s. 45]. Taka różnorodność terminologii i chaos w zakresie jej używania sprawiały, że naukowcom i praktykom trudno było zorientować się w wynikach badań prowadzonych w innych ośrodkach [Smoczyńska, 2000, s. 45].

Developmental language disorder (DLD)

Na początku 2000 roku zaczęto zastanawiać się nad zasadnością istnienia terminu *SLI*. Wątpliwości te doprowadziły do powołania w 2015 r. pod przewodnictwem Dorothy V .M. Bishop międzynarodowej grupy ekspertów w ramach projektu CATALISE, którego celem było znalezienie konsensusu w kwestii terminologii i kryteriów diagnostycznych, które służyłyby identyfikacji dzieci z zaburzeniami językowymi (*language disorders*) [por. Volkers, 2018]. Większość uczestników projektu CATALISE zgodziła się, iż termin *developmental language disorder (DLD)*⁶, odnoszący się do długotrwałego problemu z językiem, który znacząco wpływa na funkcje społeczne lub edukacyjne, lepiej ujmuje charakter problemu niż określenie *SLI* [Bishop i in., 2017; McGregor i in., 2020, s. 38].

Badacze skupieni wokół projektu CATALISE zdecydowali również, że *language disorder (LD)* jest swego rodzaju „terminem-parasolem” i obejmuje dwie podgrupy. Pierwszą z nich tworzą dzieci, u których występuje pewien „stan biomedyczny” (taki jak zespół Downa czy niepełnosprawność intelektualna), który może mieć wpływ na rozwój językowy. W takich przypadkach zalecana jest diagnoza *language disorder associated with X* (czyli „zaburzenia językowe związane z X”, gdzie X oznacza stan biomedyczny). Drugą grupę tworzą dzieci z *developmental language disorder (DLD)*, u których trudności językowe nie są związane ze znanym stanem biomedycznym (takim jak np. uszkodzenie mózgu, porażenie mózgowe, ASD lub niepełnosprawność intelektualna), jednakże mogą one współistnieć z zaburzeniami w obrębie uwagi, koordynacji ruchowej, umiejętności czytania i pisanie czy przetwarzania słuchowego [Volkers, 2018]. Do kategorii *language disorder* nie zalicza się *late talkers* (poniżej piątego roku życia), nieskomplikowanych problemów fonologicznych u dzieci w wieku przedszkolnym oraz ograniczeń językowych spowodowanych brakiem ekspozycji na język ojczysty [Volkers, 2018].

⁶ *Developmental language disorder* nie jest terminem uwzględnionym w DSM-5. Szczegółowego omówienia tego, w jaki sposób termin *DLD* odnosi się do etykiet używanych w DSM-5, dokonuje Rhea Paul [2020].

SLI a DLD – ustalenia terminologiczne

SLI jest terminem używanym na świecie od 1980 r., natomiast termin DLD po raz pierwszy został użyty w 1961 r., ale szczególną nośność zyskał od 2017 r. W literaturze anglojęzycznej wciąż toczy się dyskusja dotycząca relacji pomiędzy tymi terminami. W opinii wielu badaczy termin DLD jest alternatywą dla SLI. Warto jednak zastanowić się, czy zakresy znaczeniowe tych terminów się pokrywają.

Analiza literatury przedmiotu wskazuje, iż termin DLD, podobnie jak SLI, odnosi się do znaczących i długotrwałych problemów w rozwoju „języka receptywnego”⁷ (*receptive language*) lub „ekspresywnego” (*expressive language*). Nie ma natomiast zastosowania do problemów językowych, które są częścią szerszych zaburzeń rozwojowych, takich jak ASD lub zespół Downa. W przeciwieństwie do SLI termin DLD może odnosić się do problemów językowych u osób, które mają współwystępujące zaburzenia, wpływające na funkcje poznawcze, czuciowo-ruchowe lub behawioralne, ale ich związek przyczynowy z zaburzeniami językowymi jest nieznanymi⁸. Na przykład można zdiagnozować dziecko jako mające DLD i ADHD [McGregor i in., 2020, s. 39]. Grażyna Jastrzębowska [2019, s. 30] wskazuje, iż SLI jest „czystą postacią DLD”.

Nastąpiła również zmiana w sposobie diagnozowania tego zaburzenia. Chociaż instrukcje CATALISE nie wykluczają użycia standardowych testów, aby zidentyfikować DLD, to jednak bardziej niż na uzyskaną punktację kładą nacisk na badanie wpływu zaburzenia na funkcjonowanie społeczne i edukacyjne [Adlof, Hogan, 2019]. U dzieci z SLI wynik niewerbalnego ilorazu inteligencji musiał być wyższy niż 85⁹ [Smoczyńska, 2000, s. 45]. Tymczasem prowadzone przez lata badania wskazywały, iż funkcjonowanie językowe nie jest zależne wprost od inteligencji, dlatego też zrezygnowano z określenia „specyficzne” oraz ze wskazywania poziomu IQ. Istotne jest jednak, by wynik ten nie był na tyle niski, by spełniał kryteria niepełnosprawności intelektualnej. Aby zdiagnozować DLD u dziecka, nie musi więc być obserwowana rozbieżność pomiędzy zdolnościami werbalnymi i niewerbalnymi [Volkers, 2018].

7 Należy podkreślić, iż określenia *język ekspresywny* i *język receptywny* są krytykowane przez środowisko logopedów [por. Emiluta-Rozya, Kwasiborska-Dudek, 2020, s. 96]. Zauważa się, że słuszny jest postulat badania rozumienia mowy oraz oceny ekspresji werbalnej, natomiast użyte sformułowania mogą wprowadzać w błąd. Nie jest bowiem jasne, czy mówiąc o „języku percepcyjnym” i „języku ekspresyjnym” badacze mają na myśli *de facto* dwa rodzaje języka, czy też chodzi tu o dwie umiejętności, które wchodzi w skład mowy – komunikację nadawczą (czyli mówienie) oraz komunikację odbiorczą (rozumienie komunikatów werbalnych) [Emiluta-Rozya, Kwasiborska-Dudek, 2020, s. 96; Emiluta-Rozya, Lipiec, Więcek-Poborczyk, 2020, s. 47].

8 Badacze podkreślają, że granice między DLD a innymi zaburzeniami neurorozwojowymi nie są jasno określone [Bishop i in., 2017, s. 1077].

9 Natomiast dzieci te uzyskują niższe wyniki w skali werbalnej [Smoczyńska, 2000, s. 45]. U dzieci z DLD wynik niewerbalnego ilorazu inteligencji może być niższy, z wyjątkiem IQ poniżej 70, gdyż wiąże się to z diagnozą innego zaburzenia [Volkers, 2018].

Mabel Rice [2020] wskazuje, iż SLI i DLD nie są klinicznie równoważne. Jej zdaniem kryteria SLI upoważniają do traktowania go jako podzbioru dzieci zdefiniowanych jako DLD¹⁰. Amanda Owen Van Horne i współautorzy [b.d.] wskazują, że DLD obejmuje SLI (czyli wszystkie dzieci określane wcześniej jako mające SLI można również nazywać dziećmi z DLD), ale DLD nie równa się SLI, gdyż diagnoza DLD obejmuje też dzieci z niższym IQ i współwystępującymi zaburzeniami (np. ADHD czy dysleksją).

Termin *DLD* ma wielu zwolenników [zob. Murza, Ehren, 2020]. Rice [2020] wskazuje, iż zakładają oni często, że badania nad SLI nie przyniosły istotnych klinicznie wyników. Podkreśla jednak, że SLI jest potrzebne jako kategoria kliniczna oraz badawcza do dokładnej i precyzyjnej praktyki klinicznej, w tym diagnozy czy rokowań [Rice, 2020]. Z kolei Hope S. Lancaster i Stephen Camarata [2019] wskazują, że SLI nie jest odrębną kategorią czy też podgrupą w ramach szerszej populacji DLD. Ponadto, ich zdaniem, samo DLD jest zaburzeniem spektralnym, takim jak na przykład autyzm. McGregor i współautorzy [2020] opowiadają się za badaniem dzieci z całego spektrum DLD, gdyż w ich opinii wykluczenie dzieci z niskim, mieszczącym się w granicach normy niewerbalnym ilorazem inteligencji niesie ryzyko przeoczenia powiązań między poznaniem niewerbalnym a werbalnym u tych dzieci.

Logopedyczna diagnoza różnicowa zaburzeń ze spektrum autyzmu z SLI oraz DLD

Istotne w badaniach porównawczych jest określenie tego, co i do czego porównujemy. Wydawać by się mogło, że mamy tu jasną sytuację. Staramy się bowiem wskazać, jakie są podobieństwa i różnice pomiędzy ASD a DLD. I tu napotykamy pierwszy problem – w analizach porównawczych dotyczących rozwoju językowego u osób z ASD i DLD badacze odwołują się *de facto* do literatury dotyczącej SLI. Niestety, w literaturze przedmiotu można zauważyć niekonsekwencję – wielu autorów stosuje terminy *SLI* i *DLD* wymiennie, np. Natasa Georgiou i George Spanoudis [2021] wskazują, że coraz więcej badań koncentruje się na analizie deficytów językowych i komunikacyjnych obserwowanych u dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, takimi jak DLD i ASD i jako przykład podają artykuły, w których autorzy zajmują się *de facto* SLI [por. Riches i in., 2008; Williams, Botting, Boucher, 2008]. Należy zaznaczyć, iż nie ma jeszcze tak wielu badań dotyczących DLD, jak ma to miejsce w przypadku SLI [Leonard, 2020, s. 10].

¹⁰ Warto jednak zauważyć, że w opinii niektórych badaczy SLI nie jest podgrupą DLD o znaczeniu naukowym, mimo iż mogą istnieć uzasadnione powody, aby badać dzieci, które mają znaczące problemy językowe, ale średni lub wysoki niewerbalny poziom inteligencji oraz nie mają istotnych problemów w innych obszarach [McGregor i in., 2020].

Trudności obejmują również kwalifikację dzieci do danej grupy badawczej. O ile w przypadku dzieci z ASD nie ulega wątpliwości, że tworzą bardzo niejednorodną grupę (mimo to można na podstawie pewnych konkretnych kryteriów ją wyodrębnić), o tyle w przypadku DLD nie jest to tak oczywiste. Pierwszą kwestią, którą należy ustalić, jest wskazanie, czy w danym badaniu zostało przyjęte wąskie rozumienie zaburzeń językowych, np. w ujęciu Leonarda [2006] – określane jako SLI, czy szersze – DLD (np. to zgodne z konsensusem CATALISE). Kolejnym problemem jest kwalifikacja dzieci do celów badawczych. Naukowcy stosują tu zarówno kryteria włączenia, jak i wykluczenia. W przypadku SLI za kryterium włączające uznawane są: poziom rozwoju mowy niższy od przeciętnego, brak zaburzeń słuchu i zaburzeń neurologicznych, przynajmniej przeciętny poziom rozwoju intelektualnego, brak zaburzeń somatycznych, mogących wpływać na nieprawidłowości rozwoju mowy oraz wystarczająco sprzyjające rozwojowi dziecka środowisko rodzinne [zob. Czaplewska, 2012, s. 174]. Natomiast do czynników wykluczających zaliczane są m.in.: opóźnienie rozwoju mowy wyłącznie w aspekcie fonologicznym, inteligencja niższa niż przeciętna, zbyt niski poziom rozumienia mowy, choroby, wysiękowe zapalenie ucha czy patologiczne środowisko wychowawcze [Czaplewska, 2012, s. 174]. Badacze, którzy zajmują się SLI, wykluczają z badania również dzieci mające zaburzenia mogące odpowiadać za trudności językowe, takie jak np. ASD. Warto jednak zauważyć, iż w literaturze dotyczącej SLI nie ma jednolitego standardu wykluczenia. Z kolei w przypadku DLD zdaniem niektórych badaczy fenotyp DLD jest błędnie charakteryzowany, gdyż jest sztucznie zawężany. Z badania są bowiem wykluczane dzieci, które mają różne współwystępujące nieprawidłowości [McGregor i in., 2020, s. 39].

Różnicowanie ASD i DLD

Obecnie prowadzone są badania, w których porównuje się umiejętności językowe dzieci z ASD, z DLD i dzieci neurotypowych – typowo rozwijających się (TD). Na przykład Georgiou i Spanoudis [2021], którzy przebadali 103 dzieci pomiędzy szóstym a dwunastym rokiem życia (40 z autyzmem, 28 z DLD i 35 typowo rozwijających się), zauważyli, iż w grupie dzieci z autyzmem istnieje podgrupa mających trudności językowe podobne do tych, które można obserwować u dzieci z DLD. Doprowadziło to do wyróżnienia w obrębie populacji osób z ASD dwóch grup: *autism spectrum disorder with language impairment* (ASD-LI) oraz *autism spectrum disorder without language impairment* (ALN) [Georgiou, Spanoudis, 2021]. Badacze wskazują, iż w podgrupie ASD-LI obserwowane są wspólne cechy ASD i DLD. Niektórzy autorzy w tym obszarze identyfikują nakładanie się obu zaburzeń pomimo

wyraźnego zaznaczenia, iż charakteryzują się one różnymi objawami [Georgiou, Spanoudis, 2021, s. 3]¹¹.

Analizując umiejętności językowe osób z DLD i ASD, wskazuje się, że u tych, u których zdiagnozowano DLD, istnieją trudności w obszarach związanych ze strukturalnymi aspektami języka, takimi jak fonologia, morfologia, składnia i semantyka. Natomiast w przypadku osób z autyzmem obserwuje się trudności z pragmatyką [Georgiou, Spanoudis, 2021]. Jednakże niektóre badania wskazują, że dzieci z DLD również mają trudności w obrębie pragmatyki [Roqueta, Katsos, 2020], a dzieci z ASD ze strukturalnymi aspektami języka [Tager-Flusberg, Lord, Paul, 2005; Sadowska, 2020]. Warto zauważyć, że w przypadku osób z DLD trudności z pragmatyką mają charakter wtórny do trudności systemowych. Tworzenie wypowiedzi adekwatnych do danej sytuacji może być utrudnione, gdy dziecko ma problemy w obrębie podsystemu syntaktycznego, morfologicznego czy leksykalnego.

Matthew Walenski, Helen Tager-Flusberg i Michael T. Ullman [2006] wskazują na trzy ważne obszary w badaniach nad językiem i komunikacją u osób z ASD: deficyty pragmatyczne, gramatykę i leksykę oraz tzw. mowę formalną. Zaburzenia w obrębie pragmatyki (która obejmuje zarówno werbalne, jak i niewerbalne aspekty komunikacji) są bardzo częste u osób z ASD – zarówno u tych z diagnozą autyzmu dziecięcego, jak i zespołu Aspergera [Walenski, Tager-Flusberg, Ullman, 2006], natomiast w przypadku DLD nie ma jednoznacznych ustaleń w tym zakresie [Georgiou, Spanoudis, 2021]. Ewa Czaplewska wskazuje, iż: „zdarza się, że dzieci z SLI ze współwystępującymi trudnościami pragmatycznymi bywają błędnie rozpoznawane jako osoby z autyzmem” [Czaplewska, 2012, s. 170], natomiast Grażyna Krasowicz-Kupis [2012, s. 73] zauważa, iż sprawności pragmatyczne wskazywane były jako mocna strona osób z SLI, jednakże wiele badań poddało to założenie w wątpliwość. Autorka ta zauważyła również, iż często wskazuje się na współwystępowanie SLI i autyzmu u dzieci przedszkolnych [Krasowicz-Kupis, 2012]. Biorąc pod uwagę gramatykę, widać pewną niejednorodność otrzymanych wyników w przypadku osób z ASD, gdyż nie wszystkie osoby z tym zaburzeniem przejawiają trudności w tym zakresie [Kjelgaard, Tager-Flusberg, 2001, s. 287–308], mimo iż mogą one występować u części badanych [Tager-Flusberg, 1981, s. 5–24].

Developmental language disorder, podobnie jak ASD, to niejednorodne zaburzenie [Georgiou, Spanoudis, 2021] – jego objawy mogą dotyczyć ekspresji, umiejętności receptywnych lub też być połączeniem obu [Bishop, 1997, s. 278].

11 Możliwe powiązania między ASD i DLD wymagają dodatkowych badań. Z jednej strony wskazuje się, iż są to dwa różne zaburzenia, a wszelkie wspólne podstawy przypisywane są powierzchownym podobieństwom [Whitehouse, Barry, Bishop, 2008], z drugiej zaś, że oba zaburzenia składają się z różnych przejawów tej samej patologii i leżą na tym samym kontinuum [Bishop, 2010]. Nadal trwa debata na temat tego, czy istnieje wspólny fenotyp etiologiczny między DLD i ASD [Georgiou, Spanoudis, 2021, s. 3].

W przypadku osób z ASD dość trudno dokonywać wiarygodnych pomiarów, na przykład w zakresie badania umiejętności rozumienia, zwłaszcza gdy ocenie poddawane są małe dzieci lub te, które reagują nietypowo [Gernsbacher, Morson, Grace, 2015, s. 880]. W badaniach dotyczących komunikacji czy też językowego funkcjonowania osób z ASD podejmowane są różne problemy, m.in. czy w przypadku ASD mamy do czynienia z opóźnieniem czy też zaburzeniem języka¹² [Gernsbacher, Morson, Grace, 2015, s. 882]. Chociaż wyniki większości badań, których celem była analiza określonych aspektów języka (a nie tylko uzyskanie ogólnych pomiarów w standaryzowanych testach), sugerują, że rozwój języka u dzieci z autyzmem i neurotypowych jest jakościowo podobny, a także przebiega w tej samej kolejności [Gernsbacher, Morson, Grace, 2015, s. 882], to jednak zdaniem wielu autorów jest on niezwykle niejednorodny [Walenski, Tager-Flusberg, Ullman, 2006]. Odpowiedź na pytanie o to, czy rozwój języka u dzieci z autyzmem jest opóźniony w porównaniu do typowego rozwoju języka, nie jest jednoznaczna i będzie też w dużej mierze zależna od przyjętego sposobu badania [Gernsbacher, Morson, Grace, 2015, s. 879]. Tak więc analizując rozwój języka w autyzmie, warto zauważyć, iż kwestia nie dotyczy tylko tego, czy jest to rozwój w normie, czy też jest on w jakimś stopniu opóźniony. Tym, co wydaje się cechą charakterystyczną, jest pewna niejednorodność, różnorodność, zmienność, często bardzo ekstremalna [por. Gernsbacher, Morson, Grace, 2015, s. 881]. Już ten skrótowy przegląd wskazuje, iż bardzo trudno wskazać na wyraźne różnice pomiędzy DLD a ASD.

Podsumowanie

Aby móc skutecznie pomagać osobom z trudnościami rozwojowymi i nieprawidłowościami w rozwoju języka, istotne jest, aby trafnie rozpoznać specyfikę ich funkcjonowania, co wiąże się między innymi z przeprowadzeniem diagnozy różnicowej [Gerc, Jurek, 2019, s. 33]. Krzysztof Gerc i Marta Jurek wskazują, że „[...] rzadko jednak zdarza się, by niepełnosprawność występowała w sposób charakterystyczny dla jednego wzorca psychopatologicznego, przypisanego konkretnemu zaburzeniu czy chorobie” [Gerc, Jurek, 2019, s. 33]. Zdaniem przywołanych autorów ważne jest, aby charakteryzować wszystkie rozpoznane u danej osoby zaburzenia, a nie tylko te pierwotne [Gerc, Jurek, 2019, s. 33].

W przypadku DLD i ASD trudno dokonać diagnozy różnicowej, szczególnie jeśli weźmiemy pod uwagę fakt, że zaburzenia te mogą współwystępować ze sobą, wpływając na większość sfer funkcjonowania danej osoby [Krasowicz-Kupis,

12 O trudnościach terminologicznych w tym zakresie piszą szerzej Danuta Emiluta-Roza i Joanna Kwasiborska-Dudek [2020].

2020, s. 359]. Jak zauważa Grażyna Krasowicz-Kupis [2020, s. 359], podobieństwa pomiędzy tymi zaburzeniami dotyczą problemów językowych i pragmatycznych. Tym, co ewidentnie różnicuje dzieci z ASD od dzieci z DLD, są ograniczone i powtarzalne wzorce zachowań i zainteresowań, które obserwuje się u tych pierwszych¹³. U dzieci z ASD trudności obejmują często szersze aspekty niż tylko językowe, np. umiejętność odczytania wyrazu twarzy lub mowy ciała. Wyniki licznych badań dowodzą, że istnieje wiele podobieństw dotyczących zdolności językowych dzieci z autyzmem i z DLD [Kjelgaard, Tager-Flusberg, 2001] – nie dotyczy to jednak wszystkich grup osób z ASD. Z drugiej strony niektórzy badacze wskazują, iż podobieństwa w grupie osób z ASD i DLD są po prostu powierzchowne [Georgiou, Spanoudis, 2021].

Dostępne obecnie wyniki badań w tym zakresie dostarczają niejednokrotnie sprzecznych wyników. Najważniejszą sprawą wydaje się przede wszystkim uporządkowanie kwestii terminologicznych oraz ustalenie ich zakresów znaczeniowych, gdyż obecna sytuacja nie sprzyja precyzyjnej wymianie informacji. Laura Green [2000, s. 4], analizując stosowanie terminów *SLI* i *DLD*, wskazuje, iż brak konsensusu w sprawie etykietowania odgrywa ważną rolę nie tylko w diagnostyce i możliwości zapewnienia adekwatnego wsparcia w szkołach, ale terminologia ma również wpływ na życie dzieci, które wykazują deficyty językowe, i ich rodziców. Niezależnie od tego, w jaki sposób badacze konceptualizują problemy językowe u dzieci (nazywając je *SLI* czy *DLD*), nie powinno mieć to wpływu na to, czy dane dziecko będzie mogło skorzystać z opieki logopedycznej. Precyzyjne etykiety są ważne, ale szczególnie istotne jest rozpoznanie w procesie diagnostycznym trudności, możliwości, deficytów i potrzeb dziecka, stworzenie jego pełnego profilu. Aby to było możliwe, potrzebne jest całościowe, interdyscyplinarne podejście do pacjenta, co wiąże się z koniecznością współpracy wielu specjalistów.

Literatura


- Adlof S.M., Hogan T.P., 2019, *If we don't look, we won't see: Measuring language development to inform literacy instruction*, „Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences”, No. 6, s. 210–217.
- Bishop D.V.M., 1997, *Uncommon Understanding: Development and Disorders of Language Comprehension in Children*, Hove: Psychology Press.
- Bishop D.V.M., 2010, *Overlaps between autism and language impairment: Phenomimicry or shared etiology*, „Behavior Genetics”, No. 40, s. 618–629.
- Bishop D.V.M., Snowling M.J., Thompson P.A., Greenhalgh T., CATALISE–2 Consortium, 2017, *Phase 2 of CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems*

13 Czynnikiem różnicującym w przypadku dzieci spełniających kryteria *SLI* będzie też umiejętność przekazywania intencji komunikacyjnej. Ewa Czaplewska zauważa: „[...] dzieci z *SLI* chcą i potrafią rozumieć się z innymi ludźmi” [Czaplewska, 2012, s. 298].

- with language development: Terminology*, „The Journal of Child Psychology and Psychiatry”, Vol. 58(10), s. 1068–1080.
- Chojnicka I., Ines M. de, Kwasiborska-Dudek J., 2020, *Zaburzenie ze spektrum autyzmu – kryteria diagnostyczne, uwarunkowania genetyczne i neurobiologiczne*, [w:] J. Kwasiborska-Dudek, D. Emiluta-Roza, *Diagnoza i terapia logopedyczna małego dziecka z zaburzeniem ze spektrum autyzmu (ASD)*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 15–32.
- Czaplewska E., 2012, *Rozumienie pragmatycznych aspektów wypowiedzi przez dzieci ze specyficznym zaburzeniem rozwoju językowego (SLI)*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Emiluta-Roza D., Kwasiborska-Dudek J., 2020, *Opóźniony rozwój mowy czy zaburzony rozwój komunikacji werbalnej i niewerbalnej u dzieci z ASD – diagnozowanie i formy zaburzeń komunikacji w ASD*, [w:] D. Emiluta-Roza, J. Kwasiborska-Dudek (red.), *Diagnoza i terapia logopedyczna małego dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD)*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 89–131.
- Emiluta-Roza D., Lipiec D., Więcek-Poborczyk I., 2020, *Komunikacja niewerbalna i werbalna dzieci z ASD oraz dzieci rozwijających się prawidłowo – uściślenia terminologiczne*, [w:] D. Emiluta-Roza, J. Kwasiborska-Dudek (red.), *Diagnoza i terapia logopedyczna małego dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu (ASD)*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 33–50.
- Gałecki P., Pilecki M., Rymaszewska J., Szulc A., Sidorowicz S., Wciórka J. (red.), 2018, *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*, Wrocław: Wydawnictwo EDRA Urban & Partner.
- Georgiou N., Spanoudis G., 2021, *Developmental Language Disorder and Autism: Commonalities and Differences on Language*, „Brain Science”, Vol. 11, No. 589, s. 1–29.
- Gerc K., Jurek M., 2019, *Zaburzenia ze spektrum autyzmu w perspektywie diagnozy różnicowej*, „Eruditio et Ars”, nr 1(2), s. 30–38.
- Gernsbacher M.A., Morson E.M., Grace E.J., 2015, *Language Development in Autism*, [w:] G. Hickok, S. Small (red.), *Neurobiology of Language*, New York: Academic Press, s. 879–886.
- Green L.B., 2020, *The Specific Language Impairment/Developmental Language Disorders forum: Fostering a discussion of terminology*, „Perspectives of the ASHA Special Interest Groups”, Vol. 5(1), s. 3–5.
- Jastrzębowska G., 2019, *Zaburzenia neurorozwojowe. Zmiany w podejściu teoretycznym i diagnostycznym*, „Logopedia”, t. 48, nr 1, s. 27–45.
- Kjelgaard M.M., Tager-Flusberg H., 2001, *An investigation of language impairment in autism: Implications for genetic subgroups*, „Language and Cognitive Processes”, No. 16, s. 287–308.
- Krasowicz-Kupis G., 2012, *SLI i inne zaburzenia językowe*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Krasowicz-Kupis G., 2020, *Zaburzenia mowy i komunikacji*, [w:] I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, A.R. Borkowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 352–365.
- Lancaster H.S., Camarata S., 2019, *Reconceptualizing developmental language disorder as a spectrum disorder: Issues and evidence*, „International Journal of Language & Communication Disorders”, Vol. 54(1), s. 79–94.
- Leonard L.B., 2006, *SLI – specyficzne zaburzenie rozwoju językowego*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Leonard L.B., 2020, *A 200-year history of the study of childhood language disorders of unknown origin: Changes in terminology*, „Perspectives of the ASHA Special Interest Groups”, Vol. 5(1), s. 6–11.

- McGregor K., Goffman L., Owen Van Horne A., Hogan T.P., Finestack L.H., 2020, *Developmental language disorder: Applications for advocacy, research and clinical service*, „Perspectives of the ASHA Special Interest Groups”, Vol. 5(1), s. 38–46.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta, 2010, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Murza K.A., Ehren B.J., 2020, *Considering the language disorder label debate from a school speech-language pathology lens*, „Perspectives of the ASHA Special Interest Groups”, Vol. 5(1), s. 47–54.
- Owen Van Horne A., Ebbels S., Redmond S., Finestack L., b.d., *SLI, PLI, LLD, or DLD? A debate on terminology in child language research programs*, University of Delaware, https://cpb-us-w2.wpmucdn.com/sites.udel.edu/dist/9/6467/files/2018/12/ASHA_DLD_Presentation-pvuker.pdf (dostęp: 25.05.2021).
- Paul R., 2020, *Children’s language disorders: What’s in a name?*, „Perspectives of the ASHA Special Interest Groups”, Vol. 5(1), s. 30–37.
- Rice M.L., 2020, *Clinical lessons from studies of children with specific language impairment*, „Perspectives of the ASHA Special Interest Groups”, Vol. 5(1), s. 12–29.
- Riches N.G., Loucas T., Baird G., Charman T., Simonoff E., 2010, *Sentence repetition in adolescents with Specific Language Impairments and autism: An investigation of complex syntax*, „International Journal of Language & Communication Disorders”, No. 45, s. 47–60.
- Roqueta C.A., Katsos N., 2020, *A distinction between linguistic and social pragmatics helps the precise characterization of pragmatic challenges in children with autism spectrum disorders and developmental language disorder*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, No. 63, s. 1494–1508.
- Rymarczyk K., 2021, *Mózgowe podłoże rozwoju mowy w autyzmie*, „Poradnik Językowy”, nr 6(785), s. 39–51.
- Sadowska E., 2020, *Zachowania komunikacyjne dzieci z autyzmem. Wpływ deficytów kompetencji komunikacyjnej na sposób porozumiewania się dzieci z autyzmem*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Smoczyńska M., 2000, *Wczesna interwencja u dzieci z opóźnionym rozwojem mowy*, [w:] H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkova (oprac.), *Teoretyczne podstawy metod usprawniania mowy. Afazja. Zaburzenia rozwoju mowy*, Warszawa: Pomagisterskie Studium Logopedyczne Wydziału Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego i Sekcja Logopedyczna Towarzystwa Kultury Języka, s. 45–54.
- Tager-Flusberg H., 1981, *Sentence comprehension in autistic children*, „Applied Psycholinguistics”, No. 2, s. 5–24.
- Tager-Flusberg H., Lord C., Paul R., 2005, *Language, and communication in autism*, [w:] F. Volkmar, R. Paul, A. Klin, D. Cohen (red.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, Hoboken: John Wiley & Sons, s. 335–364.
- Volkers N., 2018, *Diverging views on language disorders*, „The ASHA Leader”, Vol. 23(12), s. 44–53.
- Walenski M., Tager-Flusberg H., Ullman M.T., 2006, *Language in Autism*, [w:] S.O. Moldin, J.L.R. Rubenstein (red.), *Understanding Autism: From Basic Neuroscience to Treatment*, Boca Raton: CRC Press, s. 175–204.
- Whitehouse A.J.O., Barry J.G., Bishop D.V.M., 2008, *Further defining the language impairment of autism: Is there a Specific Language Impairment subtype?*, „Journal of Communication Disorders”, No. 41, s. 319–336.
- Williams D., Botting N., Boucher J., 2008, *Language in Autism and Specific Language Impairment: Where Are the Links?*, „Psychological Bulletin”, No. 134, s. 944–963.

- Wilson E.C., Gillan N., Spain D., Robertson D., Roberts G., Murphy C.M., Maltezos S., Zinkstok J., Johnston K., Dardani Ch., Ohlsen Ch., Deeley P.Q., Craig M., Mendez M.A., Happé F., Murphy D.G.M., 2013, *Comparison of ICD-10R, DSM-IV-TR and DSM-5 in an Adult Autism Spectrum Disorder Diagnostic Clinic*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, Vol. 43, issue 11, s. 2515–2525.
- Wing L., 1997, *Syndromes of Autism and Atypical Development*, [w:] D.J. Cohen, F.R. Volkmar (red.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, New York: John Wiley & Sons, s. 148–170.

 creative commons	© by the author, licensee Łódź University - Łódź University Press, Łódź, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) Data złożenia: 31.12.2021. Data przyjęcia: 20.10.2022.
---	---

Julita Sobańska* 

Ocena słuchu fonematycznego dziecka z alalią prolongatą. Studium przypadku

Assessment of Phonemic Hearing a Child with Alalia Prolongata.
A Case Study

Słowa kluczowe: słuch fonematyczny, zaburzenia słuchu fonematycznego, alalia prolongata

Keywords: phonemic hearing, phonemic hearing disorders, alalia prolongata

Streszczenie

Słuch fonematyczny pozwala właściwie dekodować znaczenie wyrazów, rozpoznawać sylaby i różnicować głoski, zapewniając odbiór dźwięków mowy na podstawie czynności recepcji, rozróżniania, różnicowania i pamięci słuchowej. Zaprezentowane w artykule wyniki testu słuchu fonematycznego sześciolatniego dziecka z alalią prolongatą wskazują podstawowe trudności, wyznaczają potrzeby programowe, a jednocześnie nakreślają perspektywę zadań edukacyjnych i terapeutycznych. Utrzymujące się deficyty w rozwoju mowy i artykulacji wraz z zaburzeniami słuchu fonematycznego mogą mieć decydujący wpływ na ocenę gotowości szkolnej, a następnie pomyślny start na etapie edukacji wczesnoszkolnej.

Abstract

Phonemic hearing allows you to properly decode the meaning of words, recognize syllables and differentiate sounds, ensuring the reception of speech sounds based on the activities of reception, differentiation, differentiation and auditory memory. The results of the phonemic hearing test of a 6-year-old child with alalia prolongata presented in the work indicate basic difficulties, define program needs, and at the same time outline the perspective of educational

* Niepubliczna Placówka Doskonalenia Nauczycieli Centrum Usług Dydaktycznych, ul. Kotuli 3A, 35-122 Rzeszów, e-mail: julita.sobanska@wp.pl, <https://orcid.org/0000-0002-8672-2447>

and therapeutic tasks. Persistent deficits in speech and articulation development together with phonemic hearing disorders may have a decisive impact on the assessment of school readiness, and then a successful start at the stage of early school education.

Wprowadzenie

W celu opisanie i wyjaśnienia umiejętności słuchowego odbierania dźwięków mowy i umysłowego przetwarzania ich na znaki językowe (sygnały i symbole) używa się terminów „słuch fonemowy”, „fonematyczny”, „fonetyczny”, „mowny”. Określają one zdolność do odróżniania i identyfikowania jednostek fonicznych strumienia mowy [por. Krakowiak, 2012, s. 65]. Tworzona aparatura pojęciowa, modele teoretyczne i badania empiryczne zmierzają do opisanie z różnych punktów widzenia zdolności człowieka do świadomego rozpoznawania w strumieniu mowy jednostek językowych z poziomu pierwszej artykulacji (morfemów, wyrazów i ich grup) na podstawie umiejętności zautomatyzowanego i nieuświadomionego identyfikowania układów złożonych z jednostek drugiej artykulacji (fonemów) [Krakowiak, 2012, s. 65].

Dotychczasowa wiedza na temat neuropsychologicznego przebiegu tego procesu nie odpowiada jednoznacznie na pytania, czy rozpoznawanie konkretnych realizacji fonemów jest oparte na słuchowym ustaleniu cech bodźców odpowiadających kolejnym głoskom, czy jest wynikiem bardziej złożonych czynności umysłowego przetwarzania zbiorów danych sensoryczno-motorycznych i zgromadzonego wcześniej doświadczenia językowego, które pozwalają na zidentyfikowanie najpierw jednostek wyższego rzędu (zdań, wyrazów, morfemów), a dopiero potem dostrzeganie ich składników [por. Rocławski, 1991, s. 17–18; zob. Kurcz, 1992, s. 43–54].

Liczne wątpliwości badaczy, dotyczące zarówno mechanizmów percepcji ciągu fonicznego, jak i reguł ustalania się inwentarza fonemów w umyśle dziecka, dowodzą, że to, co Leon Kaczmarek określił jako wyabstrahowanie ze słyszanych wypowiedzi pełnego systemu fonologicznego i jego bierne opanowanie, z trudem poddaje się opisowi w relacji do słuchu fonematycznego [por. Domagała, Mirecka, 2002, s. 12]. Narzucające się analogie (np. do strukturalistycznych metod analizy lingwistycznej) stają się źródłem skrajnych poglądów i koncepcji dotyczących tego zagadnienia [Domagała, Mirecka, 2002, s. 12].

Mając świadomość wielowymiarowej problematyki, przyjęte w niniejszej pracy rozumienie terminu „słuch fonematyczny” odnosi się do cech i jednostek języka w aspekcie segmentalnym: cech fonemicznych oraz ich zespołów – fonemów [por. Domagała, Mirecka, 2002, s. 11].

Celem pracy jest ocena słuchu fonematycznego sześciolatniego chłopca z alalią prolongatą i odpowiedź na pytania: „Ilu fonemów dziecko nie rozróżnia?”, „Które

fonemy sprawiają chłopcu trudność w słuchowym odróżnianiu?”, „Czy u dziecka występują zaburzenia słuchu fonematycznego?”, „Co jest przyczyną trudności w słuchowym rozróżnianiu fonemów?”.

Słuch fonematyczny – perspektywa teoretyczna

Słuch fonematyczny jest zdolnością, która pozwala właściwie dekodować znaczenie wyrazów, rozpoznawać sylaby i różnicować głoski, zapewniając odbiór dźwięków mowy na bazie czynności recepcji, rozróżniania, różnicowania i pamięci słuchowej. Owa sprawność umożliwia utożsamianie lub różnicowanie wybranych odcinków ciągu fonicznego, a także ich identyfikowanie na podstawie ukształtowanych w umyśle wzorców [Domagała, Mirecka, 2002, s. 11].

Termin „słuch fonematyczny”, jak twierdził Józef Tadeusz Kania [1982], przeniesiono do polskiej literatury logopedycznej z tradycji radzieckiej. Posługiwał się nim Aleksander Romanowicz Łuria, jeden z czołowych twórców neuropsychologii i neurologiwistyki [Rocławski, 2010, s. 5].

Z rozważań zapoczątkowanych przez A. Łurię wynika, że słuch fonematyczny może być rozumiany jako zdolność słuchowego różnicowania fonemów [Kaczmarek, 2001, s. 105–117], natomiast proces dokonywania analizy i syntezy odnosi się tylko do fonologicznych cech dźwięków mowy, a nie do podziału wyrazów na głoski i ich syntezy z głosek [Rocławski, 2010, s. 7].

Łuria jednoznacznie wiązał funkcjonowanie słuchu fonematycznego z cechami fonematycznymi [Rocławski, 2010, s. 6]. Wyróżnione przez autora artykułemu stanowią nawiązanie do pojęcia „kinemy”, czyli motorycznego wyobrażenia (modelu) głoski, wprowadzonego przez polskiego językoznawcę Jana Baudouina de Courtenay [1984, s. 36]. Rozróżnienie między akustycznym modelem głoski (czyli fonemem) a jej motorycznym schematem (kinemą) ma fundamentalne znaczenie nie tylko w badaniach dotyczących patologii mowy, lecz także w nauczaniu języków obcych [Kaczmarek, 2001, s. 105–117].

Jeśli system fonologiczny opiera się na wyodrębnieniu i przeciwstawieniu sobie znaczących cech mowy ekspresyjnej i na organizowaniu fonemów, to jest oczywiste, że analiza dźwięków mowy musi opierać się na mechanizmach korowych analizatora kinestetycznego i ruchowego. Po uszkodzeniu korowej prezentacji analizatora słuchowego zostaje zaburzona możliwość wyodrębniania istotnych cech dźwięków oraz syntetyzowania ich w stałe fonemy [Rocławski, 2010, s. 6; zob. Łuria, 1976].

Na gruncie polskiej literatury logopedycznej termin „słuch fonematyczny” pojawił się w 1975 roku. Kania w *Szkicach logopedycznych* [1982] zdefiniował to pojęcie jako umiejętność percypowania (wyodrębniania i identyfikowania) elementów

fonologicznie relewantnych – istotnych i pomijania cech dla procesu porozumiewania się redundantnych – nieistotnych.

W latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku nową definicję słuchu fonematycznego wprowadziła Irena Styczek [1977, s. 5], podając, że jest to umiejętność rozróżniania najmniejszych elementów składowych wyrazów, czyli fonemów (np. /a/ od /o/), a także utożsamiania różnych sposobów wymawiania danej głoski. Tworząc narzędzie badawcze, autorka wyraźnie oddzieliła słuch fonematyczny od analizy i syntezy słuchowej [Kurkowski, 1995, s. 107].

W połowie lat dziewięćdziesiątych Bronisław Rocławski wprowadził terminy „słuch fonemowy” i „słuch fonetyczny” [Kurkowski, 1998, s. 289–296]. Według badacza słuch fonemowy to zdolność do kwalifikowania wyróżnionych z potoku mowy głosek jako przynależnych do określonych fonologicznie zdeterminowanych klas głosek. Z kolei słuch fonetyczny polega na spostrzeganiu różnic między głoskami należącymi do tej samej klasy (stanowiącymi ten sam fonem) oraz różnicowaniu prozodycznych zjawisk (akcentu, intonacji zdaniowej) wypowiedzi [Kurkowski, 1995, s. 107].

Zdaniem Zdzisława Marka Kurkowskiego rozróżnianie i wyodrębnianie dźwięków mowy to rozpoznanie co najmniej dwóch wrażeń (odmiennych fonologicznie i fonetycznie) jako różnych [Grabias, 1997, s. 9–36]. Funkcję tę określił mianem „słuch mowny” – w jego ramach wyodrębnił [Grabias, 1997, s. 9–36]:

- słuch fonemowy – odróżnianie/utożsamianie dwóch wypowiedzi różnych/takich samych fonologicznie;
- słuch fonetyczny – odróżnianie różnych głosek stanowiących tę samą klasę głosek (fonemów);
- słuch prozodyczny – różnicowanie prozodycznych elementów wypowiedzi (akcentu, intonacji, tembru głosu);
- analizę i syntezę sylabową/głoskową – umiejętność świadomego wyróżniania sylab/głosek w wypowiedzi z zachowaniem ich kolejności i łączenie sylab/głosek w całość brzmieniową.

Stanisław Grabias [1997] zdefiniował słuch fonematyczny jako sprawność biologiczno-umysłową, która w znacznej mierze decyduje o procesie nabywania kompetencji językowej i sposobach jej wykorzystania. Inwentarz fonemów kształtujący się w umyśle dziecka wpływa na rozwój kompetencji fonologicznej, która – obok kompetencji morfologicznej i składniowej – wchodzi w skład kompetencji językowej [Grabias, 1997, s. 31]. Według Anety Domagały i Urszuli Mireckiej [2012, s. 143] dojrzałość słuchu fonemowego dziecka dwuletniego pozwala na opanowanie systemu fonologicznego języka ojczystego – trudności w realizacji fonemów w wymowie przypisywane są wolniejszemu wykształcaniu się wzorców kinestetyczno-ruchowych. W trzecim roku życia doskonalą się umiejętność wydzielenia głosek (segmentacji), co sprzyja zarówno poprawie wymowy, jak i opanowywaniu reguł gramatycznych [Domagała, Mirecka, 2012, s. 144].

Logopedyczną i psychologiczną perspektywę omawianego zagadnienia zaproponowały A. Domagała i U. Mirecka. Badaczki odwołały się do koncepcji funkcji słuchowych w ujęciu Marii Zalewskiej, nawiązującej do teorii percepcji Jerzego Konorskiego, i zaproponowały termin „słuch fonemowy”, definiując go jako jeden z elementów sluchu mownego, czyli zdolności odbioru dźwięków mowy, dla której istotne są: recepcja (dostrzeganie dźwięku), rozróżnianie (rozpoznawanie dwóch wrażeń dźwiękowych jako różnych), różnicowanie (utożsamianie elementów fonetycznych i fonologicznych jako różnych bądź takich samych) i pamięć (przywoływanie wzorców słuchowych) [Domagała, Mirecka, 2002, s. 7–26]. Słuch mowny odgrywa dwojaką rolę w procesie komunikowania się. Po pierwsze, jest zdolnością ukierunkowaną na nabywanie kompetencji fonologicznej (obok kompetencji składniowej i morfologicznej jeden z rodzajów kompetencji językowej) [Szelaąg, Szymaszek, 2006, s. 11–13]. Po drugie, umożliwia odbiór różnorodnych informacji istotnych dla porozumiewania się. Z pierwszą funkcją sluchu mownego wiążą się dwa jego rodzaje:

- słuch fonemowy (odnoszący się do systemu fonologicznego w jego wymiarze segmentalnym);
- fonologiczny sluch prozodyczny (odnoszący się do konwencjonalnych cech struktury jednostek suprasegmentalnych języka polskiego: akcentu, intonacji, melodii, rytmu).

Natomiast drugą funkcję sluchu mownego realizują [Domagała, Mirecka, 2002, s. 7–26]:

- fonetyczny sluch segmentalny (pozwalający na dostrzeganie różnic między głoskami będącymi realizacją tego samego fonemu);
- fonetyczny sluch prozodyczny (odnoszący się do charakterystyki suprasegmentalnej ciągu fonicznego w wymiarze różnic osobniczych, np. zależnych od emocji).

Domagała i Mirecka podają, że linia rozwojowa sluchu fonemowego przebiega w kierunku od ogólnych wzorców słuchowych do wzorców o charakterze strukturalnym. Końcowym efektem tego procesu jest odkrycie istnienia fonemu (elementarnej jednostki struktury fonologicznej wraz z zespołem przysługujących jej cech dystynktywnych), co stanowi pierwszy krok w budowaniu świadomości fonemowej, która intensywnie rozwija się podczas nauki czytania i pisania, zwłaszcza przy dominacji strategii analitycznych, opartych na relacji litera–głoska–fonem [Domagała, Mirecka, 2001, s. 68].

Przeprowadzone przez Isabelle Yoffe Liberman i współautorów badania [1967, s. 431–461; Liberman, Shankweiler, 1985, s. 8–17] dotyczące świadomości różnicowania fonemów wykazały, że tylko 30% dzieci w wieku 5–6 lat prawidłowo powtarzało słowo, wystukując jednocześnie liczbę fonemów. Natomiast w grupie siedmioletnich i ośmiolatek odnotowano 95% poprawnych odpowiedzi. Wyniki te świadczą o tym, że w okresie rozwoju mowy dzieci nie są świadome istnienia fonemów [Domagała,

Mirecka, 2002, s. 7–26]. Dopiero etap nauki czytania i pisania odkrywa przed nimi nowe, jakże trudne jednostki systemu językowego.

Potwierdziły to również polskie badania Grażyny Krasowicz-Kupis, z których wynika, że znaczny wpływ na osiągnięcia uczniów w procesie nauki czytania i pisania ma nie tylko zakończony rozwój mowy, lecz także umiejętności o charakterze metajęzykowym: analiza i synteza głoskowa, usuwanie sylab i głosek, rozpoznawanie i tworzenie aliteracji oraz świadomość rymów [por. Krasowicz-Kupis, 2008, s. 109–110].

Według Elżbiety Szelaąg i Anety Szymaszek słuch fonematyczny zabezpiecza wyodrębnianie z potoku dźwięków mowy tych cech, które odgrywają szczególną rolę w identyfikacji danego fonemu, dzięki czemu konkretny wyraz można odróżnić od innych wyrazów o odmiennym znaczeniu [Domagała, Mirecka, 2007, s. 182–183]. Należy jednak zaakcentować, że nieuzasadnione jest zawężanie kwestii percepcji mowy wyłącznie do problematyki różnicowania dźwięków mowy oraz selektywnego wyodrębniania cech fonetycznych i przeciwstawiania jednej opozycji fonetycznej innym. W złożonym procesie komunikacji różnicuje się zorganizowane ciągi słowne.

Czynność percepcji mowy nie sprowadza się wyłącznie do różnicowania jej dźwięków w sylabach i pojedynczych wyrazach oraz do wychwytywania cech dystynktywnych; [...] nieodłącznym składnikiem tego procesu jest utrzymanie w pamięci kolejnych kilku słów połączonych w związki logiczno-gramatyczne, a następnie powiązanie ich z określonymi znaczeniami [Szelaąg, Szymaszek, 2006, s. 11–13].

W literaturze przedmiotu istotny wpływ na liczbę definicji i rozumienie terminu „słuch fonematyczny” ma odniesienie badaczy do nurtu szkoły fonologicznej (praskiej szkoły strukturalnej zainspirowanej badaniami Ferdynanda de Saussure’a, szkoły kazańskiej czy też angielskiej tradycji fonologicznej) determinującej pojmowanie fonemu, a także zakres rozważań wokół problematyki słuchu fonemowego (językoznawczych, psychologicznych logopedycznych i pedagogicznych).

Słuch fonematyczny lokowany jest w obrębie kompetencji, świadomości fonologicznej utożsamianej z kompetencją bądź też ujmuje się go jako odrębną sprawność leżącą u ich podstaw, kształtującą się wcześniej [por. Domagała, Mirecka, 2002, s. 24].

Dyskusja rozmaitych środowisk, prowadzenie badań i stały związek z praktyką logopedyczną przyczyniają się do tworzenia nowych narzędzi diagnostycznych pozwalających na rozpoznanie barier utrudniających lub uniemożliwiających jednostce skuteczną komunikację językową [por. Domagała, Mirecka, 2001, s. 69].

Alalia prolongata – opis jednostki

W niniejszym artykule teoretycznie wprowadzono czytelnika w ustalony na podstawie diagnozy opisanego dziecka i przyjęty w postępowaniu terapeutycznym termin „alalia prolongata”, pomijając rys innych, bliskoznacznych jednostek nozologicznych, niejednokrotnie opisywanych w literaturze przedmiotu.

Pojęcie „alalia prolongata” zyskało w nauce wiele nazw synonimicznych, takich jak „prosty opóźniony rozwój mowy”, „opóźniony rozwój mowy”, „wycinkowy (wybiórczy) opóźniony rozwój mowy”, „wycinkowe (wybiórcze) opóźnienie w zakresie mowy”, „opóźnienie (zespół opóźnienia) mowy czynnej”, „samoistny opóźniony rozwój mowy (SORM)” [por. Stasiak, 2015, s. 239].

Alalia prolongata jest odrębną jednostką patologii mowy. Problem dotyczy zaburzonego procesu uczenia się języka przez dziecko od samego początku nabywania przez nie umiejętności językowych [Stasiak, 2015, s. 239]. W logopedycznej klasyfikacji zaburzeń mowy S. Grabias [1997] lokuje alalię w zaburzeniach mowy, w których kompetencje (językowa, komunikacyjna, kulturowa) nie wykształciły się w ogóle lub wykształciły się w stopniu niewystarczającym do prawidłowej realizacji wypowiedzi.

Alalię prolongatę należy rozumieć jako deficyt językowy i komunikacyjny, który nie jest konsekwencją innych ograniczeń zdolności psychofizycznych dziecka, tj. uszkodzeń w obrębie ośrodkowego układu nerwowego, defektów narządów zmysłów (słuch fizyczny w normie), nieprawidłowości w budowie i funkcjonowaniu aparatu artykulacyjnego, całościowych zaburzeń rozwojowych (np. autyzmu) oraz znaczne- go ogólnego upośledzenia zdolności intelektualnych [por. Stasiak, 2012, s. 356].

Jednym z podstawowych objawów tego zaburzenia jest późny start mowy (pierwsze wyrazy występują pod koniec drugiego, a nawet w trzecim roku życia dziecka). Opóźnienie rozwoju mowy może dotyczyć ekspresji, percepcji lub/i jednocześnie ekspresji i percepcji. Zaburzenie może mieć postać całkowitego braku umiejętności językowych, przekroczenia granic wiekowych rozwoju prawidłowego dla poszczególnych sprawności językowych, nieprawidłowości w zakresie któregoś lub wszystkich podsystemów języka (fonetyczno-fonologicznego, leksykalno-semantycznego, syntaktycznego oraz tekstowego). Następstwem alalii prolongaty mogą być trudności w czytaniu i pisaniu, zaburzenia w relacjach interpersonalnych, zaburzenia emocjonalne i zaburzenia zachowania [Stasiak, 2012, s. 356].

W ustaleniu etiologii zjawiska podkreśla się brak uchwytniej przyczyny opóźnień. Najczęściej wskazywany jest czynnik dziedziczny, opóźnione dojrzewanie układu neurologicznego dziecka w obrębie obszarów korowych lewej półkuli mózgu, choroby dziecka z okresu pre-, peri- i postnatalnego do pierwszego/drugiego roku życia oraz niedostateczną stymulację językową [Stasiak, 2012, s. 356].

Opóźnienie rozwoju mowy może być również podstawowym objawem niedokształcenia rozwoju języka w przebiegu innej jednostki chorobowej. Dlatego jako

takie wymaga na wstępnym etapie postępowania diagnostycznego przeprowadzenia diagnozy różnicowej [Stasiak, 2015, s. 247]. Zespół objawów właściwych w alalii prolongacie różnicuje się, między innymi na podstawie dokumentacji specjalistycznej, następującymi jednostkami patologii mowy: niedokształceniem mowy o typie afazji percepcyjnej, afazją/dysfazją rozwojową typu percepcyjnego niedokształceniem mowy o typie afazji ekspresyjnej, afazją/dysfazją rozwojową typu ekspresyjnego, dyslalią, dysglosją, mutyzmem, zaburzeniami mowy w autyzmie, zaburzeniami rozwoju mowy i języka spowodowanymi upośledzeniem umysłowym, zaburzeniami rozwoju i języka spowodowanymi niedosłuchem i głuchotą [Stasiak, 2015, s. 247].

Programowanie języka w terapii logopedycznej alalii prolongaty odwołuje się do praw warunkujących jego przyswajanie przez dzieci, u których rozwój mowy przebiega zgodnie z normą [por. Panasiuk, 2017, s. 217]. Tworzenie się w umyśle dziecka konwencjonalnych symboli językowych wynika z integralnych danych przekazywanych za pośrednictwem dróg słuchowych, czuciowych i wzrokowych. Również aktualizacja abstrakcyjnych symboli językowych powinna angażować zmysły i przebiegać kanałem ustnym (słowa), pisany (wyrazy) oraz kinetycznym (gesty) [Panasiuk, 2017, s. 217].

W opóźnieniach rozwoju mowy dobrze jest rozpocząć pracę od rozwijania językowych sprawności komunikacyjnych, tj. umiejętności posługiwania się językiem w różnych sytuacjach życia społecznego. Obejmują one [por. Stasiak, 2015, s. 254–255]:

- językową sprawność pragmatyczną (umiejętność realizacji intencji);
- językową sprawność sytuacyjną (umiejętność budowania wypowiedzi odpowiednich do sytuacji interakcyjnej);
- językową sprawność społeczną (umiejętność realizowania językowych ról społecznych).

Celem postępowania logopedycznego nie jest wypracowanie pełnej kompetencji językowej i komunikacyjnej, ale raczej zaopatrzenie dziecka w kompetencje i sprawności, które pozwolą mu skutecznie się porozumiewać [Stasiak, 2015, s. 252].

Metodologia badań

Niniejszy artykuł jest oceną funkcjonowania słuchu fonematycznego sześciolatniego chłopca z alalią prolongatą. W celu zgromadzenia danych zastosowano metodę indywidualnych przypadków, która – jak pisze Tadeusz Pilch:

[...] jest sposobem badań polegającym na analizie jednostkowych losów ludzkich uwikłanych w określone sytuacje wychowawcze [...] z nastawieniem na opracowanie diagnozy przypadku lub zjawiska w celu podjęcia działań terapeutycznych [Pilch, 1995, s. 48].

Studium przypadku, określane także jako „analiza przypadku” lub „metoda kliniczna”, wywodzi się z praktycznej działalności socjalnej [de Robertis, Pascal, 1999, s. 78], pedagogiki opiekuńczej i społecznej [Guziuk-Tkacz, 2011, s. 210]. Badaniami obejmuje się w szczególności osoby o zaburzonym rozwoju i niepoddające się zwykłym oddziaływaniom wychowawczym. Oprócz postawienia diagnozy różnego rodzaju zaburzeń metoda ma na celu także ukazanie ich przyczyn i szerszego kontekstu środowiskowego i kulturowego [Łobocki, 2003, s. 305]. Badanie przypadku zaspokaja trzy główne założenia jakościowej procedury badawczej: opis, zrozumienie, wyjaśnienie, potwierdzając często wyniki badań ilościowych [Guziuk-Tkacz, 2011, s. 210].

Metoda indywidualnych przypadków zastosowana na gruncie analiz logopedycznych daje możliwość wnikliwego i szerokiego spojrzenia na proces umiejętności słuchowych i komunikacyjnych dziecka w kontekście dotychczasowego rozwoju, czasu diagnozy, przebiegu rehabilitacji oraz wszystkich czynników, które mogłyby mieć znaczenie dla wychowania językowego dziecka [por. Kołodziejczyk, 2015, s. 148]. W prezentowanym badaniu skorzystano z następujących technik:

- wywiadu z rodzicami, skoncentrowanego na problemie;
- obserwacji uczestniczącej;
- analizy dokumentacji medycznej i pedagogicznej.

Narzędzia badawcze pomocne w zbieraniu materiału to:

- *Wywiad z rodzicami lub opiekunami dziecka*, [w:] *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym* Danuty Emiluty-Rozyi [2013];
- *Logopedyczny test dla dzieci i młodzieży* autorstwa Iwony Michalak-Widery [2009];
- *Test do badania sluchu fonematycznego u dzieci i dorosłych*, E. Szelań, A. Szymaszek [2006].

Studium przypadku

Opisany w artykule chłopiec (nazwany Jankiem) rozpoczął edukację przedszkolną w wieku 3 lat i 2 miesięcy. Podczas badań przeprowadzonych w poradni psychologiczno-pedagogicznej (potrzebę zbadania rozwoju mowy zasugerowały rodzicom nauczycielki przedszkola) zdiagnozowano u dziecka alalię prolongatą. Jak wynika z analizy dokumentacji, w tamtym czasie Janek nie potrafił: połączyć dwóch sylab (wyraz „mama” realizował jako [ma], „tata” – [xa], „kot” – [xo] itp.), nazwać przedmiotów na obrazkach, zrozumieć polecenia w zabawie tematycznej, posługiwać się zdaniami prostymi. W inwentarzu głosek występowały wszystkie samogłoski (oprócz y), spółgłoski dwuwargowe p, m, tylnojęzykowe χ, k oraz środkowejęzykowe, spośród których ż oraz ź wymawiał bezdźwięcznie. Stwierdzono prawidłową budowę języka, podniebienia twardego i miękkiego, wędzidełka podjęzykowego, warg, żuchwy, zgryzu oraz

prawidłowy tor oddechowy. Odnotowano również niezborność ruchów oraz problemy w ruchach naprzemiennych dużej i małej motoryki, utrzymującą się oburęczność w zabawach manualnych i w trakcie pracy przy stoliku (np. podczas podawania obrazków), trudności w koncentracji uwagi wzrokowej i słuchowej, a także w rozumieniu poleceń, zabawy tematycznej oraz brak zainteresowania słuchaniem czytanych książeczek.

Rodzice nie podjęli wówczas systematycznej terapii logopedycznej, mimo że takie zalecenia były zawarte w dokumentacji z poradni. Po roku edukacji przedszkolnej rodzina zmieniła miejsce zamieszkania, a co za tym idzie – chłopiec zmienił środowisko przedszkolne. W nowej placówce przeprowadzono badanie logopedyczne weryfikujące diagnozę sprzed roku, które uzupełniono wywiadem z rodzicami, wynikami obserwacji dziecka w działaniu oraz analizą dokumentacji medycznej i pedagogicznej.

W wywiadzie rodzice Janka wskazali na dziedziczenie jako możliwą przyczynę alalii prolongaty. U taty chłopca mowa rozwinęła się dopiero po czwartym roku życia. Do dziś ojciec ma wadę wymowy w postaci seplenienia bocznego w zakresie wszystkich głosek dentalizowanych, wzmożone napięcie mięśniowe w kącikach warg, natomiast obniżone w pracy języka.

Rodzina chłopca składa się z pięciu osób, Janek ma dwóch braci w wieku 10 i 12 lat. U obydwu chłopców mowa rozwinęła się później w stosunku do rówieśników. Matka ma 42 lata i jest z zawodu księgową, ojciec ma 41 lat i prowadzi własną działalność gospodarczą. Oprócz przeprowadzki do nowego domu i w związku z tym zmiany miejsca edukacji dzieci rodzina nie podała większych kryzysów, problemów czy trudnych wydarzeń z życia.

Trzecia ciąża przebiegła bez powikłań. Janek przyszedł na świat przez cesarskie cięcie w 39. tygodniu ciąży. Po urodzeniu otrzymał 10 punktów w skali Apgar.

Według rodziców rozwój ruchowy Janka przebiegał prawidłowo, aczkolwiek zgromadzone dane opisane poniżej nie do końca są zgodne z tym spostrzeżeniem. Chłopiec z opóźnieniem rozpoczął naukę samodzielnego siadania. Nie pełzał i nie raczkował na żadnym etapie rozwoju ruchowego. W wieku 12 miesięcy podejmował próby stawania. Bez asekuracji rodzica chodzenie rozpoczął w wieku 15 miesięcy. Do dziesiątego miesiąca karmiony był piersią, następnie do drugiego roku życia butelką. W diecie Janka przeważały pokarmy o konsystencji płynnej, tzw. papki i drobno starte warzywa.

W wieku niemowlęcym dziecko głużyło i gaworzyło, ale z opóźnieniem. Janek reagował na dźwięki otoczenia, odwracał głowę i wzrok w stronę dźwięku, lubił słuchać rozmów oraz śpiewu mamy. Naśladował aktywność starszych braci, wypowiadał wówczas samogłoski i ożywiał się motorycznie. Około drugiego roku życia realizował kilka sylab, a pierwsze wyrazy złożone z dwóch sylab z głoskami dwuwargowymi po trzecim roku życia.

Między drugim a trzecim rokiem życia rodzice zaobserwowali problemy z łapaniem piłki, budowaniem z klocków, jeżdżeniem na rowerku biegowym, tempem

wykonywania zadań. Janek nie lubił wysiłku fizycznego, szybko męczył się na spacerach i wymuszał noszenie na rękach. Lekarz pediatra nie zaobserwował obniżonego napięcia mięśniowego, podobnie wypowiedział się fizjoterapeuta, u którego chłopiec był konsultowany.

Z powodu częstych infekcji górnych dróg oddechowych w trzecim roku życia kilkakrotnie podawano chłopcu antybiotyki, co na krótki czas było skuteczne, po czym znowu zmagął się z przewlekłym katarą i zapaleniem ucha środkowego. Po leczeniu przeszedł serię obiektywnych badań słuchu w celu wykluczenia ubytków w percepcji po długotrwałej deprywacji słuchowej spowodowanej stanem zapalnym. Wyniki badań nie wykazały deficytów w funkcjonowaniu słuchu obwodowego ani zmienionego toru oddechowego. Ponadto w wywiadzie z rodzicami nie odnotowano innych chorób dziecka, urazów czy pobytów w szpitalu.

Pomimo trudności w komunikacji z otoczeniem Janek jest dzieckiem pogodnym, spokojnym, o łagodnym usposobieniu. Lubi przychodzić do przedszkola. Szybko adaptował się w nowej dla siebie sytuacji. Interesuje się zajęciami edukacyjnymi, szczególnie muzycznymi i zabawą z rówieśnikami. Przez nauczycielki prowadzące grupę oceniany jest jako dziecko bystre, z potencjałem do uczenia się, lubiane przez kolegów, ale infantylne i bierne.

Z uwagi na dostęp do opieki specjalistycznej w nowym przedszkolu zaproponowano rodzicom niezwłoczne rozpoczęcie systematycznej terapii logopedycznej, którą poprzedzono sesją diagnostyczną oceniającą:

- budowę i sprawność zespołu ustno-twarzowo-gardłowego;
- orientacyjne badanie słuchu;
- ocenę artykulacji;
- mowę ekspresyjną i sprawności narracyjne.

Badanie artykulacji przeprowadzono logopedycznym testem przesiewowym [Michalak-Widera, 2009] odnotowując zaburzenia o charakterze paradygmatycznym:

- mowę bezdźwięczną,
- substytucje głosek: *š, ž, č, ř* (*ś, ć*), *s* (*ś*), *z* (*t*), *c* (*ś* – w nagłosie i wygłosie, *t* – w śródgłosie wyrazów), *ř* (*t*);
- substytucję głoski *r* oraz *l* (*ł*) w każdej pozycji w wyrazie;
- utrzymującą się substytucję głosek *k* (*t*) i *g* (*t*), *f* (*x*), *n* (*m*).

Ponadto stwierdzono trudności w słuchowym rozróżnianiu samogłosek *i* od *y*, ustną realizację samogłosek nosowych oraz brak pionizacji języka.

W zakresie struktury wyrazu (badanie na podstawie zestawu *Obrazki do oceny rzeczowników, czasowników, przymiotników, przysłówków, przyimków, zaimków* [Emiluta-Rozya, 2013]) odnotowano zaburzenia o charakterze syntagmatycznym: liczne metatezy, epentezy, uproszczenia grup spółgłoskowych, ponadto ubogi słownik czynny, trudności z przypominaniem sobie nazw zwierząt, części ciała, wykonywanych czynności, a także z rozumieniem następstwa czasowego oraz przyczyny i skutku zdarzeń (ocena na podstawie *Historyjka „Niegrzeczny chłopiec”*

do badania tworzenia wypowiedzi [Emiluta-Roza, 2013]), na co wskazywała skąpa narracja, brak użycia przyimków w wypowiedzi i umiejętności ułożenia obrazków w odpowiedniej kolejności.

Celem terapii logopedycznej była stymulacja rozwoju mowy i języka dziecka, rozwijanie językowych sprawności komunikacyjnych. Procedurą logopedyczną określającą sposoby postępowania terapeutycznego w przypadku alalii prolongaty jest budowanie i rozwijanie kompetencji komunikacyjnej i językowej oraz korygowanie istniejących zaburzeń językowych [Stasiak, 2015, s. 251]. Zajęcia logopedyczne dostosowano do indywidualnych potrzeb dziecka, uwzględniając zarówno ćwiczenia w usprawnianiu aparatu artykulacyjnego, ćwiczenia uwagi słuchowej, wyrównywanie deficytów w zakresie funkcji poznawczych, jak i programowanie języka na podstawie minimum leksykalnego i składniowego, ustalającego podstawowy zasób słów oraz niezbędnych reguł gramatycznych (wprowadzanych w określonej kolejności) umożliwiających budowanie poprawnych wypowiedzi [Grabias, 1994]. Wprowadzono również gesty artykulacyjne[®] [Cieszyńska, 2003], ułatwiające zapamiętywanie ruchu warg i języka dla poszczególnych samogłosek oraz spółgłosek. Istotnym elementem założeń programu terapeutycznego realizowanego na zajęciach logopedycznych była współpraca i systematyczny kontakt rodziców dziecka ze specjalistą.

Podczas opisanych wyżej diagnoz wykonanych w dwóch placówkach nie przeprowadzono badania słuchu fonematycznego ze względu na ubogi inwentarz głosek i zasób słów w słowniku czynnym oraz biernym dziecka na tamtym etapie rozwoju. Słuch fonematyczny sprawdzono po dwóch latach systematycznej terapii logopedycznej, wprowadzając uprzednio wyrazy z dostępnych na rynku wydawniczym testów do badania słuchu fonematycznego podczas ćwiczeń, zabaw, gier słuchowo-językowych i zadań domowych. Inspiracją do tego, by ocenić słuch fonematyczny chłopca – oprócz dopełnienia informacji o funkcjonowaniu słuchowo-językowym i potrzeby ewaluacji programu terapeutycznego – były również badania prowadzone przez nauczycielki przedszkola pod kątem oceny gotowości szkolnej dzieci sześciolletnich.

Narzędzie i przebieg badania

Test do badania słuchu fonematycznego u dzieci i dorosłych autorstwa E. Szelağ i A. Szymaszek [2006] składa się ze 106 zdań i ilustrujących je obrazków, spośród których 96 stanowi badanie właściwe i zawiera pary słów różniące się tylko jednym fonemem. Pozostałe 10 zdań to przykłady wprowadzające do samego badania. Wszystkie zdania zostały nagrane na płytę CD dołączoną do książki. Badanie ograniczono do opozycji spółgłoskowych, z pominięciem różnicowania samogłosek, z uwagi na fakt, iż struktura akustyczna samogłosek zmienia się w czasie bardzo wolno, przez co ich różnicowanie może być kształtowane przez inne neuronalne mechanizmy niż w przypadku spółgłosek zwartych [Szelağ, Szymaszek, 2006, s. 22].

W obrębie każdej z dobranych w teście grup spółgłoskowych (zwartych, szczelinowych, półotwartych) różnicowanie dotyczy dwóch cech dystynktywnych: dźwięczności i miejsca artykulacji. Dobrane w teście pary słów są reprezentatywne dla wybranych opozycji fonematycznych, jednorodne pod względem gramatycznym, jak również dobrze osadzone w tradycji języka rodzimego [Szelaąg, Szymaszek, 2006, s. 24].

Test składa się z części A – zdań w kolejności losowej (listy 1 i 2) i części B – zdań uporządkowanych według opozycji spółgłoskowych (listy 3 i 4). Każda z list zawiera wyrazy kluczowe różniące się spółgłoskami zwartymi, szczelinowymi i półotwartymi. W obrębie list, zarówno z części A, jak i B, zastosowano dwie opozycje cech dystynktywnych: dźwięczna/bezdźwięczna, miejsca artykulacji, w wypadku jednej pary słów (*wanna – Hanna*) obie te cechy występują łącznie. Na listach 1 i 2 wszystkie zdania prezentowane są w kolejności losowej. Aby umożliwić szybkie ocenianie, w jakich sytuacjach badany funkcjonuje poprawnie, a w jakich przejawia deficyty słuchu fonematycznego, zamieszczono klucz ułatwiający analizę wykonania testu [Szelaąg, Szymaszek, 2006, s. 25].

Ocena słuchu fonematycznego opisanego chłopca została przeprowadzona na podstawie zestawu losowego z list 1 i 2 w wyciszonym pomieszczeniu i przyjaźnej, spokojnej atmosferze. Po wysłuchaniu zdań z listy 1 zaproponowano badalnemu chłopcu kilkuminutową przerwę przed przystąpieniem do słuchania zdań z listy 2.

Badanie właściwe polegało na wysłuchaniu przez założone na uszy słuchawki zdania nagranego na płycie CD, a następnie na pokazaniu odpowiedniego obrazka przedstawiającego treść usłyszanego zdania. Każde ze zdań zaprezentowano tylko raz, nie stosowano powtórzeń. Badany miał do wyboru jeden z dwóch obrazków. W załączonym do testu protokole odnotowywano w odpowiedniej rubryce poprawność odpowiedzi udzielanych przez dziecko. Warunkiem przystąpienia do badania właściwego było poprawne wskazanie obrazka w wypadku każdego z pierwszych czterech zdań w grupie przykładów. Na tym etapie Janek nie popełnił błędu, wysłuchał zatem zdań 5 i 6, które w teście stanowią przykładową ilustrację badania właściwego. Po prezentacji każdego zdania chłopiec wskazywał ręką obrazek na karcie. Instrukcja brzmiała następująco: „Będziesz słyszał zdania. Po każdym zdaniu pokażę ci kartę przedstawiającą dwie ilustracje. Twoim zadaniem jest pokazanie, który z tych dwóch obrazków przedstawia to, co usłyszałeś. Wskażesz wtedy ręką właściwy obrazek. Po udzieleniu odpowiedzi będzie chwila przerwy, po której usłyszysz następne zdanie” [Szelaąg, Szymaszek, 2006, s. 27].

W tabeli 1 przedstawiono zestaw zdań zilustrowanych na kartach odpowiedzi (listy 1 i 2). Zdania wprowadzające wyróżniono kursywą. Słowa kluczowe w zdaniach właściwych wyróżniono pogrubionym drukiem. Ostatnie trzy kolumny w każdej liście stanowią klucz, ułatwiający przyporządkowanie danego słowa w zdaniu do odpowiedniej opozycji spółgłoskowej. Objasnienia do klucza:

- – paronimy różniące się dźwięcznością;
- – paronimy różniące się miejscem artykulacji.

Tabela 1. Zestaw zdań zilustrowanych na kartach odpowiedzi (listy 1 i 2).

Lista 1					
Lp.	Zdanie	Poprawność odpowiedzi	Klucz		
			Opozycje spółgłosek		
			Zwartych	Szczeliny	Zwarto-otwartych
1	<i>Samochód jedzie do kościoła.</i>				
2	<i>Krzeseł stoi na podłodze.</i>				
3	<i>Bawię się piłką.</i>				
4	<i>Bawię się z kotem.</i>				
5	<i>Na podwórku jest dużo gości.</i>		•		
6	<i>Na podwórku jest dużo gości.</i>		•		
7	Dziecko trzyma paczuszkę /kaczuszkę.	+	■		
8	Za płotem stoi domek /Tomek.	+	•		
9	Na plaży stoi nurek /murek.	+			■
10	Mężczyzna fotografuje korzenie /koszenie.	-		•	
11	Na półce leżą bączki /pączki.	+	•		
12	W barze /garze są dobre pierogi.	+	■		
13	Chłopiec dostał taczkę /paczkę.	+	■		
14	Dziecko trzyma kaczuszkę /paczuszkę.	+	■		
15	To jest zniszczony wrak /frak.	+		•	
16	To jest szak /sok.	+		■	
17	W łazience stoi wanna /Hanna.	+		• ■	
18	Do sklepu przywieziono bułki /półki.	+	•		
19	Dziewczynka obserwuje krę /grę.	+	•		
20	Za płotem stoi Tomek /domek.	+	•		
21	To jest wysoka fala /sala.	+		■	
22	Pod liśćmi siedzą liski /liszki.	+		■	
23	Kobieta pokazuje nowe szale /sale.	+		■	
24	Chłopiec dostał paczkę /taczkę.	+	■		
25	Z daleka widać lody /lody.	+	•		
26	On niesie nartę /Martę.	+			■
27	W garze /barze są dobre pierogi.	+	■		
28	Kobieta pokazuje nowe hale /szale.	+		■	
29	Do sklepu przywieziono półki /bułki.	+	•		
30	Na półce leżą pączki /bączki.	+	•		
31	Na plaży stoi murek /nurek.	+			■
32	W łazience jest tran /kran.	+	■		
33	Na podwórku stoi kurnik /górnik.	+	•		

Lista 1					
Lp.	Zdanie	Poprawność odpowiedzi	Klucz		
			Opozycje spółgłosek		
			Zwartych	Szczelinowych	Zwarto-otwartych
34	Pod drzewem jest gruszka /dróżka.	+	■		
35	To jest wysoka sala /fala.	+		■	
36	Ten wąż /wąż jest czarny.	+		■	
37	Chłopiec liczy balie /dalie.	+	■		
38	Ten wąs /wąż jest czarny.	+		■	
39	Z daleka widać lody /loty.	+	●		
40	Dziewczynka obserwuje grę /krę.	-	●		
41	Chłopiec liczy dalie /balie.	+	■		
42	To jest sok /szok.	+		■	
43	To jest zniszczony frak /wراك.	+		●	
44	Na podwórku stoi kosa /koza.	+		●	
45	Mężczyzna fotografuje koszenie /korzenie.	+		●	
46	W łazience jest kran /tran.	+	■		
47	Pod drzewem jest dróżka /gruszka.	+	■		
48	Na podwórku stoi koza /kosa.	+		●	
49	Na podwórku stoi górnik /kurnik.	-	●		
50	W lesie jest szalas /hałas.	+		■	
51	Pod liśćmi siedzą liszki /liski.	+		■	
52	On niesie Martę /nartę.	+			■
53	W łazience stoi Hanna /wanna.	+		● ■	
54	W lesie jest hałas /szalas.	+		■	

Lista 2					
Lp.	Zdanie	Poprawność odpowiedzi	Klucz		
			Opozycje spółgłosek		
			Zwartych	Szczelinowych	Zwarto-otwartych
1	<i>Krzesło stoi na stole.</i>				
2	<i>Bawię się z bratem.</i>				
3	<i>Samochód jedzie nad jezioro.</i>				
4	<i>Bawię się piłką.</i>				
5	<i>Na podwórku jest dużo gości.</i>		●		
6	<i>Na podwórku jest dużo gości.</i>		●		
7	Lekarze gadają /badają w pokoju.	+	■		
8	W sklepie jest kasa /kasza.	+		■	
9	Samochód przywiózł kraty /graty.	+	●		
10	Na gałęzi są bąki /pąki.	+	●		
11	Na podłodze leży korba /torba.	+	■		
12	Na podwórku stoją buty /budy.	+	●		

Lista 2					
Lp.	Zdanie	Poprawność odpowiedzi	Klucz		
			Opozycje spółgłosek		
			Zwartych	Szczeliny	Zwarto-otwartych
13	Chłopiec układa tory /pory.	+	■		
14	Dziecko ma kaszel /kafel.	+		■	
15	Na podłodze leży torba /korba.	+	■		
16	Aktor ma piękny pas /bas.	+	●		
17	Z rzeki wydobywa się sum /szum.	+		■	
18	Pod drzewem jest kos /kosz.	+		■	
19	Chłopiec pokazuje nóżkę /muszkę.	+			■
20	Za miastem jest zakon /zagon.	+	●		
21	Mężczyzna ogląda port /kort.	+	■		
22	Dziewczynka ogląda hotel /fotel.	+		■	
23	To jest tama /dama.	+	●		
24	Lekarze badają /gadają w pokoju.	+	■		
25	Mocny /nocny strażnik pilnuje sklepu.	+			■
26	Student czyta o zebrach /zebrach.	+		■	
27	Chłopiec układa pory /tory.	+	■		
28	On pokazuje dar /bar.	+	■		
29	Na podwórku stoją budy /buty.	+	●		
30	Mężczyźni reperują nosze /noże.	+		●	
31	To jest dama /tama.	+	●		
32	Dziewczynka ogląda fotel /hotel.	+		■	
33	Na gałęzi są pąki /bąki.	+	●		
34	Chłopiec pokazuje muszkę /nóżkę.	+			■
35	W sklepie jest kasza /kasa.	–		■	
36	Nocny /mocny strażnik pilnuje sklepu.	+			■
37	Samochód przywiózł graty /kraty.	+	●		
38	Z rzeki wydobywa się szum /sum.	+		■	
39	Student czyta o zebrach /zebrach.	+		■	
40	Pod drzewem jest kosz /kos.	+		■	
41	Kobieta niesie gary /dary.	+	■		
42	Kobieta długo szyje /żyje.	+		●	
43	Dziecko ma kafel /kaszel.	+		■	
44	Mężczyzna ogląda kort /port.	+	■		
45	Mężczyźni reperują noże /nosze.	–		●	
46	Kobieta długo żyje /szyje.	–		●	
47	Kobieta choruje /szoruje.	+		■	
48	Kobieta niesie dary /gary.	+	■		
49	On pokazuje bar /dar.	+	■		
50	Dziewczynka narysowała chustkę /szóstkę.	+		■	

Lista 2					
Lp.	Zdanie	Poprawność odpowiedzi	Klucz		
			Opozycje spółgłosek		
			Zwartych	Szczelinowych	Zwarto-otwartych
51	Za miastem jest zagon/zakon .	–	●		
52	Dziewczynka narysowała szóstkę/chustkę .	+		■	
53	Kobieta szoruje/choruje .	+		■	
54	Aktor ma piękny bas/pas .	+	●		

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki

Podczas słuchania zdań z listy 1 chłopiec popełnił łącznie trzy błędy, natomiast w liście drugiej cztery razy błędnie wskazał ilustracje do wysłuchanych zdań. Siedem błędów łącznie z obydwu list wskazuje na: trudności w słuchowym rozróżnianiu paronimów z opozycji dźwięczności i miejsca artykulacji, trudności w różnicowaniu fonemów z wymienionych opozycji fonologicznych, a także specyficzne dla alalii prolongaty problemy z przywoływaniem wzorców słuchowych z pamięci. Wyniki testu sugerują powtórzenie badania w kolejnym roku terapii logopedycznej.

Tabela 2. Wyniki badania słuchu fonematycznego

Lp.	Lista 1	Lista 2
1. Liczba opozycji nierozróżnianych	3	4
2. Typ opozycji nierozróżnianych	3 błędy związane z cechą dźwięczności	1 błąd związany z miejscem artykulacji 3 błędy związane z cechą dźwięczności
3. Liczba nierozróżnianych członów danej opozycji	/ż/ : /s/ /g/ : /k/ (2)	/s/ : /s/ /g/ : /k/ /ż/ : /s/ (2)

Źródło: opracowanie własne.

Nieprawidłowe wskazania dotyczyły paronimów różniących się zarówno cechą dźwięczności, jak i miejscem artykulacji. Jeden błąd z listy 1 wskazuje na trudności w słuchowym rozróżnianiu dźwięcznego fonemu /ż/, którego kolejną cechą jest szczelinowość. Chłopiec nieprawidłowo wskazał ilustrację do zdania: *Mężczyzna fotografuje **korzenie*** (odpowiedź Janka: *koszenie*). Kolejne dwa błędy z tej listy dotyczą trudności w rozróżnieniu fonemu dźwięcznego, zwartego /g/ w zdaniach: *Dziewczynka obserwuje **grę*** (wskazał: *krę*) oraz *Na podwórku stoi **górnik*** (odpowiedź dziecka: *kurnik*). Trzy błędy z listy 2 świadczą o trudnościach w rozróżnieniu

fonemu dźwięcznego szczelinowego /ż/ i dźwięcznego zwartego /g/. Odnotowano również nieprawidłowe wskazanie w zdaniu: *W sklepie jest kasza* (odpowiedź: *kasa*), co dowodzi, że u chłopca mogą utrzymywać się problemy z rozróżnianiem fonemów z opozycji miejsca artykulacji.

Przeprowadzona ocena słuchu fonematycznego wykazała, że dziecko nie ma trudności w rozumieniu prezentowanych w teście zdań. Wszystkie słowa kluczowe poznało wcześniej na zajęciach logopedycznych. Najtrudniejsze do rozróżnienia słuchowego okazały się te fonemy, których postać nie jest utrwalona w wymowie chłopca. Problem w rozróżnieniu fonemów dźwięcznych wystąpił podczas wskazywania zdań ze słowami kluczowymi: *korzenie, noże, żyje, grę, górnik*. Pomimo prowadzonych ćwiczeń usprawniania autokontroli słuchowej i manualnej kontroli pracy fałdów głosowych zdarza się, że Janek realizuje głoski dźwięczne, szczególnie w nagłosie, bezdźwięcznie, a odróżnić te fonemy pozwala dopiero droga czuciowa. Dodatkową przeszkodą w słuchowym rozpoznaniu cechy dźwięczności mogą być także utrzymujące się w mowie spontanicznej substytucje szeregu głosek dźwięcznych.

Dyskusja

Jak twierdzi Kazimiera Krakowiak:

Badacze poszukują odpowiedzi na pytanie, czy identyfikacja sygnałów językowych przez dziecko opiera się na wrodzonej zdolności do rozpoznawania jednostek sensorycznych. Czy też dziecko, poznając funkcje pewnych sekwencji dźwięków oraz ich elementy składowe i cechy, dzięki nabytemu doświadczeniu językowemu (słuchaniu i generowaniu słów) tworzy sobie samo umysłowe modele jednostek sensoryczno-motorycznych, umożliwiając mu odróżnienie i rozpoznawanie [Krakowiak, 2012, s. 66–67].

W badaniu słuchu fonematycznego trudniejsze może być różnicowanie dźwięczności, gdyż detekcja tej cechy wymaga sprawnego funkcjonowania w tzw. czterdziestomilisekundowym oknie czasowym, a więc jest silnie powiązana z percepcją szybko następujących w czasie zmian. Z różnicowaniem spółgłosek zwartych [p] : [b], [k] : [g] problemy mają dzieci z opóźnionym rozwojem mowy [por. Szeląg, Szymaszek, 2006, s. 20–23]. Z kolei różnicowanie w zakresie miejsca artykulacji wiąże się z wykryciem częstotliwości składowych, co nie jest aż tak silnie związane z czasowymi aspektami opracowywania informacji jak różnicowanie dźwięczności [Szeląg, Szymaszek, 2006, s. 23].

U badanego chłopca z alalią prolongatą zaobserwowano trudności z utrzymaniem słuchanych zdań w pamięci, ze skupieniem uwagi słuchowej i odwoływaniem się do pamięci przechowującej znane wyrazy. Zaburzenia słuchu fonematycznego

utrudniają dziecku dostęp do rozumienia języka, a więc również do poznania otaczającej rzeczywistości i mogą wpływać na zmianę znaczenia percypowanych wyrazów oraz na proces odnoszenia ich do otoczenia [por. Krajewska, 2010, s. 152].

Biorąc pod uwagę utrzymujące się nieprawidłowe struktury gramatyczne, wolne tempo przyswajania poszczególnych sprawności artykulacyjnych, trudności w analizie i syntezie sylabowej oraz głoskowej, substytucje głosek dźwiękowych oraz stosunkowo późny start w działaniach związanych z rehabilitacją mowy, trudności w słuchowym rozróżnianiu fonemów można w opisanym przypadku uznać za część składową deficytów towarzyszących alalii prolongacie. Zaburzenia słuchu fonemacyjnego mogą w najbliższej przyszłości zaważyć na wynikach testu gotowości szkolnej Janka.

Wnioski

Prawidłowo ukształtowany słuch fonemacyjny ma fundamentalne znaczenie dla rozwoju kompetencji językowych (mówienia, czytania, pisania). Stanowi podstawę opanowania języka mówionego oraz świadomości fonologicznej i jest uzmysłowieniem sobie fonologicznej struktury słów [Maurer, 2017, s. 8].

Zaprezentowane badania o charakterze jakościowym odnoszą się do studium przypadku dziecka z alalią prolongatą. Analiza danych potwierdziła zaburzenia słuchu fonemacyjnego przedstawione w pracy chłopca.

Na podstawie uzyskanych wyników sformułowano następujące wnioski:

- Trudności w słuchowym rozróżnianiu paronimów z fonologicznej opozycji dźwięczności i miejsca artykulacji mogą mieć wpływ na skuteczność utrwalania głosek dźwięcznych i zębowych.
- Błędy w rozróżnianiu fonemów dźwięcznych, zwartych wskazują na problemy dotyczące czasowego aspektu opracowywania informacji słuchowej.
- Zaburzenia słuchu fonemacyjnego u badanego chłopca mogą być jedną z istotnych przyczyn utrzymujących się substytucji głosek.
- W opisanym przypadku zaburzenia słuchu fonemacyjnego stosunkowo często wpływają na zmianę znaczenia percypowanych przez dziecko wyrazów.
- Wyniki testu wskazują na potrzebę kontynuacji i weryfikacji badań słuchu fonemacyjnego oraz obserwacji pod kątem normy wiekowej i jakości uzyskiwanych przez chłopca kolejnych sprawności słuchowych, artykulacyjnych i komunikacyjnych.

Literatura

- Baudouin de Courtenay J., 1984, *O języku polskim*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Cieszynska J., 2003, *Metody wywoływania głosek*, Kraków: Wydawnictwo Superprint.
- Domagała A., Mirecka U., 2001, *Słuch fonemowy. Odkrywanie elementarnych jednostek systemu językowego*, „Logopedia”, t. 29, s. 53–70.
- Domagała A., Mirecka U., 2002, *Słuch fonemowy. W kierunku kompetencji fonologicznej*, „Logopedia”, t. 30, s. 7–26.
- Domagała A., Mirecka U., 2007, *Słuch fonemowy a uwarunkowania komunikacji językowej*, [w:] T. Woźniak, A. Domagała (red.), *Język. Interakcja. Zaburzenia mowy. Metodologia badań*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 175–184.
- Domagała A., Mirecka U., 2012, *Słuch mowny. Klasyfikacja zjawisk*, [w:] S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 129–164.
- Emiluta-Rozya D., 2013, *Catościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Grabias S., 1994, *Logopedyczna klasyfikacja zaburzeń mowy*, „Audiofonologia”, t. 6, s. 7–22.
- Grabias S., 1997, *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia”, t. 10, s. 9–36.
- Guziuk-Tkacz M., 2011, *Badania diagnostyczne w pedagogice i psychopedagogice*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Kaczmarek B.L.J., 2001, *Aleksander Romanowicz Łurija: jeden z wielkich romantyków*, „Przegląd Psychologiczny”, nr 44(1), s. 105–117.
- Kania J., 1982, *Szkice logopedyczne*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Kołodziejczyk R., 2015, *Rozwój strategii radzenia sobie z trudnościami językowymi dziecka z uszkodzeniem słuchu*, [w:] K. Krakowiak, R. Kołodziejczyk (red.), *Odpowiedzialność za edukację osób z uszkodzeniami słuchu*, Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, s. 147–171.
- Krajewska M., 2010, *Dziecko z zaburzonym słuchem fonemowym. Problem diagnozy i terapii*, [w:] M. Michalik, A. Siudak (red.), *Zagadnienia mowy i myślenia*, „Nowa Logopedia”, t. 1, Kraków: Collegium Columbinum, s. 149–159.
- Krakowiak K., 2012, *Dar języka. Podręcznik metodyki wychowania językowego dzieci i młodzieży z uszkodzeniami narządu słuchu*, Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Krasowicz-Kupis G., 2008, *Psychologia dysleksji*, Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Kurcz I., 1992, *Język a psychologia. Podstawy psycholingwistyki*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Kurkowski Z.M., 1995, *Bariery fonetyczne w kształtowaniu mowy dzieci z uszkodzonym narządem słuchu*, „Audiofonologia”, t. VII, s. 105–115.
- Kurkowski Z.M., 1998, *Słuch a mowa w aspekcie rozwojowym w normie i patologii*, „Kosmos”, nr 47(3), s. 289–296.
- Lieberman I. Y., Shankweiler D.P., 1985, *Phonology and the problems of learning to read and write*, „Remedial and Special Education”, Vol. 6(6), s. 8–17.
- Lieberman I. Y., Cooper F.S., Shankweiler D.P., Studdert-Kennedy M., 1967, *Perception of the speech code*, „Psychological Review”, Vol. 74(6), s. 431–461.
- Łobocki M., 2003, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Łuria A.R., 1976, *Problemy neuropsychologii i neurolingwistyki*, wybór i red. M. Klimkowski, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

- Maurer A., 2017, *Dźwięki mowy. Program kształtowania świadomości fonologicznej dla dzieci przedszkolnych i szkolnych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Michalak-Widera I., 2009, *Logopedyczny test dla dzieci i młodzieży*, Katowice: Wydawnictwo Unikat 2.
- Panasiuk J., 2017, *Językowe rozumienie świata. Od kodu polikonkretnego do hierarchicznego*, „Prace Językoznawcze”, t. XIX, z. 3, s. 199–221.
- Pilch T., 1995, *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa: Wydawnictwo Żak.
- Robertis C. de, Pascal H., 1999, *Postępowanie metodyczne w pracy socjalnej z grupami i ze społecznościami*, Katowice: Wydawnictwo Śląsk.
- Rocławski B., 2010, *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*, Gdańsk: Wydawnictwo Glottispol.
- Stasiak J., 2012, *Alalia. Perspektywy opisu*, [w:] S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 337–358.
- Stasiak J., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadku alalii prolongaty*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 239–264.
- Styczek I., 1982, *Badanie i kształtowanie słuchu fonematycznego (komentarz i tablice)*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Szeląg E., Szymaszek A., 2006, *Test do badania słuchu fonematycznego u dzieci i dorosłych*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.



© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland.
This article is an open access article distributed under the terms and conditions
of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Data złożenia: 27.01.2022. Data przyjęcia: 14.07.2022.

Zbigniew Tarkowski* , Monika Wójcik** 
Magdalena Lech*** 

Spektrum autyzmu a afazja rozwojowa Porównanie rozwoju języka

Autism Spectrum and Developmental Aphasia. Comparison
of Language Development

Słowa kluczowe: spektrum autyzmu, afazja rozwojowa, rozwój języka, inteligencja

Keywords: autism spectrum disorder, developmental aphasia, language proficiency, intelligence

Streszczenie

W artykule przedstawiono wyniki badań, w których uczestniczyło 37 dzieci ze spektrum autyzmu oraz 12 dzieci z afazją rozwojową wieku od 2,6 do 8,1 lat. Zostały one ocenione za pomocą Testu Rozumienia Zdań, Przesiewowego Testu Logopedycznego oraz Skali Inteligencji Stanford-Binet. Okazało się, że badane dzieci autystyczne oraz dzieci afatyczne mają inteligencję na pograniczu niepełnosprawności intelektualnej oraz są opóźnione w rozwoju mowy. Nie stwierdzono między nimi istotnych statystycznie różnic w zakresie rozumienia języka. Dzieci autystyczne uzyskały znacznie wyższe wyniki niż dzieci afatyczne w próbach oceniających słownik, gramatykę i wymowę. Stwierdzono także wysoką zależność między wynikami w Teście Rozumienia Zdań oraz Przesiewowym Teście Logopedycznym. Natomiast korelacja między rozumieniem języka a inteligencją niewerbalną okazała się nieistotna statystycznie.

* Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Katedra i Zakład Psychologii, ul. Chodźki 7, 20-093 Lublin, e-mail: tarkowskizbigniew@wp.pl, <https://orcid.org/0000-0003-4970-8512>

** Niepubliczne Przedszkole „Kraina Uśmiechu” w Rzeszowie, ul. Króla Augusta 29E, 35-210 Rzeszów, e-mail: monika.wojcik1806@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-9449-5777>

*** Niepubliczne Przedszkole „Kraina Uśmiechu” w Rzeszowie, ul. Króla Augusta 29E, 35-210 Rzeszów, e-mail: magdalejro@o2.pl, <https://orcid.org/0000-0003-3598-5893>

Abstract

The study involved 37 children with an autism spectrum disorder and 12 children with developmental aphasia, aged 2,6 to 8,1. They were assessed using the Sentence Comprehension Test, the Speech Therapy Screening Test and the Stanford-Binet Intelligence Scale. It turned out that the autistic children and aphasic children have a borderline intellectual disability and are delayed in speech development. There were no statistically significant differences between them in terms of language understanding. Children with an autism spectrum disorder obtained significantly higher results than children with childhood aphasia in the tests assessing the dictionary, grammar and pronunciation. A high correlation was also found between the results in the Sentence Comprehension Test and the Speech Therapy Screening Test. However, the correlation between language understanding and non-verbal intelligence turned out to be statistically insignificant.

Wprowadzenie

Różnicowanie zaburzeń rozwoju dziecka sprawia trudności, o czym świadczy modelowe studium przypadku opracowane przez Dorothy Bishop:

Christopher został skierowany w wieku 4 lat na badanie w interdyscyplinarnym centrum rozwoju dziecka z powodu opóźnionego rozwoju mowy i zaburzeń zachowania. Badali go kolejno neurolog dziecięcy, psychiatra dziecięcy, logopeda i psycholog. Neurolog dziecięcy sugeruje, że u dziecka występuje dysfazja rozwojowa, ponieważ jego rozumienie jest słabe, a jego ekspresyjny język jest nieprawidłowy, ale słuch jest wystarczający, umiejętność wykonywania zadań niewerbalnych jest dobra i nie ma żadnych dodatkowych objawów neurologicznych. Psycholog uważa jednak, że dziecko jest autystyczne, ponieważ oprócz problemów językowych jego zachowanie społeczne jest słabo rozwinięte i brakuje mu ciepła w relacjach z rodzicami. Psychiatra argumentuje, że zaburzenia społeczne i językowe dziecka nie są wystarczająco poważne, aby uzasadnić diagnozę dziecięcego autyzmu, gdyż inicjuje on komunikację z innymi, nawiązuje kontakt wzrokowy i lubi siłową zabawę. Jest jednak odrzucany przez inne dzieci, ponieważ chce, aby uczestniczyły w jego powtarzających się czynnościach i jest niewrażliwy na ich potrzeby. Christopher może tworzyć długie i skomplikowane zdania, ale jego odpowiedzi na pytania są często nieodpowiednie, a on często zadaje pytania innym, ignorując otrzymane odpowiedzi. Psychiatra sugeruje diagnozę zespołu Aspergera. Logopeda stwierdza, że język Christophera jest normalny pod względem fonologicznym i gramatycznym, ale istnieje wiele nieprawidłowości w sposobie używania języka i rozumienia kontekstu konwersacji. Sugeruje więc, że jest to przypadek zaburzenia semantyczno-pragmatycznego. Psycholog odpowiada, że zaburzenie to w rzeczywistości inna nazwa autyzmu. Zaproszony dodatkowo pediatra bada Christophera i stwierdza, że jest to przypadek ogólnego zaburzenia rozwoju [Bishop, 1989, s. 107].

Na temat spektrum autyzmu (SA) i afazji rozwojowej (AR) oraz ich różnicowania toczone są niekończące się dyskusje. W artykule badawczym nie ma miejsca na ich kontynuowanie, szczególnie w kwestiach dotyczących terminologii. Próby arbitralnego rozstrzygnięcia wątpliwości podejmowane są w czasie tworzenia międzynarodowych klasyfikacji, takich jak ICD-11 oraz DSM-5. Wnioski płynące z analizy podanych tam definicji i kryteriów rozpoznania wspomnianych jednostek są następujące:

- SA oraz AR należą do zaburzeń globalnych, które usiłowano rozłączyć, ale granice między nimi pozostały nieostre, co może powodować nakładanie się tych syndromów;
- za pierwszoplanowe objawy uznaje się trudności w komunikacji, interakcjach i zachowaniu w SA oraz niedokształcenie lub utratę umiejętności językowych w AR;
- wspólną cechą SA oraz AR jest opóźniony rozwój mowy;
- rozpoznanie SA wyklucza rozpoznanie AR, gdyż zaburzenia te są traktowane jako rozłączne; powstają one w okresie wczesnego dzieciństwa i w tym czasie sprawiają najwięcej trudności diagnostycznych.

Zastanawiające jest to, że przeprowadzono bardzo mało badań porównujących SA oraz AR. W badaniach Alice Morton-Evans wzięło udział 20 dzieci (5 z SA, 5 z AR, 5 bez żadnych zaburzeń, 5 opóźnionych w rozwoju), których wiek wynosił od 3,9 do 16,1 lat [Morton-Evans, Hensley, 1978]. Uzyskały one podobne wyniki w teście niewerbalnego uczenia się. Badane dzieci wykonały próby na rozpoznawanie dźwięków. Obie grupy dysfunkcyjne (SA oraz AR) uzyskały początkowo niższe wyniki niż dzieci bez zaburzeń lub opóźnione w rozwoju. Jednak pod koniec badania dzieci z AR, w przeciwieństwie do dzieci z SA, nadrobiły zaległości i zbliżyły się do normalnego poziomu rozwoju. Zdaniem Morton-Evans różnica ta wynika stąd, że przeszkodą w rozumieniu są zaburzenia zachowania, które są poważniejsze i powszechniejsze u dzieci z autyzmem niż u dzieci z afazją percepcyjną [Morton-Evans, Hensley, 1978]. Potwierdza to wyniki wcześniejszych badań, dowodzących, że między tymi dziećmi jest niewiele różnic w zakresie umiejętności niewerbalnych, a centralne zaburzenia są związane z niepełnosprawnością językową i komunikacyjną.

Alan Lincoln i współautorzy [1989] zbadali 11 osób z autyzmem, 9 osób z afazją percepcyjną i 16 zdrowych osób w wieku od 15 do 20 lat. Ich iloraz inteligencji obliczono na podstawie testu inteligencji Wechslera. Jego średnie wyniki w skalach werbalnej oraz niewerbalnej wynosiły 78–90 w grupie nastolatków autystycznych, 74–101 w grupie osób afatycznych oraz 108–110 w grupie młodzieży bez zaburzeń. Osoby z autyzmem spełniały kryteria podane w DSM-III:

- początek zaburzenia przed trzydziestym miesiącem życia;
- skrajny brak reakcji społecznej;
- opóźniony rozwój języka;
- dewiacyjny rozwój języka;

- nietypowe zachowania i wrażliwość na środowisko oraz
- brak halucynacji lub złudzeń.

Autyzm był jedyną diagnozą dla tych osób i żadna z nich nie miała innych form zaburzeń neurologicznych ani fizycznych. Ponadto w każdym przypadku diagnoza autyzmu została formalnie postawiona przez lekarza, psychologa lub specjalistyczny ośrodek rozwoju dziecka przed szóstym rokiem jego życia. Natomiast nastolatki z afazją percepcyjną także spełniali kryteria podane w DSM-III:

- upośledzenie zdolności do rozumienia (dekodowania) i mówienia (kodowania) języka, oraz
- zaburzenia występujące nie z powodu upośledzenia słuchu, upośledzenia umysłowego lub ogólnego zaburzenia rozwoju dziecięcego.

Ponadto każdy nastolatek z afazją recepcyjną miał:

- udokumentowaną historię wczesnego początku nieprawidłowego rozwoju języka;
- normalne funkcjonowanie oralno-ruchowe;
- dowody ciągłego upośledzenia języka do chwili badań;
- aktualne wyniki testów języka i słownictwa receptywnego, które były poniżej normy, oraz
- udokumentowane uczestniczenie w zajęciach wyrównawczych.

Ostatecznie do badań włączono osoby, których iloraz inteligencji wynosił 70 lub więcej. W grupie młodzieży autystycznej wykonano Test Rozwoju Języka Młodzieży oraz obliczono iloraz językowy na podstawie jego wyniku. Natomiast w grupie młodzieży z afazją recepcyjną przeprowadzono Test Słownictwa Obrazkowego, Test Umiejętności Edukacyjnych oraz Kliniczną Ocenę Języka i na podstawie ich wyników obliczono iloraz rozwoju języka. Wszyscy badani byli w stanie wykonać wymagane zadanie, polegające na naciśnięciu przycisku przy każdym wykryciu podanego dźwięku. Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w czasie tych reakcji między nastolatkami z autyzmem oraz afazją odbiorczą. Wyniki te pokazują, że badani rozumieli wymagania zadania, byli w stanie dostrzec bodźce oraz wybrać i szybko wykonać proste czynności motoryczne. Wystąpiły jednak istotne różnice w zakresie centralnego przetwarzania słuchowego, które świadczą na niekorzyść osób z autyzmem. Jak przyznają autorzy, są one trudne do wyjaśnienia w kategoriach zaburzeń czuciowych czy językowych. Patologiczne mechanizmy neuronalne w autyzmie mogą być wyzwalane nawet w najprostszych sytuacjach przetwarzania informacji. Wprawdzie badania dotyczą młodzieży (a my badaliśmy dzieci), ale są godne odnotowania, chociażby ze względu na procedurę.

Lawrence Bartak, Michael Rutter, Anthony Cox [1977] postawili trzy pytania:

- Jak różne i podobne są dzieci z autyzmem oraz dysfazją?
- Jakie są między nimi różnice językowe, poznawcze i behawioralne?
- Jakie są kryteria tradycyjnej diagnozy dyferencjalnej?

W badaniach wzięło udział 47 chłopców w wieku od 4 do 10 lat, w tym 19 z autyzmem, 23 z dysfazją oraz 5 z zaburzeniem „mieszanym”. Grupy były dopasowane pod względem inteligencji niewerbalnej (średni iloraz inteligencji wynosił 92–93) oraz wykazywały poważne trudności w rozumieniu języka mówionego, co wynikało z wywiadów z rodzicami. Ponadto wszystkie dzieci były poddawane standardowym testom oceniającym werbalną i niewerbalną zdolność poznawczą oraz język receptywny i ekspresyjny. Wykazały one, że poszczególne grupy, określone jako autystyczne i dysfazyjne, nakładają się na siebie w pewnym stopniu. Nie ma behawioralnych lub językowych cech charakterystycznych dla dzieci autystycznych, których nie można by znaleźć u niektórych dzieci z dysfazją, przynajmniej jako cechę przejściową ich rozwoju. Niemniej różnice grupowe są wystarczająco duże i wyraźne, aby ustalenia mogły zostać zastosowane w diagnostyce różnicowej. Dzieci autystyczne i dysfazyjne były podobne do siebie pod względem braków w słownictwie i składni, ale stwierdzono wyraźne różnice w profilach komunikacyjnych. Dzieci autystyczne były bardziej upośledzone w zakresie pragmatyki niż w strukturalnych aspektach języka. Natomiast u dzieci dysfazyjnych wystąpiło zjawisko odwrotne. Ponadto wyróżniono grupę mieszaną, która łączyła cechy dzieci z grupy pierwszej i drugiej.

Lotte Sahlmann [1969] zadała pytanie, czy mamy do czynienia z pierwotną afazją dziecięcą i wtórnym autyzmem, czy też z pierwotnym autyzmem i wtórną afazją. W obu relacjach najbardziej dostrzegalną cechą są poważne zaburzenia rozwoju języka. Zilustrowano to dwoma przypadkami dzieci z podejrzeniem niepełnosprawności intelektualnej. Następnie przedstawiono rezultaty wszechstronnej terapii 16 dzieci z rozpoznaniem afazji nadawczej. Terapii logopedycznej nie podejmowano z 44 dziećmi autystycznymi, które nie wykonywały poleceń i unikały kontaktu. Z kolei Jacek Błeszyński [1997], na podstawie badań własnych, opisał trudności dzieci autystycznych w użyciu zaimka *Ja*.

Przedstawione wyniki badań zachowały swoją wartość, mimo że powstały w ubiegłym stuleciu. Do nowszych nie udało nam się dotrzeć. Uważamy, że wypada wspomnieć o badaniach pokrewnych, powstałych w Polsce. Ewa Czaplewska [2015] oceniła eksperymentalnie rozumienie zdań przez dzieci ze specyficznymi zaburzeniami rozwoju językowego (SLI) oraz dzieci z prawidłowym rozwojem mowy w wieku od 4 do 6,11 lat. Przeprowadzona analiza statystyczna uzyskanych wyników nie wykazała istotnych różnic między tymi grupami, w których z wiekiem rosły umiejętności receptywne. W tym samym czasie Tomasz Smereka [2015] badał odbiór przekazów językowych przez dwoje dzieci w wieku 10–12 lat z rozpoznaniem opóźnionego rozwoju mowy sprzężonego z SA oraz AR. Stwierdził u nich występowanie wielu zaburzeń, między innymi trudności w zapamiętywaniu i rozumieniu tekstu oraz rozpoznawaniu znaczenia spójników zdaniowych.

Badania własne

Cel

Celem przeprowadzonych badań było porównanie sprawności językowej, rozumianej jako wypadkowa kompetencji lingwistycznej i komunikacyjnych dzieci z rozpoznaniem SA oraz AR. Sformułowano następujące pytania badawcze:

- Czy występują różnice w zakresie odbioru i formowania wypowiedzi językowych między dziećmi z SA oraz AR i jakie one są?
- Czy występuje zależność między rozwojem językowym a umysłowym badanych dzieci i jaka ona jest?

Grupa badana

Badania zostały przeprowadzone w specjalistycznym przedszkolu w Rzeszowie. Wybrano do nich 37 dzieci z rozpoznaniem SA oraz 12 dzieci z rozpoznaniem AR na podstawie orzeczeń wydanych przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Orzeczenia te powstały dzięki wielospecjalistycznym badaniom z udziałem psychiatry lub neurologa dziecięcego. Trafność diagnoz została potwierdzona w postępowaniu terapeutycznym z udziałem autorów artykułu. Charakterystykę badanej populacji zawiera tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanych dzieci

	N	Proc.	Średnia wieku w miesiącach	Odchylenie standardowe	Minimalny wiek w miesiącach	Maksymalny wiek w miesiącach
SA	37	75,51%	64,7	18,5	30	97
AD	12	24,49%	55,5	15,8	34	91
Razem	49	100,00%	62,5	18,2	30	97

Źródło: opracowanie własne.

Wprawdzie dzieci z SA są średnio o 9 miesięcy starsze od dzieci z AR, ale różnica ta, oceniona za pomocą testu t-Studenta, jest nieistotna statystycznie ($t = -1,680$; $p = 0,107$).

Metody badań

W badaniach wykorzystano trzy narzędzia, a mianowicie:

- Test Rozumienia Zdań [Lee, 1971]

Test ten ocenia rozumienie różnych relacji semantyczno-syntaktycznych zawartych w usłyszonym zdaniu. Składa się z dwudziestu plansz podzielonych na cztery pola. Na każdym z nich umieszczone są rysunki ilustrujące różne relacje językowe (np. kot jest *za*, *pod*, *przed*, *na* krześle). Dziecko ma wskazać właściwy obrazek (np. *pokaż*, *gdzie kot jest za krzesłem*). Za każdą poprawną odpowiedź otrzymuje

ono 1 punkt. Maksymalny wynik w teście wynosi 20 punktów. Test Lee nie ma polskich norm.

– Przesiewowy Test Logopedyczny [Tarkowski, 2002]

Test składa się z czterech podtestów oceniających różne aspekty rozwoju językowego. W podteście Rozumienie zdań dziecko za pomocą manipulowania figurkami zwierząt oraz przedmiotami odtwarza ich treść (na przykład: *Położ ołówek między psem a kotem*). Podtest Słownik składa się z dwóch części: 1) nazywanie kolorów kredek, 2) podawanie nazw zwierząt oraz roślin w ciągu minuty. Podtest Gramatyka ocenia umiejętność budowania zdań z podanych słów. Natomiast w podteście Wymowa dziecko powtarza sylaby oraz ciągi foniczne (na przykład: *sza – sa – sia*). Za każdą poprawną odpowiedź badany otrzymuje 1 punkt. Test jest wystandaryzowany i posiada normy dla dzieci w wieku od 4 do 8 lat.

– Skala Inteligencji Stanford-Binet [Roid, 2003; Sajewicz-Radke, Radke, Lipowska, 2017].

Narzędzie to służy do oceny inteligencji oraz zdolności poznawczych i jest przeznaczone do badania osób w wieku od 2 do 85 lat. Ma skalę niewerbalną i werbalną. Skala niewerbalna składa się z pięciu podskal: rozumienie płynne, wiedza, rozumienie ilościowe, przetwarzanie wzrokowo-przestrzenne, pamięć robocza. Skala werbalna również zawiera pięć podskal: rozumienie płynne, wiedza, rozumienie ilościowe, przetwarzanie wzrokowo-przestrzenne, pamięć robocza. Badanie rozpoczyna się od dwóch prób kierujących, tzw. ścieżek. W obszarze zadań niewerbalnych ocenia się rozumienie płynne (np. dziecko pokazuje się tablicę i prosi, aby wskazało, czego brakuje lub co nie pasuje). W obszarze prób werbalnych ocenia się wiedzę lub słownik (np. *Co dzieje się na tym obrazku?* lub *Co to jest szklanka?*). Testy kierujące punktowane są w sposób konwencjonalny, a zadania ułożone z uwzględnieniem rosnącego poziomu trudności.

Wymienione metody są stosowane do oceny zdolności poznawczych oraz sprawności językowych dzieci [Kielar-Turska, 2012].

Wyniki

Do analizy wyników badań wykorzystano test t-Studenta oraz współczynnik korelacji *R* Pearsona. Obliczenia przeprowadzono z wykorzystaniem programu statystycznego SPSS.

Tabela 2. Rozkład wyników w Teście Rozumienia Zdań

	Test Rozumienia Zdań				
	Liczba badanych	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
AR	12	10,2	5,0	0	17
SA	37	12,3	4,0	0	18

Tabela 2. (cd.)

	Test Rozumienia Zdań				
	Liczba badanych	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Razem	49	11,8	4,3	0	18

Źródło: opracowanie własne.

W Teście Rozumienia Zdań dzieci ze SA uzyskały wyniki wyższe ($X = 12,3$; $SD = 4,0$) niż dzieci z AR ($X = 10,2$; $SD = 5,0$), ale test t-Studenta wykazał, że różnica między nimi nie jest statystycznie istotna ($t = -1,323$; $p = 0,205$).

Tabela 3. Rozkład wyników w Przesiewowym Teście Logopedycznym

	Przesiewowy Test Logopedyczny				
	Liczba badanych	Średnia	Odchylenie	Minimum	Maksimum
AR	10	25,9	16,1	3	51
SA	34	42,4	12,3	16	63
Suma końcowa	44	34,15	14,8	3	63

Źródło: opracowanie własne.

W Przesiewowym Teście Logopedycznym dzieci z AR uzyskały wyniki znacznie niższe ($X = 25,9$; $SD = 16,1$) niż dzieci z SA ($X = 42,4$; $SD = 12,3$), a różnica między nimi, oceniona za pomocą testu t-Studenta, jest istotna statystycznie ($t = -3,467$; $p = 0,001$). Jednak uzyskane wyniki (przeliczone na skalę stenową) wskazują na sprawność językową na poziomie niższym od przeciętnej w obu grupach.

Tabela 4. Rozkład wyników w Teście Inteligencji Stanford-Binet

	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
AR	9	78,4	24,8	42	110
SA	23	79,5	19,7	37	122
Razem	32	79,2	20,8	37	122

Źródło: opracowanie własne.

W Teście Inteligencji Stanford-Binet dzieci z SA uzyskały wyniki zbliżone ($X = 79,2$; $SA = 19,7$) do rezultatów dzieci z AR ($X = 78,4$; $SD = 24,8$), a średni wynik wskazuje na pogranicze niepełnosprawności intelektualnej w obu grupach przy znacznej rozpiętości wyników.

W badanej populacji, składającej się z dzieci z SA oraz dzieci z AR, przeważnie w wieku przedszkolnym, stwierdzono istotną statystycznie zależność ($r = 0,747$; $p = 0,001$) jedynie między wynikami w TRZ oraz PTL. Nie wykazano natomiast znaczących relacji między wynikami w TRZ a SIO ($r = 0,254$; $p = 0,160$) oraz między

TRZ a SIN ($r = 0,266$; $p = 0,148$). Nie było też istotnych zależności między wynikami w PTL a SIO ($r = 0,113$; $p = 0,551$) oraz między PTL a SIN ($r = 0,270$; $p = 0,150$).

Tabela 5. Korelacje między wynikami w testach ocenione za pomocą R Pearsona

	TRZ		PTL		SIO	
	R	p	R	p	R	p
TRZ	–	–	0,747	0,001	0,254	0,160
PTL			–	–	0,113	0,551
SIO	0,254	0,160	0,113	0,551	–	–
SIN	0,266	0,148	0,270	0,150	–	–

TRZ – Test Rozumienia Zdań; PTL – Przesiewowy Test Logopedyczny; SIO – Skala Inteligencji Stanford-Binet (wynik ogólny); SIN – Skala Inteligencji Stanford-Binet (skala niewerbalna).

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Nasze badania potwierdzają wyniki wcześniej przeprowadzonych studiów porównawczych, a jednocześnie wnoszą nowe informacje. Porównywane przez nas dzieci z rozpoznaniem SA albo AR nie różniły się istotnie pod względem wieku, który obejmował przeważnie okres przedszkolny. Najczęściej funkcjonowały one na pograniczu niepełnosprawności intelektualnej oraz były opóźnione w rozwoju mowy. Dzieci z SA oraz dzieci z AR nie różniły się także istotnie pod względem rozumienia zdań. Dzieci autystyczne osiągnęły jednak znacząco wyższe wyniki niż dzieci afatyczne w próbach recepcyjnych, oceniających słownik, gramatykę i wymowę. Tak więc potwierdzone zostało to, że wspólną cechą SA oraz AR w wieku przedszkolnym jest opóźnienie w rozwoju mowy. Jest ono większe w przypadku AR i dotyczy przede wszystkim nadawczych sprawności językowych. Można by spekulować, czy opóźnienie rozwoju mowy stanowi jedynie objaw SA oraz AR, czy też jest wobec nich kategorią nadrzędną, co najmniej w ujęciu terapeutycznym. W praktyce mamy do czynienia z opóźnieniem rozwoju mowy różnego pochodzenia [por. Kordyl, 1968; Pruszewicz, 1992; Zaleski, 1992; Panasiuk, 2015; Tarkowski, 2017]. Bishop zastanawia się:

Czy faktycznie ma to znaczenie, jaką etykietę przypniemy dziecku? Z pewnością ważną rzeczą jest zidentyfikowanie problemów i wypracowanie sposobu ich przezwyciężenia. Przed rozważeniem różnych kategorii diagnostycznych należy odpowiedzieć na te obawy i w ogóle uzasadnić stosowanie etykiet diagnostycznych. Podejście medyczne do zaburzeń rozwojowych krytykowane jako w najlepszym razie niepomocne, a w najgorszym przynoszące efekt przeciwny do zamierzonego. Po dołączeniu etykiety do dziecka prawdopodobnie będziemy mieć

stereotypowe oczekiwania i stracimy z oczu jego indywidualność. Ponadto możemy traktować etykietę jako wyjaśnienie [Bishop, 1989, s. 109].


W badanej grupie dzieci z SA oraz dzieci z AR stwierdzono istotną statystycznie zależność między wynikami w próbach mierzących rozumienie zdań oraz próbach mierzących słownik, gramatykę i wymowę. Nie wykryto natomiast znaczącej zależności między wynikami użytych testów językowych a wynikami w skali inteligencji ogólnej i niewerbalnej. Aby to wyjaśnić, można nawiązać do sporu dotyczącego relacji między mową a myśleniem, językiem a inteligencją, szczególnie w płaszczyźnie ich testowania. Wyniki przeprowadzonych badań mówią o występowaniu korelacji między wynikami prób mierzących różne sprawności językowe. Ta zaś nie musi być ściśle powiązana z poziomem inteligencji dzieci z SA oraz dzieci z AR, o czym świadczą także zespół Williama [Giers, 2011]. Na szczególną uwagę zasługuje stwierdzenie braku istotnego związku między rozumieniem a inteligencją niewerbalną. Należałoby zastanowić się, jaką wartość prognostyczną ma pomiar inteligencji bezsłownej w diagnozowaniu dzieci z zaburzeniami mowy oraz czynienie z niej ważnego kryterium rozpoznania. Czy nie należałoby uzupełnić badania inteligencji niewerbalnej pomiarem rozumienia języka?









Przedstawione badania mają pewne ograniczenia, a najważniejsze z nich to celowy dobór grupy badawczej, w badaniach klinicznych jest to jednak standard akceptowany przez metodologów [Brzeziński, 2002]. Do oceny rozumienia zdań zastosowano test obrazkowy z wyborem, w którym istotną rolę odgrywa orientacja wzrokowo-przestrzenna. Dziecko może zrobić błąd nie dlatego, że nie zrozumiało wypowiedzi, lecz dlatego, że pomyliło podobne obrazki, które nie zawsze są jednoznaczne. Z uwagi na doniosłą rolę pamięci natychmiastowej (roboczej) w procesie rozumienia należy przypuszczać, że powtórzenie polecenia może mieć pozytywny wpływ na jego poprawny odbiór. Ważna jest także jakość kontaktu z dzieckiem podczas badań testowych. Łatwiej jest go nawiązać diagnoście pracującemu z dziećmi na co dzień i tak było w prezentowanych badaniach.

Na koniec trzeba zaznaczyć, że zdajemy sobie sprawę z występowania zjawiska nadrozpoznawalności spektrum autyzmu i afazji rozwojowej, które jest tematem tabu. Świadomość ta nie upoważnia do podważania systemu diagnostycznego przyjętego w Polsce.

Literatura

- Bartak L., Rutter M., Cox A., 1977, *A comparative study of infantile autism and specific developmental receptive language. III Discriminant function analysis*, „Journal of Autism and Childhood Schizophrenia”, No. 7, s. 383–396.
- Bishop D.V., 1989, *Autism, Asperger's syndrome and semantic-pragmatic disorder: where are the boundaries?*, „British Journal of Disorders of Communication”, No. 24(2), s. 107–121.
- Bleszyński J., 1997, *Echolalia i zaimek „ja” w kształtowaniu się mowy dziecka z autyzmem*, [w:] T. Gałkowski (red.), *Dziecko autystyczne*, t. 5, Warszawa: Wydawnictwo KTA, s. 97–105.
- Brzeziński J., 2001, *Metodologia badań psychologicznych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czaplewska E., 2012, *Rozumienie pragmatycznych aspektów wypowiedzi przez dzieci ze specyficznym zaburzeniem językowym SLI*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Giers M., 2011, *Zespół Williamsa*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Kielar-Turska M., 2012, *Rozwój sprawności językowej i komunikacyjnej*, [w:] E. Czaplewska, S. Milewski (red.), *Diagnostyka logopedyczna*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 15–63.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, 1998, Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Kordyl Z., 1968, *Psychologiczne problemy afazji dziecięcej*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych z DSM-5*, 2018, Wrocław: Wydawnictwo Edra Urban & Partner.
- Lee L.L., 1971, *Northwestern Syntax Screening Test*, Evanston: Northwestern University Press.
- Lincoln A.J., Yeung-Courchesne R., Elmasian R., Grillon Ch., 1989, *Pathophysiologic Findings in Nonretarded Autism and Receptive Developmental Language Disorders*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, Vol. 19, No. 1, s. 1–17.
- Morton-Evans A., Hensley R., 1978, *Paired associate learning in early infantile autism and receptive developmental aphasia*, „Journal of Autism and Childhood Schizophrenia”, No. 8, s. 61–69.
- Panasiuk J., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadkach alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk., T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 309–346.
- Pruszewicz A., 1992, *Opóźniony rozwój mowy*, [w:] tenże (red.), *Foniatria kliniczna*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s. 233–241.
- Roid G.H., 2003, *The Stanford-Binet Intelligence Scales*, Itasca: Riverside Publishing.
- Sajewicz-Radke U., Radke B.M., Lipowska M., 2017, *Skala inteligencji*, Gdańsk: Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych w Gdańsku.
- Sahlmann L., 1969, *Autism or Aphasia?*, „Developmental Medicine & Childhood Neurology”, Vol. 11(4), s. 443–448.
- Smereka T., 2015, *Rozumienie przekazów językowych i jego zaburzenia*, Wrocław: Wydawnictwo Mkwadrat Maciej Młynarski.
- Tarkowski Z., 2002, *Przesiewowy test logopedyczny*, Lublin: Wydawnictwo Fundacji „Orator”.
- Tarkowski Z., 2017, *Prosty opóźniony rozwój mowy*, [w:] tenże (red.), *Patologia mowy*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 213–234.
- Zaleski T., 1992, *Opóźniony rozwój mowy*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.

	© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)
	Data złożenia: 17.12.2021. Data przyjęcia: 4.07.2022.

Mary Weidner* , Katarzyna Węsierska** 
Hana Laciková*** , Hilda Sønsterud**** 
Signhild Skogdal***** , Kristin Åmodt***** 
Kathleen Scaler-Scott***** , Craig Coleman***** 

Personal Appraisals of Support from the Perspective of Polish, Slovak, and American Children Who Stutter

Osobista ocena polskich, słowackich i amerykańskich dzieci
jąkających się na temat uzyskiwanego wsparcia

Keywords: child, the Personal Appraisal of Support for Stuttering, support, stuttering

Słowa kluczowe: dziecko, Indywidualna Ocena Wsparcia w Przypadku Jąkania, jąkanie, wsparcie

* Pennsylvania Western University, Department of Communication Sciences and Disorders, Human Services Building 241, 215 Scotland Road, Edinboro, PA 16444, USA, e-mail: mweidner@pennwest.edu, <https://orcid.org/0000-0003-3159-7965>

** University of Silesia in Katowice, Faculty of Humanities, Institute of Linguistics, 4 Uniwersytecka Street, 40-007 Katowice, Poland, e-mail: katarzyna.wesierska@us.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0001-6378-9350>

*** S ČŠPP Inštitút detskej reči, Železničarska 13, Bratislava, Slovakia, e-mail: lacikova@detskarec.sk, <https://orcid.org/0000-0002-5711-0476>

**** Nord University, Faculty of Education and Arts, Postboks 1490, 8049 Bodø, Norway, e-mail: hilda.sonsterud@statped.no, <https://orcid.org/0000-0002-5701-2577>

***** UiT The Arctic University of Norway, Department of Education, Postboks 6050 Langnes, 9037 Tromsø, Norway, e-mail: signhild.skogdal@uit.no, <https://orcid.org/0000-0001-9889-1945>

***** Statped, Department of Speech and Language, Postboks 113, 3081 Holmestrand, Norway, e-mail: kristin.amodt@statped.no, <https://orcid.org/0000-0001-5521-0951>

***** Monmouth University, Department of Speech-Language Pathology, 400 Cedar Avenue, West Long Branch, NJ 07764, USA, e-mail: kscalers@monmouth.edu, <https://orcid.org/0000-0001-8913-3261>

***** Pennsylvania Western University, 240 Brown Human Services Building, 215 Scotland Rd., Edinboro, PA, 16444, USA, e-mail: ccoleman@pennwest.edu, <https://orcid.org/0000-0002-6652-3491>

Abstract

Limited research exists about what children who stutter perceive to be helpful and unhelpful listener supports, and no known research exists cross-culturally. Such information is necessary to better inform clinical intervention and public attitudes at large. This study sought to address that need by measuring listener preferences among children who stutter from diverse backgrounds.

One-hundred fifty-one children who stutter from Poland, Slovakia, and the USA completed the child version of the *Personal Appraisal of Support for Stuttering*. Results were examined descriptively and compared cross-culturally.

Themes pertaining to very helpful and very unhelpful supports emerged across all groups. Many items fell in the neutral range, suggesting variability among individual speakers.

Based on the groups examined, children who stutter primarily want listeners to be patient, to include them, and to not laugh when they are speaking. Other nuanced preferences underscore the importance of asking individuals about what they perceive to be helpful and unhelpful. Results of this study informed a listener guideline statement and an open-access informational handout about how to be most supportive of children who stutter.

Streszczenie

Wyników badań na temat tego, co dzieci, które się jękać, postrzegają jako wsparcie, a co jako brak wsparcia ze strony słuchacza jest niewiele. Co więcej, do tej pory nie prowadzono badań międzykulturowych w tym zakresie. Takie dane są potrzebne, aby stosować odpowiednie formy interwencji logopedycznej oraz odpowiednio edukować społeczeństwo. Badanie opisywane w artykule miało na celu wypełnienie tej luki poprzez dokonanie oceny preferencji słuchaczy. Ankietowanymi były dzieci, które się jękać, pochodzące z różnych środowisk.

W badaniu wzięło udział 151 dzieci jękaćcych się z Polski, Słowacji i USA, które wypełniły dziecięcą wersję kwestionariusza *Indywidualna Ocena Wsparcia w Przypadku Jękania* (*The Personal Appraisal of Support for Stuttering*). Wyniki tego badania zostały przeanalizowane w sposób opisowy i porównane międzykulturowo.

We wszystkich grupach pojawiły się tematy dotyczące tego, co wpiera i co nie pomaga w kontaktach interpersonalnych. Wiele pozycji mieściło się w przedziale neutralnym, co sugeruje zmienność wśród poszczególnych respondentów.

Dane uzyskane w badanych grupach wykazały, że dzieci jękaćce się przede wszystkim chcą, aby słuchacze byli cierpliwi, aby ich nie wykluczali i nie wyśmiewali się z nich, gdy z nimi rozmawiają. Inne preferencje podkreślają znaczenie pytania osób jękaćcych się o to, co postrzegają jako pomocne, a co jako niewspierające. Do wyników tego badania dołączono także wytyczne dla słuchaczy oraz ogólnodostępną ulotkę informacyjną o tym, jak najlepiej wspierać jękaćce się dzieci.

Introduction

Educating the Nonstuttering Majority about Stuttering

The communication environment for people who stutter is greatly influenced by those with whom they speak. The reactions of listeners including family members, peers, teachers, coaches, and members of the general public can either “facilitate” or “hinder” the overall communication experience for people who stutter [Yaruss, 2007]. However, an immense body of literature has confirmed that the general public continues to hold misconceptions about people who stutter and lacks the know-how for being a supportive listener [St. Louis, 2015a]. Listeners’ lack of or inaccurate information can lead to stigma and discrimination for people who stutter [Boyle, Blood, 2015]. Stuttering specialists, researchers, organizations, people who stutter, and other advocates (e.g., parents of children who stutter) are making a concerted effort to evoke community-wide improvement of listeners’ knowledge about stuttering and skills interacting with a person who stutters. Improving stuttering *knowledge* involves providing current and credible information about the disorder of stuttering (e.g., causes, prevalence). Stuttering organizations and specialists have been particularly effective at creating and disseminating reliable materials through websites and social media. The Stuttering Foundation, for example, has numerous free pamphlets about stuttering targeted to parents, teachers, physicians, and others, nearly all of which were developed by stuttering specialists and researchers [The Stuttering Foundation, n.d.]. Improving listeners’ *skills*, however, should be driven by preferences of the speakers themselves. To this end, it is critical that people who stutter endorse lists of helpful and unhelpful listener supports. This is quite logical considering “client perspectives” is a central tenant of evidenced-based therapy in speech-language pathology [American Speech-Language-Hearing Association, n.d.].

Numerous tip sheets about how listeners should support people who stutter circulate the internet. Although many lists are from credible organizations, some are from individuals soliciting promises for stuttering cures. Despite the discrepancy in the quality of the content, most existing tip sheets do not name the author, provide references, or the methodology on how recommendations were reached. In addition, it is unclear if the “tips” are reflective of the opinions of people who stutter. The lack of this information poses serious concern for two main reasons. First, lay consumers may find it challenging to discern quality information from that which promotes unfounded claims. Second, information that continues to be perpetuated without objective or reported evidence – even if it sounds credible – can lead to sweeping assumptions and potentially hurtful outcomes for people who stutter. Accordingly, quality, evidence-based listener tip sheets should include input from people who stutter obtained through objective measurement.

Preferences of Adults who Stutter

A recent study invited adults who stutter to share their opinions about helpful and unhelpful listener supports to inform the development of evidenced-based tips for listeners [St. Louis et al., 2017]. In that study, 148 people who stutter from North America completed the *Personal Appraisal of Support for Stuttering-Adult* [St. Louis, 2015b], which measures respondents' perceived helpfulness of various listener supports (e.g., "it is helpful when people finish my words") as well as from which groups they receive the most support (e.g., family, friends). Items were rated on a 1–5 Likert scale, with higher scores indicating stronger agreement. Participants also completed a semi-structured interview to provide additional qualitative data to the survey responses. Combining both the qualitative and quantitative data, the researchers generated the following statement:

When first interacting with a person who stutters in North America, be engaging, patient, accepting, friendly, and as comfortable as possible, all the while being a good listener. After getting to know the person, learn more about stuttering and be flexible about modifying your interactions according to the person's personal preferences for being supported, realizing that sometimes a particular action, such as trying to guess and fill in a word being stuttered, though generally not advised, is sometimes desired. After considerable interaction, you may gently inquire if you should ask questions about the stuttering, offer advice or referrals, or otherwise comment on the stuttering, but be ready to respect the stuttering person's¹ wishes [St. Louis et al., 2017, p. 10].

This study was among the first to provide published, evidence-based listener guidelines informed by preferences of people who stutter. It laid an important precedent to involve other groups of people who stutter, such as children and those from diverse backgrounds.

Experiences of Children who Stutter

It has been well established that children who stutter are at high risk for social consequences such as social exclusion, difficulty making friendships, teasing and bullying, decreased participation in class, and poor self-image [Davis, Howell, Cooke, 2002; Yaruss et al., 2004; Hartford, Leahy, 2007; Daniels, Gabel, Hughes, 2012; Langevin, 2015; Blood, Blood, 2016; Eggers, Millard, Kelman, 2021]. Various studies around the world including the USA, Poland, Bosnia and Herzegovina, and Turkey, have used the *Public Opinion Survey on Human Attributes – Stuttering/Child* [St. Louis, Weidner, 2015] to better understand the nature and epidemiology of children's stuttering attitudes. Collective results confirmed children who

1 Some people prefer person first language (*person who stutters*), while others prefer condition first language (*stutterer*). There is a big shift happening now across a number of conditions where people are expressing those personal preferences.

stutter are often subject to unfavorable attitudes from their nonstuttering peers [Langevin, Packman, Onslow, 2009; Weidner et al., 2017; Weidner, St. Louis, Glover, 2018; Glover, St. Louis, Weidner, 2019; Weidner, Junuzovic-Zunic, St. Louis, 2020]. As a whole, nonstuttering children lack information about the disorder and specific training on how to sensitively respond to peers who stutter. Although stuttering attitudes have been suggested to improve between preschool and the upper elementary years, misconceptions about the traits of people who stutter (e.g., being nervous and shy) and responses to stuttering (e.g., finishing words and saying slow down) have been noted across all age groups [Glover, St. Louis, Weidner, 2019; Weidner, Junuzovic-Zunic, St. Louis, 2020]. It should be noted, however, that typically fluent children were shown to be earnest in their desire to help children who stutter, despite lacking the specific skills in how to be a supportive listener [Weidner, St. Louis, Glover, 2018]. Thus, they need specific skills training on what to do and what not to do when interacting with a stuttering peer. Encouragingly, two recent studies from the United States and Poland reported that children's stuttering attitudes are amenable to change following a stuttering educational program [Weidner, St. Louis, Glover, 2018; Węsierska, Weidner, 2022]. The researchers concluded that, although nonstuttering children's knowledge about stuttering and reactions toward individuals who stutter is limited, their attitudes can be significantly improved with brief educational programming.

Although some preliminary data has been reported by children who stutter and their parents [Weidner et al., 2019; Węsierska, St. Louis, Weidner, 2019], there is no known published study that has systematically examined and compared what children who stutter perceive to be helpful and unhelpful supports. Such information could provide insight relative to the shared experiences among children around the world, and lead to the development of universal listener recommendations for nonstuttering peers and others in the speakers' communication community.

Purpose

At this time, there is limited publicly available, evidenced-based content that combines the expert knowledge of stuttering specialists with the preferences of children who stutter. Moreover, there is little information about whether or not preferences are similar across diverse, multicultural samples. This study addressed those areas by answering the following research questions:

1. What do children who stutter perceive as helpful and unhelpful listener supports?
2. What are the similarities and differences in listener supports as perceived by children from cross-cultural groups?

In order to address the second research question, it was felt that the represented countries must (1) have at least one stuttering specialist with access to children

who stutter (2) be culturally distinct from one another and (3) have the resources to translate and carry out the study protocol. The first author recruited stuttering specialists who are affiliated with *the International Project on Attitudes Toward Human Attributes* – IPATHA [St. Louis, 2010], a global initiative to measure and improve stuttering attitudes. Researchers and clinicians from the United States, Poland, and Slovakia emerged, thus providing a robust cultural representation of children who stutter. This study had an additional clinical aim to inform the development of evidenced-based, easy to disseminate, and culturally sensitive listener guidelines for supporting children who stutter.

Methodology

Survey

The child version of the *Personal Appraisal of Support for Stuttering* (PASS-Ch) [St. Louis, Weidner, 2015], translated into the native language of the participants, was utilized in this study. Children participants complete the survey in pencil-and-paper format. The original English child version was translated into Polish and Slovak by the second and third authors, respectively. The survey includes 26 items which measure respondents' perceptions related to degree of helpfulness of others' responses toward the child's stuttering, and 9 items related to the amount of help the child has received from various people or groups. In addition, it includes a series of open-ended questions relative to the speakers' stuttering experience, which provide additional qualitative data. The survey items dealing with listener responses broadly address various facets of the stuttering experience including: (1) others' general *reactions* in the moment of stuttering (e.g., "maintain normal eye contact with me when I stutter," "be patient with me when I am talking"), (2) others' overt *suggestions or advice* in the moment of stuttering (e.g., "tell me to think about what I want to say," "tell me to 'slow down'"), (3) the degree to which others are *inclusive* (e.g., "invite me to his/her party or other social event," "ignore me"), (4) the degree to which others *provide stuttering resources or facilitate connections* (e.g., "give me information about stuttering," "introduce me to someone else who stutters"), and (5) others' *interest in stuttering and the personal stuttering experience* (e.g., "know about stuttering and what causes it," "ask me how to help with my stuttering"). The additional items dealing with the helpfulness from groups or persons are specific to a child's communication community (e.g., family members, teachers, friends, and people in the in media). For all items, responses are rated on a 1–5 Likert scale, with higher values reflecting helpful levels of perceived support, and 3 as "neutral." All items also included a "not sure" option, which were excluded from quantitative analyses.

The open-ended questions, listed in Table 1, are delivered by the researcher in a semi-structured interview following children's completion of the paper-and-pencil

survey. The questions pertain to helpful and unhelpful responses as perceived by the child, as well as relevant information on stuttering and people who stutter that the public needs to know

Table 1. Open-ended questions included on the PASS-S/Child

Questions
1. What do you think helps you with your stuttering?
2. What makes you feel better about your stuttering?
3. What are helpful things that other people do when you stutter?
4. Have people been helpful with your stuttering? Who?
5. What does not help with your stuttering?
6. What makes you feel worse about your stuttering?
7. What are unhelpful things that other people do when you stutter?
8. Have people been unhelpful with your stuttering? Who?
9. When you are talking to people, how would you like people to react when you stutter?
10. What haven't people done that you would like them to do to help with your stuttering?
11. What do you think is important for people to know about stuttering?
12. What do you think is important for people to know about people who stutter?
13. What is the most difficult thing about being a child who stutters?

Source: own elaboration based on St. Louis, Weidner, 2015.

Recruitment

The first five authors of this study recruited participants in their home country (i.e., the Poland, Slovakia, and the USA) through speech-therapy clinics, and distributed pencil-and-paper versions of the surveys in respondents' native language. All procedures were carried out in accordance with the governing human research procedures.

Results

Participants

A total of 150 child participants from Poland, Slovakia, and the USA completed the survey. As determined by a speech-language pathologist, all children participants stuttered ($n = 150$). Total respondents by group country and sex are reported in Table 2. The average age of children respondents was 10.9 years. On average, they had 3 years of speech therapy (range 0 years to 10 years). All children demonstrated adequate ability to understand and reliably respond to the survey items, as determined by the administering speech-language pathologist.

Table 2. Distribution of Child Participants by Sex and Country

	Males	Females	Not Reported	Total by Country
Poland	86	27	–	113
Slovakia	13	4	–	17
USA	16	3	1	20
Total by Sex	115	34	1	<i>N</i> = 150

Source: own study.

Children's Listener Preferences

Data from the PASS-Child were analyzed descriptively on a 1–5 scale, with higher means reflecting stronger affirmation of support. Item means (*M*) and standard deviations (*SD*) for Poland, Slovakia, the United States, and the combined group are reported in Table 3.

Table 3. Means (*M*) and Standard Deviations (*SD*) for Listener Preferences Reported by 150 Children who Stutter on the PASS-Child on a 1–5 scale

PASS-Child Item	Poland <i>n</i> = 113		Slovakia <i>n</i> = 17		United States <i>n</i> = 20		Group <i>N</i> = 150	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Support in Actions by Others								
Ignore me	1.47	0.99	2.00	1.46	1.63	1.07	1.55	1.07
Talk to me but act like there is nothing wrong with the way I talk	4.17	1.18	4.47	1.01	3.85	1.46	4.16	1.21
Laugh at me because of my stuttering	1.05	0.22	1.00	0.00	1.55	1.10	1.11	0.47
Finish my words when I stutter	2.30	1.39	2.47	1.33	2.10	1.25	2.29	1.36
Be patient with me when I am talking	4.65	0.76	4.65	0.86	4.68	0.58	4.66	0.75
Be bothered by my stuttering	2.55	1.36	1.25	0.58	1.60	1.10	2.25	1.34
Feel sorry for me because I stutter	2.60	1.40	2.67	1.29	2.26	1.33	2.56	1.37
Tell me to slow down	3.17	1.57	3.06	1.18	3.11	1.64	3.15	1.53
Tell me to use my strategies	3.58	1.42	3.07	1.22	3.42	1.26	3.50	1.38
Tell me to think about what I want to say	2.80	1.48	2.76	1.25	3.35	1.50	2.88	1.48
Stutter for real himself/herself when we talk	2.80	1.41	2.76	1.25	2.80	1.42	2.79	1.38
Put some "faked" stuttering into his/her own speech when we talk	1.44	0.98	1.31	0.79	2.05	1.27	1.51	1.02
Ask me how he/she could help me with my stuttering	3.58	1.39	3.53	1.46	3.74	1.41	3.60	1.40
Ask me questions about stuttering	2.57	1.28	2.13	1.45	3.40	1.31	2.64	1.31
Give me information about stuttering (books, movies, websites, etc.)	3.36	1.42	3.35	1.41	3.00	1.33	3.31	1.40

PASS-Child Item	Poland <i>n</i> = 113		Slovakia <i>n</i> = 17		United States <i>n</i> = 20		Group <i>N</i> = 150	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Introduce me to someone else who stutters	3.55	1.39	3.24	1.30	3.58	1.26	3.51	1.36
Invite me to a support group for other children who stutter	3.53	1.54	2.73	1.22	3.84	1.21	3.48	1.49
Tell me how I should feel about stuttering	2.32	1.34	2.13	1.19	2.22	1.26	2.28	1.31
Tell me what I should do when I stutter	3.34	1.48	2.71	1.53	3.06	1.47	3.22	1.49
Tell me his/her own story of stuttering	3.94	1.26	3.59	1.18	3.11	1.28	3.79	1.28
Know about stuttering and what causes it	4.26	1.08	4.06	1.06	3.83	1.38	4.18	1.12
Know how to react when I stutter	4.45	0.88	3.88	1.27	4.35	0.88	4.37	0.94
Use the term "stutterer" when commenting about me and my speech	1.35	0.86	1.24	0.66	2.00	1.22	1.41	0.91
Make a joke about stuttering to try to reduce the awkwardness surrounding stuttering	1.65	1.05	1.41	0.87	1.95	1.39	1.67	1.08
Maintain normal eye contact with me while we talk	4.25	1.01	4.00	0.87	4.50	0.89	4.25	0.98
Invite me to his/her party or other social event	4.30	1.11	4.06	1.43	4.15	1.27	4.25	1.17
Past Support Received from Various Persons								
My parents	4.82	0.53	4.71	0.47	4.60	0.75	4.78	0.56
My brothers or sisters	3.38	1.42	3.09	1.51	3.35	1.54	3.35	1.44
My other relatives	3.59	1.27	3.56	1.09	3.80	1.51	3.62	1.28
My close friends	3.29	1.34	3.56	1.21	3.74	1.15	3.39	1.30
My classmates	2.81	1.38	3.13	1.46	2.74	1.52	2.83	1.40
My teachers	3.32	1.34	3.00	1.41	3.52	1.22	3.32	1.33
My speech-language therapist	4.70	0.68	4.65	0.99	4.90	0.45	4.72	0.69
A support group for children who stutter	3.90	1.35	4.25	0.96	3.75	1.28	3.91	1.32
People talking about their stuttering on television, YouTube, social media, the Internet, etc.	2.80	1.55	2.50	1.45	3.00	1.56	2.80	1.53

Source: own study.

The three most and three least helpful listener supports as well as three most and three least helpful persons or groups were identified for each group (Table 4). The children reported the following three most helpful listener supports as "being patient with me when I am talking," "knowing how to react when I stutter," and "inviting me to his/her party or social events." The least helpful supports, as reported by children were "laughing at me because of my stuttering," "using the term 'stutterer'

when talking about me and my speech,” and “putting some ‘faked’ stuttering into his or her own speech when we talk.”

Children in all three countries rated speech-language pathologists (SLPs) and parents as the two most supportive groups. Children rated the helpfulness of SLPs and parents nearly equal, slightly favoring the parents as the most helpful group. The children rated “support groups” as the third most helpful group. The children group rated people talking about their stuttering on (media outlets), their classmates, followed by their teachers as the least helpful groups.

Several items were rated in the neutral range. For children, examples include “tell me to ‘slow down,’” “tell me to think about what I want to say,” and “tell me what to do when I stutter.” Each item revealed a range from 1 to 5 and had an average standard deviation of 1.20, thus suggesting noteworthy variance among individual respondents.

Table 4. Three most and least helpful listener preferences reported by Polish, Slovak, and American children who stutter on the PASS-Child

Most Helpful Listener Supports			
	Poland	Slovakia	USA
Children	<ol style="list-style-type: none"> 1. Be patient 2. Know how to react 3. Invite me to his/her party or social events 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Be patient 2. Talk to me normally 3. Know about stuttering and what causes it 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Be patient 2. Maintain normal eye contact 3. Know how to react
Least Helpful Listener Supports			
	Poland	Slovakia	USA
Children	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laugh at me 2. Use the term “stutterer” 3. Put fake stuttering into their speech 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laugh at me 2. Use the term “stutterer” 3. Be bothered by my stuttering 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laugh at me 2. Be bothered by my stuttering 3. Ignore me

Source: own study.

On the help from item, children in all three countries rated “parents” and “speech-language pathologists” as the most helpful groups, although the ranking was not consistent. Across cultures, children consistently gave a low ranking for “people talking about their stuttering on media.” In Poland and the USA, “classmates” were also ranked quite low, but the Slovak child group rated that item in the neutral range.

Selected Answers to Open Questions by Polish and Slovak Child Respondents

Table 5 displays verbatim responses from select Polish and Slovak children. The gender (G: girl / B: boy); age of the child (years) and nationality (Polish: PL / Slovak: SK) are given in parentheses at the end of the quoted statement.

Table 5. Qualitative responses reported by Polish and Slovak children who stutter

Question	Verbatim Child Response
What do you think helps you with your stuttering?	<ul style="list-style-type: none"> – It helps me when people don't pay attention to my stutter, when they ignore it (B, 14, PL) – What is helpful is that people don't care about my stuttering and they don't react to it (G, 9, PL) – Being patient, it helps me very much if you can just calmly and quietly listen to me (G, 13, PL) – It helps me that they ignore it (my stuttering) (B, 11, SK) – When people react normally and wait for me to finish my speech (B, 15, SK) – When they encourage me, or when they don't focus on it (my stuttering) (B, 10, SK)
What does not help with your stuttering?	<ul style="list-style-type: none"> – It doesn't help that my stuttering is variable, that I stutter more when I get stressed (G, 13, PL) – Annoying questions from other people, such as: why do you stutter, why do you talk so strangely? (G, 12, PL) – Bringing attention to my speech, mockery, ignoring me (B, 14, SK) – When people tell me that I'm stuttering (B, 11, SK) – When they don't let me finish my sentences or when they finish words for me (B, 15, SK) – When they tell me I'm not talking well (B, 9, SK) – Those people who laughed at me were unhelpful (B, 14, SK)
How would you like people to react when you stutter?	<ul style="list-style-type: none"> – I wish people would wait for me to speak up (B, 8, PL) – That other people don't make fun of me during a conversation because of my stuttering (G, 11, PL) – Most helpful is patience from the people who talk to me and when I am unable to control my stuttering (B, 12, PL) – Meeting other people who stutter and patience from listeners (B, 9, PL) – Unhelpful is when they remind me how I should breathe (B, 10, PL) – I want people to let me talk – to finish (B, 7, SK) – I want them to listen normally even when I'm stuttering and they can understand it (B, 14, SK) – I think they should have patience (B, 14, SK) – Listen carefully, and wait until I finish my speech (G, 7, SK)
What do you think is important for people to know about stuttering and people who stutter?	<ul style="list-style-type: none"> – People who stutter are just like everyone else (G, 11, PL) – It would help if people knew what causes stuttering, that stuttering is not something to be cured, and what a person who stutters feels (G, 13, PL) – Stuttering is normal, and we are individuals who are normal, and we can live with it (B, 12, PL) – That others understand that people who stutter don't like it and want to speak fluently (G, 11, PL) – It is not a disease, it is my characteristic – not a defect (B, 10, PL) – Stuttering is not something I have imagined; on the contrary, it makes my life difficult (G, 14, PL) – It is not my fault that I stutter (B, 10, PL) – That stuttering therapy can help me (B, 8, PL) – That individuals who stutter are more sensitive (B, 9, PL)

Table 5. (continued)

Question	Verbatim Child Response
	<ul style="list-style-type: none"> – They should know that stuttering is not provoked by a shock or stress and that it is not my fault, that I have it (B, 14, SK) – People should not think about stuttering in the way that a person who stutters cannot speak (they just speak differently) (B, 11, SK) – It would be good for people to know that it is not nice to be a person who stutters and it is not my fault (G, 7, SK) – That it is not a problem/error of intelligence and that it is not contagious (G, 10, SK) – That I was born with stuttering (G, 7, SK & B, 9, SK) – Children who stutter are normal, they just stutter (G, 7, SK) – People who stutter are not bad human beings (G, 9, SK) – To not perceive people who stutter as different (B, 14, SK)
What is the most difficult thing about being a child who stutters?	<ul style="list-style-type: none"> – Thinking that my peers might not respect a person like me or want to interact with me because of my stuttering (G, 12, PL) – That because of my stuttering I can't perform in drama activities at my school and that often teachers, family, friends or others finish words for me (B, 11, PL) – The hardest part is that stuttering can't be cured (B, 10, PL) – Various disadvantages: presentations, speeches... (B, 15, SK) – That I get stuck (B, 9, SK) – Establishing relationships (B, 15, SK) – That I have dysfluencies in speech and that (stuttering) it can occur at any time (B, 14, SK) – I don't know how to say a sentence without stuttering and talking to a girl or someone else is quite difficult for me because that's when my stuttering can be extremely severe (B, 15, SK)

Source: own study.

Discussion

Summary

This study sought to examine the preferences of children who stutter from diverse backgrounds, compare similarities between those groups, and develop evidenced-based listener guidelines. Despite group mean differences, commonalities in item rank-ordering across all groups emerged. The children in all countries almost universally shared the same most and least preferred listener supports (i.e., being patient and laughing at the child who stutters, respectively), which was further reflected in the semi-structured interviews. Interestingly, all groups regardless of country identified parents and speech-language pathologists as being the most supportive groups. The Polish and American groups rated classmates unfavorably, whereas the Slovak ratings were a bit higher. Despite that difference, there are clear trends among children from three different countries regarding supports that are perceived as very helpful and very unhelpful. Findings further reinforce the need to expand

the therapy circle to include teachers and classmates, so they are well equipped with the knowledge and skills to support children who stutter.

In addition to the very helpful and unhelpful supports, the items in the neutral range are also worth mentioning. As a group, the children hovered slightly above or below neutral for (others telling me to) “think about what I want to say,” ($M = 2.88$) and “slow down” ($M = 3.16$). The standard deviations for those items were also higher than the average standard deviation across the supportive action items (average $SD = 1.2$). Taken together, it appears that specific advice given the moment of stuttering are highly variable and individualized.

The qualitative results underscore the desire of children who stutter to be accepted, understood, and respected. In addition, it highlighted the need for clinicians and researchers to be sensitive to the needs of each individual speaker, so that children who stutter can communicate in functional and meaningful contexts without fear or embarrassment. For example, speaking activities such as participating in drama class, giving presentations, talking to people of another gender were all highlighted as important activities.

Guidelines for Interacting with Children who Stutter

One of the aims of this study was to generate evidenced-based guidelines on how to supportively interact with a child who stutters. This study elucidated several universal “dos and don’ts” and provided empirical evidence for much of the information in existing educational materials. At the same time, we must emphasize that preferences can be individualized, especially as it relates to listener responses during the moment of stuttering. Based on results from this study, we advance this summary statement, which is adapted from St. Louis et al.:

When interacting with a child who stutters, be patient and friendly, while maintaining natural eye contact and body language. Focus on the content of the child’s message, not whether it was fluent. Avoid finishing the child’s sentences or providing unsolicited recommendations. Be mindful that seemingly well-intended comments (e.g., telling the child to “slow down” or “think about what you want to say”) can often be undesired or unhelpful. Children who stutter will have individual preferences for responses they feel are helpful. It is important to establish a trusting relationship and talk openly with each individual to identify those preferences, so they can receive maximal support from those with whom they communicate [St. Louis et al., 2017, p. 10].

Based on this study, and with grant support from the Iceland, Liechtenstein and Norway granting agency, several authors of this study helped to write additional evidence-based materials in English, Polish and Slovak. A flyer is provided at the end of this article, and more details can be found at LOGOLab website: www.logolab

.edu.pl [Węsierska, Weidner, Sønsterud, 2021]. Readers are invited and encouraged to disseminate this information in their practice or communities.

Limitations and Future Research

By nature of the recruitment process, nearly all of the child participants received at least some speech therapy. As such, it is not representative of the preferences of the many children and their parents who do not receive therapy. In addition, stuttering experts (many of whom are authors) provided or supervised some of the stuttering therapy, which might have impacted ratings, especially related to helpfulness of certain groups. Therefore, we must be cautious in generalizing these results to children who have not received speech therapy or specialized stuttering therapy. Although this study involved a robust sample from three different countries, the sample size across the groups differed, which prohibited inferential analyses. In addition, the inclusion of more countries would help to validate the “universalities” observed in this study.

This study provides evidence for the clinical utility the PASS-S/Ch. Clinicians and other professionals might consider giving the survey to their clients to inform goals that align with a community-centered therapy approach (e.g., educating classmates about stuttering). It is hoped this study inspires future collaborations between stuttering experts, researchers, and people affected by stuttering. Doing so would permit the development of highly credible and evidence-based treatment and educational materials. Most importantly, it will give people who stutter a representative voice on issues that can potentially hinder or facilitate their overall stuttering experience.

Disclosures

Development and dissemination of the supporting guidelines, as reported in the Appendix, were made possible by funding from the Iceland, Norway, and Liechtenstein granting agency. The first author co-owns the copyright to the PASS-Child which was used in this study.

Acknowledgements

We would like to acknowledge Dr. Kenneth O. St. Louis for his invaluable contributions to this study.

References

- American Speech-Language-Hearing Association, n.d., *Evidence Based Practice*, <https://www.asha.org/research/ebp/> (accessed: 12.03.2022).
- Blood G.W., Blood I.M., 2016, *Long-term consequences of childhood bullying in adults who stutter: Social anxiety, fear of negative evaluation, self-esteem, and satisfaction with life*, "Journal of Fluency Disorders", No. 50, pp. 72–84.
- Boyle M.P., Blood G.W., 2015, *Stigma and stuttering: conceptualizations, applications, and coping*, [in:] K.O. St. Louis (ed.), *Stuttering meets stereotype, stigma, and discrimination: An overview of attitude research*, Morgantown: West Virginia University Press, pp. 43–70.
- Daniels D.E., Gabel R.M., Hughes S., 2012, *Recounting the K–12 school experiences of adults who stutter: A qualitative analysis*, "Journal of Fluency Disorders", No. 37, pp. 71–82.
- Davis S., Howell P., Cooke F., 2002, *Sociodynamic relationships between children who stutter and their non-stuttering classmates*, "Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines", No. 43, pp. 939–947.
- Eggers K., Millard S., Kelman E., 2021, *Temperament and the Impact of Stuttering in Children Aged 8–14 Years*, "Journal of Speech, Language, and Hearing Research", Vol. 64(2), pp. 417–432.
- Glover H.L., St. Louis K.O., Weidner M.E., 2019, *Comparing stuttering attitudes of preschool through 5 grade children and their parents in a predominately rural Appalachian sample*, "Journal of Fluency Disorders", No. 59, pp. 64–79.
- Hartford E., Leahy M.M., 2007, *The perceptions of primary school children of a person who stutters*, [in:] J. Au-Yeung, M.M. Leahy (eds.), *Proceedings of Fluency Disorders*, Dublin: The International Fluency Association, pp. 217–222.
- Langevin M., 2015, *Changing attitudes toward stuttering: What children liked about a stuttering education resource*, [in:] K.O. St. Louis (ed.), *Stuttering meets stereotype, stigma, and discrimination: An overview of attitude research*, Morgantown: West Virginia University Press, pp. 304–309.
- Langevin M., Packman A., Onslow M., 2009, *Peer Responses to Stuttering in the Preschool Setting*, "American Journal of Speech-Language Pathology", No. 18, pp. 264–276, [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2009/07-0087\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2009/07-0087))
- St. Louis K.O., 2010, *International Project on Attitudes Toward Human Attributes (IPATHA)*, Morgantown: Populore, <http://www.stutteringattitudes.com> (accessed: 12.03.2022).
- St. Louis K.O., 2015a, *Epidemiology of public attitudes toward stuttering*, [in:] idem (ed.), *Stuttering meets stereotype, stigma, and discrimination: An overview of attitude research*, Morgantown: West Virginia University Press, pp. 7–42.
- St. Louis K.O., 2015b, *Personal Appraisal of Support for Stuttering-Adult (PASS-Ad)*, Morgantown: Populore.
- St. Louis K.O., Weidner M.E., 2015, *Personal Appraisal on Stuttering Support-Child*, Morgantown: Populore.
- St. Louis K.O., Irani F., Gabel R., Hughes S., Langevin M., Rodriguez M., Scaler Scott K., Weidner M., 2017, *Evidence-based guidelines for being supportive of people who stutter in North America*, "Journal of Fluency Disorders", Vol. 53(1), pp. 1–13.
- The Stuttering Foundation, n.d., www.stutteringhelp.org (accessed: 12.03.2022).
- Weidner M.E., Junuzovic-Zunic L., St. Louis K.O., 2020, *A comparison of stuttering attitudes among nonstuttering children and parents in Bosnia & Herzegovina*, "Clinical Archives of Communication Disorders", No. 5, pp. 42–53.
- Weidner M.E., St. Louis K.O., Glover H., 2018, *Changing nonstuttering preschool children's stuttering attitudes*, "American Journal of Speech-Language Pathology", No. 27, pp. 1445–1457.

- Weidner M.E., St. Louis K.O., Nakıscı E., Özdemir R.S., 2017, *A comparison of attitudes towards stuttering of non-stuttering preschoolers in the United States and Turkey*, "South African Journal of Communication Disorders", No. 64, pp. 1–11.
- Weidner M. E., Węsierska K., St. Louis K. O., Scaler-Scott K., 2019, *Supporting Children who Stutter: Experiences and Perspectives of American and Polish Parents. Presentation at the World Congress for Stuttering*, Hveragerdi, Iceland.
- Węsierska K., St. Louis K.O., Weidner M. E., 2019, *Personal Appraisals of Support from the Perspective of Polish Children who Stutter. Poster presentation at the International Association for Logopedics and Phoniatrics*, Taipei, Taiwan.
- Węsierska K., Weidner M.E., 2022, *Improving young children's stuttering attitudes in Poland: Evidence for a cross-cultural stuttering inclusion program*, „Journal of Communication Disorders”, No. 96, pp. 1–10.
- Węsierska K., Weidner M., Sønsterud H., 2021, *Let's empower children who stutter and their parents so they can speak the changes they wish to see*, ISAD 2019 on-line conference. Online: <https://isad.isastutter.org/isad-2021/papers-presented-by/research-therapy-and-support/lets-empower-children-who-stutter-and-their-parents-wesierska-weidner-sonsterud/> (accessed: 10.03.2022).
- Yaruss J., 2007, *Application of the ICF in Fluency Disorders*, „Seminars in Speech and Language”, No. 28(4), pp. 312–322.
- Yaruss J.S., Murphy W.P., Quesal R.W., Reardon N.A., 2004, *Bullying and teasing: Helping children who stutter*, New York, NY: National Stuttering Association.



© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland.
This article is an open access article distributed under the terms and conditions
of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Data złożenia: 19.03.2022. Data przyjęcia: 4.07.2022.

HOW BEST TO SUPPORT CHILDREN WHO STUTTER IN INTERPERSONAL COMMUNICATION

What is and what is not supportive, in the view of children who stutter, and of their parents

DO'S:

- Maintaining eye contact.
- Being patient.
- Knowing about stuttering.
- Acting neutrally.
- Including the child.



DON'T'S:

- Laughing at the child.
- Finishing the child's words.
- Mimicking stuttering.
- Making a joke about stuttering.



Take home message!

Based on the result of the quantitative and qualitative findings, some "universal" DO's and DON'T's emerged when interacting with children who stutter. Some other kinds of support remain highly individualized, and should be discussed with the child. Some of these items were as follows:

- giving advice on what to do and how to feel;
- asking questions about stuttering;
- meeting other people who stutter.

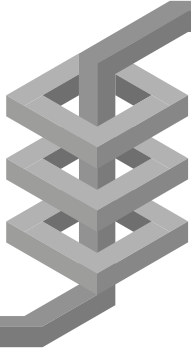
When interacting with a child who stutters, these guidelines are recommended:

When interacting with a child who stutters, be patient and friendly, while maintaining natural eye contact and body language. Focus on the content of the child's message, not whether the child is fluent. Avoid finishing the child's sentences or providing unsolicited recommendations. Be mindful that seemingly well-intended comments (e.g., telling the child to "slow down" or "think about what you want to say") or actions (e.g. making a joke about stuttering) can often be undesired or unhelpful. Children who stutter will have individual preferences for responses they feel are helpful. It is important to establish a trusting relationship and talk openly with everyone to identify those preferences. Then they can receive maximal support from those with whom they communicate (adapted from St. Louis et al., 2017; 2019).

This material is based on the results of international research conducted among children who stutter and their parents, using the questionnaire: Personal Appraisal of Support for Stuttering—Children / Parents (Weidner & St. Louis, 2015). The aim of the studies was to obtain a reliable answer to the following question: "What is and what is not supportive, in the view of children who stutter, and of their parents?" Several studies have been conducted, and there is an ongoing work to continue collecting information worldwide (more detailed information and a complete list of references can be found on the leaflet accompanying this poster, which is available at: www.logolab.edu.pl & <https://doi.org/10.1016/j.logolab>).

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Regionalnego
działanie 8.2 Inicjatywa na rzecz równości w regionach o niskim poziomie rozwoju gospodarczego, pod nazwą: **LOGO Lab**
działanie 8.2 Inicjatywa na rzecz równości w regionach o niskim poziomie rozwoju gospodarczego, pod nazwą: **LOGO Lab**
działanie 8.2 Inicjatywa na rzecz równości w regionach o niskim poziomie rozwoju gospodarczego, pod nazwą: **LOGO Lab**





Recenzje

Danuta Grzesiak-Witek* 

**Recenzja książki Katarzyny
Sedivy-Mączki, *Stymulacja komunikacji
językowej dzieci z autyzmem*,
Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu
Pedagogicznego, Kraków 2019, ss. 143,
ISBN 978-83-8084-395-0**

Autyzm to zaburzenie neurorozwojowe, które od dawna budzi zainteresowanie badaczy [por. Grzesiak-Witek, 2013; Kaczmarek, Wojciechowska, 2015; Winczura, 2016]. W literaturze naukowej występuje ono pod pojęciem zaburzenia ze spektrum autyzmu (*Autism Spectrum Disorders* – ASD) [Grzesiak-Witek, Sobolewski, Witek, 2021, s. 88]. Najnowszą klasyfikację, która ułatwia przeprowadzenie diagnozy zaburzeń ze spektrum autyzmu, stanowi DSM-V – podręcznik wydany w 2013 roku przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne¹. Publikacja ta wprowadziła jedną kategorię – zaburzenia należące do spektrum autyzmu – w miejsce kilku podtypów: zaburzeń autystycznych, zespołu Retta, dziecięcego zaburzenia dezintegracyjnego, zaburzenia Aspergera oraz całościowego zaburzenia rozwojowego nieokreślonego inaczej [American Psychiatric Association, 2013, s. 311–324].

Recenzowana pozycja Katarzyny Sedivy-Mączki składa się z sześciu rozdziałów poprzedzonych wstępem oraz zwieńczonych zakończeniem i wykazem bibliografii. Mieści się ona w grupie publikacji związanych z tematyką autyzmu. Współcześnie

* Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Wydział Humanistyczny, Instytut Literaturoznawstwa i Językoznawstwa, ul. Uniwersytecka 17, 25-406 Kielce, e-mail: dgrzesiakwitek@ujk.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0001-6959-9304>

1 Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5 (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*) stanowią zbiór klasyfikacji oraz kryteriów niezbędnych podczas rozpoznawania zaburzeń psychicznych [zob. Morrison, 2017].

odnotowuje się wzrost liczby diagnozowanych przypadków dzieci ze spektrum autyzmu (cechy autyzmu dotyczą 1% populacji). Wynika to z cywilizacyjnych uwarunkowań zaburzeń autystycznych, wzrastania dzieci wśród technologii kosztem relacji międzyludzkich. Przy tym należy przywołać wiele czynników przyczyniających się do autyzmu. Są to między innymi czynniki biologiczne, środowiskowe, psychologiczne, neurologiczne, genetyczne oraz związane z neuroprzeżywalnością [Pisula, 2012; Tunkiewicz, 2019, s. 165–175]. Biorąc pod uwagę wzrost liczby diagnozowanych dzieci z cechami autystycznymi, należy z uznaniem przyjąć każdą publikację podejmującą problematykę autyzmu.

Rozdział pierwszy recenzowanej publikacji, zatytułowany *Wpływ języka na kształtowanie się funkcji poznawczych*, prezentuje zależność pomiędzy rozwojem języka a kształtowaniem się funkcji poznawczych. Autorka ukazuje przebieg rozwoju funkcji poznawczych oraz komunikacji językowej u dzieci bez dysfunkcji w celu przygotowania gruntu do oceny rozwoju intelektualnego jednostek z autyzmem. W przypadku dziecka autystycznego świat nie stanowi źródła bodźców wpływających na jego rozwój – ze względu na jego wybiórczy odbiór informacji i nietypowe ich przetwarzanie. Dlatego tak ważne jest stymulowanie wszystkich zaburzonych sfer, które stanowią biologiczne podłoże kształtowania się języka. Katarzyna Sedivy-Mączka zwróciła uwagę na najważniejsze aspekty funkcjonowania dzieci z autyzmem, które ograniczają ich możliwości opanowania języka (np. nadwrażliwość i niedowrażliwość na dźwięki, problem z nawiązywaniem kontaktu wzrokowego i tworzeniem wspólnego pola uwagi, brak umiejętności naśladowania). W rozdziale pierwszym warto zwrócić uwagę na zagadnienie zaprezentowane w podrozdziale czwartym, zatytułowanym *Glottodydaktyka a programowanie języka* (s. 25–30). Współcześnie programy nauczania języka polskiego jako obcego formułowane są na podstawie metod komunikacyjnych skierowanych na działanie, a konkretnie na komunikację. Za takim podejściem opowiada się autorka publikacji, a jej zdanie pozostaje w zgodzie ze stanowiskiem Władysława Miodunki [2013, s. 25]. Zasadne jest zastosowanie przez K. Sedivy-Mączkę zasad wypracowanych w glottodydaktyce do oddziaływań logopedycznych, w tym w terapii dzieci z cechami autyzmu.

Rozdział drugi porusza zagadnienie przetwarzania języka przez prawą i lewą półkulę mózgu. Szczególnie cenne dla całości pracy jest pokazanie sposobów przetwarzania języka w sytuacji uszkodzeń lewej półkuli (s. 36–37). Jako sposób stymulacji półkuli odpowiadającej za język autorka słusznie proponuje wczesną naukę czytania (szczególnie ważną w terapii dzieci z autyzmem). Walory zastosowania techniki Symultaniczno-sekwencyjnej nauki czytania® autorstwa Jagody Cieszyńskiej-Rożek, opartej na sylabach, są tu bezsporne. Należy zaznaczyć także ogrom korzyści, jakie płyną z uczenia dzieci z cechami autyzmu wspomnianą metodą (m.in. wpływ na neurony zwierciadlane dzięki zastosowaniu elementów naśladownictwa,

przygotowanie do artykulacji, zapoznanie z językiem w wersji pisanej) [Cieszyńska-Rożek, 2013, s. 266–272, 363].

Diagnoza i terapia autyzmu to tytuł rozdziału trzeciego omawianej publikacji. Autorka wymienia w nim wczesne objawy zaburzeń autystycznych, stwierdzając jednocześnie, że diagnoza autyzmu przesuwana jest do czwartego roku życia dziecka. W tym rozdziale nie poświęcono (i słusznie) dużo miejsca dotychczasowym metodom terapii, gdyż zostały one już wielokrotnie omówione i zaprezentowane w dostępnej literaturze dotyczącej autyzmu². Należy zgodzić się z K. Sedivy-Mączką, iż wczesne rozpoczęcie stymulacji zwiększa szanse dzieci na prawidłowe funkcjonowanie. Natomiast zaburzenia nabywania systemu językowego są symptomem, który w pierwszej kolejności powinien podlegać oddziaływaniom terapeutycznym. Sugestia ta stanowi jednocześnie ściśle odwołanie do tematu publikacji oraz prezentacji podejścia terapeutycznego autorki. Podejmowanie wczesnej i systemowej terapii językowej dzieci z autyzmem jest niezwykle ważne, a recenzowana książka stanowi tego dowód. Omawiany rozdział nie byłby pełny treściowo, gdyby nie znalazły się w nim informacje na temat podstaw prowadzenia wczesnej diagnozy oraz terapii dzieci z autyzmem. Ma to znaczenie dla terapeutów-praktyków, którzy poszukują na rynku pozycji zawierających wytyczne w podejściu diagnostyczno-terapeutycznym wobec wskazanej grupy dzieci. Zastosowanie wybranych technik metody krakowskiej w terapii stanowi doskonałe rozwiązanie. O dojrzałości merytorycznej autorki publikacji w postępowaniu wobec dzieci z cechami autyzmu świadczą informacje zawarte w podrozdziale *Programowanie języka* (s. 70–78). Widoczny jest tu ścisły związek pomiędzy glottodydaktyką a logopedią, co skutkuje systemowymi rozwiązaniami prezentującymi skuteczne oddziaływania terapeutyczne. Zawarte w tym fragmencie publikacji informacje stanowią gotowe wskazówki do pracy z dziećmi autystycznymi, szczególnie cenne dla tych terapeutów, którym brak przygotowania językoznawczego. W ramach treści nauczania realizowanych w terapii językowej zaprezentowano: katalog tematyczny, katalog zagadnień gramatyczno-syntaktycznych, katalog funkcjonalno-pojęciowy, katalog zagadnień stylistycznych, katalog zagadnień socjolingwistycznych i socjokulturowych. Jest to bardzo cenny fragment publikacji, podnoszący jej wartość jako całości.

Wyniki badań własnych autorki zawarte zostały w rozdziale czwartym. Katarzyna Sedivy-Mączka umieściła w nim charakterystyki dziesięciorga dzieci z autyzmem, z którymi pracowała przez kilka lat metodą krakowską. W celu uzyskania pełnego opisu dzieci autorka przeprowadziła badania longitudinalne oraz wywiady z ich rodzicami. Dodatkowo bardzo cenne było przedstawienie sposobu funkcjonowania tych dzieci przed podjętą terapią, co pozwoliło w sposób rzetelny ocenić efekty stosowanego podejścia terapeutycznego. Bez wątpienia atutem było samodzielnie przygotowane narzędzie badawcze, gwarantujące przeprowadzenie dokładnej diagnozy.

2 Zob. przykładowy wykaz literatury na temat autyzmu w bibliografii niniejszego artykułu.

Zadania eksperymentalne służyły między innymi ocenie poziomu opanowania podsystemów języka, rozumienia poleceń, zbadania umiejętności wnioskowania. Autorka skrupulatnie przemyślała dobór grupy badawczej. Stanowiły ją dzieci zróżnicowane wiekowo oraz poddane terapii w różnym czasie.

Rozdział piąty, pt. *Analiza wyników badań*, zawiera imponujące doniesienia z prowadzonych czynności diagnostyczno-terapeutycznych wobec dzieci z autyzmem. Obrazowe ujęcie danych (w formie tabel) zebranych podczas wywiadów z rodzicami zawiera podrozdział trzeci. Znalazły się tu między innymi informacje na temat: sposobów werbalnej komunikacji dziecka z otoczeniem, sposobów pozawerbalnej komunikacji dziecka z otoczeniem (występowania gestu wskazywania palcem), umiejętności naśladowania, rozumienia mowy otoczenia, rodzajów autostymulacji, sposobów zabawy i spędzania wolnego czasu, kontaktu wzrokowego, wybiórczości jedzenia, przebytych diagnoz i oddziaływania terapeutycznego.

Kontynuację sprawozdania z uzyskanych oddziaływań wobec badanych dzieci zawiera *Podsumowanie* umiejscowione w rozdziale szóstym. Zaprezentowane przez K. Sedivy-Mączkę wyniki badań dowodzą, iż dzieci z autyzmem mogą zdobyć podstawy komunikacji językowej: „Większość dzieci osiągnęła dużo wyższy od podstawowego poziom kompetencji językowej i komunikacyjnej” (s. 124). Uzyskane wyniki to również wystarczający dowód na skuteczność postępowania proponowanego przez autorkę. Ważne są dalsze sugestie K. Sedivy-Mączki dotyczące kontynuacji działań terapeutycznych wobec dzieci z autyzmem: zdobywania wiedzy o regułach języka, znaczeniach oraz użyciach osadzonych w kontekstach, wnioskowania przy czynowo-skutkowego, operowania formami czasowymi, budowania zdań poprawnych gramatycznie.

Badania K. Sedivy-Mączki dowodzą skuteczności terapii dzieci z autyzmem prowadzonej metodą krakowską. Dodatkowo autorka dostarcza argumentów dotyczących sporu na temat czasu i sposobu oddziaływań terapeutycznych w stosunku do dzieci z autyzmem. Wiele dzieci autystycznych jest w stanie zyskać umiejętności językowe oraz społeczne pod warunkiem zastosowania stymulacji językowej. Wiedza z zakresu neurobiologii i neuropsychologii pozwoliła na sporządzenie przemyślanej i interdyscyplinarnej metody terapeutycznej wobec tej grupy. Monografia dowodzi, iż autorka doskonale zna potrzeby dzieci autystycznych i wie, w jaki sposób je zaspokajać.

Literatura

- American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5 (Fifth Edition)*, Arlington.
- Cieszyńska-Rożek J., 2013, *Metoda krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Kraków: Wydawnictwo Omega Stages Systems.
- Grzesiak-Witek D., 2013, *Program terapii logopedycznej dziecka z autyzmem w oparciu o studium indywidualnego przypadku*, „Społeczeństwo i Rodzina”, nr 37, s. 60–75.
- Grzesiak-Witek D., Sobolewski P., Witek P., 2021, *Dysfunkcje mowy i zaburzenia funkcjonowania społecznego w chorobach psychicznych*, Kielce: Wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kochanowskiego.
- Kaczmarek B.B., Wojciechowska A. (red.), 2015, *Autyzm i AAC: alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Miodunka W.T., 2013, *Innowacje w glottodydaktyce polonistycznej*, [w:] J. Mazur, A. Małycka, K. Sobstyl (red.), *Glottodydaktyka polonistyczna w obliczu dynamiki zmian językowo-kulturowych i potrzeb społecznych*, t. 1, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 23–40.
- Morrison J., 2017, *DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów*, przeł. R. Andruszko, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Pisula E., 2012, *Autyzm. Od badań mózgu do praktyki psychologicznej*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Tunkiewicz O., 2019, *Rozważania nad przyczynami autyzmu*, „Edukacja Humanistyczna”, nr 1(40), s. 165–175.
- Winczura B., 2016, *Dziecko z autyzmem: terapia deficytów poznawczych a teoria umysłu*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.



© by the author, licensee Łódź University – Łódź University Press, Łódź, Poland.
This article is an open access article distributed under the terms and conditions
of the Creative Commons Attribution license CC-BY-NC-ND 4.0
(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Data złożenia: 19.03.2022. Data przyjęcia: 17.06.2022.

Informacja dla autorów artykułów zamieszczanych w „Logopaedica Lodziensia”

Zasady kwalifikowania tekstów do druku

1. Po otrzymaniu tekstu Redakcja dokonuje wstępnej kwalifikacji tekstu do druku pod względem:
 - merytorycznym, zwracając uwagę na zgodność tematyki zgłoszonej pracy z profilem czasopisma;
 - technicznym, sprawdzając przygotowanie tekstu zgodnie z przyjętymi zasadami redakcyjnymi zamieszczonymi na stronie internetowej czasopisma; jeśli ten warunek nie jest spełniony, Redakcja zwraca się do autora o wniesienie poprawek i uzupełnień.
2. Główną podstawą kwalifikacji tekstu do druku są dwie pozytywne recenzje niezależnych recenzentów – specjalistów w danej dziedzinie wiedzy, powołanych z grona współpracujących z Redakcją recenzentów spoza jednostki naukowej afiliowanej przez autora publikacji.
3. Autor/autorzy publikacji i recenzenci nie znają nawzajem swojej tożsamości. Lista współpracujących z Redakcją recenzentów zamieszczona jest na stronie internetowej czasopisma. Nazwiska recenzentów publikowanych w danym roczniku tekstów nie są ujawniane autorom, w każdym numerze czasopisma zamieszczana jest ich zbiorcza lista, uwzględniająca również recenzentów tekstów odrzuconych lub wycofanych przez autorów.
4. Recenzja ma formę pisemną w postaci formularza oceny (podanego do publicznej wiadomości na stronie internetowej czasopisma), zawierającą jednoznaczną konkluzję o przyjęciu/nieprzyjęciu lub przyjęciu tekstu do druku po uwzględnieniu koniecznych zdaniem recenzenta poprawek. Recenzje udostępniane są autorom tekstów. W sytuacji krytycznych uwag recenzentów autora tekstu obowiązuje odniesienie się do recenzji.

5. W przypadku sprzecznych konkluzji recenzentów po otrzymaniu odpowiedzi autora Redakcja przeprowadza dyskusję i podejmuje decyzję o przyjęciu lub odrzuceniu tekstu. W uzasadnionych przypadkach powołuje się trzeciego niezależnego recenzenta. Redakcja informuje autora o przyjęciu lub nieprzyjęciu tekstu do druku.
6. Redakcja przyjmuje teksty w języku polskim oraz w językach obcych (kongresowych).
7. Teksty należy nadsyłać, korzystając z formularza zamieszczonego na stronie <https://czasopisma.uni.lodz.pl/logopedica/about/submissions>

Wymagania redakcyjne

1. Objętość artykułu – do 14 stron znormalizowanego maszynopisu (ok. 25 000 znaków ze spacjami).
2. Objętość recenzji – do 5 stron znormalizowanego maszynopisu (ok. 12 000 znaków ze spacjami).
3. Artykuł powinien być zredagowany w edytorze Word, zgodnie z następującymi zasadami:
 - a) imię i nazwisko autora/autorów – w lewym górnym rogu pogrubioną czcionką 12 pkt Times New Roman; nazwisko powinno być opatrzone odsyłaczem do przypisu w postaci gwiazdki, a w przypisie należy podać: afiliację autora/autorów wraz z dokładnym adresem pocztowym reprezentowanej instytucji, adres e-mail, numer ORCID (bądź informację o jego braku);
 - b) tytuł: wyśrodkowany; jako pierwszy w języku, w którym napisany został tekst, pogrubioną czcionką 12 pkt Times New Roman, jako drugi – dla tekstów polskojęzycznych – w języku angielskim, dla tekstów napisanych w języku innym niż polski – w języku polskim, pogrubioną czcionką 10 pkt Times New Roman;
 - c) słowa kluczowe: pod drugim tytułem (w języku polskim i angielskim);
 - d) do artykułu należy dołączyć abstrakt w języku angielskim i streszczenie w języku polskim (do połowy strony) i zamieścić po słowach kluczowych;
 - e) stosowane skróty: pod tekstem, przed literaturą, nagłówek: Wykaz skrótów (pogrubioną czcionką 12 pkt Times New Roman);
 - f) marginesy: 2,5 cm;
 - g) wcięcie akapitowe w tekście: 1,25 cm (wcięcia akapitowe należy wykonać przez wprowadzenie stałego wcięcia w oknie *Akapit*; prosimy nie robić wcięć spacjami);
 - h) tekst artykułu oraz przypisy wyjustowane, bez dzielenia wyrazów;
 - i) czcionka: tekst główny – 12 pkt Times New Roman, interlinia 1,5 pkt, przypisy – 10 pkt Times New Roman, interlinia 1 pkt;

- j) każdy element graficzny (tabela, wykres, fotografia itp.) w tekście powinien być opatrzony tytułem oraz informacją o źródle;
- k) cytaty: włączone w tekst (do 3 wersów) w cudzysłowie, dłuższe cytaty (ponadtrzywersowe) – czcionka 10 pkt, wcięcie z lewej 0,5 cm, interlinia 1 pkt;
- l) zwroty obcojęzyczne wplecione w tekst polski – kursywą;
- m) analizowane wyrażenia – kursywą;
- n) znaczenia omawianych wyrazów w tzw. łapkach ‘ ’;
- o) wyróżnienia – pogrubione;
- p) śródtytuły – czcionka 12 pkt pogrubiona;
- q) uwagi odautorskie (w tym opuszczenia w cytatach) w nawiasach kwadratowych.

Informacje bibliograficzne

1. W tekście głównym, w nawiasach kwadratowych, wg wzoru: nazwisko, rok wydania, strona, np. [Pluta-Wojciechowska, 2011, s. 43].
2. Do każdego odwołania w tekście głównym należy podać pełny opis bibliograficzny w bibliografii, zamieszczonej po tekście głównym wg następującego wzoru:
 - a) nagłówek: Literatura (12 pkt pogrubione);
 - b) tytuły publikacji zwartych oraz tytuły rozdziałów/artykułów pojawiające się w tekście głównym i przypisach – kursywą, bez cudzysłówów, np. Gacka E., 2014, *Zaburzenia rozwoju mowy u dzieci z porodów przedwczesnych. Diagnoza i efekty oddziaływań terapeutycznych*, Gdańsk: Harmonia Universalis; Marciniak-Firadza R., 2016, *Elementy metody werbotonalnej w terapii dzieci z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] I. Jaros, R. Gliwa (red.), *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 69–78;
 - c) tytuły czasopism: w cudzysłowie, antykwą, np. Kaźmierczak M., 2016, *Świadomość celu w pracy logopedy i pacjenta z zaburzeniami głosu*, „Pedagogika”, t. XXV, nr 1, s. 87–97;
 - d) adresy stron internetowych antykwą, bez hiperłączy; do każdego adresu powinna być podana w nawiasach okrągłych data dostępu do strony, np. www.uke.gov.pl/aktualnosci-800 (dostęp: 10.04.2016);
 - e) odsyłacze w tekście głównym do źródeł internetowych wg wzoru (por. ze wzorami opisu bibliograficznego): nazwisko autora, rok publikacji w internecie, np. [Bauer, 2009], nazwisko autora, np. [Wierzbicka, b.r.], tytuł publikacji lub skrócony tytuł publikacji i rok publikacji w internecie, jeśli jest znany, np. [Celebryci trafią na uniwersytety?, 2013], adres strony lub skrócony adres strony, np. [http://filolog.uni.lodz.pl].

Wzory opisu bibliograficznego (w tym wzory opisu źródeł internetowych)

Gacka E., 2014, *Zaburzenia rozwoju mowy u dzieci z porodów przedwczesnych. Diagnoza i efekty oddziaływań terapeutycznych*, Gdańsk: Harmonia Universalis.

Marciniak-Firadza R., 2016, *Elementy metody werbotonalnej w terapii dzieci z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] I. Jaros, R. Gliwa (red.), *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 69–78.

Każmierczak M., 2016, *Świadomość celu w pracy logopedy i pacjenta z zaburzeniami głosu*, „Pedagogika”, t. XXV, nr 1, s. 87–97.

Jaros I., Gliwa R. (red.), 2016, *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Źródła internetowe

Bauer Z., 2009, *Tabloidyzacja*, <http://www.slideshare.net/52zbigi/tabloidyzacja> (dostęp: 12.04.2016).

Celebryci trafiają na uniwersytety? Wygląda na to, że to nieuniknione [2013], Wywiad z W. Godzicem rozm. A. Kosiński, <http://www.polskatimes.pl/artykul/1061304,celebryci-trafia-na-uniwersytety-wyglada-na-to-ze-to-nieuniknione,2,id,t,sa.html> (dostęp: 1.01.2014).

NKJP: Narodowy Korpus Języka Polskiego, <http://nkjp.pl> (dostęp: 23.04.2013). <http://filolog.uni.lodz.pl/vhosts/ifp/> (dostęp: 12.04.2016).

Uwaga: Jeśli autor lub data powstania publikacji zamieszczonej w internecie nie są znane, w opisie bibliograficznym należy używać tytułu strony lub jego skróconej formy. Datę dostępu należy podać w okrągłych nawiasach.

Informacje dostępne są także na stronie: https://czasopisma.uni.lodz.pl/logopedica/_instrukcja-redakcyjna_.

Recenzenci artykułów w bieżącym tomie

prof. dr hab. Jacek J. Błeszyński (Warszawa)
dr hab. prof. UG Ewa Czaplewska (Gdańsk)
prof. dr Eliana Danilavichutie (Kijów)
dr hab. prof. UAM Agnieszka Hamerlińska (Toruń)
dr hab. prof. UG Katarzyna Kaczorowska-Bray (Gdańsk)
prof. dr hab. Grażyna Krasowicz-Kupis (Lublin)
dr hab. prof. UMCS Zdzisław Marek Kurkowski (Lublin)
prof. Henriette W. Langdon (San Jose)
dr hab. prof. UŁ Renata Marciniak-Firadza (Łódź)
dr hab. prof. UP Mirosław Michalik (Kraków)
dr hab. prof. UG Stanisław Milewski (Gdańsk)
dr hab. prof. UR Agnieszka Myszka (Rzeszów)
dr hab. UAM Magdalena Olempska-Wysocka (Poznań)
dr hab. prof. UP Halina Pawłowska-Jaroń (Kraków)
prof. dr hab. Danuta Pluta-Wojciechowska (Katowice)
dr hab. prof. UW Józef Porayski-Pomsta (Warszawa)
dr hab. prof. APS Sławomir Śniatkowski (Warszawa)
prof. dr hab. Zbigniew Tarkowski (Lublin)
dr hab. prof. UŚ Katarzyna Węsierska (Katowice)
prof. dr hab. Helena Wrona-Polańska (Kraków)
prof. dr hab. n. med. Hanna Zielińska-Bliźniewska (Łódź)

