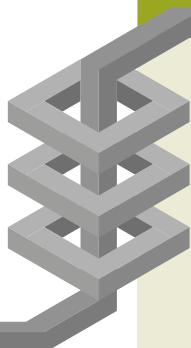



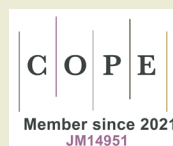
Nr 9 (2024)



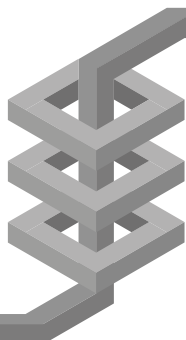
Logopaedica Łodziensia

pod redakcją
Renaty Gliwy-Patyńskiej
Renaty Marciniak-Firadzy

 **WYDAWNICTWO**
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO



Nr 9 (2024)



Logopaedica Łodziensia



**WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
ŁÓDZKIEGO**

C O P E
Member since 2021
JM14951

Łódź 2024



**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** (Uniwersytet Łódzki)
RENATA MARCINIAK-FIRADZA (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 Danilavichitue (Borys Grinchenko Kyiv University)
Prof. dr hab. Grażyna Gunia (Uniwersytet 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)
Prof. dr hab. Renata Marciniak-Firadza (Uniwersytet Łódzki)
Prof. dr hab. Katarzyna Sicińska (Uniwersytet Łódzki)

Redaktor inicjujący: **Sylwia Mosińska**

Redaktor językowy: **Monika Poradecka** (język polski), **Agnieszka Świderek** (język angielski)

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

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

Korekta techniczna: **Anna Mateusiak**

© Copyright by Authors, Łódź 2024

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2024

ISSN 2544-7238

e-ISSN 2657-4381

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
ze środków finansowych Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji Głosu



**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.11586.24.0.C

Ark. druk. 13,125

Spis treści

Artykuły

- Justyna Antczak-Kujawin
Przesiewowe badanie funkcji językowych i poznawczych seniora z perspektywy logopedy 9
Screening of Seniors Linguistic and Cognitive Functions from a Speech Therapy Perspective
- Maria Faściszewska, Anna Szerszeńska
Mindfulness – wykorzystanie praktyki uważności w terapii dorosłych osób z gielkotem i jękaniem 25
Mindfulness: The Use of Mindfulness Practice in the Therapy of Adults with Cluttering and Stuttering
- Renata Gliwa-Patyńska
Dysfonia porażenna – logopedyczne studium przypadku 39
Paralytic Dysphonia: A Speech Therapy Case Study
- Agnieszka Hamerlińska
Specjalistyczna wiedza o węchu i gotowość do wdrażania metody przez uczestniczki szkolenia z Metody Terapii Olfactor 55
Specialist Knowledge on the Sense of Smell and Readiness to Implement the Method of Participants in the Olfactor Therapy Method Training
- Magdalena Knappek
Przeżywanie diagnozy opóźnionego rozwoju mowy przez rodziców dzieci z zaburzeniami językowymi o nieznannej etiologii. Badanie fenomenologiczne ... 71
Experiencing the Diagnosis of Delayed Speech Development by Parents of Children with Language Disorders of Unknown Etiology. Phenomenological Study
- Renata Marciniak-Firadza
Rola koordynatora/specjalisty w procesie diagnostyczno-terapeutycznym dziecka z mutyzmem wybiórczym (MW) 87
The Role of Keyworker/Specialist in the Diagnosis and Therapy of a Child with Selective Mutism (SM)
- Rafał Młyński
Logopedyczna ocena dwujęzyczności dziecięcej w kontekście ICF 103
Speech Therapy Assessment of Childhood Bilingualism in the Context of ICF
- Joanna Stempień
Feminizujący trening głosu u transpłciowej dwujęzycznej nastolatki z zaburzeniami sprzężonymi. Studium przypadku 119
Voice Feminization Therapy in Transgender Bilingual Adolescent with Multiple Disorders. A Case Study

Tomasz Woźniak

- Syndrom zubożenia tekstu jako typ schizofazji. Na przykładzie analizy wypowiedzi schizofatycznych** 133
Text Poverty Syndrome as a Type of Schizophasia: an Example of an Analysis of Schizophatic Texts

Paulina Wójcik-Topór, Urszula Malina, Jędrzej Michalik

- Subytucja jako element spójności w dyskursie pacjentów z afazją mieszaną** 145
Substitution as an Element of Coherence in the Discourse of Patients with Mixed Aphasia

Ewelina Zając

- Wykorzystanie Skali Niepełnosprawności Głosu Dziecka (CVHI-10) do subiektywnej oceny niepełnosprawności głosu dzieci 12-letnich** 157
Using the Child Voice Disability Scale (CVHI-10) to Subjectively Assess Voice Disability in 12-year-old Children

Marta Korendo, Ewa Żmuda

- Wybrane aspekty pojmowania czasu przez osoby z ASD** 165
Selected Aspects of the Understanding of Time by People with ASD

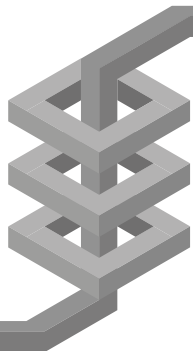
Justyna Żulewska-Wrzosek

- Diagnoza logopedyczna w przypadku dysfagii ustno-gardłowej w przebiegu choroby COVID-19** 181
Speech Therapy Diagnosis of Patients with Oropharyngeal Dysphagia during COVID-19

Sprawozdania

Ewelina Zając

- Sprawozdanie z konkursu logopedyczno-literackiego pt. „Na plaży”** 199
Report from the speech therapy and literary competition titled “On the beach”



Artykuły

Justyna Antczak-Kujawin  <https://orcid.org/0000-0002-8473-9878>

Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii
ul. Pomorska 171/173, 90–236 Łódź, e-mail: justyna.antczak@uni.lodz.pl

Przesiewowe badanie funkcji językowych i poznawczych seniora z perspektywy logopedy

Screening of Seniors Linguistic and Cognitive Functions from a Speech Therapy Perspective

Słowa kluczowe: badanie przesiewowe, zaburzenie neuropoznawcze, zaburzenie językowe, choroba neurodegeneracyjna, starzenie się, diagnoza logopedyczna

Keywords: screening, neurocognitive disorder, language disorder, neurodegenerative disease, aging, speech therapy diagnosis

Streszczenie

W artykule omówiono wpływ procesu starzenia się fizjologicznego i patologicznego na funkcje słuchowe, poznawcze i językowe. Podkreślono znaczenie przesiewowych badań funkcji poznawczych i językowych seniora oraz omówiono elementy skринingowej oceny gerontologopedycznej, mającej na celu wstępną identyfikację ryzyka zaburzeń poznawczo-językowych. Opisano wyniki przesiewowego badania logopedycznego 61-letniej pacjentki przy wykorzystaniu autorskich prób eksperymentalno-klinicznych.

Abstract

The article discusses the impact of physiological and pathological aging on auditory, cognitive and linguistic functions. The importance of screening tests of seniors' cognitive and linguistic functions was emphasized and the elements of screening gerontologopedic diagnosis were discussed in order to preliminarily identify the risk of cognitive and linguistic disorders. The paper describes the results of a speech therapy screening examination of a 61-year-old patient using original experimental and clinical tests.



© 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: 15.04.2024 r. Data przyjęcia: 26.07.2024 r.

Pojęcie starości

Starość to ostatni etap w życiu człowieka, poprzedzony okresami dzieciństwa, młodości i wieku dojrzałego. Jest stanem naturalnym i nieodwracalnym [Olszewski, 1998, s. 855]. Nie ma zgodności co do tego, kiedy dokładnie rozpoczyna się starość. Zdaniem niektórych badaczy za jej początek przyjmuje się wiek 55 lat [Przetacznik-Gierowska, 1996; Harwas-Napierała, Trempała, 2004], ale wskazuje się też 60.–65. r.ż. [Stuart-Hamilton, 2000], a nawet 70. r.ż. [Wiśniewska-Roszkowska, 1989]. W odniesieniu do grupy osób starszych w psychologii używa się terminów „trzeci wiek” (na określenie osób po 60. roku życia) oraz „czwarty wiek” (powyżej 80.–90. r.ż.) [Stuart-Hamilton, 2000]. Z kolei Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) starość dzieli na: wiek przedstarczy (45–59 lat), wczesną starość, czyli trzeci wiek (60–74 lata), późną starość (75–89 lat), długowieczność (powyżej 90. r.ż.) [Marchewka, Dąbrowski, Żołądź, 2012].

Starzenie się fizjologiczne a narząd słuchu, funkcje poznawcze i językowe

Proces starzenia się i związane z nim zmiany układów i narządów człowieka wywierają wpływ na różne funkcje psychiczne, procesy poznawcze oraz umiejętności, w tym komunikację werbalną. Odbiór dźwięków mowy jest możliwy dzięki sprawnemu narządowi słuchu, jednak w obliczu starzenia się zdolności odbioru bodźców dźwiękowych ulegają osłabieniu [Witkowski, 2018, s. 49]. U osób w wieku podeszłym diagnozuje się niedosłuch zwany głuchotą starczą (łac. *presbycusis*), który definiuje się jako naturalny ubytek słuchu postępujący wraz z wiekiem, spowodowany zmianami zwyrodnieniowymi w uchu wewnętrznym. Charakterystycznym objawem głuchoty starczej jest pogorszenie rozumienia mowy, zwłaszcza w hałasie. Spowodowane jest to obniżeniem górnej granicy słyszenia tonów wysokich. Z czasem ubytek słuchu dotyczy również tonów niskich. Zmiany występują najczęściej obustronnie [Nieman, Reed, Lin, 2018; Djalilian i in., 2021]. W obrazie klinicznym charakterystyczne cechy *presbycusis* to także: szумы uszne, większe zmęczenie słuchowe o lokalizacji obwodowej oraz pozaobwodowej, a także pogorszenie lokalizacji słuchowej [Kulczyński, Pruszewicz, 2003].

W psychogeriatrici podkreśla się wpływ procesu starzenia się człowieka na funkcjonowanie mózgu, zmysłów oraz receptorów, objawiający się postępującym wraz z wiekiem spadkiem sprawności umysłowej i fizycznej. Starzenie się mózgu może przybierać charakter [Dudek, 2017, s. 21]:

- 1) optymalny (bez pogorszenia funkcji poznawczych),
- 2) z niewielką deterioracją funkcji poznawczych,

- 3) z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi (ang. *mild cognitive impairment* – MCI), ale niewpływającymi na codzienne funkcjonowanie,
- 4) z otępieniem.

Pogorszenie funkcjonowania poznawczego osoby w wieku senioralnym objawia się szczególnie zmianami w zakresie pamięci oraz uczenia się nowych informacji [Steuden, 2011]. Osłabieniu ulegają pamięci: operacyjna, epizodyczna i prospektywna. Ponadto w starości obserwuje się pogorszenie procesów przechowywania informacji w pamięci i wydobywania ich z niej [Perlmutter, Mitchell, 1982, s. 127–144]. Problemem pozostaje dostęp do zasobu słownikowego. Dowodem na to jest występowanie zjawiska „mam to na końcu języka” (ang. *tip-of-the-tongue*), które charakteryzuje się niemożnością znalezienia słowa pomimo dostępu do jego semantycznych lub gramatycznych charakterystyk [Miozzo, Caramazza, 1997]. Kolejną funkcją poznawczą ulegającą deterioracji wraz z wiekiem jest uwaga. Zaburzenia uwagi objawiają się pogorszeniem zdolności selekcjonowania bodźców wzrokowych oraz słuchowych [Rabbitt, 1979, s. 82–94; Walsh, 1982, s. 99–125; Dubno, Dirks, Morgan, 1984; McDowd, Filion, 1992]. Trudności dotyczą także podzielności uwagi – osoby starsze mają problemy z wykonywaniem zadań, które wymagają koncentracji na więcej niż jednym źródle informacji.

W przebiegu starzenia się fizjologicznego u osób dorosłych obserwuje się zmiany językowe. Mają one charakter wykonawczy i systemowy [Tłokiński, 1990]. Dotyczą zarówno produkcji wypowiedzi, jak i percepcji języka. Zmiany wykonawcze objawiają się przede wszystkim problemami głosowymi (zmianą akustyki głosu) i zmianą prozodii mowy. Starcze zmiany głosu mają charakter hipokinetyczny. U seniorów pogarsza się napięcie fałdów głosowych oraz zawęża się zakres głosu. W wyniku przyspieszonego oddechu, hiperwentylacji, zmniejszonej maksymalnej pojemności oddechowej skraca się czas fonacji. Mowa staje się wolna, monotonna. Głos jest drżący, szybko ulega zmęczeniu, a jego natężenie osłabieniu [Kuczkowski, Cieszyńska, 2018, s. 299]. Niedostateczna autokontrola słuchowa (związana z ewentualnym niedosłuchem) dodatkowo wpływa na pogorszenie jakości głosu [Pruszewicz, Obrębowski, 1992, s. 162]. Z kolei językowe zmiany systemowe dotyczą wszystkich aspektów wypowiedzi: fonologicznego, semantyczno-leksykalnego i syntaktycznego. Objawiają się trudnościami w przywoływaniu fonologicznej reprezentacji nazw [Kielar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014]. Charakteryzują się ponadto obniżoną umiejętnością posługiwania się słownikiem, gramatyką (głównie składnią) oraz systemem semantycznym języka [Tłokiński, 1990]. Seniorzy doświadczają trudności w zakresie dobierania właściwych słów do kontekstu wypowiedzi. Nasila się wspomniane już zjawisko „mam to na końcu języka”. Z wiekiem pogarsza się także umiejętność podawania słów, które należą do określonych kategorii semantycznych [Heller, Dobbs, 1993]. Zmiany w podsystemie syntaktycznym języka dotyczą redukcji złożoności, spójności i poprawności gramatycznej wypowiedzi [Kemper, 1987]. W mowie osób starszych przeważają zdania proste [Kynette, Kemper, 1986]. Ponadto w starości obserwuje się nasilenie

tw. zjawiska OTV (ang. *off-target verbosity*), które polega na częstym odchodzeniu od głównego wątku wypowiedzi i koncentrowaniu się na treściach niezwiązanych z jej tematem [Gold i in., 1988].

Choroby neurodegeneracyjne a funkcje poznawcze, językowe i komunikacyjne

Wiek senioralny sprzyja chorobom neurodegeneracyjnym, których skutkiem są zmiany strukturalne i funkcjonalne w obrębie mózgu, takie jak uszkodzenie tkanki mózgowej, utrata pojedynczych neuronów, uszkodzenia połączeń międzyneuralnych oraz rozregulowanie dynamiki pracy mózgu [Makara-Studzińska, Grzywa, Śpila, 2012]. Do pierwotnych schorzeń neurodegeneracyjnych zalicza się m.in. chorobę Alzheimerera, chorobę Huntingtona, stwardnienie rozsiane, stwardnienie zanikowe boczne, chorobę Parkinsona oraz chorobę Creutzfeldta-Jakoba. Zmiany patologiczne tkanki mózgowej mogą być także wynikiem nabytych uszkodzeń, takich jak choroby naczyniowe mózgu (np. udary mózgu), choroby zakaźne układu nerwowego i zatrucia [Panasiuk, 2018, s. 373–374]. W przebiegu patologicznego starzenia się, w którym występują choroby neurodegeneracyjne, obserwuje się proces pogarszania sprawności psychicznej i fizycznej, co prowadzi do utraty zdolności samodzielnego funkcjonowania. Obraz zaburzeń poznawczych jest jednak zróżnicowany. Obejmuje zaburzenia pamięci, myślenia (wnioskowania, abstrahowania, planowania), języka, orientacji, rozumienia, liczenia, zdolności uczenia się, krytycyzmu, kontroli zachowania, emocji i osobowości [za: Panasiuk, 2018, s. 375]. Ten zespół objawów, spowodowany chorobą mózgu o charakterze przewlekłym i postępującym, w przebiegu której występują zaburzenia wyższych czynności psychicznych, to otępienie [*Klasyfikacja zaburzeń psychicznych...*, 2000, s. 51]. Następstwem procesu neurodegeneracyjnego mogą być – obok zaburzeń poznawczych – także zaburzenia językowe i komunikacyjne, przybierające postać [por. Panasiuk, 2018, s. 387–388]:

- 1) zaburzeń językowych i komunikacyjnych w przebiegu łagodnych zaburzeń poznawczych,
- 2) zaburzeń interakcji w związku z zespołem psychoorganicznym,
- 3) zaburzeń interakcji, komunikacji i języka w różnych postaciach otępienia,
- 4) zaburzeń językowych w związku z afazją pierwotną postępującą,
- 5) zaburzeń realizacji wypowiedzi w związku z dyzartrią i anartrią,
- 6) zaburzeń realizacji wypowiedzi w wyniku mutyzmu kinetycznego,
- 7) zaburzeń językowych w związku z afazją,
- 8) zaburzeń językowych w związku z pragnozą,
- 9) zaburzeń komunikacyjnych w związku z niedosłuchem i głuchotą,
- 10) zaburzeń komunikacyjnych w związku z dysglosją.

Zaburzenia językowe, komunikacyjne i interakcyjne w chorobach neurodegeneracyjnych mają przeważnie charakter progresywny i nieodwracalny. Współwystępują z zaburzeniami funkcji poznawczych.

Znaczenie wczesnej diagnostyki zaburzeń poznawczych i językowych u seniora

Pomimo nieodwracalności procesu dezintegracji struktur mózgowych można go spowolnić. Poprzez odpowiednio dobrane formy, strategie i metody terapeutyczne możliwe jest opóźnienie procesu degradacji funkcji językowo-poznawczych, podtrzymywanie aktywności językowej i kontaktów społecznych chorego, stymulowanie zachowań językowych i komunikacyjnych, zapobieganie wyobcowaniu i izolacji społecznej oraz zachowanie w możliwie najwyższym stopniu (na danym etapie choroby) sprawności językowej i umysłowej osoby chorej [Domagała, 2015, s. 1007; Maciejewska, 2015, s. 1122]. Kluczowa jest jednak rzetelna diagnoza kliniczna, w tym przeprowadzenie u seniorów wielu specjalistycznych badań (m.in. neurologicznego, psychiatrycznego, neuropsychologicznego, logopedycznego, audiologicznego, okulistycznego) w celu szczegółowego rozpoznania zmian w funkcjonowaniu poznawczo-językowym w przebiegu fizjologicznego starzenia się bądź zaburzeń poznawczo-językowo-komunikacyjnych w przebiegu danej choroby neurodegeneracyjnej. Rzetelna i wczesna diagnoza warunkuje efektywną terapię.

Istotne pozostaje wykrywanie zaburzeń poznawczych i komunikacyjnych na wczesnym etapie zaawansowania procesu neurodegeneracyjnego. Zasadne wydaje się zatem prowadzenie przesiewowych badań funkcji poznawczych i językowych seniorów w ramach działań z zakresu profilaktyki logopedycznej¹, których celem byłoby określenie ryzyka zaburzeń poznawczo-językowych u osób starszych [Minczakiewicz, 1998, s. 34]. Dzięki przesiewowej ocenie logopedycznej seniorów możliwe byłoby w odpowiednim momencie wdrożenie szczegółowych procedur diagnostycznych i terapeutycznych, ukierunkowanych na stymulowanie sprawności umysłowej i językowo-komunikacyjnej.

W artykule omówiono elementy skринingowej oceny logopedycznej osoby w wieku senioralnym, przeprowadzonej w celu wstępnej identyfikacji ryzyka zaburzeń

1 Profilaktyka logopedyczna to wszelkie działania podejmowane w celu zapobiegania, wczesnego wykrywania i usuwania zaburzeń komunikacji językowej oraz propagowania podstaw wiedzy logopedycznej [Gunia, 2011; Węsierska, 2012; Gacka, Kaźmierczak, 2017]. Przykładem działań z zakresu profilaktyki logopedycznej są badania przesiewowe mowy, inaczej badania skринingowe, tzw. skринingi (ang. *screening* – przesiew), które umożliwiają szybką identyfikację osób z grupy ryzyka i podjęcie odpowiednio wczesnej interwencji logopedycznej w celu powstrzymania rozwoju zaburzenia [Węsierska, 2012, s. 27].

poznawczo-językowych. Opisano wyniki² przesiewowego badania logopedycznego 61-letniej pacjentki przy wykorzystaniu autorskich prób eksperymentalno-klinicznych.

Przesiewowa ocena logopedyczna seniora – autorska propozycja badania

Wywiad z pacjentem i/lub opiekunem

Celem wywiadu logopedycznego jest pozyskanie podstawowych informacji o pacjencie, takich jak imię i nazwisko, data urodzenia, aktualny wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie i lata nauki, zawód, rozpoznane choroby, wady wzroku i/lub słuchu³ oraz podejmowane leczenie specjalistyczne. Wywiad pozwala ocenić orientację autopsychiczną.

Wywiad ma formę rozmowy z pacjentem i/lub jego opiekunem. Odpowiedzi, uzyskane od pacjenta i/lub opiekuna logopeda odnotowuje w arkuszu wywiadu.

Samooceńca pacjenta i/lub opiekuna

Celem ankiety jest zebranie informacji, które na swój temat podaje badany, i porównanie ich z opinią opiekuna na temat trudności doświadczanych przez bliską osobę oraz z wynikami uzyskanymi podczas przesiewowej diagnostyki.

Zadaniem pacjenta i/lub jego opiekuna jest wypełnienie krótkiej ankiety, czyli zaznaczenie, jakich trudności doświadcza badana osoba – np. trudności z rozumieniem kierowanych do pacjenta wypowiedzi/poleczeń/pytań, trudności z przypominaniem sobie określonych słów, zjawisko „mam na końcu języka”, błędy językowe, trudności z artykulacją (wymawianiem) głosek, trudności z budowaniem wypowiedzi/zdań, trudności w skupieniu uwagi podczas rozmowy i skoncentrowaniu się na współrozmówcy, trudności z rozumieniem mowy w hałasie i/lub podczas rozmowy telefonicznej, osłabienie umiejętności czytania i/lub pisanie, zmiany w zakresie jakości mowy chorego (mowa spowolniona, monotonna, głos ściszony), trudności z gryzieniem, żuciem i połykaniem pokarmu, unikanie kontaktu słownego, niechęć do mówienia, izolacja społeczna, problemy w funkcjonowaniu poznawczym, tj. z pamięcią, myśleniem, planowaniem, organizacją, orientacją w czasie i miejscu lub innymi, zaburzenia osobowości, zachowania lub sposobu bycia (zmiennosc nastrojów, wycofanie społeczne, zmniejszenie

2 W niniejszym artykule opisano studium przypadku pacjentki w wieku senioralnym, jednak autorka artykułu jak dotąd przeprowadziła badania w grupie 15 osób starszych. Wyniki badań pilotażowych są w opracowaniu.

3 Jeśli jest taka potrzeba, to należy zadbać o to, by badanie było przeprowadzone w okularach i/lub aparacie słuchowym.

zainteresowania wcześniejszymi aktywnościami, utrata empatii, zachowania kompulsywne lub obsesyjne).

Badanie słuchowej pamięci słownej z próbą odroczonego przypominania

Celem badania jest ocena pamięci słuchowej, która jest jednym z rodzajów pamięci krótkotrwałej, poprzez odtwarzanie bezpośrednio zapamiętanego ciągu słów lub wraz z odroczonego przypominaniem. W tym zadaniu proponuje się trzy próby, w kolejności:

- 1) odtworzenie bezpośrednio siedmioelementowego ciągu słów,
- 2) odtworzenie bezpośrednio pięcioelementowego ciągu tzw. pseudowyrazów⁴,
- 3) odtworzenie odroczonego siedmioelementowego ciągu słów.

Zadaniem pacjenta jest wysłuchanie czytanego przez logopedę ciągu słów (*pies, wysoki, kwaśny, czytać, zegarek, jeść, las*) lub pseudowyrazów (*bagi, mido, cadyka, żago, szusola*), a następnie jego powtórzenie. W próbie odroczonego przypominania zadaniem badanej osoby jest przypomnienie sobie wyrazów (tj. siedmioelementowego ciągu słownego), o których zapamiętanie była proszona kilka minut wcześniej.

Badanie mowy opowieściowej

Celem badania jest ocena umiejętności budowania wypowiedzi narracyjnej, tj. tworzenia złożonej wypowiedzi, poprawnej pod względem gramatycznym, artykulacyjnym i prozodycznym.

Zadaniem pacjenta jest przyjrzenie się ilustracji pt. „Sprzątanie pokoju”⁵ i jej opisanie, tj. ułożenie wypowiedzi słownej. Wykorzystano ilustrację utrzymaną w kolorystyce czarno-białej⁶.

Badanie rozumienia mowy

Celem badania jest ocena rozumienia pojedynczych wyrazów (w próbie rozpoznawania zilustrowanych nazw czynności i przedmiotów⁷) oraz poleceń prostych i złożonych.

Logopeda wypowiada nazwy czynności lub przedmiotów, a zadaniem osoby badanej jest wskazanie odpowiednich ilustracji (*czyta, garnek, łóżko, samochód*,

4 Zastosowanie materiału sztucznego (słów bez znaczenia) pozwala także na ocenę umiejętności fonologicznych, w tym pamięci werbalnej fonologicznej [por. Krasowicz-Kupis, Grela-Goryczka, 2003].

5 Ilustracja została przygotowana przez grafika.

6 Zgodnie z opinią badaczy anomii (zaburzeń nazywania) do jej oceny zwykle wykorzystuje się czarno-białą kolorystykę: „Ponadto barwna prezentacja stanowi rodzaj podpowiedzi w aktualizacji rzeczowników pospolitych, zwłaszcza w zaburzeniach rozpoznawania [...]” [Rutkiewicz-Hanczewska, 2016, s. 72].

7 Wybór określonych leksemów podyktowany był potrzebą dotarcia do słownika umysłowego przeciętnego użytkownika języka, stąd wybrano nazwy o wysokiej frekwencji użycia w języku polskim [por. Zgólkowa, 1983].

pije, pisze). W drugiej próbie badana osoba proszona jest przez logopedę o wykonanie prostych i złożonych poleceń typu *proszę zamknąć oczy, proszę podnieść lewą rękę i dotknąć nosa palcem wskazującym*.

Badanie powtarzania

Celem badania jest ocena poprawności artykulacyjnej, kinestezji artykulacyjnej oraz poziomu uwagi słuchowej i pamięci słownej.

Zadanie pacjenta polega na powtarzaniu czytanych przez logopedę:

- 1) sylab (*ka, ha, lo, we, tu, ma, be, ło, na, da, cza, so, dże, że*),
- 2) wyrazów (*nos, wysoki, nóż, gotuje, telefon, stół*),
- 3) zdań (*Ania jest zawsze wesola. / Olek ma bardzo zły dzień. / Chłopiec zbił dzbanek, ale liczy na to, że nikt tego nie zauważy.*).

Badanie mowy zautomatyzowanej

Celem badania jest ocena zautomatyzowanych wypowiedzi poprzez odtwarzanie ciągu liczbowego. Jest to próba, w której bada się jedną z umiejętności zautomatyzowanych, czyli wykonywanych w sposób pozbawiony namysłu. Ma związek z poziomem pamięci długotrwałej.

Zadaniem osoby dorosłej jest liczenie od 1 do 10.

Badanie nazywania konfrontacyjnego i oralnego

Celem badania jest ocena nazywania konfrontacyjnego, czyli przy użyciu ilustracji⁸ rysowanych czarną kreską, przedstawiających przedmioty/rzeczy codziennego użytku, takie jak łyżka, zegarek, telefon, samochód, żelazko. W drugiej próbie diagnostycznej poleca się zbadanie nazywania oralnego, czyli na podstawie usłyszanej definicji wyrazu (np. *Co to jest „narzędzie do krojenia składające się z metalowego ostrza”?* (nóż), *Co to jest „pojazd mający dwa koła, pedały, siodełko i kierownicę”?* (rower), *Kto to jest „zwierzę, które szczeka”?* (pies)).

Zadaniem pacjenta jest nazwanie pięciu ilustracji pokazanych mu przez logopedę, następnie zaktualizowanie nazw rzeczownikowych na podstawie czytanej przez diagnostę definicji wyrazu.

Badanie fluencji słownej kategoryjnej

Celem badania jest ocena płynności słownej, zasobu słownika umysłowego i możliwości w zakresie przywoływania słów z leksykonu umysłowego, a także myślenia i ogólnej giętkości poznawczej.

8 Ilustracje zostały wykonane przez grafika. Do przesiewowej oceny logopedycznej seniora wykorzystano kilka ilustracji, jednak pełen materiał ilustracyjny pomocny w badaniu sprawności leksykalno-semantycznej u osób starzejących się fizjologicznie i w otępieniu alzheimerowskim został umieszczony w monografii [por. Antczak-Kujawin, 2021].

Zadaniem pacjenta jest wymienienie wszystkich zwierząt, które zna, w czasie jednej minuty. Ocenie ilościowej podlega wynik produkcji słownej⁹. W ocenie jakościowej należy zaś zwrócić uwagę na tzw. klastry, czyli zbiory, skupienia słów powiązanych dodatkowo semantycznie, a także na zdolność przełączania się (*switching*) na kolejny zbiór wyrazów oraz błędy, czyli przywoływanie słów spoza danej kategorii semantycznej¹⁰.

Badanie umiejętności czytania i pisania

Celem badania jest ocena poziomu zachowania umiejętności czytania i pisania.

Zadaniem pacjenta jest:

- 1) głośne odczytanie zdania: *On uwielbia śpiewać, więc na scenie czuje się jak ryba w wodzie* (ocena techniki czytania),
- 2) napisanie dowolnego zdania (ocena pisma spontanicznego),
- 3) przepisanie zdania: *Nie pójdę na spacer, bo leje jak z cebra* (ocena umiejętności przepisywania).

Wyniki przesiewowego badania funkcji poznawczych i językowych u pacjentki w wieku senioralnym

Badanie kobiety z wykorzystaniem autorskich prób eksperymentalno-klinicznych oceniających ryzyko zaburzeń poznawczo-językowych przeprowadzono¹¹ w listopadzie 2023 roku. W wywiadzie z badaną uzyskano wszystkie informacje o pacjentce. J.A. to 61-letnia kobieta, urodzona i wychowana na wsi, mieszkanka województwa łódzkiego. Ma średnie wykształcenie i z zawodu jest krawcową. Nosi okulary ze względu na krótkowzroczność. W ostatnich latach badanie słuchu nie było wykonywane.

Ankieta dotycząca doświadczanych przez badaną trudności została wypełniona przez pacjentkę oraz jej córkę. Pacjentka odnotowała, że doświadcza trudności z przypominaniem sobie określonych słów, z rozumieniem mowy w hałasie i podczas rozmowy telefonicznej. Córka pacjentki dostrzegła u matki także trudności z rozumieniem kierowanych do niej wypowiedzi oraz problemy z uwagą, koncentracją i pamięcią.

9 Za normę przyjmuje się 15 słów lub więcej (z danej kategorii semantycznej) wymienionych w ciągu 60 sekund [por. Jodzio, 2006; Szepietowska, Gawda, 2011; Biechowska i in., 2012; Piskunowicz i in., 2013; Ponichtera-Kasprzykowska, Sobów, 2014; Gliwa-Patyńska, 2021].

10 Propozycja, jak analizować wyniki badania fluencji słownej, została opisana w wielu pracach [por. Jodzio, 2006; Szepietowska, Gawda, 2011; Biechowska i in., 2012; Piskunowicz i in., 2013; Ponichtera-Kasprzykowska, Sobów, 2014; Gliwa-Patyńska, 2021].

11 W ramach badań pilotażowych nad przydatnością autorskich prób eksperymentalno-klinicznych w przesiewowej ocenie logopedycznej seniora zaproponowano pacjentce udział w badaniu. Kobieta wyraziła zgodę na opublikowanie wyników badań.

Pacjentka miała znacznie osłabioną słuchową pamięć słowną. W badaniu zapamiętywania siedmioelementowego ciągu słów powtórzyła dobrze jedynie dwa: *las* i *zegarek*, a w próbie przypominania odroczonego – nie pamiętała żadnego słowa. Równie trudne okazało się dla niej zapamiętanie pseudowyrazów. Żaden nie został poprawnie powtórzony. Pacjentka podała przykład spoza listy pseudosłów – *lola*.

Spontaniczna mowa dialogowa oraz mowa opowieściowa były zachowane, jednak odnotowano redukcję złożoności syntaktycznej wypowiedzi. Badana tworzyła głównie proste konstrukcje zdaniowe, np. *No sprzątają. Podlewa konewką. Ten odkurza. Sprzątają. Dziecko zabawki sprząta*. Zdania były poprawne pod względem gramatycznym i artykulacyjnym, a cechy prozodyczne mowy zachowane. Także zachowana była mowa zautomatyzowana. W próbie liczenia od 1 do 10 pacjentka nie popełniła błędu.

Trudności przysporzyło pacjentce rozumienie złożonego polecenia: *Proszę podnieść lewą rękę i dotknąć nosa palcem wskazującym*, zrealizowała je bowiem tylko częściowo – podniosła rękę, ale prawą. Prawidłowo wykonała jednak polecenie proste oraz rozpoznała zilustrowane nazwy czynności i przedmiotów, takie jak *czyta, garnek, łóżko, samochód, pije, pisze*.

Czynność powtarzania sylab i wyrazów nie stanowiła dla pacjentki problemu, jednak pojawiły się trudności z powtarzaniem zdań. Badana przywoływała niepełne struktury zdaniowe, np. *Wesoła jest* (por. *Ania jest zawsze wesoła*), *Ola ma...* (pauza) *jak?* (por. *Olek ma bardzo zły dzień*), *Zbił dzbanek i ten...* (por. *Chłopiec zbił dzbanek, ale liczy na to, że nikt tego nie zauważy*).

W zakresie nazywania przedmiotów (*łyżka, zegarek, telefon, samochód, żelazko*) na podstawie ilustracji odnotowano niewielkie trudności. Zaobserwowano przykład parafazji mieszanej – *samolot* zamiast *samochód*, pozostałe nazwy zostały zaś prawidłowo zaktualizowane. Zdecydowanie trudniejsza okazała się dla badanej próba nazywania oralnego na podstawie usłyszanej definicji. W odpowiedziach pacjentki pojawiło się ominięcie, czyli brak odpowiedzi przybierający postać długiej pauzy i skomentowania swoich trudności, tj. *Ojej, to...* (pauza), *Wiem, wiem...* (pauza), *Nie przypomnę sobie*. Ponadto odnotowano peryfrazę, czyli omówienie: *No taki ostry do krojenia* (nóż) oraz parafazję semantyczną pod postacią meronimu: *Koło, tak tak, koło* (rower).

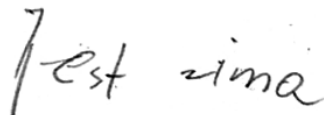
Znacznie ograniczona u badanej kobiety pozostawała płynność słowna. W badaniu fluencji słownej kategoryjnej wynik produkcji słownej wynosił tylko trzy wyrazy, tj. *Pies, kot, kura, no co tam jeszcze? yyy...* (pauza), *No kot* (pauza). Utworzono jedno skupienie wyrazowe: *pies – kot*, wystąpiło powtórzenie wyrazu *kot*. Badana stosowała także długie pauzy.

U pacjentki zachowana została umiejętność czytania. Z kolei w badaniu umiejętności pisania dostrzeżono problemy z przepisaniem pełnej konstrukcji zdania złożonego: *Nie pójdę na spacer, bo leje jak z cebra*. Zapis pacjentki wyglądał następująco:

Pisanie

14. Pismo spontaniczne

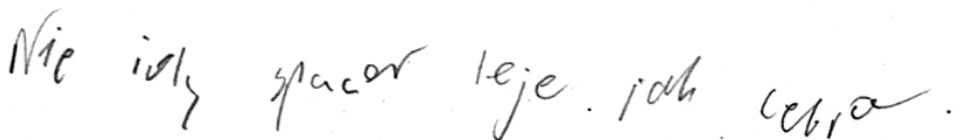
Proszę napisać dowolne zdanie.



Jest zima

15. Przepisywanie zdań

Proszę przepisać to zdanie: Nie pójdę na spacer, bo leje jak z cebra.



Nie idę spacer leje jak z cebra.

Rycina 1. Próbką pisma pacjentki – pismo spontaniczne i przepisywanie zdania

Źródło: badania własne

Ponadto podczas pisania dostrzegalny był wysiłek pacjentki. Pismo było czytelne, ale niektóre litery były źle ukształtowane.

Wyniki uzyskane w przesiewowym badaniu funkcji poznawczych i językowych kobiety, poddane analizie jakościowej, mogą wskazywać na ryzyko zaburzeń językowych i poznawczych w przebiegu starzenia się. Domena, w której dostrzegalne są największe trudności u badanej, to słuchowa pamięć słowna. Przypuszcza się, że zaobserwowane u pacjentki problemy językowe, takie jak redukcja złożoności syntaktycznej wypowiedzi, trudności w rozumieniu złożonego polecenia, trudności z powtarzaniem zdań, trudności w aktualizowaniu wyrazów, szczególnie w próbie nazywania oralnego na podstawie usłyszanej definicji, ograniczenie płynności (fluencji) słownej kategoryjnej oraz problemy w przepisywaniu zdań złożonych, mogą mieć związek właśnie z ograniczeniem słuchowej pamięci słownej.

Pacjentka została poinformowana o wynikach przesiewowej oceny logopedycznej oraz uzyskała następujące zalecenia:

- 1) ocena możliwości słuchowych, tj. wykonanie badania słuchu,
- 2) diagnoza wyższych funkcji słuchowych w celu rozpoznania możliwych centralnych zaburzeń przetwarzania słuchowego,

- 3) ocena neuropsychologiczna i/lub psychiatryczna¹² w celu potwierdzenia bądź wykluczenia zaburzeń neuropoznawczych,
- 4) ocena logopedyczna, czyli szczegółowa diagnoza gerontologopedyczna.

Zakończenie

Wczesne rozpoznanie zaburzeń poznawczych i językowych w przebiegu starzenia się człowieka (szczególnie w chorobach neurodegeneracyjnych) ma kluczowe znaczenie dla zapewniania pacjentom potrzebnej im wielospecjalistycznej i kompleksowej terapii, w tym terapii logopedycznej. Skuteczność form i metod oddziaływania farmakologicznego i niefarmakologicznego na funkcje poznawcze i językowe w zaburzeniach neurodegeneracyjnych jest najwyższa na początkowym etapie zachorowania, więc wczesna diagnostyka i rozpoznanie są bardzo ważne [Schindler, 2008; Gabryelewicz, Mandecka, 2013; Barczak, 2018].

Terapia gerontologopedyczna (rozpoczęta we wczesnym stadium zaawansowania zaburzeń poznawczych i językowych seniora, np. w przebiegu choroby neurodegeneracyjnej) prowadzona przy odpowiedniej współpracy (pacjent – logopeda oraz pacjent – osoba bliska/opiekun, logopeda – opiekun pacjenta) daje szanse na uzyskanie korzyści i efektów zarówno dla pacjentów z chorobą neurodegeneracyjną, jak i ich rodzin.

Wstępna przesiewowa ocena funkcji poznawczych i językowych z perspektywy logopedy powinna uwzględniać krótki wywiad z pacjentem i/lub jego opiekunem, wypełnienie przez nich ankiety samooceniającej oraz przeprowadzenie przesiewowego badania poziomu funkcji poznawczych i językowych seniora, takich jak słuchowa pamięć słowna z próbą odroczonego przypominania, mowa opowieściowa, rozumienie mowy, powtarzanie, mowa zautomatyzowana, nazywanie konfrontacyjne i oralne, fluencja słowna, czytanie i pisanie. Przesiewowa ocena funkcjonowania poznawczego osoby w wieku senioralnym powinna obejmować także ocenę neuropsychologiczną i psychiatryczną, dokonaną np. przy

¹² Neuropsychologowie oraz psychiatrzy, wchodzący w skład zespołu klinicznego orzekającego o zaburzeniach neuropoznawczych u osób starszych, dysponują własnymi zestawami narzędzi diagnostycznych, w tym przesiewowymi testami, takimi jak MMSE (ang. *Mini-Mental State Examination*), czyli Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego [Folstein, Folstein, McHugh, 1975] czy Test Rysowania Zegara [Sunderland i in., 1989]. Te przesiewowe narzędzia są w praktyce powszechnie stosowane również przez innych specjalistów (w tym logopedów) z uwagi na nieskomplikowany sposób badania oraz ich użyteczność kliniczną, jednak zdaniem autorki artykułu ocena funkcji językowych jest w nich niepełna. Krótka Skala Oceny Stanu Umysłowego [Folstein, Folstein, McHugh, 1975] pozwala ocenić: 1) orientację w czasie i miejscu, 2) zapamiętywanie, 3) uwagę i liczenie, 4) przypominanie, 5) funkcje językowe (nazywanie dwóch przedmiotów: *ołówek i zegarek*, powtarzanie zdania: *Ani tak, ani nie, ani ale*, wykonanie polecenia: *Proszę wziąć kartkę do prawej/lewej dłoni, złożyć ją oburącz na połowę i położyć ją na kolana* oraz pisanie dowolnego zdania), 6) prakcję konstrukcyjną.

użyciu narzędzi przesiewowych, takich jak MMSE i TRZ [Kotapka-Minc, 2007; Gorzkowska, Patalong-Ogiewa, 2016]. Kluczowa we wstępnej diagnostyce seniora jest także ocena percepcji słuchowej, w tym szczególnie przesiewowe badanie słuchu, np. metodą audiometrii tonalnej progowej, oraz przesiewowa ocena wyższych funkcji słuchowych, np. z wykorzystaniem kwestionariusza SCAP-A [Vaidyanath, Yathiraj, 2014] oraz aparatury w metodzie Warnkego, umożliwiającej ocenę funkcji słuchowo-wzrokowo-motorycznych [Antczak-Kujawin, 2018; 2022].

Literatura


- Antczak-Kujawin J., 2018, *Zaburzenia przetwarzania słuchowego u osób starszych – wstępne wyniki badań*, „Otorynolaryngologia – Przegląd Kliniczny”, t. 17, nr 2, s. 65–71.
- Antczak-Kujawin J., 2021, *Zaburzenia sprawności semantyczno-leksykalnej w otępieniu alzheimerowskim na tle starzenia się fizjologicznego*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Antczak-Kujawin J., 2022, *Diagnoza i terapia zaburzeń percepcji słuchowej u 65-letniej kobiety*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 6, s. 11–23.
- Barczak A., 2018, *Wczesne rozpoznawanie choroby Alzheimera*, „Pediatria i Medycyna Rodzinna”, t. 14, nr 2, s. 157–166.
- Biechowska D., Kaczmarek I., Witkowska M., Steinborn B., 2012, *Przydatność prób fluencji słownej w diagnozie różnicowej zaburzeń neurologicznych u dzieci i młodzieży*, „Neurologia Dziecięca”, t. 21, nr 42, s. 45–51.
- Djalilian H.R., Risbud A., Soltanzadeh S., Jamshidi S., Abouzari M., 2021, *Symptoms: Clogged Ears and Muffled Hearing*, „The Hearing Journal”, Vol. 74(2), s. 36–39.
- Domagała A., 2015, *Standardy postępowania logopedycznego w przypadku otępienia alzheimerowskiego*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 905–1021.
- Dubno J.R., Dirks D.D., Morgan D.E., 1984, *Effects of age and mild hearing loss on speech recognition in noise*, „The Journal of the Acoustical Society of America”, Vol. 76(1), s. 87–96.
- Dudek A., 2017, *Starzenie się mózgu i procesy neurodegeneracyjne. Zaburzenia psychoorganiczne*, [w:] M. Cybulski, E. Krajewska-Kułak, N. Waszkiewicz, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Psychogeriatrya*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 17–30.
- 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.
- Gabryelewicz T., Mandacka M., 2013, *Wyzwania terapii otępienia w chorobie Alzheimera*, „Aktualności Neurologiczne”, nr 13, s. 103–108.
- Gacka E., Kaźmierczak M., 2017, *Przesiewowe badania mowy jako przykład działań z zakresu profilaktyki logopedycznej*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 1, s. 31–42.
- Gliwa-Patyńska R., 2021, *Test fluencji słownej semantycznej w logopedycznej diagnozie otępienia alzheimerowskiego – wybrane aspekty*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 5, s. 35–57.
- Gold D., Andres D., Arbuckle T., Schwartzman A., 1988, *Measurement and correlates of verbosity in elderly people*, „Journal of Gerontology: Psychological Sciences”, Vol. 43, s. 27–33.
- Gorzkowska A., Patalong-Ogiewa M., 2016, *Znaczenie badania neuropsychologicznego w diagnozie pacjenta z otępieniem*, „Logopedia Silesiana”, nr 5, s. 152–166.

- Gunia G., 2011, *Koncepcja i organizacja opieki logopedycznej w Polsce*, [w:] G. Gunia, V. Lechta, *Wprowadzenie do logopedii*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 53–67.
- Harwas-Napierała B., Trempała J., 2004, *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heller R.B., Dobbs A.R., 1993, *Age differences in word finding in discourse and nondiscourse situations*, „Psychology and Aging”, Vol. 8(3), s. 443–450.
- Jodzio K., 2006, *Neuropoznawcze korelaty spadku fluencji słownej po udarze prawej półkuli mózgu*, „Studia Psychologiczne”, t. 44, nr 2, s. 5–18.
- Kemper S., 1987, *Life-span changes in syntactic complexity*, „Journal of Gerontology”, Vol. 42, s. 323–328.
- Kielar-Turska M., Byczewska-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. 429–443.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD–10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, 2000, Kraków–Warszawa: Wydawnictwo Vesalius.
- Kotapka-Minc S., 2007, *Znaczenie badania neuropsychologicznego w diagnostyce otępienia*, „Polski Przegląd Neurologiczny”, t. 3, nr 2, s. 61–68.
- Krasowicz-Kupis G., Grela-Goryczka R., 2003, *Badanie pamięci fonologicznej z zastosowaniem Zetotestu*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia”, Vol. XVI, s. 53–68.
- Kuczkowski J., Cieszyńska J., 2018, *Głos i słuch w starczym wieku*, [w:] W. Tłokiński, S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Gerontologopedia*, seria „Logopedia XXI wieku”, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 293–306.
- Kulczyński B., Pruszwicz A., 2003, *Gluchota starcza (presbycusis)*, [w:] A. Pruszwicz, A. Obrębowski (red.), *Audiologia kliniczna. Zarys*, Poznań: Wydawnictwa Akademii Medycznej, s. 417–422.
- Kynette D., Kemper S., 1986, *Aging and the loss of grammatical forms: A cross-sectional study of language performance*, „Language and Communication”, Vol. 6, s. 43–49.
- Maciejewska A., 2015, *Stabilizowanie normy interakcyjnej u osób w podeszłym wieku*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 1109–1124.
- Makara-Studzińska M., Grzywa A., Śpila B., 2012, *Plastyczność mózgu*, „Polski Merkuriusz Lekarski”, nr 32, s. 345–348.
- Marchewka A., Dąbrowski Z., Żołądź J., 2012, *Fizjologia starzenia się*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- McDowd J.M., Fillion D.L., 1992, *Aging, selective attention, and inhibitory processes: A psychophysiological approach*, „Psychology and Aging”, Vol. 7(1), s. 65–71.
- Minczakiewicz E., 1998, *Problem starości w refleksjach logopedy*, [w:] H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkova (oprac.), *Zaburzenia głosu. Badanie – diagnozowanie – metody usprawniania. Materiały z konferencji zorganizowanej przez Pomagisterskie Studium Logopedyczne Wydziału Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego i Sekcję Logopedyczną Towarzystwa Kultury Języka w Warszawie, w dniach 6–8 czerwca 1998*, Warszawa: Wydawnictwo DiG, s. 129–137.
- Miozzo M., Caramazza A., 1997, *Retrieval of lexical-syntactic features in tip-of-the-tongue states*, „Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition”, Vol. 23, s. 1410–1423.
- Nieman C.L., Reed N.S., Lin F.R., 2018, *Otolaryngology for the internist: hearing loss*, „Medical Clinics”, Vol. 102(6), s. 977–992.

- Olszewski H., 1998, *Starość i starzenie się*, [w:] W. Szewczuk (red.), *Encyklopedia psychologii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 103–111.
- Panasiuk J., 2018, *Zaburzenia mowy u osób w wieku senioralnym – diagnoza i terapia logopedyczna*, [w:] W. Tłokiński, S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Gerontologopedia*, seria „Logopedia XXI wieku”, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 367–413.
- Perlmutter M., Mitchell D.B., 1982, *The appearance and disappearance of age differences in adult memory*, [w:] F.I.M. Craik, S. Trehub (red.), *Aging and Cognitive Processes*, New York: Plenum, s. 127–144.
- Piskunowicz M., Bieliński M., Zgliński A., Borkowska A., 2013, *Testy fluencji słownej i zastosowanie w diagnostyce neuropsychologicznej*, „Psychiatria Polska”, t. XLVII, nr 3, s. 475–485.
- Ponichtera-Kasprzykowska M., Sobów T., 2014, *Adaptacja i wykorzystanie testu fluencji słownej na świecie*, „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”, t. 14, nr 3, s. 178–187.
- Pruszewicz A., Obrębowski A., 1992, *Głos starczy. Vox senium*, [w:] A. Pruszewicz (red.), *Foniatria kliniczna*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s. 162–163.
- Przetacznik-Gierowska M., 1996, *Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rabbitt P., 1979, *Some experiments and a model for changes in attentional selectivity with old age*, [w:] F. Hoffmeister, C. Muller (red.), *Bayer Symposium VII. Evaluation of Change*, Bonn: Springer, s. 82–94.
- Rutkiewicz-Hanczewska M., 2016, *Neurobiologia nazywania. O anomii własnej i apelatywnej*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- Schindler R.J., 2008, *Otępienie naczyniopochodne i mieszane: znaczenie wczesnego leczenia farmakologicznego*, „Polski Przegląd Neurologiczny”, t. 4, supl. B, s. 17–22.
- Studen S., 2011, *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stuart-Hamilton I., 2000, *Psychologia starzenia się*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Sunderland T., Hill J.L., Mellow A.M., Lawlor B.A., Gundersheimer J., Newhouse P.A., Grafman J.H., 1989, *Clock-Drawing in Alzheimer's Disease. A Novel Measure of Dementia Severity*, „Journal of the American Geriatrics Society”, Vol. 37, s. 725–729.
- Szepietowska E.M., Gawda B., 2011, *Ścieżkami fluencji werbalnej*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Tłokiński W., 1990, *Mowa ludzi u schyłku życia*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- 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.
- Walsh D.A., 1982, *The development of visual information processes in adulthood and old age*, [w:] F.I.M. Craik, S. Trehub (red.), *Aging and cognitive processes*, New York: Plenum, s. 99–125.
- Węsierska K., 2012, *Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym*, [w:] K. Węsierska (red.) *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 1, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 25–47.
- Wiśniewska-Roszkowska K., 1989, *Starość jako zadanie*, Warszawa: Wydawnictwo Alfa.
- Witkowski J., 2018, *Zmiany biologiczne zachodzące z wiekiem*, [w:] W. Tłokiński, S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Gerontologopedia*, seria „Logopedia XXI wieku”, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 36–58.
- Włodarski Z., 1984, *Z tajemnic ludzkiej pamięci*, Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Zgółkowa H., 1983, *Słownictwo współczesnej polszczyzny mówionej. Lista frekwencyjna i rangowa*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza.

Maria Faściszewska  <https://orcid.org/0000-0001-7576-2585>

Uniwersytet Gdański, Wydział Filologiczny, Instytut Logopedii, ul. Wita Stwosza 58, 80–306 Gdańsk
e-mail: maria.fasciszewska@ug.edu.pl

Anna Szerszeńska  <https://orcid.org/0009-0005-7119-1566>

Akademia Ateneum w Gdańsku, ul. 3 Maja 25a, 80–802 Gdańsk, e-mail: anna@szerszenska.com

Mindfulness – wykorzystanie praktyki uważności w terapii dorosłych osób z gielkotem i jękaniem

Mindfulness: The Use of Mindfulness Practice in the Therapy of Adults with Cluttering and Stuttering

Słowa kluczowe: *mindfulness*, uważność, gielkot, jękanie, terapia

Keywords: *mindfulness*, cluttering, stuttering, therapy

Streszczenie

W ostatnich latach rosnące zainteresowanie uważnością (ang. *mindfulness*) znajduje odzwierciedlenie nie tylko w naukach społecznych, ale także w logopedii. Badania pokazują, że regularne stosowanie metod opartych na uważności (ang. *Mindfulness-Based Interventions* – MBI) przynosi korzyści osobom z depresją, chorobami nowotworowymi, przewlekłymi bólami czy uogólnionymi zaburzeniami lękowymi. Rośnie zainteresowanie włączeniem treningów uważności do praktyki terapeutycznej dorosłych osób z jękaniem i gielkotem. Ważne, by profesjonaliści rozumieli, czym jest uważność, oraz sami ją praktykowali.

Artykuł jest podzielony na trzy części. Pierwsza wprowadza podstawy teoretyczne związane z uważnością. W drugiej części omówiono badania naukowe, które potwierdzają, że praktyka *mindfulness* w terapii jękania prowadzi do zmniejszenia unikania, lepszej regulacji emocjonalnej oraz większej akceptacji. Trzecia część artykułu przedstawia konkretne ćwiczenia uważności i sugeruje, jak można je włączyć w terapię osób z gielkotem i jękaniem.

Niezwykle ważne są dalsze badania eksplorujące włączenie praktyki *mindfulness* w działania terapeutyczne, nie tylko dorosłych osób z jękaniem i gielkotem.



© 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: 30.12.2023 r. Data przyjęcia: 25.07.2024 r.

Abstract

In recent years, the growing interest in mindfulness has extended beyond the social sciences to include speech therapy. Research indicates that regular application of Mindfulness-Based Interventions (MBI) offers significant benefits to individuals suffering from depression, cancer, chronic pain, and generalized anxiety disorders. There is also an increased interest in incorporating mindfulness training into the therapeutic practice for adults with stuttering and cluttering. For professionals, it is essential not only to understand the concept of mindfulness but also to engage in regular mindfulness practice.

The article is divided into three parts. The first one introduces the theoretical foundations of mindfulness. The second part reviews scientific studies that demonstrate how mindfulness practice in stuttering therapy can reduce avoidance behaviors, improve emotional regulation, and enhance acceptance. The final section provides practical mindfulness exercises and outlines how they can be incorporated into the therapy for individuals with stuttering and cluttering.

It is extremely important to conduct further research on the integration of mindfulness into therapeutic interventions, particularly for adults with speech disorders, such as stuttering and cluttering.

Praktyka uważności – termin i filary

Termin „uważność” jest tłumaczeniem angielskiego słowa *mindfulness*, które pochodzi od palijskiego słowa *sati*. Pali był językiem psychologii buddyjskiej 2500 lat temu, a uważność jest jej podstawową nauką [Gupta, Yasodharakumar, Vasudha, 2016]. Podejście uważności ma swoją tradycję w nurtach buddyzmu, taoizmu, judaizmu, chrześcijaństwa i islamu [Harris, 2017]. Uważność jest definiowana jako „świadomość, która wyłania się poprzez celowe zwracanie uwagi, w chwili obecnej i nieoceniające rozwijanie się doświadczenia z chwili na chwilę” [Kabat-Zinn, 2003, s. 145]. Pojęcie *mindfulness* wprowadził w latach siedemdziesiątych XX wieku John Kabat-Zinn, który założył w 1979 roku Centrum Uważności na Uniwersytecie Medycznym w Massachusetts [Kabat-Zinn, 2003]. Jego badania prowadzone w latach 1979–2002 koncentrowały się na relacjach umysłu i ciała oraz ich wpływie na uzdrowienie. Kabat-Zinn jako pierwszy wprowadził nurt *mindfulness* do medycyny, co uczyniło go czołowym jego przedstawicielem.

Mindfulness szeroko postrzega i opisuje Michael P. Boyle [2011], który, opierając się na artykule Ruth A. Baer, Gregory’ego T. Smitha, Kristin R. Allen [2004], podał następującą definicję:

[...] uważność jest wieloaspektowym konstruktem, który obejmuje obserwację wewnętrzną i zewnętrzną doświadczeń (np. zauważanie, kiedy nastrojów zaczyna się zmieniać), działanie ze świadomością (np. zauważanie błędzenia umysłu i rozpraszanie się podczas wykonywania czynności) oraz akceptację zjawisk wewnętrznych

i zewnętrznych (np. nieosądzanie siebie za odczuwanie negatywnych emocji) [Boyle, 2011, s. 123].

Russ Harris, jeden z czołowych przedstawicieli terapii akceptacji i zaangażowania (ang. *acceptance and commitment therapy* – ACT) podkreślił, że „uważność oznacza skupienie uwagi z elastycznością, otwartością i ciekawością” [Harris, 2017, s. 24]. Uważność pomaga nawiązać kontakt ze sobą, poszerzyć wiedzę o tym, w jaki sposób reagujemy, myślimy i czujemy, pozwala celowo wpływać na własne zachowania. Według Harrisa uważność to sztuka świadomego życia, sposób na wzmocnienie odporności psychicznej i zwiększanie satysfakcji z życia.

Współcześnie podkreśla się, że podstawowymi filarami uważności są ciekawość (ang. *curiosity*), otwartość (ang. *openness*), brak oceniania (ang. *non-judgment*), zauważenie (ang. *awareness*) i akceptacja (ang. *acceptance*) bieżących doświadczeń. Uważność pozwala osobom ją praktykującym w prosty, lecz pewny sposób „skontaktować się” z własną mądrością i witalnością. Daje możliwość decydowania o kierunku i jakości życia.

Interwencje oparte na uważności obejmują kilka filarów, np. redukcję stresu opartą na uważności (ang. *mindfulness-based stress reduction* – MBSR) [Williams, Penman, 2014; Kabat-Zinn, 2020], terapię poznawczą opartą na uważności (ang. *mindfulness-based cognitive therapy* – MBCT) [Segal, Williams, Teasdale, 2002] terapię akceptacji i zaangażowania (ACT) [Hayes i in., 2006] oraz dialektyczną terapię behawioralną [Linehan, 1993].

Wyniki badań naukowych pokazują, że metody oparte na uważności (ang. *mindfulness-based interventions* – MBI) pomagają osobom z takimi problemami, jak uogólnione zaburzenie lękowe, depresja, niepokój, chroniczny ból, choroby nowotworowe, zespół zmęczenia, stres [Bohlmeijer i in., 2010; Hoge i in., 2023]. Pojawia się coraz więcej doniesień badawczych na temat pozytywnego oddziaływania systematycznego praktykowania uważności na redukcję stresu, rozwój empatii, refleksyjności, zwiększenie koncentracji [Roca i in., 2023]. Treningi uważności są coraz częściej stosowane w praktyce terapeutycznej dorosłych osób z jękiem [de Veer i in., 2009; Emge, Pellowski, 2019; Becker i in., 2022].

Praktyka uważności w terapii jękania i gielkotu

Warto podkreślić, że dopiero od niedawna w literaturze dotyczącej jękania zaczęły pojawiać się informacje na temat wykorzystania i włączenia w działania terapeutyczne strategii uważności. Jedną z pierwszych była publikacja Michaela P. Boyle’a, profesora na Wydziale Nauk o Komunikacji i Zaburzeń na Uniwersytecie Stanowym Montclair, pod tytułem *Trening uważności w terapii jękania: Poradnik dla logopedów* z 2011 roku. Boyle w swoich działaniach skupia się na podniesieniu jakości

życia osób z jąkaniem. We wspomnianej publikacji chciał zaangażować logopedów i skłonić ich do dyskusji nad włączeniem treningu uważności do terapii osób z jąkaniem. Wskazał na podobieństwa między istniejącymi elementami używanymi w różnych metodach terapii jąkania a treningami uważności. Zwrócił uwagę na pięć głównych elementów, których zastosowanie w terapii jest pomocne dla dorosłych osób z jąkaniem: ekspozycję behawioralną, która wpływa na zmniejszenie unikania, lepszą regulację emocjonalną, poprawę przetwarzania sensoryczno-percepcyjnego i umiejętność regulacji uwagi, akceptację.

W przypadku ekspozycji behawioralnej w *mindfulness* zachęca się do otwarcia się na wszystkie doświadczenia, niezależnie od tego, czy są one pozytywne, czy negatywne. Podobnie w terapiach modyfikacji jąkania kluczowa jest redukcja strachu i unikania trudnych sytuacji komunikacyjnych [Guitar, 2006].

Kolejnym podobnym elementem są działania podejmowane w celu lepszej regulacji emocjonalnej. Jak podkreślił J. Mark G. Williams [2010], wracanie do negatywnych wspomnień wydarzeń w przeszłości czy też przewidywanie negatywnych wydarzeń utrzymuje i nasila negatywne reakcje afektywne, a tym samym uniemożliwia skupienie się na rzeczywistych sytuacjach, z którymi należy sobie poradzić. Osoby z jąkaniem często doświadczają negatywnych emocji i myśli (np. „jak się odezwę, wszyscy będą się ze mnie śmiali”) podczas rzeczywistego lub przewidywanego jąkania. Prowadzi to do unikania mówienia, ucieczki, wzmacnia napięcie. Pojawia się błędne koło emocji, myśli i zachowań. W związku z tym trening lepszej regulacji emocjonalnej jest niezwykle potrzebny.

Trzecim wspólnym elementem jest zwiększenie przetwarzania sensoryczno-percepcyjnego. Trening uważności kultywuje równowagę między przetwarzaniem sensoryczno-percepcyjnym (np. propriocepcja) a przetwarzaniem opartym na języku pojęciowym (np. analizowanie, ocenianie, autorefleksja, etykietowanie itp.). W przypadku osób z jąkaniem w terapii modyfikacji jąkania podkreśla się, że tego typu ćwiczenia zwiększenia uwagi na fizyczne odczuwanie mechanizmu mowy mogą pomóc w długoterminowych zmianach w jąkaniu, w celowym zastosowaniu technik i strategii.

Czwartym elementem, o którym wspominał Boyle [2011], jest umiejętność kontroli i regulacji uwagi. Uważność wymaga skupienia uwagi na chwili obecnej. Badania naukowe wykazały, że trening uważności zwiększa kontrolę uwagi poprzez skrócenie czasu reakcji i zwiększenie trwałej uwagi na zadaniach [Jha, Krompinger, Baime, 2007; Chambers, Lo, Allen, 2008]. W przypadku terapii osób z jąkaniem umiejętność kontroli i regulacji uwagi wydaje się fundamentem wszystkich technik i umiejętności, których się uczą. Piątym wspólnym elementem jest akceptacja – rozumiana jako przeciwieństwo unikania, ucieczki lub tłumienia objawów [Baer, 2003], co zmniejsza poziom lęku. W przypadku terapii osób z jąkaniem akceptacja jest przeciwwagą dla nieprzystosowawczych i obronnych reakcji (np. unikanie, strach i walka), które tylko nasilają jąkanie [Plexico, Manning, Levitt, 2009].

Boyle [2011] podkreślał, że praktykowanie uważności przez dorosłe osoby z jękaniem skutkuje zmniejszonym unikaniem, zwiększoną regulacją emocjonalną i akceptacją, a także poprawia przetwarzanie sensoryczno-percepcyjne i umiejętności regulacji uwagi. Był on zwolennikiem zaadaptowania dla osób z jękaniem strategii *mindfulness*, które mogą pomóc w radzeniu sobie z poznawczymi, afektywnymi i behawioralnymi wyzwaniami związanymi z jękaniem.

Brakuje doniesień naukowych na temat wykorzystania praktyki uważności w terapii osób z gielkotem. Badania naukowe wskazują jednak, że osoby z gielkotem często charakteryzuje niski poziom świadomości, na czym polegają ich trudności w komunikowaniu się, niski poziom autokontroli [Ward, 2018]. Florence Myers [2016] podkreśliła, że trudności u osób z gielkotem zauważalne są na:

- 1) poziomie myśli, np. do głowy przychodzi wiele myśli naraz, co skutkuje zaburzoną organizacją myśli, a to prowadzi do zaburzeń na poziomie mowy i języka;
- 2) na poziomie pragmatyki, co skutkuje tym, że rozmowa „się nie klei” (zaburzony jest jej naturalny przebieg);
- 3) na poziomie narracji – widoczny jest tu braku spójności tzw. kohezji i koherencji;
- 4) na poziomie artykulacji – widoczne jest tu niewyraźne wymawianie i pomiwanie głosek.

Te wszystkie elementy mogą stanowić punkt wyjścia do pracy z osobami z gielkotem.

Poniżej omówiono skrótowo techniki stosowane w praktykach opartych na uważności oraz wskazano ich potencjalną przydatność i zastosowanie w terapii osób z gielkotem i jękaniem.

Redukcja stresu oparta na uważności MBSR

Redukcja stresu oparta na uważności MBSR to ośmiotygodniowy kurs, gdzie sesje trwają dwie i pół godziny oraz jeden pełny dzień uważności. Podczas sesji kładzie się nacisk na zmniejszenie poziomu stresu i lęku poprzez naukę uważności, akceptacji, niedoskonałości, obserwacji i świadomego radzenia sobie z automatycznymi reakcjami, ocenami, emocjami, czyli czynnikami, które nasilają stres.

Suzanne de Veer, André Brouwers, Will Evers i Welko Tomic [2009] przeprowadzili badania pilotażowe, poszukując odpowiedzi na pytanie, czy ukończenie programu redukcji stresu opartego na uważności (MBSR) okaże się skuteczne w zmniejszaniu stresu, strachu i lęku u osób z jękaniem. Grupa badawcza liczyła 37 osób jękających się (29 mężczyzn i 8 kobiet), należących do Duńskiej Federacji Jękania i stowarzyszenia Demostenes, z wyższym wykształceniem, średnia wieku uczestników wynosiła 36,57 lat ($SD = 12,97$). Podzielono ją na dwie podgrupy – tę, która przeszła szkolenie MBSR i grupę oczekującą na szkolenie. Uzyskane wyniki sugerowały, że bezpośrednio po uczestnictwie w programie MBSR i cztery tygodnie później grupa, która przeszła szkolenie, wykazywała mniejszy poziom stresu i niepokoju związany z sytuacjami mówienia. Ponadto uczestnicy zgłaszali bardziej pozytywne nastawienie

i pewność siebie w stosunku do mówienia, a także poprawę wewnętrznego umiejscowienia kontroli. Osoby te czuły większą kontrolę nad wydarzeniami życiowymi i miały bardziej pozytywne nastawienie do sytuacji komunikacyjnej. Jednak, co podkreśla się w badaniach, osoby jękające się poddane treningowi nie były znacząco bardziej pewne swojej zdolności do zachowania płynności w sytuacjach mowy (skuteczności własnej płynności) niż osoby, które nie zostały przeszkolone. Badacze podkreślili, że uzyskanie podobnych efektów z programu wymaga wdrożenia protokołu szkoleniowego, który może być stosowany jednakowo przez różnych trenerów. Kryteria uzyskanego efektu mierzono wyłącznie za pomocą kwestionariuszy, nie stosowano obiektywnych miar, takich jak ciśnienie krwi, zmienność rytmu serca lub inne, stąd do uzyskanych wyników badań należy podchodzić dość ostrożnie.

Greta Emge i Mark Pellowski [2019] przedstawili studium przypadku 21-letniego mężczyzny, który uzyskał diagnozę znacznego jękania i ostatni raz korzystał z terapii logopedycznej 4 lata wcześniej. Głównym celem tego studium przypadku było zbadanie efektów włączenia ćwiczenia medytacji uważności (trwającego 3 minuty) przed wdrożeniem technik zwolnienia tempa mowy i znalezienie odpowiedzi na pytanie, czy wdrożenie medytacji uważności zmieni (tj. zmniejszy) ilość niepłynności w mowie bez zastosowania technik upłynniających. Odbyło się 15 sesji, podczas których dokonywano pomiarów. Okazało się, że po zastosowaniu techniki *mindfulness* znacząco zmniejszyła się ocena jękania uczestnika z początkowej ciężkiej do umiarkowanej (w pomiarze SSI-4) oraz poprawił się dobrostan psychiczny (w pomiarze *Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised* – CAMS-R).

W terapii osób z jękaniem podczas kursu i ćwiczeń opartych na uważności MBSR nacisk kładziony jest na zmniejszenie poziomu stresu i lęku w sytuacjach związanych z wypowiedaniem się. Monica Mongia, Anindya Kumar Gupta, Aishwarya Vijat i Raja Sadhu w artykule *Zarządzanie jękaniem za pomocą terapii poznawczo-behawioralnej i medytacji uważności* [2019] podkreślili, że praca z osobami z gielkotem czy też jękaniem powinna dotyczyć kilku obszarów, takich jak:

- 1) praca nad przekonaniami o własnej skuteczności (tutaj nacisk kładziony jest na postawę klienta wobec sytuacji lękowej i zdolności do stosowania strategii radzenia sobie w danej sytuacji);
- 2) zachowania związane z radzeniem sobie (strategie skoncentrowane na problemie, takie jak szukanie wsparcia, tworzenie listy zadań, planowanie i wykonywanie planów);
- 3) umiejscowienie kontroli (poczucie większej kontroli podczas stresujących sytuacji, zdolność do zaakceptowania sytuacji, które są poza ich kontrolą);
- 4) nastawienie do sytuacji mowy.

Ćwiczenia *mindfulness*, takie jak np. uważność na oddech i skanowanie ciała, pomagają osobom z jękaniem i gielkotem być bardziej świadomymi swoich myśli, emocji i reakcji fizycznych podczas jękania, co wpływa na to, że osoby te mogą w sposób sprawczy zareagować na zaistniałą sytuację komunikacyjną.

Terapia poznawcza oparta na uważności MBCT

Terapia poznawcza oparta na uważności, czyli *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) to podejście terapeutyczne, które łączy elementy praktyki uważności z technikami terapii poznawczej. Została ona zaprojektowana przez Marka Williamsa, Zindlera Segala i Johna Teasdale [Williams, Penman, 2014] pierwotnie jako terapia wspomagająca dla osób z nawracającymi epizodami depresji, ale jest również stosowana w innych obszarach psychoterapii.

Celem terapii osób z jękaniem jest rozwijanie umiejętności zwiększania i utrzymywania koncentracji uwagi, zauważania swoich myśli i tego, jak one wpływają na doznania fizyczne w ciele. Jedną z ważnych strategii jest strategia świadomego oddechu, koncentracja na wdechu i wydechu. Jak podkreślają Mongia i współautorzy [2019], ważna jest też strategia radzenia sobie z nawrotami jękania. W tym przypadku opracowuje się listę działań, zachowań i uczuć związanych z momentami, w których osoba z jękaniem czuje kontrolę nad mówieniem. Listy te zwiększają świadomość wśród osób z jękaniem i są pomocne na wczesnych etapach nawrotu jękania, gdyż umożliwiają szybkie zidentyfikowanie objawów i zastosowanie odpowiedniej strategii.

Boyle [2011] podkreślał, że zwiększona uwaga i świadomość myśli, uczuć i zachowań związanych z jękaniem przeciwdziała również tendencji do zaprzeczania i może mieć wpływ na zmniejszenie nawrotów. Nawrót może wiązać się z ponownym pojawieniem się nie płynności w mowie klienta, co może zwiększyć strach i unikanie, przy czym dana osoba nie jest tego w pełni świadoma [Starkweather, 1993]. Zastosowanie technik uważności może przerwać ten cykl.

Terapia akceptacji i zaangażowania – ACT

Terapia akceptacji i zaangażowania (ang. *acceptance and commitment therapy* – ACT) to jedna z najpopularniejszych metod psychoterapii i treningu psychologicznego, należąca do tzw. trzeciej fali terapii behawioralnej. Ważnymi przedstawicielami ACT są Russ Harris [2018] oraz Steven Hayes [2020]. Głównymi celami ACT są: rozwijanie elastyczności psychologicznej, sztuka świadomego życia, wzmacnianie odporności psychicznej i zwiększanie satysfakcji z życia, podejmowanie działań wyznaczanych przez podstawowe wartości i zgodnych z tymi wartościami. Najpopularniejszym modelem elastyczności psychologicznej jest Hexaflex ACT, tzw. sześciofasetowy diament [Harris, 2018]. Opisuje on sześć kluczowych procesów terapeutycznych ACT: kontakt z chwilą obecną („bądź tu i teraz”), defuzję („obserwuj swoje myśli”), akceptację („otwórz się”), ja jako kontekst (czysta świadomość), wartości („rozpoznaj to, co ważne”), zaangażowane działanie („rób to, co należy”).

Hilda Sønsterud [2021] podkreśla, że wprowadzanie elementów ACT do terapii jękania odbywa się na wiele różnych sposobów, np. rozwijania umiejętności bycia świadomym chwili obecnej poprzez metody obserwacji oddechu lub zauważania zmian zachodzących w ciele. Badaczka stwierdza, że ważne jest odniesienie się do decyzji

i priorytetów osoby z jękaniem lub gielkotem, która rozpoczyna terapię, to bowiem ona wyznacza cele terapii, jakie chce osiągnąć. Zwraca uwagę na słowo „akceptacja”, tak obecnie często używane przez terapeutów, które lepiej zastąpić zwrotami „przyjazna ciekawość”, „przygotowanie miejsca na poznawanie jękania”, gdyż nie przywołują one tak negatywnych i nieterapeutycznych konotacji u niektórych osób jękających się. Pisała już o tym wcześniej Anna Szerszeńska [2019], która podkreślała, że w terapii osób z jękaniem poszukiwano podejść umożliwiających niełatwy proces zmian. Jednym z tych elementów jest ACT i:

[...] akceptacja, rozumiana nie jako przejaw bierności, a w pełni aktywn[a] postaw[a] [...], która wyraża się otwartością na bieżące doświadczenia niezależnie od ich charakteru [...]. Aktywnym dążeniem do tego, by coś w swoim życiu zmienić lub poprawić. Akceptacja stanowi przeciwieństwo unikania lub tłumienia objawów, a więc takich strategii, które mogą prowadzić do zwiększenia poziomu niepokoju oraz wystąpienia nieprzyjemnych reakcji emocjonalnych” [Szerszeńska, 2019, s. 36].

Głównym celem wykorzystania strategii ACT w terapii osób z jękaniem i gielkotem nie jest zmniejszenie częstotliwości jękania, ale zmniejszenie negatywnych skojarzeń z nim związanych.

Ćwiczenia *mindfulness* w terapii osób dorosłych z gielkotem i jękaniem

Praktyka uważności to przede wszystkim czas poświęcony sobie, oparty na takich zasadach jak cierpliwość, akceptacja, zaufanie i nieocenicenie [Kabat-Zinn, 2021]. Nie wyeliminuje ona trudności codziennego życia, jednak może sprawić, że osoby praktykujące uważność są w stanie sobie z nimi radzić, nie uciekając od tego, co trudne i nieprzyjemne. Uważność pomaga też zapobiec automatycznym, nawykowym reakcjom i pozwala na zastąpienie ich uważnymi odpowiedziami. Uważność to przede wszystkim przejęcie odpowiedzialności za siebie i swoje życie. Ważne jednak jest, aby pamiętać, że efekty nie pojawią się od razu. Aby nauczyć się słuchać własnego ciała, potrzebna jest codzienna praktyka, która pozwoli na zatrzymanie się, przyjrzenie się konkretnej życiowej sytuacji, a w konsekwencji umożliwi wybór świadomego, a nie automatycznego działania.

Poniżej przedstawiono kilka możliwości wykorzystania *mindfulness* w terapii dorosłych osób z gielkotem i jękaniem. Praktykę uważności rozpoczyna się od dwóch podstawowych ćwiczeń, jakimi są obserwacja oddechu i skanowanie ciała.

Obserwacja oddechu

Oddech w terapii jest środkiem do zauważenia tego, co się dzieje w ciele. Osoby z gielkotem i jękaniem często doświadczają intensywnego napięcia fizycznego i emocjonalnego. Uważność na oddech może pomóc w świadomości i regulacji tego napięcia, w ćwiczeniu refleksyjności, trenowaniu zdolności podążania uwagą za „kotwicą” – na przykład za oddechem. W sytuacji gdy pojawia się jakiś dystraktor, to jest on zauważalny, ale uwaga nie skupia się na nim, a wraca do wybranego wcześniej punktu [Zylowska i in., 2008].

Ćwiczenie: Oddech łączy nas z chwilą bieżącą.

Celem tego ćwiczenia jest obcowanie z oddechem, traktowanie go jako naturalnej kotwicy, która pozwala utrzymać uwagę w jednym miejscu. Do przeprowadzenia tej praktyki potrzebne jest wyłącznie ustronne miejsce, w którym osoba je wykonująca będzie mogła skupić się na swoim naturalnym oddechu, zauważając jego przepływ i rytm. Jeżeli ćwiczenie to będzie wykonywała samodzielnie (można również użyć gotowego nagrania), to zaleca się ustawienie zegara na dźwiękowy sygnał, który wyznaczy wybraną wcześniej ilość czasu. Gdy już zostaną zapewnione komfortowe warunki do ćwiczenia, osoba wykonująca ćwiczenie powinna rozpocząć skupianie się na oddechu, śledząc drogę, jaką przebywa wdychane przez nią powietrze, i koncentrować się na odczuciach, jakie pojawiają się kolejno w nozdrzach, klatce piersiowej i brzuchu.

Uważność na oddech można praktykować na dwa sposoby. Pierwszy z nich nazywany jest praktyką formalną, ponieważ wiąże się z wyznaczeniem określonego czasu, przyjęciem odpowiedniej postawy i oddychaniem w rytm naturalnych oraz w pełni świadomych wdechów i wydechów. Drugi sposób, zwany nieformalnym, to codzienna uważność skierowana na oddech w różnych sytuacjach, takich jak chwila po przebudzeniu, spacer, mycie zębów czy codzienne rutynowe czynności. Ważne jest, aby kilkakrotnie w ciągu dnia powracać do obserwacji oddechu, koncentrując się na kilku oddechach. Można też wygospodarować chwilę na uważne oddychanie podczas spożywania posiłków i picia. W czasie wykonywania tego ćwiczenia należy uważnie obserwować również to, co się je, pije, wacha, przeżuwa i połyka.

Regularna praktyka obserwacji oddechu pozwala zlokalizować i uświadomić sobie miejsce doświadczanych napięć w ciele. Daje to możliwość pozbywania się zbędnego napięcia w ciele poprzez wydech.

Skanowanie ciała

Uważność zwiększa zdolność do radzenia sobie z czynnikami, które wyzwalają stres. Systematyczna praktyka pozwala lepiej odebrać sygnały z ciała, informujące o pojawieniu się czynników wyzwalających stres i w konkretnej sytuacji nie zareagować na nie w sposób automatyczny. Ćwiczenie skanowania ciała uczy aktywnego skupiania uwagi, wzmacnia koncentrację oraz pomaga wyciszyć umysł. Dbałość o własny dobrostan wymaga wejścia z ciałem w lepszy kontakt. Pozwala

na zatrzymanie się, tak by zobaczyć, co się dzieje z ciałem, a także zauważyć myśli i emocje, które są doświadczane każdego dnia. Systematyczna praktyka skanowania ciała uczy zauważania tego, czego doświadczają ciało, a w konsekwencji rozpoznawania jego napięcia bądź rozluźnienia. Podobnie jak ćwiczenie uważności oparte na oddechu, również i to ćwiczenia można wykonywać w pozycji leżącej bądź siedzącej. Na przeprowadzenie praktyki wystarczy już 20 minut w ciągu dnia. Praktykę tę zaczyna się zwykle od koniuszków palców stóp, przesuając się stopniowo w górę ciała. Ważne jest przyjęcie postawy uważnego badacza, rozwijającego świadomość doświadczania własnego ciała i wrażeń, które z niego płyną. Z koniuszków palców przenosi się kolejno koncentrację na każde miejsce w ciele. W czasie praktyki skanowania ciała powinno się zadbać o to, aby uwaga przesuwała się powoli, tak aby objęła każdy fragment ciała. Uwaga skupia się więc nie tylko na całym ciele, ale wchodzi również w jego głąb. Dopiero gdy uda się poczuć miejsce, gdzie skoncentrowana jest uważność, można przesuwać się dalej. W czasie wykonywania tego ćwiczenia świadomie uwaga przenoszona jest na wrażenia cielesne.

Ćwiczenie to rozwija umiejętność bycia w ciele oraz kierowania uwagi na chwilę obecną. Systematyczna praktyka pozwala zidentyfikować również i te napięcia w ciele, które nie są uświadomione, a które wiążą się z przeżywanym dyskomfortem. Należy jednak pamiętać, aby w czasie przeprowadzania tego ćwiczenia nie dokonywać analizy, oceny, a po prostu doświadczać, czuć i przeżywać.

Oprócz formalnej praktyki skanowania ciała można również obserwować ciało każdego dnia podczas zmiany pozycji na inną, a także zwracać uwagę na wszelkie napięcia, które pojawiają się w ciele oraz próbować pozbyć się ich poprzez wydech.

Uważność skierowana na myśli

Jednym z elementów praktyki uważności jest również uważność skierowana na myśli – redukcja aktywności emocjonalnej. Praktyki uważności mogą pomóc w identyfikowaniu i odległym obserwowaniu myśli, zamiast się nimi utożsamiać. Zdaniem Boyle'a [2011] praktykowanie uważności przez osoby doświadczające jąkania bądź gielkotu może pomóc im przerwać cykl negatywnych myśli poprzez uzyskanie dystansu do pojawiających się myśli i emocji. Bardzo pomocna może tu być technika R.A.I.N. stworzona w połowie lat osiemdziesiątych przez Michele McDonald [b.r.], nauczycielkę Vipassany. To proste i praktyczne narzędzie opiera się na czterech filarach, które ujęte zostały w angielskim akronimie:

- 1) R – *recognise*, czyli rozpoznanie – poświęć chwilę i rozpoznaj silną emocję, której doświadczasz, a następnie zwróć się w stronę tego, czego doświadczasz, w uważny, nieoceniający sposób;
- 2) A – *allow*, czyli pozwól – uznaj i zaakceptuj swoją obecną rzeczywistość, starając się zmniejszyć swój wewnętrzny opór według tego, co się dzieje;
- 3) I – *investigate*, czyli zbadaj – zadaj sobie pytania: „dlaczego tak się czujesz?”, „czego najbardziej potrzebujesz?”, „jakie działania możesz podjąć, aby wesprzeć

siebie w tym trudnym momencie?”; pytania te mogą pomóc ci wejść w lepszy kontakt ze swoimi myślami i emocjami;

- 4) N – *nurture with self-compassion*, czyli zatroszcz się o siebie – w chwilach, gdy cierpisz, zaczyna również naturalnie pojawiać się samowspółczucie i troska o siebie; bądź dla siebie miły, okazuj sobie troskę i współczucie; spróbuj poeksperymentować i wyczuć, który intencjonalny gest życzliwości najbardziej ci pomaga.

Uważność społeczna

Marek Leonard [2019] podkreśla, że w przeciwieństwie do psychologicznego modelu uważności w MBCT, która jest indywidualnym procesem, ważna jest też uważność społeczna. Uważność społeczna staje się środkiem pomagającym uświadomić sobie, jak powstają nasze myśli i uczucia, poprzez sposób, w jaki odnosimy się do innych i do samych siebie. Komunikacja z innymi jest często aktywatorem stresu i cierpienia. Dotyczy to w zasadzie wszystkich ludzi. Już od najmłodszych lat, angażując się w komunikację, uczymy się nawykowych sposobów radzenia sobie w komunikacji z tymi, z którymi się nie zgadzamy. Umiejętność bycia uważnym na pojawiające się w nas myśli i uczucia pozwala nam odnosić się do nich inaczej. Sposób, w jaki uczymy się reagować na własne doświadczenie, może nam pomóc w zbudowaniu relacji społecznej na podstawie tych zasad.

Strategia ta bywa często nazywana komunikacją/porozumieniem bez przemocy według Marshalla Rosenberga [Center for Nonviolent Communication, b.r.]. Jej główne filary to bycie w kontakcie ze sobą, skupienie się na rozmówcy, utrzymywanie kontaktu wzrokowego z drugą osobą, słuchanie drugiej osoby i pozwalanie sobie na to, aby ktoś nas wysłuchał, okazanie zainteresowania, nieocenianie, nieprzerywanie, otwartość, obecność, nieudzielanie rad, akceptacja oraz jasne wyrażanie swoich potrzeb i oczekiwań. To od nas zależy, w jaki sposób będziemy budować komunikację z innymi. Ćwiczenie uważności pomoże w tym, aby nasza komunikacja z innymi osobami nie była nawykowa, a świadoma i zgodna z naszymi wartościami oraz potrzebami. Ćwiczenia uważności społecznej mogą pomóc osobom z gielkotem w stopniowym eksponowaniu się na sytuacje społeczne i w rozwijaniu zdolności do obserwowania i rozumienia interakcji społecznych bez nadmiernej obawy przed oceną. Współpraca z doświadczonym terapeutą może pomóc w dostosowaniu technik uważności do konkretnych wyzwań i celów terapeutycznych danej osoby. Doświadczony terapeuta pozwoli wybrać i wypracować wzorzec codziennej praktyki, a także podpowie, jak wytrwać w tym postanowieniu.

Podsumowanie

Mindfulness wydaje się praktyką, która może pomóc w skuteczniejszej terapii dorosłych osób z jękaniem i gielkotem, zarówno pod kątem wymiaru psychospołecznego, jak i sensoryczno-motorycznego. Główne działania *mindfulness* w terapii osób z jękaniem, jak podkreśla Boyle [2011], mają na celu zwiększenie zdolności klienta do utrzymywania

koncentracji uwagi, nauczenie go różnicy między myśleniem o doznaniach a bezpośrednim ich doświadczaniem, nauczenie odmiennego odnoszenia się do myśli i uczuć. Te same zasady można odnieść do dorosłych osób z gielkotem. Przydatne jest wykorzystanie narzędzi dotyczących oceny jakości życia [Fańciszevska, Tuchowska, 2018], a nie skupienie się tylko na ocenie płynności mówienia. Warto podkreślić jednak to, że aby zauważyć tę istotną zmianę w swoim życiu, trzeba włączyć regularną praktykę uważności do swojej codzienności. Konieczne są dalsze rzetelne badania naukowe z wykorzystaniem praktyki uważności z terapii dorosłych osób z gielkotem i jąkaniem.

Literatura

- Baer R.A., 2003, *Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review*, „Clinical Psychology: Science and Practice”, Vol. 10, s. 125–143.
- Baer R.A., Smith G.T., Allen K.B., 2004, *Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills*, „Assessment”, Vol. 11(3), s. 191–206.
- Becker D.R., Shelly S., Kavalieratos D., Maira C., Gillespie A.I., 2022, *Immediate Effects of Mindfulness Meditation on the Voice*, „Journal of Voice: Official Journal of the Voice Foundation”, <https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2022.10.022>
- Bohlmeijer E., Prenger R., Taal E., Cuijpers P., 2010, *The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis*, „Journal of Psychosomatic Research”, Vol. 68(6), s. 539–544, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.005>
- Boyle M.P., 2011, *Mindfulness training in stuttering therapy: A tutorial for speech-language pathologists*, „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 36(2), s. 122–129, <https://doi.org/10.1016/j.jflu dis.2011.04.005>
- Center for Nonviolent Communication, b.r., <https://www.cnvc.org> (dostęp: 10.12.2023).
- Chambers R., Lo B.C., Allen N.B., 2008, *The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect*, „Cognitive Therapy and Research”, Vol. 32, s. 303–322.
- Emge G., Pellowski M.W., 2019, *Incorporating a Mindfulness Meditation Exercise Into a Stuttering Treatment Program*, „Communication Disorders Quarterly”, Vol. 40(2), s. 125–128.
- Fańciszevska M., Tuchowska J., 2018, *Narzędzia diagnostyczne stosowane w ocenie postaw i zachowań dorosłych osób jękających się – możliwości zastosowania w polskiej logopedii*, [w:] K. Węsierska (red.), *Zaburzenia płynności mowy*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 158–174.
- Guitar B., 2006, *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment*, Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.
- Gupta S., Yasodharakumar G.Y., Vasudha H.H., 2016, *Cognitive Behavior Therapy and Mindfulness Training in the Treatment of Adults Who Stutter*, „The International Journal of Indian Psychology”, Vol. 3, s. 78–87.
- Harris R., 2018, *Zrozumieć ACT. Terapia akceptacji i zaangażowania w praktyce*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hayes S.C., 2020, *Umysł wyzwolony. Zakończ wewnętrzną walkę i żyj w zgodzie ze sobą*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hayes S.C., Luoma J.B., Bond F.W., Masuda A., Lillis J., 2006, *Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes*, „Behaviour Research and Therapy”, Vol. 44(1), s. 1–25, <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

- Hoge E.A., Bui E., Mete M., Dutton M.A., Baker A.W., Simon N.M., 2023, *Mindfulness-Based Stress Reduction vs Escitalopram for the Treatment of Adults With Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial*, „JAMA Psychiatry”, Vol. 80(1), s. 13–21, <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.3679>
- Jha A.P., Krompinger J., Baime M.J., 2007, *Mindfulness training modifies subsystems of attention*, „Cognitive, Affective, and Behavioral Neuroscience”, Vol. 7, s. 109–119.
- Kabat-Zinn J., 2003, *Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future*, „Clinical Psychology: Science and Practice”, Vol. 10(2), s. 144–156, <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kabat-Zinn J., 2020, *Gdziekolwiek jesteś, bądź. Przewodnik uważnego życia*, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Kabat-Zinn J., 2021, *Życie, piękna katastrofa. Mądrością ciała i umysłu możesz pokonać stres, choroby, ból*, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Leonard M., 2019, *Uważność społeczna jako siła napędzająca zmiany*, <https://www.mindfully.pl/arttykul/uwaznosc-spoeczna-jako-sila-napedzajaca-zmiany> (dostęp: 10.12.2023).
- Linehan M.M., 1993, *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*, New York: Guilford Press.
- McDonald M., b.r., *RAIN: The Nourishing Art of Mindful Inquiry*, <https://learn.tricycle.org/p/rain> (dostęp: 10.12.2023).
- Mongia M., Gupta A.K., Vijay A., Sadhu R., 2019, *Management of stuttering using cognitive behavior therapy and mindfulness meditation*, „Industrial Psychiatry Journal”, Vol. 28(1), s. 4–12, https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_18_19
- Myers F., 2016, *Gielkot (bez)ładny labirynt*, https://www.konferencja-zpm.edu.pl/wp-content/uploads/2016/09/F_Myers_handout_PL.pdf (dostęp: 10.12.2023).
- Plexico L.W., Manning W.H., Levitt H., 2009, *Coping responses by adults who stutter. Part I. Protecting the self and others*, „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 34, s. 87–107.
- Roca P., Vazquez C., Diez G., McNally R.J., 2023, *How do mindfulness and compassion programs improve mental health and well-being? The role of attentional processing of emotional information*, „Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry”, Vol. 81, 101895.
- Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D., 2002, *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*, New York: Guilford Press.
- Sønsterud H., 2021, *Terapia akceptacji i zaangażowania (ACT) i jej zastosowanie w terapii jękania*, [w:] K. Węsierska, H. Sønsterud, *Dialog bez barier – kompleksowa interwencja w jękaniu. Wydanie polskie rozszerzone*, Chorzów: Wydawnictwo Agere Aude, s. 407–428.
- Starkweather C.W., 1993, *Issues in the efficacy of treatment for fluency disorders*, „Journal of Fluency Disorders”, Vol. 18, s. 151–168.
- Szerszeńska A., 2019, *Akceptacja w jękaniu. Zastosowanie ACT i uważności w terapii logopedycznej*, „Forum Logopedy”, nr 31, s. 35–40.
- Veer S. de, Brouwers A., Evers W., Tomic W., 2009, *A Pilot Study of the Psychological Impact of the Mindfulness-Based Stress-Reduction Program On People Who Stutter*, „European Psychotherapy”, Vol. 9(1), s. 39–56.
- Ward D., 2018, *Stuttering and Cluttering: Frameworks for Understanding and Treatment*, Oxon–New York: Routledge.
- Williams J.M.G., 2010, *Mindfulness and psychological process*, „Emotion”, Vol. 10(1), s. 1–7.
- Williams M., Penman D., 2014, *Mindfulness. Trening uważności*, Warszawa: Wydawnictwo Samo Sedno.
- Zylowska L., Ackerman D.L., Yang M.H., Futrell J.L., Horton N.L., Hale T.S., Pataki C., Smalley S.L., 2008, *Mindfulness Meditation Training in Adults and Adolescents with ADHD: A Feasibility Study*, „Journal Attention Disorder”, Vol. 11(6), s. 737–746, <https://doi.org/10.1177/1087054707308502>

Renata Gliwa-Patyńska  <https://orcid.org/0000-0003-2231-9197>

Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii
ul. Pomorska 171/173, 90–236 Łódź, e-mail: renata.gliwa@uni.lodz.pl

Dysfonia porażenna – logopedyczne studium przypadku

Paralytic Dysphonia: A Speech Therapy Case Study

Słowa kluczowe: dysfonia porażenna, uraz jatrogenny, terapia głosu

Keywords: paralytic dysphonia, iatrogenic trauma, voice therapy

Streszczenie

W artykule omówiono studium przypadku 48-letniej pacjentki z rozpoznaniem dysfonii porażennej, będącej konsekwencją porażenia lewego fałdu głosowego, o prawdopodobnym jatrogennym podłożu. Opisano protokół postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, który uwzględnia porównanie wyników badań obiektywnych i subiektywnych przed i po wdrożonej terapii głosu. Celem zastosowanych działań było przywrócenie funkcji krtani. Program postępowania terapeutycznego obejmował następujące moduły: edukacja w zakresie higieny i emisji głosu, ćwiczenia świadomości ciała, regulacja napięcia mięśniowego poszczególnych warstw powięzi w obszarach strategicznych dla fonacji, korekta sposobu oddychania, uzyskanie zwarcia fonacyjnego, wytworzenie warunków sprzyjających powstaniu przesunięcia brzeźnego, wypracowanie prawidłowej emisji głosu, obejmującej poprawę koordynacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej oraz uczynnianie rezonatorów. Zastosowano m.in. manualne techniki mięśniowo-powięziowe, regulujące napięcie powięzi w obszarach strategicznych dla fonacji, elementy masażu logopedycznego i automasażu, treningi relaksacyjne, elementy manualnej terapii krtani, mechanizmy odruchowe i obronne krtani, metody i techniki wykorzystujące powstanie okluzji na trakcie głosowym (S.O.V.T. i LAX VOX). W efekcie wprowadzonego postępowania uzyskano wycofanie się większości subiektywnych i obiektywnych objawów dolegliwości doświadczanych przez pacjentkę, w tym powrót ruchomości lewego fałdu głosowego i obustronnie obecną falę śluzówkową oraz prawidłową koordynację oddechowo-fonacyjno-artykulacyjną. Zanotowano poprawę wyników w skali GRBAS, badaniach VHI, VTD, MFT oraz badaniu współczynnika s/z. Wdrożone postępowanie rehabilitacyjne pozwoliło osiągnąć cel optymalny, tj. poprawę funkcji krtani, w tym jakości głosu.



© 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: 2.02.2024 r. Data przyjęcia: 24.08.2024 r.

Abstract

The article discusses a case study of a 48-year-old patient diagnosed with paralytic dysphonia, which was a consequence of left vocal fold paralysis, with probable iatrogenic origin. The study describes a diagnostic and therapeutic procedure protocol, which included comparison of the results of objective and subjective tests prior to and after the implementation of voice therapy. The measures were aimed to restore the laryngeal function. The therapeutic programme included the following modules: education in the field of hygiene and voice emission, body awareness exercises, regulation of muscle tension of individual fascia layers in areas strategic for phonation, correction of breathing pattern, obtaining a phonatory stop, creating conditions conducive to the development of a marginal shift, developing proper voice emission, including improving pneumo-phono-articulatory coordination and activation of resonators. The therapy included, among others, manual myofascial techniques regulating the tension of the muscle fascia in strategic areas for phonation, elements of speech therapy and self-massage, relaxation training, elements of manual larynx therapy, reflex and defense mechanisms of the larynx, methods and techniques using the formation of occlusion in the vocal tract (S.O.V.T and LAX VOX). The treatment resulted in the disappearance of most of the subjective and objective symptoms of the patient's ailments, including the return of mobility of the left vocal fold and the mucosal wave present on both sides, as well as proper pneumo-phono-articulatory coordination. There was improvement in the results of the GRBAS scale, VHI, VTD, MFT and s/z ratio tests. The implemented rehabilitation procedure allowed to achieve the optimal goal, namely improvement of the laryngeal function, including voice quality.

Wprowadzenie

W artykule omówiono studium przypadku pacjentki, u której rozpoznano dysfonię porażenną o prawdopodobnym podłożu jatrogennym. Rozważania rozpoczęto od opisanego zjawiska, a następnie zaprezentowano metodologię badań własnych wraz z opisem wyników.

Dysfonia porażenna to zaburzenie głosu powstałe w wyniku dysfunkcji nerwo-mięśniowych (porażen lub niedowładów) po uszkodzeniu nerwów zaopatrujących aferentnie i eferentnie krtań. Wiąże się ona z mniej lub bardziej nasilonym upośledzeniem funkcji krtani, w zależności od stopnia odnerwienia.

Dysfonia porażenna może być wywoływana zaburzeniami obwodowego (ok. 90% przypadków) lub ośrodkowego układu nerwowego, a także zmianami w stawach pierścienno-nalewkowych [Kręcicki, Zalesska-Kręcicka, Niewęglowski, 2003; Zalesska-Kręcicka, 2008; Kuczkowski i in., 2015; Yu i in., 2018; Pruszewicz, Obrębowski, 2019; Kim, Alnouri, Sataloff, 2022]. Ze względu na lokalizację uszkodzeń w literaturze wymienia się: porażenia ośrodkowe krtani (powodowane m.in. korową lub podkorową apraksją, ataksją mózdkową, płasawicą, parkinsonizmem itd.), porażenia napięte – pseudoopuszkowe (wynikające z uszkodzenia górnego neuronu motorycznego nerwu błędnego), porażenia wiotkie (będące efektem

uszkodzenia dolnego neuronu motorycznego nerwu błędnego, pnia mózgu, nerwu krtaniowego górnego, nerwu krtaniowego wstecznego oraz płytki nerwowo-mięśniowej krtani), porażenia mieszane [por. Kuczkowski i in., 2015, s. 286–303].

Porażenia ośrodkowe fałdów głosowych mogą być indukowane np. upośledzeniem krążenia mózgowego, procesami zapalnymi i toksycznymi mózgu, chorobami struktur piramidowych i pozapiramidowych, guzami mózgu, zmianami zapalnymi i toksycznymi. Determinanty obwodowego porażenia fałdów głosowych dzielą się na urazowe, będące rezultatem powikłań zabiegów chirurgicznych, wypadków komunikacyjnych, przedłużonej intubacji itd., i nieurazowe, powodowane np. przez choroby układu oddechowego, nowotwory (przełyku, tchawicy i oskrzeli i inne), tętniaki o strategicznej lokalizacji (np. tętnicy podobojczykowej czy aorty), polineuropatie oraz choroby śródpiersia [por. Kręcicki, Zalesska-Kręcicka, Niewęglowski, 2003; Zalesska-Kręcicka 2008; Misiołek i in., 2014; Kuczkowski i in., 2015; Pruszewicz, Obrębowski, 2019; Czesak, Osuch-Wójcikiewicz, Niemczyk, 2020; Kawaura, Ohnishi, 2022]. Zwraca się także uwagę na wzrost rozpoznania idiopatycznych, które związane są z osłabieniem układu immunologicznego i infekcjami wirusowymi [por. Woźnicka, Niebudek-Bogusz, Śliwińska-Kowalska, 2011; Czesak, Osuch-Wójcikiewicz, Niemczyk, 2020; Kawaura, Ohnishi, 2022].

Przebieg nerwów krtaniowych w sąsiedztwie ważnych struktur anatomicznych powoduje, że najczęstszą przyczyną ich uszkodzeń są urazy po operacjach i reoperacjach gruczołu tarczowego [por. Jamski i in., 2004; Rubin, Sataloff, 2007; Misiołek i in., 2014; Berger, Kosztyła-Hojna, Chyczewski, 2018; Pruszewicz, Obrębowski, 2019; Wang i in., 2022].

Czynnikami determinującymi jakość funkcji krtani po uszkodzeniu nerwów krtaniowych są m.in.:

1. Zakres uszkodzenia – najczęściej dochodzi do porażenia nerwu krtaniowego wstecznego, rzadziej nerwu krtaniowego górnego¹, czy uszkodzenia mięśnia pierścienno-tarczowego. Dominują porażenia jednostronne, tak jak u opisywanej w niniejszym studium pacjentki.
2. Stopień uszkodzenia nerwów – wyróżnia się: a) *neuropraksję*, czyli przejściowe zaburzenie przewodnictwa spowodowane nadmiernym mechanicznym napięciem, obrzękiem lub stanem zapalnym; b) *axonotmesis* – przerwanie niektórych aksonów w następstwie obrzęku, odczynu zapalnego lub blizn; c) *neurotmesis* – przerwanie ciągłości nerwu przy zachowaniu *perineurium* [por. Pruszewicz,

1 Unerwienie mięśni krtani wydaje się znacznie bardziej skomplikowane niż przyjęty sąd, według którego nerw krtaniowy górny odpowiada za unerwienie mięśnia pierścienno-tarczowego, a nerw krtaniowy wsteczny unerwia pozostałe mięśnie wewnętrzne. Wykazano, że pętla Galena występuje w ponad 80% zbadanych krtani, łącząc nerw krtaniowy górny i wsteczny. Ponadto mięsień pierścienno-nalewkowy tylny ma unerwienie skrzyżowane z obu stron. Z kolei pomiędzy gałęziami nerwu krtaniowego wstecznego do mięśnia odwodzącego i mięśni przywodzących fałd głosowy występują również anastomozy [Zealear, Billante, 2006; Rzepakowska i in., 2017].

Obrębowski, 2019, s. 174]². Całkowite przecięcie nerwu przekreśla możliwość powrotu jego funkcji; ponadto z biegiem czasu charakter porażenia może ulegać zmianie ze względu na prawdopodobieństwo występowania atrofii, zwłóknień czy blizn nerwów. Należy też rozważać możliwość ponownego unerwienia synkinetycznego, które znacząco utrudnia proces rehabilitacji [Maronian i in., 2004; Zealear, Billante, 2006; Ivey, 2019; Czesak, Osuch-Wójcikiewicz, Niemczyk, 2020].

3. Stopień zwarcia fonacyjnego, rozwarcia oddechowego, poziomu ustawienia fałdów głosowych i ich napięcia oraz możliwości wibracji, które są uzależnione od stopnia odnerwienia – obserwuje się następujące typy ustawienia fałdów głosowych: a) pozycja pośrodkowa: w linii środkowej głośni; b) pozycja przyśrodkowa: odwiedzenie o 2–4 mm; c) pozycja pośrednia: odwiedzenie do połowy między linią środkową a pełnym odwiedzeniem [Kuczkowski i in., 2015]. W przypadku ustawienia fałdów głosowych w pozycji pośrodkowej i przyśrodkowej zaburzenia głosu mogą być niewielkie. Przy ustawieniu fałdu w pozycji pośredniej (a takie zdiagnozowano u badanej pacjentki) zaburzenia głosu są nasilone, a objawy dysfonii wynikają w znacznej mierze z połączenia przecieku powietrza przez głośnię i nieprawidłowej kompensacji czynnościowej (dysfonia hiperfunkcjonalna) [por. Krasnodębska i in., 2018]. W ustawieniu fałdów głosowych w pozycji pośredniej dysfunkcje wyrażają się m.in. osłabieniem natężenia głosu (aż do szeptu), zawężeniem jego skali, skróceniem czasu fonacji, szybką męczliwością, zazwyczaj jest on ochrypły, czasami diplofoniczny, pogarsza się ze wzrostem natężenia. W stroboskopii drgania fonacyjne są niejednakowe i niejednoczasowe, amplituda może być zwiększona, nie obserwuje się przesunięcia brzeżnego [Woźnicka, Niebudek-Bogusz, Śliwińska-Kowalska, 2011; Kuczkowski i in., 2015; Pruszewicz, Obrębowski, 2019, s. 174]. W badaniu spektrograficznym obserwuje się zmienną wysokość częstotliwości podstawowej F, zwiększoną różnicę zmian częstotliwości w czasie fonacji (nieprawidłowy *jitter*), duże zmiany amplitudy w czasie fonacji (nieprawidłowy *shimmer*), wydłużenie czasu narastania fonowanego dźwięku, skrócenie czasu ustalenia i wydłużenie czasu opadania, obecność szumów zakłócających elementy harmoniczne widma, obniżenie wysokości pierwszego formantu F [Kuczkowski i in., 2015].
4. Wartości ciśnienia podgłośniowego, które wpływa na siłę głosu i jest w znacznym stopniu zależne od stopnia zwarcia fałdów [por. Kuczkowski i in., 2015].

Każde uszkodzenie nerwów krtaniowych wymaga diagnostyki foniatrycznej i laryngologicznej oraz rehabilitacji zaburzonych funkcji krtani. Postępowanie terapeutyczne polega na umożliwieniu choremu swobodnego oddychania i fonacji. W tym celu stosuje się najczęściej farmakoterapię, rehabilitację logopedyczną i fizykalną. Przyjęte standardy sugerują odczekać od 6 do 12 miesięcy na powrót

² Por. też pięciostopniową skalę przytoczoną np. w Jamski i in., 2004, s. 14.

funkcji nerwów. Jeśli rehabilitacja nie jest skuteczna, rozważa się postępowanie chirurgiczne [por. Misiołek i in., 2014; Pruszewicz, Obrębowski, 2019; Czesak, Osuch-Wójcikiewicz, Niemczyk, 2020].

Metodologia badań własnych

Przedmiotem badania jest głos osoby, u której doszło do porażenia lewego fałdu głosowego. Postawiono następujące pytanie badawcze ogólne: „Jaka jest ocena głosu u badanej osoby?” oraz pytania badawcze szczegółowe: „Jak ocenia się możliwości oddechowe, fonacyjne i artykulacyjne badanej osoby?” oraz „Jak porażenie fałdu głosowego wpływa na koordynację oddechowo-fonacyjno-artykulacyjną badanej?”.

Na podstawie przeprowadzonej diagnostyki logopedycznej dokonano rozpoznania logopedycznego, ustalono zakres postępowania terapeutycznego i dokonano ewaluacji jego efektów.

Wykorzystano następujące techniki i narzędzia badawcze: analizę dostępnej dokumentacji dotychczasowego leczenia pacjentki³, tj. badanie foniatryczno-laryngologiczne i wynik wideolaryngostroboskopii oraz skali GRBAS; obserwację, wywiad logopedyczny, wskaźnik niepełnosprawności głosowej VHI (ang. *Voice Handicap Index*), skalę dyskomfortu traktu głosowego VTD (ang. *Vocal Tract Discomfort*), ocenę palpacyjną krtani, szyi i obręczy barkowej, stawu skroniowo-żuchwowego oraz przepony – na podstawie karty autorskiej i skali ewaluacji palpacyjnej krtani (ang. *Laryngeal Manual Therapy Palpatory Evaluation – LMTPE* [por. Woźnicka i in., 2016]) oraz karty badania głosu wraz z materiałem lingwistycznym [Kowalewska, Walencik-Topiłko, 2015, s. 274–279]; badanie maksymalnego czasu fonacji, badanie współczynnika s/z.

Drugim etapem postępowania było wdrożenie adekwatnego do potrzeb pacjentki postępowania terapeutycznego, którego celem było przywrócenie funkcji

3 W diagnostyce dysfonii porażennej wykorzystuje się badanie podmiotowe i przedmiotowe. Badanie podmiotowe ma na celu m.in. pozyskanie danych na temat okoliczności, w których doszło do porażenia lub niedowładu nerwów krtaniowych, ich charakteru, weryfikacji towarzyszących objawów neurologicznych (jak np. duszność, dysfagia, chrapanie w nocy, chrypka, utrata dźwięczności głosu, zmęczenie głosowe, kurcze gardła). W skład badań przedmiotowych wchodzi badania obiektywne: rutynowe badanie laryngologiczne (w tym oglądanie szyi i jej palpacja, badanie czucia i ruchomości języka, gardła, krtani), laryngoskopia pośrednia (ruchomość krtani, szerokość głośni, załeganie śliny w zachyłkach gruszkowatych), wideolaryngostroboskopia (charakter drgań, obecność przesunięcia brzeżnego), elektromiografia (EMG), analiza akustyczna, spirometria (pozwala oszacować stopień restrykcji oddechowej), tomografia komputerowa szyi w pozycji oddechowej i fonacyjnej. W skład metod diagnostycznych powinny wchodzić także metody subiektywne, takie jak: badanie maksymalnego czasu fonacji (MCF), ocena percepcyjna głosu dokonywana według skali GRBAS, samoocena głosu według kwestionariusza VHI (ang. *Voice Handicap Index*) i skali dyskomfortu traktu głosowego VTD (ang. *Vocal Tract Discomfort*) [Zaleska-Kręcicka, 2008; Wiskirska-Woźnica, Domarecka-Kołodziej, 2015; Arbeiter i in., 2018; Yu i in., 2018; Pruszewicz, Obrębowski, 2019; Li i in., 2021; Miłośni, 2022].

krtani, w szczególności umożliwienie badanej swobodnej fonacji i oddychania. Cel ten wymagał:

- 1) wypracowania w świadomości pacjentki przekonania, że to ona ma znaczący wpływ na efekty terapii, w celu uzmysłowienia jej zasadności prowadzenia codziennych, czasochłonnych, samodzielnych ćwiczeń, wymagających dużej uważności;
- 2) wypracowania świadomości pacjentki na temat wpływu trybu życia na stan głosu (aktywne stosowanie zasad higieny głosu);
- 3) zdobycia świadomości ciała, tj. umiejętności obserwacji i słuchania swojego organizmu w celu rozpoznawania nieprawidłowych nawyków, w tym nieprawidłowych nawyków głosowych, stanów zaburzeń równowagi mięśniowej; opanowania umiejętności relaksacji i technik automasażu;
- 4) wypracowania prawidłowych nawyków oddechowych;
- 5) przywrócenia funkcji krtani poprzez wdrożenie metod i technik stwarzających optymalne warunki do regeneracji nerwów lub wytworzenia prawidłowych mechanizmów kompensacyjnych;
- 6) wypracowania koordynacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjno-rezonansowej;
- 7) opanowania umiejętności doboru możliwości głosowych do zadań, wyuczenia umiejętności panowania nad parametrami głosu;
- 8) automatyzacji wykształconych umiejętności.

Ostatnim etapem była weryfikacja efektów postępowania terapeutycznego na podstawie porównania wyników badań wstępnych i badań po szesnastu sesjach terapeutycznych (trzech miesiącach rehabilitacji logopedycznej).

Opis pacjentki – wyniki badań

Pacjentka to 46-letnia kobieta⁴, pracowniczka administracji publicznej. Do logopedy zgłosiła się z objawami dużej dysfonii, utrzymującej się od trzech miesięcy. Niepokoiła ją stała chrypa, tendencja do zanikania głosu, okresy bezgłosu i konieczność mówienia z bardzo dużym wysiłkiem. Według dostarczonej przez nią dokumentacji trzy miesiące wcześniej została poddana zabiegowi całkowitej resekcji tarczycy z powodu wola guzkowego nietoksycznego. Wypisano ją ze szpitala ze standardowymi zaleceniami: leczenie i kontrola w poradni endokrynologicznej, codzienna toaleta rany pooperacyjnej i regularne przyjmowanie leków: Calperos 1000 – jedną tabletkę trzy razy dziennie, Pyralgin 500 mg – jedną tabletkę 2–3 razy dziennie w razie dolegliwości bólowych. Zalecono jej także przyjmowanie leku Milgamma 100 mg

⁴ Uzyskano świadomą zgodę badanej na udział w badaniu i publikację jego wyników. Badanej wyjaśniono, na czym będzie polegało studium przypadku, zwrócono się do niej z formalną prośbą o dobrowolne uczestnictwo w badaniu. Zastosowano wszystkie procedury gwarantujące badanej ochronę jej danych osobowych i prywatności.

– jedną tabletkę raz dziennie oraz Nivalin 5 mg podskórnie – jedną ampulkę raz dziennie przez 10 dni. W wypisie ze szpitala okres operacji i dalszą hospitalizację opisano jako niepowikłane. Leczenie przy użyciu Nivalinu powtórzono jeszcze raz po mniej więcej trzech tygodniach po pierwszej serii zastrzyków, w drugiej zalecono badanej przyjęcie jeszcze 20 ampulek w dawce jedna raz dziennie.

Ponieważ pacjentka nie była diagnozowana w kierunku wystąpienia porażenia fałdów głosowych, poprosiłam o konsultację foniatryczną. Na podstawie badania foniatrycznego i laryngowideostroboskopii zdiagnozowano porażenie lewego fałdu głosowego w pozycji pośredniej, bez fali śluzówkowej. Prawy fałd głosowy był ruchomy, z obecną falą śluzówkową. Niedomykalność fonacyjną stwierdzono na całej długości fałdów głosowych, szparę głośni oceniono jako wydolną oddechow. Nie obserwowano zmian w obrębie nagłośni, fałdów nalewkowo-nagłośniowych i przedsiónekowych. Dołki językowo-nagłośniowe oceniono jako wolne, okolice tylną bez zmian, zachyłki gruszkowate wolne, nie dostrzeżono także patologicznych zmian w obszarze podgłośniowym.

Podczas wywiadu logopedycznego uzyskano informację, że przed zabiegiem resekcji tarczycy badana nie doświadczała żadnych trudności głosowych. Afonię, chrypę i zmianę jakości głosu zauważyła po zabiegu. Podczas hospitalizacji uzyskała informację, że doświadczana przez nią niewydolność głosowa minie i jest spowodowana obecnością pooperacyjnego obrzęku.

Podczas pierwszej wizyty pacjentka oceniła swój stan zdrowia jako pozostawiający wiele do życzenia, była zdruzgotana jakością swojego głosu. Po wdrożonej farmakoterapii nie zauważała żadnej poprawy. Do zaburzeń głosu dołączyły dysfunkcje mięśniowe z okolicy obręczy barkowej i karku, nasiliły się migreny, bóle głowy i szczykościsk. Doświadczała parestezji gardła i krtani, tkliwości i okresowego bólu w obrębie struktur okołokrtańowych. Skarżyła się na trudności oddechowe, głównie podczas mówienia, i męczliwość podczas wykonywania prac domowych.

W wywiadzie nie podawała obecności żadnych współwystępujących chorób, negowała obecność refluksu, astmy i innych istotnych chorób przewlekłych. Niedoczynność tarczycy rozpoznano u niej około 30. roku życia. Nie doświadczała oznak menopauzy. Nie paliła papierosów, przywiązywała wagę do zbilansowanej diety. Miała adekwatną do wieku kondycję fizyczną. Przyjmowała leki przeciw migrenowym bólom głowy.

Pacjentka nie przechodziła innych poza resekcją tarczycy zabiegów i urazów w obrębie szyi, głowy, brzucha czy kręgosłupa. Obserwacja oraz ocena stanu blizny po operacji tarczycy wskazywała, że jest to jeszcze blizna niedojrzała (uniesiona ponad poziom skóry, rumieniowa [por. Bordoni, Zanier, 2020]).

Rysunek sylwetki badanej w pozycji siedzącej i stojącej był nieprawidłowy, dostrzegalna była zmniejszona lordoza szyjna. W trakcie wykonywania zadań głosowych badana wysuwała głowę do przodu w odniesieniu do linii barków, które także

ściągała ku przodowi względem klatki piersiowej, a środek ciężkości ciała był delikatnie wysunięty w przód względem stóp.

Podczas oceny zakresu ruchów w odcinku szyjnym kręgosłupa stwierdzono znaczne dysfunkcje, broda w rotacji szyi wykonywała bardzo ograniczone ruchy, w skłonie w przód nie zbliżała się do rękojęści mostka, a odchylenie w skłonie w tył było minimalne.

Podczas badania palpacyjnego krtani nie zaobserwowano anomalii anatomicznych, które mogłyby być dodatkową przyczyną niewydolności głosowej, puszkę krtańniową oceniono jako proporcjonalną do wieku i płci, bez oznak asymetrii, chrząstki ustawione były symetrycznie względem siebie. Zaobserwowano zaburzenia ruchomości poszczególnych struktur anatomicznych krtani i bolesność uciskową tkanek miękkich. Przestrzeń między kością gnykową a chrząstką tarczową była wyraźnie zmniejszona, ale symetryczna. W badaniu dynamicznym w chwycie szczypcowym odnotowano ograniczoną ruchomość podczas przesuwania bocznego kości gnykowej, krtani względem żuchwy i kręgosłupa szyjnego. Podobnie zaburzoną symetrię ruchu obserwowano w chwycie podwójnym. Przestrzeń między chrząstką tarczową a pierścieniową była wyraźnie zmniejszona, nieelastyczna i mało wyczuwalna bez fonacji, ale i w trakcie wykonywania *glissando*. Pacjentka, tak jak większość osób z dysfonią porażenną, próbowała kompensować funkcję porażonego fałdu, nadmiernie napinając mięśnie w obrębie traktu głosowego, doznając silnego napięcia, bólu, i czując znaczny dyskomfort nawet podczas krótkotrwałej fonacji [por. Krasnodębska i in., 2018]. Hiperaktywność i znaczne obniżenie elastyczności mięśni przedniej części szyi, szczególnie nadgnykowych, MOS-ów⁵ i pochyłych przednich, powodowało osłabienie i skrócenie prostowników szyi (mięśni antagonistycznych)⁶. Grupa mięśni podpotylicznych, mięśnie czworoboczne, część szyjna prostownika grzbietu i dźwigaczy łopatek w dotyku były nieelastyczne, twarde, badana odczuwała dolegliwości bólowe brzusców i miejsc ich przyczepów. Zaburzenia nerwowo-mięśniowe wpływały na ustawienie krtani pacjentki w zbyt wysokiej pozycji. Całkowity wynik w karcie LMTPE wynosił 28 punktów. Efektem obserwowanej zniesionej równowagi nerwowo-mięśniowej była dyskoordynacja oddychania, fonacji i artykulacji, odczuwany przez badaną intensywny ból w obręczy barkowej i szyi oraz zapewne doświadczane przez nią migreny.

5 Por. struktura i funkcja mięśnia MOS-a oraz synergizm – antagonizm mięśni przykręgosłupowych i MOS-ów [Kapandji, 2020].

6 Mięśnie zginające głowę w przód (tzw. mięśnie fazowe) na skutek przeciążenia statycznego i dynamicznego oraz podwyższonego napięcia antagonistów ulegają osłabieniu. Mięśnie toniczne (posturalne) wskutek osłabienia i uszkodzenia antagonistów muszą wykonywać nadmierną, permanentną czynność koncentryczną, ulegając stopniowemu przykurczowi, ale ich podwyższone napięcie poprzez odruch rdzeniowy hamuje czynność mięśni fazowych, które słabną, ponieważ nie mogą zrównoważyć układu mięśniowego, co powoduje dalsze nasilenie czynności mięśni tonicznych. Dochodzi do swoistego mechanizmu błędnego koła, pogłębiającego stan statycznej nierównowagi mięśniowej [por. Marszałek, Golusiński, Dworak, 2003; Barinow-Wojewódzki, Marszałek, Rychlewski, 2005].

W badaniu statycznym stawu skroniowo-żuchwowego i mięśni żucia nie znotowano anomalii o charakterze asymetrii. W badaniu dynamicznym nie obserwowano przemieszczania dysku, wykluczono krepitacje. Otwieranie żuchwy czynne i bierne było ograniczone w efekcie znacznie wzmożonego napięcia mięśni żucia. Podczas oceny przyczepu dolnego mięśnia skrzydłowego przysrodkowego badana odczuwała wyraźny ból.

Pacjentka miała dość duże trudności w zakresie prób motorycznych artykulatorów, niewspółmierne do wieku. Zauważono podwyższone napięcie i ogólnie obniżoną elastyczność mięśni języka, stałe napięcie jego nasady⁷. Ruchomość mięśni mimicznych oceniono jako ograniczoną, głównie w obszarze dolnej części twarzy, tj. obniżaczy kątów ust, obniżaczy wargi dolnej, mięśni bródkowych, które w dotyku były dość twarde, nieelastyczne.

Badanie podniebienia miękkiego wykazało bardzo dyskretne dysfunkcje, odruchy podniebienny i gardłowy były prawidłowe. Ustawienie łuków podniebiennych bez fonacji i podczas fonacji było normatywne, ale wymowa badanej miała zabarwienie nosowe, zapewne przez stale napiętą nasadę języka (mięsień podniebieno-językowy działa wówczas jak obniżacz podniebienia).

Podwyższone napięcie mięśniowe okolicy górnego otworu klatki piersiowej rzutowało negatywnie na jej czynność stabilizującą i wydolność oddechową badanej [por. Marszałek, Golusiński, Dworak, 2003; Barinow-Wojewódzki, Marszałek, Rychlewski, 2005]. Przepona w ocenie palpacyjnej przejawiała wzmożone, dość symetryczne napięcie, podczas dotyku była wyraźnie tkliwa. Napięcie mięśni przednich i bocznych brzucha utrzymywane było stale, dlatego też dominował oddech szczytowy, z wyraźną tendencją do dobierania pogłębionych wdechów w trakcie fonacji (często nieadekwatnie do płaszczyzny suprasegmentalnej wypowiedzi) [por. Binkuńska, 2020]. Zarówno oddech spoczynkowy, jak i dynamiczny badana wykonywała torem ustno-gardłowym.

Dysfonię oceniono jako znacznie nasiloną, głos tworzony był w sposób party, z nadmiernym napięciem mięśni krtani i szyi oraz poszerzeniem żył szyi. Był bezdźwięczny, matowy, bez możliwości modulacji i dostosowania wysokości adekwatnie do sytuacji i potrzeb. Zdolność kompensacyjną krtani określono jako zniesioną. Wysokość tworzonych głosu nie utrzymywała się na tym samym poziomie, najczęściej głos niżył. Badana nie miała możliwości poruszania się między rejestrami. Nieprawidłowo korzystała z rezonatorów. Ograniczoną nośność głosu próbowała kompensować podnoszeniem jego średnicy, a ponieważ nie miała takiej możliwości, dodatkowo przekładało się to na jego szybkie łamanie się i zanikanie oraz zaburzenia intonacji.

⁷ Zaburzenia napięcia mięśni języka mogą prowadzić do wzmożonego napięcia mięśni nadgnykowych, ponieważ muszą one kompensować ograniczoną ruchomość języka [Sambor, 2016], mogą utrudniać uzyskanie właściwego rezonansu [Sambor, 2017].

W skali GRBAS oceniono głos pacjentki jako: z bardzo nasiloną chrypką (G3), szorstki (R1), z bardzo nasiloną obecnością powietrza w głosie (B3), bardzo osłabiony (A3) i napięty (S2). Maksymalny czas fonacji wynosił około dwóch sekund. Nie udało się zmierzyć współczynnika s/z, ponieważ głos pacjentki nił zaraz po rozpoczęciu fonacji.

W badaniu VHI w części dotyczącej samooceny stanu funkcjonalnego badana uzyskała 24 punkty, w części dotyczącej stanu emocjonalnego 31 punktów, a w części dotyczącej stanu fizycznego 37 punktów. Ogólny wynik VHI – 92 pkt – oznacza poczucie poważnej niesprawności głosu. W skali VTD stan dyskomfortu odczuwanego przez badaną oceniono na 45 punktów, obserwując istotne nasilenie (22 pkt) i częstotliwość (23 pkt) doznawanych przez nią dolegliwości, takich jak napięcie, suchość, ból, drapanie, uczucie kluski w gardle itd.

Istotnym następstwem dysfonii porażennej, oprócz wspomnianych powyżej, były u pacjentki zmiany w funkcjonowaniu psychospołecznym. Niemożność fonacji i zmiana „brzmienia” głosu spowodowały wystąpienie dużych dysfunkcji o podłożu psychogennym, których efektami były: niemal całkowite wycofanie się badanej z życia społecznego, zachowania lękowe i labilność emocjonalna.

Terapia logopedyczna

Porażenie fałdu głosowego, w zależności od jego charakteru, w mniejszym lub większym stopniu pogarsza wszystkie funkcje krtani, z tego też powodu celem procesu terapeutycznego było przywrócenie im optymalnej sprawności. Założono dwie możliwości osiągnięcia celu: zadowalającą – poprzez wykorzystanie zdolności kompensacyjnych nieporażonego fałdu głosowego, i optymalną – poprzez uzyskanie ruchomości porażonego fałdu głosowego i przesunięcia brzeżnego z prawidłową amplitudą drgań uszkodzonego fałdu.

Terapia logopedyczna składała się z modułów, które na kolejnych sesjach przenikały się, zmieniał się też ich udział – adekwatnie do możliwości i gotowości pacjentki:

- I. Edukacja w zakresie higieny i emisji głosu – podkreślono wagę czynników endo- i egzogennych, mających wpływ na proces tworzenia głosu i stan aparatu oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego. Przedstawienie informacji na temat procesu powstawania zdrowego głosu. Identyfikacja indywidualnych (typowych dla pacjentki) wzorców zachowań hiperkinetycznych [por. Gliwa-Patyńska, 2023].
- II. Ćwiczenia świadomości ciała, korekta i świadoma kontrola postawy ciała – ich celem było uzyskanie zrównoważonego napięcia mięśniowego struktur uczestniczących w generowaniu głosu, wyrobienie prawidłowych nawyków, uzyskanie stanu głębokiego relaksu, wewnętrznego spokoju i relaksacji psychicznej. W tym celu wykorzystano ćwiczenia uważności i „skanowania ciała”, ćwiczenia

- oddechowe, treningi relaksacyjne, metody aktywnej pracy z ciałem, elementy metody Feldenkreisa [Paszkowski, 2010] oraz techniki wykorzystujące elementy terapii kognitywnej. W ramach tego modułu poproszono pacjentkę o odbycie konsultacji psychologicznej, by podnieść poziom jej adaptacji do aktualnej sytuacji.
- III. Manualna regulacja napięcia mięśniowego poszczególnych warstw powięzi w obszarach strategicznych dla fonacji, szczególnie krtani, obręczy barkowej i twarzoczaszki, poprzez zastosowanie manualnych technik mięśniowo-powięziowych – w ramach tego modułu wykorzystano manualne terapie: krtani, stawu skroniowo-żuchwowego i blizny⁸ oraz instruktaż automasażu [por. Richter, Hebgen, 2010; Wolf, 2011; Regner, 2019; Bordoni, Zanier, 2020; Płoczańska-Godek, 2021; Gliwa-Patyńska, 2023].
- IV. Ćwiczenia usprawniające motorykę narządów artykulacyjnych [por. Sambor, 2016; 2017; Gliwa-Patyńska, 2023].
- V. Korekta sposobu oddychania z użyciem oddechu dolno-żebrowo-przeponowego – terapia była nastawiona na progresję optymalnego oddychania i łagodną poprawę wewnętrznej siły mięśni, bez hiperfunkcjonalnej kompensacji. Stosowano techniki mające na celu utrzymanie odpowiedniego ciśnienia powietrza podgłośniowego, unikając płytkiego oddychania szczytowego, fonacji na zalegającym powietrzu, ale i zachowań hiperfunkcyjnych [por. McKeown, 2015; por. Gliwa-Patyńska, 2023].
- VI. Uzyskanie zwarcia fonacyjnego (w tym wytworzenie warunków sprzyjających powstaniu przesunięcia brzeźnego) bądź kontrolowanych mechanizmów kompensacyjnych – w tym celu wykorzystano: elementy manualnej terapii krtani⁹ [por. Rubin, Lieberman, Harris, 2000; Mathieson i in., 2009; Marszałek i in., 2011; Woźnicka i in., 2016; Conde i in., 2018], mechanizmy odruchowe, m.in. przywiedzenia głośni związanego z ruchami głowy [por. Santos i in., 2021], ćwiczenia oparte na odruchach obronnych krtani oraz ćwiczenia wykorzystujące powstanie okluzji na trakcie głosowym, tj. S.O.V.T.¹⁰, w tym metodę LAX

8 Po usunięciu gruczołu tarczowego mięśnie przedkrtaniowe stanowią jedyne mechaniczne wsparcie dla odcinka pomiędzy krtanią a tchawicą. Podczas tworzenia się blizny pooperacyjnej dochodzi do zaburzeń ruchomości odcinka krtaniowo-tchawiczego, a tym samym możliwości, by struktura ta poruszała się w kierunku pionowym. Każde przecięcie nie tylko mięśni pokrywających krtani, ale i struktur budujących powięź powoduje powstanie trwałej blizny, co dodatkowo nasila zaburzenia równowagi nerwowo-mięśniowej [por. Misiólek i in., 2014; Berger, Kosztyła-Hojna, Chyczewski, 2018].

9 Włączenie terapii manualnej miało na celu uzupełnienie deficytów informacji w układzie nerwowym, opóźnienie zwyrodnienia mięśni, ćwiczenie kontroli napięcia mięśni, utrzymywanie ruchomości stawów krtaniowych i ruchów stereotypów poprzez bierne ruchy w stawie krtaniowym, poprawę zamknięcia krtani i zwiększenie ciśnienia podgłośniowego, zwiększenie głośności, skali głosu, maksymalnego czasu fonacji i rezonansu głosu [por. Krasnodębska i in., 2018].

10 Por. wyniki badań dotyczących zasad fizycznych leżących u podstaw metod i technik terapeutycznych wykorzystujących okluzję traktu głosowego [Titze, 2002; 2006; Costa i in., 2011; Guzman i in., 2013; Kaneko i in., 2019].

VOX¹¹. Metody te pozwalają na świadome zarządzanie wieloma aspektami produkcji głosu, w tym na: prawidłową czynność fałdów głosowych, zaangażowanie adekwatnej koordynacji mięśni wewnątrz- i zewnątrzkrtańowych, oddech, atak głosowy i atrybuty rezonansu [por. Titze, 2002; 2006; 2015; Tyrmi i in., 2017; Santana da Matta i in., 2021]¹².

VII. Wyćwiczenie prawidłowej emisji głosu, obejmującej poprawę koordynacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej oraz uczynnienie rezonatorów.

Cykl terapeutyczny obejmował szesnaście spotkań, w pierwszym miesiącu wizyty odbywały się dwa razy w tygodniu, w kolejnych dwóch miesiącach raz w tygodniu. Pacjentka każdorazowo była wyposażana w zestaw prostych ćwiczeń w celu prowadzenia średnio co dwie godziny w ciągu dnia niezbędnych, samodzielnych 10-minutowych sesji ćwiczeniowych.

Analiza porównawcza wyników badań

Wdrożone postępowanie rehabilitacyjne (wspierane przez foniatrę i psychologa) pozwoliło osiągnąć cel optymalny, tj. poprawę funkcji krtani, w tym jakości głosu. Uzyskano wycofanie się większości subiektywnych i obiektywnych objawów dolegliwości doświadczanych przez pacjentkę.

W badaniu wideolaryngostroboskopii uzyskano powrót ruchomości lewego fałdu głosowego, pełne zwanie fonacyjne, fałę słuzówkową obustronnie obecną. Pozostałe struktury gardła dolnego nie wykazywały odchyżeń od normy.

Znaczną poprawę zanotowano w aspekcie jakości głosu, wynik skali GRBAS w badaniu wstępnym był następujący: G3R1B3A3S2, po terapii uzyskano względną normalizację ocenianych parametrów, tj. brak chrypki (G0), brak szorstkości (R0), brak obecności powietrza w głosie (B0), głos o zadowalającej sile (A1) i normalnym napięciu (S0). Także wynik samooceny głosu pacjentki w badaniu VHI wskazał istotną jakościowo poprawę. Wskaźnik ogólny przed terapią wynosił 92 punkty, po terapii 11, w części dotyczącej samooceny stanu funkcjonalnego pacjentka uzyskała 5 punktów (vs. 24), stanu emocjonalnego 3 (vs. 31), a fizycznego 3 punkty (vs. 37). W skali VTD zanotowano zmniejszenie symptomów chorobowych: w podskali częstotliwości z 23 do 3 pkt i nasilenia z 22 do 4 pkt. Pozytywne efekty odnotowano też w zakresie poprawy obiektywnego parametru aerodynamicznego – maksymalny czas fonacji

11 Metoda opracowana w 1991 roku przez finlandzką terapeutkę głosu dr Marketę Sihvo. Bazując na świadomym operowaniu wytwarzanym podczas ćwiczeń ciśnieniem powietrza, pozwala, w zależności od wykonywanego zadania głosowego, na zaangażowanie adekwatnych do niego grup mięśniowych, aby spowodować zwanie fonacyjne głosi przy ich bezpiecznym zaangażowaniu [por. Titze, 2000; 2015; Tyrmi i in., 2017; Santana da Matta i in., 2021].

12 Według badań S.M. Zeitelsa i współautorów [1997] wspierają one wytworzenie środowiska sprzyjającego rozwojowi zdrowej słuzówki.

wydłużył się do 15 sekund. Współczynnik s/z był w normie, podczas badania diagnostycznego był w zasadzie nie do oceny.

Uzyskanie względnie prawidłowej postawy, wzrost świadomości ciała, umiejętność dostrzegania symptomów zaburzeń równowagi neuromięśniowej, wypracowanie prawidłowych mechanizmów produkcji głosu pozwoliło na zniwelowanie obserwowanej przed terapią patologicznej hiperfunkcjonalnej produkcji głosu. W skali LMTPE w badaniu wstępnym wynik wynosił 13 pkt, w badaniu końcowym tylko 4 pkt, kwalifikację „pozycja krtani” z wysokiej zmieniono na neutralną. Zmniejszeniu napięcia mięśni towarzyszyło również zmniejszenie szczękoscisku.

Wypracowano umiejętność rozpoznawania nieprawidłowych nawyków głosowych oraz większą świadomość i umiejętności w zakresie koordynacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnej.

Podsumowanie

W artykule przedstawiono studium przypadku 48-letniej pacjentki z dysfonią porażenną o prawdopodobnym podłożu jatrogennym. Opisano protokół postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, który uwzględniał porównanie wyników badań obiektywnych i subiektywnych przed i po wdrożonej terapii głosu. Zgodnie z aktualnym podejściem terapeutycznym wprowadzono model terapii wielomodalnej [por. Schindler i in., 2012; Krasnodębska i in., 2018; Płotast, Nogał, Jackowska, 2022]. Schemat postępowania terapeutycznego obejmował m.in. ćwiczenia świadomości ciała, elementy masażu logopedycznego i automasażu, elementy manualnej terapii (krtani, stawu skroniowo-żuchwowego i blizny), ćwiczenia relaksacyjne, oddechowe, fonacyjne, ćwiczenia motoryki narządów artykulacyjnych i ćwiczenia emisji głosu.

W efekcie zastosowanych metod i technik terapeutycznych uzyskano poprawę wszystkich funkcji krtani, eliminację powiązanych zachowań hiperkinetycznych oraz poprawę stanu psychofizycznego pacjentki.

Literatura

- Arbeiter M., Petermann S., Hoppe U., Bohr Ch., Doellinger M., Ziethe A., 2018, *Analysis of the Auditory Feedback and Phonation in Normal Voices*, „The Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology”, Vol. 127(2), s. 89–98.
- Barinow-Wojewódzki A., Marszałek S., Rychlewski T., 2005, *Kompleksowa rehabilitacja chorych po całkowitym usunięciu krtani*, Poznań: Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu.
- Berger G., Koszytła-Hojna B., Chyczewski L., 2018, *Wpływ anatomicznych uwarunkowań nerwów krtaniowych na wyniki neuromonitoringu śródoperacyjnego w zabiegach tyroidektomii oraz*

- na wyniki funkcjonalne po laryngektomiach oszczędzających, „Polski Przegląd Chirurgiczny”, nr 90(6), s. 29–36.
- Binkuńska E., 2020, *Prozodia w zaburzeniach głosu*, [w:] M. Wysocka, B. Kamińska, S. Milewski (red.), *Prozodia. Przyswajanie, badanie, zaburzenia, terapia*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, s. 430–453.
- Bordoni D.B., Zanier E., 2020, *Terapia manualna blizny*, Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- Conde M.C.M., Siqueira L.T.D., Vendramini J.E., Brasolotto A.G., Guirro R.R.J., Silverio K.C.A., 2018, *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) and Laryngeal Manual Therapy (LMT): Immediate Effects in Women With Dysphonia*, „Journal of Voice”, Vol. 32(3), s. 385.e17–385.e25.
- Costa C.B., Costa L., Oliveira G., Behlau M., 2011, *Immediate Effects of the Phonation into a Straw Exercise*, „Brazilian Journal of Otorhinolaryngology”, Vol. 77(4), s. 461–465.
- Czesak M.A., Osuch-Wójcikiewicz E., Niemczyk K., 2020, *Methods of Surgical Treatment of Bilateral Vocal Fold Paralysis*, „Endokrynologia Polska”, nr 71(4), s. 350–358.
- Gliwa-Patyńska R., 2023, *Obrzęk Reinkego – możliwości rehabilitacji logopedycznej (studium przypadku)*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 8, s. 25–40.
- Guzman M., Laukkanen A.M., Krupa P., Horáček J., Švec J.G., Geneid A., 2013, *Vocal Tract and Glottal Function During and After Vocal Exercising with Resonance Tube and Straw*, „Journal of Voice”, Vol. 27(4), s. 523.e19–523.e34.
- Ivey C.M., 2019, *Vocal Fold Paresis*, „Otolaryngologic Clinics of North America”, Vol. 52(4), s. 637–648.
- Jamski J., Jamska A., Graca M., Barczyński M., Włodyka J., 2004, *Uszkodzenia nerwu krtaniowego wstecznego po operacjach na gruczole tarczowym*, „Przegląd Lekarski”, nr 61, s. 13–16.
- Kaneko M., Sugiyama Y., Mukudai S., Hirano S., 2019, *Effect of Voice Therapy Using Semioccluded Vocal Tract Exercises in Singers and Nonsingers with Dysphonia*, „Journal of Voice”, Vol. 34(6), s. 963.e1–963.e9.
- Kapandji A.I., 2020, *Anatomia funkcjonalna stawów. Kręgosłup, miednica, głowa*, t. 3, Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Kawaura R., Ohnishi M., 2022, *Left Vocal Cord Palsy Immediately after COVID-19 Despite No Tracheal Intubation*, „Cureus”, Vol. 14(9), e29766.
- Kim A., Alnouri G., Sataloff R.T., 2022, *Arytenoid Subluxation Reduction Using 28-Jackson Dilator*, „Ear, Nose & Throat Journal”, Vol. 101(3), s. NP107–NP109.
- Kowalewska E., Walencik-Topiłko A., 2015, *Metodyka diagnozy i terapii głosu*, [w:] S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Metodologia badań logopedycznych*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia, s. 274–279.
- Krasnodębska P., Domeracka-Kołodziej A., Szkiełkowska A., Panasiewicz A., Mularzuk M., Sokołowska-Łazar D., Wilhelmsen K., 2018, *Ocena krótkoterminowej funkcjonalnej terapii głosu u pacjentów z jednostronnym porażeniem krtani*, „Otolaryngologia Polska”, t. 72(2), s. 35–43.
- Kręcicki T., Zalesska-Kręcicka M., Niewęgłowski R., 2003, *Atlas endoskopii krtani*, Warszawa: Blackhorse.
- Kuczkowski J., Cieszyńska J., 2018, *Anatomia i fizjologia krtani i tchawicy*, [w:] J. Kuczkowski (red.), *Metody badań i rehabilitacji w otolaryngologii*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia, s. 124–132.
- Kuczkowski J., Urbańska G., Cieszyńska J., Skarżyński P., 2015, *Terapia głosu u chorych z dysfonią porażenną*, [w:] S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia, s. 286–303.
- Li G., Hou Q., Zhang C., Jiang Z., Gong S., 2021, *Acoustic parameters for the evaluation of voice quality in patients with voice disorders*, „Annals of Palliative Medicine”, Vol. 10(1), s. 130–136.

- Maronian N.C., Waugh P., Robinson L., Hillel A.D., 2004, *A New Electromyographic Definition of Laryngeal Synkinesis*, „Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology”, Vol. 113(11), s. 877–886.
- Marszałek S., Golusiński W., Dworak L.B., 2003, *Ocena zakresów ruchów i siły mięśniowej w odcinku szyjnym kręgosłupa u chorych po całkowitym usunięciu krtani*, „Otolaryngologia Polska”, t. 57(5), s. 49–65.
- Marszałek S., Żebryk-Stopa A., Wojnowski W., Wiskirska-Woźnica B., Golusiński W., 2011, *Zastosowanie manualnych technik fizjoterapeutycznych w rehabilitacji dysfonii pourazowej*, „Otolaryngologia Polska”, t. 65(4), s. 285–288.
- Mathieson L., Hirani S.P., Epstein R., Baken R.J., Wood G., Rubin J.S., 2009, *Laryngeal manual therapy: a preliminary study to examine its treatment effects in the management of muscle tension dysphonia*, „Journal of Voice”, Vol. 23(3), s. 353–366.
- McKeown P., 2015, *Jak oddychać, aby być zdrowym. Metoda Butejki*, Kraków: Wydawnictwo M.
- Miłośński J., 2022, *Krtań*, [w:] J. Olszewski (red.), *Otolaryngologia*, Warszawa: Wydawnictwo PZWL, s. 165–200.
- Misiółek M., Stelmańska K., Twardokęs M., Sowa P., Lisowska G., 2014, *Operacyjne uszkodzenia nerwów krtaniowych*, „Polski Przegląd Otorinolaryngologiczny”, nr 3, s. 15–19.
- Paszowski J., 2010, *Metoda Feldenkraisa, żyć bardziej świadomie*, <https://metoda-feldenkraisa.pl/metoda-feldenkraisa-zyc-bardziej-swiadomie/> (dostęp: 10.01.2024).
- Płoczańska-Godek S., 2019, *Neuromasaż. Zdrowie i estetyka twarzy*, Poznań: Wydawnictwo WSEiT.
- Płotast M., Nogał P., Jackowska J., 2022, *Nieodwracalne (odwracalne) porażenie fałdów głosowych? Opis przypadku*, „Postępy w Chirurgii Głowy i Szyi”, nr 1(21), s. 1–3.
- Pruszewicz A., Obrębowski A., 2019, *Dysfonia porażenna*, [w:] A. Pruszewicz, A. Obrębowski (red.), *Zarys foniatrii klinicznej*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, s. 174–177.
- Regner A., 2019, *Wybrane techniki manualne wspomagające terapię ustno-twarzową*, Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Richter P., Hebgen E., 2010, *Punkty spustowe i łańcuchy mięśniowo-powięziowe w osteopatii i terapii manualnej*, Łódź: Wydawnictwo Galaktyka.
- Rubin A., Sataloff R., 2007, *Vocal Fold Paresis and Paralysis*, „Otolaryngologic Clinics of North America”, Vol. 40, s. 1109–1131.
- Rubin J.S., Lieberman J., Harris T.M., 2000, *Laryngeal manipulation*, „Otolaryngologic Clinics of North America”, Vol. 33(5), s. 1017–1034.
- Rzepakowska A., Jachimowska J., Sielska-Badurek E., Niemczyk K., 2017, *Reinnowacja krtani w jednostronnym porażeniu fałdu głosowego – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa*, „Polski Przegląd Otolaryngologiczny”, t. 6, nr 2, s. 33–37.
- Sambor B., 2016, *Niepożądane cechy fonetyczne samogłosek a zaburzenia czynności prymarnych u osób dorosłych*, [w:] I. Jaros, R. Gliwa (red.), *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 117–128.
- Sambor B., 2017, *Anatomia i fizjologia układu o-f-a podstawą planowania skutecznej terapii głosu*, [w:] D. Pluta-Wojciechowska, B. Sambor (red.), *Współczesne tendencje w diagnostyce i terapii logopedycznej*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia, s. 339–359.
- Santana da Matta R., Rocha Santos M.A., Ribeiro Lin Plec E.M., Gama A.C., 2021, *Multidimensional voice assessment: the immediate effects of Lax Vox® in singers with voice complaints*, „Revista CEFAC”, Vol. 23(2), e4520.
- Santos M., Vaz Freitas S., Santos P., Carvalho I., Coutinho M., Moreira da Silva Á., Sousa A.E.C., 2021, *Unilateral Vocal Fold Paralysis and Voice Therapy: Does Age Matter? A Prospective Study with 100 Consecutive Patients*, „Ear, Nose & Throat Journal”, Vol. 100(5), s. 489S–494S.

- Schindler A., Mozzanica F., Ginocchio D., Maruzzi P., Atac M., Ottaviani F., 2012, *Vocal Improvement after Voice Therapy in the Treatment of Benign Vocal Fold Lesions*, „Acta Otorhinolaryngologica Italica”, Vol. 32, s. 304–308.
- Titze I.R., 2002, *How to Use the Flow-Resistant Straw*, „Journal of Voice”, Vol. 58(5), s. 429–430.
- Titze I.R., 2006, *Voice Training and Therapy with a Semi-Occluded Vocal Tract: Rationale and Scientific Underpinnings*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, Vol. 49(2), s. 448–459.
- Titze I.R., 2015, *On Flow Phonation and Airflow Management*, „Journal of Singing”, Vol. 72(1), s. 75–58.
- Tyrmi J., Radolf V., Horáček J., Laukkanen A.M., 2017, *Resonance Tube or Lax Vox?*, „Journal of Voice”, Vol. 31(4), s. 430–437.
- Wang H.W., Lu C.C., Chao P.Z., Lee F.P., 2022, *Causes of Vocal Fold Paralysis*, „Ear, Nose & Throat Journal”, Vol. 101(7), s. NP294–NP298.
- Wiskirska-Woźnica B., Domarecka-Kołodziej, 2015, *Dysfonie organiczne w praktyce foniatrycznej*, [w:] K. Niemczyk (red.), *Otornaryngologia kliniczna*, Warszawa: Wydawnictwo Medipage, s. 675–680.
- Wolf U., 2011, *Ilustrowany atlas terapii manualnej*, t. 1, Warszawa: MedMedia.
- Woźnicka E., Niebudek-Bogusz E., Śliwińska-Kowalska M., 2011, *Ocena efektów terapii w dysfonii porażennej – studium przypadku*, „Otolaryngologia”, nr 10(3), s. 138–145.
- Woźnicka E., Niebudek-Bogusz E., Wiktorowicz J., Śliwińska-Kowalska M., 2016, *Ocena wartości manualnej terapii krtani w rehabilitacji głosu u pacjentów z dysfonią*, „Otolaryngologia”, nr 15(1), s. 39–46.
- Yu P.C., Gao N., Li X.M., Zhao X., Sun G.B., 2018, *The Diagnostic Value of Laryngeal Electromyography in Vocal Fold Paralysis and Arytenoid Dislocation*, „Journal of Clinical Otorhinolaryngology, Head, and Neck Surgery”, Vol. 32(6), s. 420–423.
- Zaleska-Kręcicka M., 2008, *Zarys otolaryngologii: podręcznik dla studentów i lekarzy*, Wrocław: Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich.
- Zelear D., Billante C., 2006, *Synkinesis and Dysfunctional Reinnervation of the Larynx*, [w:] L. Sulica, A. Cultrara, A. Blitzer (red.), *Vocal Fold Paralysis*, Berlin–Heidelberg: Springer, s. 17–32.
- Zeitels S.M., Bunting G.W., Hillman R.E., Vaughn T., 1997, *Reinke’s edema: phonatory mechanisms and management strategies*, „Annals of Otology, Rhinology & Laryngology”, Vol. 106(7), s. 533–543.

Agnieszka Hamerlińska  <https://orcid.org/0000-0002-9305-5793>

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Wydział Filozofii i Nauk Społecznych, Instytut Nauk Pedagogicznych
ul. Lwowska 1, 87-100 Toruń, e-mail: hamer@umk.pl

Specjalistyczna wiedza o węchu i gotowość do wdrażania metody przez uczestniczki szkolenia z Metody Terapii Olfactor

Specialist Knowledge on the Sense of Smell and Readiness to Implement the Method of Participants in the Olfactor Therapy Method Training

Słowa kluczowe: węch, Metoda Terapii Olfactor, logopedia, neurodydaktyka, wiedza, gotowość, wdrożenie

Keywords: smell, Olfactor Therapy Method, speech therapy, neurodidactics, knowledge, readiness, implementation

Streszczenie

W artykule opisano funkcję węchu w życiu codziennym człowieka oraz przedstawiono zarys charakterystyki Metody Terapii Olfactor. Celem tekstu jest ukazanie wyników badań przeprowadzonych w grupie terapeutek (głównie logopedek) nad zmianami w ich wiedzy z zakresu węchu (funkcji, diagnozy i terapii) na skutek wzięcia udziału w szkoleniu z wyżej wymienionej metody. Jednym z elementów Metody Terapii Olfactor jest część edukacyjna, której celem jest promowanie wiedzy na temat węchu wśród specjalistów. Wykazano, że na skutek udziału w szkoleniu z Metody Terapii Olfactor u uczestniczek nastąpił wzrost specjalistycznej wiedzy o węchu oraz odnotowano gotowość do wdrażania metody w praktykę zawodową. Na podstawie przeprowadzonej analizy wyników badań stwierdzono, że istnieje realna potrzeba organizowania warsztatów dla terapeutów (m.in. logopedów, pedagogów specjalnych), których przedmiotem jest olfaktologia.

Abstract

The article describes the function of the sense of smell in everyday life and outlines the characteristics of the Olfactor Therapy Method. The aim of the text is to present the results of research conducted in a group of therapists (mainly speech therapists) on changes in their



© 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: 10.07.2024 r. Data przyjęcia: 21.08.2024 r.

knowledge of the area of smell (function, diagnosis and therapy) as a result of their participation in training in the above-mentioned method. One of the components of the Olfactor Therapy Method is its educational part, the aim of which is to promote knowledge on smell among specialists. The article shows that as a result of participating in the Olfactor Therapy Method training, the participants experienced an increase in the level of specialist knowledge about the sense of smell and were ready to implement it in their professional practice. Based on the analysis of the research results, it was concluded that there is a real need to organize workshops on olfactology for therapists (including speech therapists, special education educators).

Wprowadzenie

Węch w ostatnim czasie „wykroczył” poza ramy nauk medycznych (laryngologii, neurologii) i stał się interesującym przedmiotem badań w naukach społecznych oraz ważnym elementem w przestrzeni terapeutycznej. Badania nad rolą węchu w życiu człowieka sięgają już ubiegłego wieku, jednak intensywne zainteresowanie tym zagadnieniem nastąpiło w 2004 roku, kiedy to Richard Axel i Linda Buck otrzymali Nagrodę Nobla z fizjologii i medycyny, m.in. za wykazanie, że zmysł węchu jest tak samo istotny dla człowieka jak pozostałe zmysły [Skangiel-Kramaska, Rogozińska, 2005]. Wydaje się, że w Polsce tematem węchu w naukach społecznych szybciej zainteresowali się psychologowie. Tu należałoby wymienić prowadzone od lat badania Ewy Czerniawskiej, która zajęła się psychologią węchu i pamięcią węchową. Wraz z Joanną Czerniawską-Far napisały książkę *Człowiek w świecie zapachów* [2009]. Należałoby wspomnieć także o Annie Oleszkiewicz, czołowej badaczce węchu z Uniwersytetu Wrocławskiego, która obecnie realizuje trzy granty OPUS z Narodowego Centrum Nauki – poświęcone m.in. badaniu uwarunkowań wrażliwości węchowej oraz efektom treningu węchowego [Uniwersytet Wrocławski, 2024]. Trzeba też przywołać Agnieszkę Sorokowską, opisującą rolę węchu w psychologii ewolucyjnej [Sorokowska, 2013]. Spośród kognitywistów widoczna jest działalność Tomasza Kondenzińskiego z Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, który wraz z badaczami z Center Advanced Intelligence Project RIKEN w Tokio pracuje nad stworzeniem cyfrowych neurobiomarkerów demencji i nefarmakologicznych interwencji kognitywnych, które spowolnią jej rozwój – w tę przestrzeń naukową włączany jest intensywnie węch i jego stymulacja [Kopczyńska, 2023]. W dyscyplinie naukowej, jaką jest pedagogika, i jej subdyscyplinie – logopedii węch przedmiotem badań uczyniła Agnieszka Hamerlińska [2019b], pisząc artykuł pt. *Węch i jego zaburzenia przedmiotem badań (również) logopedii*. W 2021 roku na łamach czasopisma „Logopedia” ukazał się bardzo obszerny artykuł naukowy autorstwa Renaty Marciniak-Firadzy pt. *Zmysł węchu – istota zaburzenia, diagnoza, terapia (na przykładzie logopedy pracującego z dziećmi)*, a w 2023 roku podczas konferencji logopedycznej odbywającej się w Katowicach zostały zaprezentowane wyniki badań Gabrieli Dragun i Ewy Raclawskiej

Propozycja terapii oddechowo-węchowo-smakowej w ramach postępowania logopedycznego u pacjentów z zaburzeniami neurologicznymi.

Okres pandemii COVID-19 wzmógł zainteresowanie tematem węchu. Zaczęto rozpowszechniać trening węchowy opracowany przez Thomasa Hummela [Hummel i in., 2009] – czołowego światowego badacza specjalizującego się w temacie węchu. Zauważalny jest wzrost zainteresowania tym zagadnieniem wśród wielu specjalistów, również logopedów i logopedek.

W niniejszym artykule pokrótce opisano rolę węchu w życiu człowieka na tle dostępnej literatury naukowej. Następnie scharakteryzowana zostanie Metoda Terapii Olfactor autorstwa Agnieszki Hamerlińskiej. Celem artykułu jest przedstawienie wyników badań przeprowadzonych w grupie specjalistek-terapeutek (w większości logopedek), które wzięły udział w szkoleniu z tej metody. Jednym z elementów metody jest część edukacyjna, której celem jest promowanie wiedzy wśród specjalistów na temat węchu – jego roli, diagnozy i terapii. W efekcie stwierdzono, że istnieje realna potrzeba organizowania warsztatów z tego zakresu. Wykazano, że na skutek udziału w szkoleniu z Metody Terapii Olfactor u uczestniczek nastąpił wzrost poziomu specjalistycznej wiedzy o węchu oraz odnotowano gotowość do wdrażania metody w przestrzeni terapeutycznej.

O węchu i jego funkcji w życiu człowieka

Górna część jamy nosowej, nazywana sklepieniem, to główne miejsce lokalizacji węchu [Sadowski, 2001]. Percepcja węchu powiązana jest z opuszką węchową, a także z pierwszorzędną korą węchową [Mydlikowska-Śmigórska, Śmigórski, Rymaszewska, 2019]. Wraz z wiekiem rozwija się zdolność różnicowania wrażeń węchowych [Odowska-Szlachcic, 2010]. Pełna sprawność węchowa przypada na wiek 20–40 lat [Kovács, Cairns, Lantos, 1999]. Po 50. r.ż., w związku ze starzeniem się organizmu, węch także ulega stopniowemu pogarszaniu [Bojarowicz, Ziólkowska, Krysiński, 2016, s. 155; Hamerlińska, 2019b; 2023]¹.

O funkcji węchu i tym, jaką odgrywa on rolę w życiu człowieka, można przeczytać m.in. w książce badacza węchu Avery’ego Gilberta pt. *Co wnosi nos? Nauka o tym, co nam pachnie* [2010] oraz w pozycji kognitywistki Ann-Sophie Barwich pt. *Węch. Co nos mówi umysłowi?* [2022]. Za Piotrem Rapiejko [2006] zauważyć można, że funkcje węchu dzieli się na podstawowe i wyższe. Te pierwsze to wyczuwanie aromatu w otoczeniu i wskazanie natężenia substancji będącej źródłem zapachu. Te drugie dotyczą już czynności poznawczych i polegają na rozróżnianiu, identyfikowaniu, zapamiętywaniu i integrowaniu różnych aromatów pozwalających

1 Szczegółowy opis anatomii węchu można znaleźć w pozycji Agnieszki Mydlikowskiej-Śmigórskiej, Krzysztofa Śmigórskiego i Joanny Rymaszewskiej [2019].

na tworzenie nowych zapachów [Rapiejko, 2006; Hamerlińska, 2023]. Analizując literaturę, można podzielić funkcje, jakie węch pełni w życiu codziennym człowieka na następujące sfery: poznawczą, emocjonalną, dietetyczną, poczucia bezpieczeństwa, społeczną, zawodową, higieniczną, seksualną, aktywizacyjną (tabela 1).

Tabela 1. Funkcje węchu w życiu codziennym człowieka

Nazwa funkcji	Opis
Poznawcza	Stymulowanie np. pamięci, uczenia
Emocjonalna	Wywoływanie różnych emocji, np. lęku
Dietetyczna	Pobudzenie apetytu, zniechęcenie do jedzenia
Poczucia bezpieczeństwa	Wyczuwanie zagrożenia, np. dymu, nieświeżego jedzenia
Spoleczna	Integrowanie społeczne, np. poprzez odczuwanie przyjemnych lub nieprzyjemnych zapachów
Zawodowa	Wykonywanie konkretnych zawodów (np. kiper)
Higieniczna	Kontrolowanie higieny osobistej
Seksualna	Odczuwanie podniecenia seksualnego, dobieranie partnera
Aktywizacyjna	Wywoływanie konkretnej aktywności (np. zapach eukaliptusa powoduje wyprostowanie się)

Źródło: opracowanie własne na podstawie Gilbert, 2010; Rapiejko, 2006; Marciniak-Firadza, 2021; Hamerlińska, 2023

Do diagnozy węchu wykorzystywany jest przede wszystkim wywiad, a następnie odpowiednie narzędzia diagnostyczne, np. mazaki Rapiejko, Olfactor, olfaktometry, test identyfikacji węchowej Uniwersytetu Pensylwania (ang. *University of Pennsylvania Smell Identification Test* – UPSIT), test Sniffin’ Sticks, test międzykulturowej identyfikacji zapachów (ang. *Cross-Cultural Smell Identification Test* – CC-SIT), test cukierkowy (ang. *Candy Smell Test* – CST) [por. Kotas, 2021; Hamerlińska, 2023].

Dotychczas aromaty węchowe najczęściej wykorzystywane były w aromaterapii oraz w terapii integracji sensorycznej. Jednakże najlepiej opracowanym, przebadanym treningiem węchowym jest ten stworzony przez zespół Thomasa Hummela. Z jego opisu wynika, że jest on skierowany do osób z hiposmią i anosmią na skutek infekcji wirusowej lub lekkiego urazu głowy. Proces terapii węchowej obejmuje powtarzaną prezentację różnych zapachów przez nos w celu stymulacji systemu węchowego i utrwalania jego pamięci zapachowej. Najlepiej zacząć od co najmniej czterech różnych zapachów (np. od tych, które się najlepiej pamięta). Najbardziej zalecane zapachy to zapachy róży (kwiatowy), cytryny (owocowy), goździka (pikantny) i eukaliptusa (żywiczny). Każdy zapach należy wachać przez 10 do 20 sekund przynajmniej raz dziennie. Podczas wachania ważne jest, aby być skupionym na zadaniu. Po każdym zapachu należy wziąć kilka oddechów, a potem przejść do następnego zapachu. Zaleca się powtarzać tę czynność przez co najmniej 12 tygodni (trzy miesiące) [Hummel i in., 2009].

Zarys charakterystyki Metody Terapii Olfactor

Metoda Terapii Olfactor to autorska innowacyjna metoda, w której wykorzystywany jest przede wszystkim zmysł węchu w celu usprawniania funkcji kognitywnych (pamięć, fluencja słowna, mowa, uczenie), poprawy stanu fizycznego, emocjonalnego oraz funkcjonowania społecznego człowieka. Fundamentalnym elementem metody jest wynalazek do stymulowania węchu – Olfactor, który jest urządzeniem służącym do przeprowadzania diagnozy i terapii [Hamerlińska, w druku]. Metoda Terapii Olfactor po raz pierwszy została opisana przez Agnieszkę Hamerlińską w artykule *The Olfactor Therapy Method in the field of pedagogical sciences: in neurodidactics, special pedagogy and speech therapy*, który ukaże się w czasopiśmie „Lubelskie Roczniki Pedagogiczne”². Geneza metody związana jest z wykonaniem przez badaczkę w 2019 roku eksperymentu naukowego wśród osób po usunięciu krtani. W artykule pt. *Applying nasal airflow – inducing maneuvers with patients with hyposmia after total laryngectomy* [Hamerlińska, 2019a] autorka przedstawiła wyniki badań, na podstawie których stwierdzono, że osoby po usunięciu krtani mają hiposmię, czyli zaburzenia węchu, i wymagają wprowadzenia alternatywnej metody wtłaczania zapachów do nosa – tzw. manewrów węchowych. Dalej, mając na uwadze trudności osób po laryngektomii całkowitej, Hamerlińska stworzyła urządzenie do stymulacji węchu, przeznaczone początkowo dla osób po usunięciu krtani i z rurkami tracheostomijnymi. Skuteczność działania urządzenia została przetestowana, a wyniki badań przedstawione w publikacji *Olfactor – an invention for olfactory stimulation* [Hamerlińska, 2023]. W 2023 roku autorka poszerzyła zastosowanie stworzonego urządzenia, uzyskała grant Miniatura 7, przyznany z Narodowego Centrum Nauki, którego celem była wizyta konsultacyjna i merytoryczne przygotowanie i opracowanie Metody Terapii Olfactor. Metoda ta, zdaniem autorki, może być wykorzystywana w dziedzinie nauk społecznych: w pedagogice specjalnej, logopedii, psychologii [por. Hamerlińska, w druku]³.

W skład Metody Terapii Olfactor wchodzi trzy główne części: edukacyjna, diagnostyczna i terapeutyczna. W metodzie Olfactor stosowane są trzy metody nauczania: podająca, problemowa i praktyczna. Metoda podająca wiąże się z częścią edukacyjną, której celem jest promowanie wśród specjalistów wiedzy o roli węchu w życiu człowieka i zachęcanie do włączania treningu węchowego w prowadzone terapie. Ta część obejmuje kolejne punkty: anatomia i działanie narządu węchu; funkcje węchu w życiu codziennym; zaburzenia węchu; diagnoza zaburzeń węchu; powonienie i hiposmia a wybrane zaburzenia poznawcze; niepełnosprawność węchowa; terapia zaburzeń węchu. Z kolei metoda problemowa wiąże się z częścią diagnostyczną. W diagnozie wykorzystywane jest urządzenie Olfactor. Cele diagnozy to:

2 Artykuł uzyskał już dwie pozytywne recenzje.

3 Wybrane elementy metody zostały dotychczas przetestowane w grupie osób po laryngektomii i w grupie osób w okresie senioralnym. Ponadto metoda stała się przedmiotem studium przypadku chłopca z wybiórczością pokarmową. Wyniki badań są w trakcie opisywania.

- 1) ocena zdolności czucia zapachów,
- 2) ocena umiejętności identyfikowania zapachów,
- 3) ocena umiejętności nazywania zapachów⁴.

Metoda praktyczna związana jest z częścią terapeutyczną i składa się z dziesięciu różnych technik: identyfikowania, nazywania, zapamiętywania, wykluczania, włączania, kategoryzowania, kojarzenia, podążania. Dwie ostatnie techniki to trening węchowo-emocjonalny oraz autotrening węchowy⁵. Cele części terapeutycznej Metody Terapii Olfactor to m.in. rozwijanie słownictwa, poprawa fluencji słownej, poprawa kondycji pamięci świeżej i długotrwałej, poprawa koncentracji uwagi, rozwijanie/trenowanie mowy opowieściowej, poprawa nastroju emocjonalnego, zwiększanie ciekawości poznawczej [Hamerlińska, w druku].

Urządzenie wykorzystywane w metodzie terapii jest proste w obsłudze, gdyż działanie tego wynalazku opiera się na bezpośrednim włączaniu zapachu do jamy nosowej. Co więcej – jest nieinwazyjne, zmywalne i wielokrotnego użytku. Dzięki wynalazkowi można poczuć zapach produktów stałych, gazowych, ciekłych i sypkich [Hamerlińska, 2023, s. 93].



Rycina 1. Olfactor – urządzenie do stymulacji węchu

Źródło: zasoby własne

4 Szczegółowy opis prowadzenia badania zawarty jest w artykule A. Hamerlińskiej, *The Olfactor Therapy Method in the field of pedagogical sciences: in neurodidactics, special pedagogy and speech therapy* [w druku].

5 Jak wyżej.

Mając na uwadze podwaliny naukowe opisywanej Metody Terapii Olfactor, obecnie prowadzone są badania, których celem jest szczegółowe potwierdzenie skuteczności jej działania. Dotychczas został przeprowadzony między innymi eksperymentalny trening węchowy wśród uczestników turnusu rehabilitacyjno-wypoczynkowego, a uzyskane wyniki zostaną opisane w artykule naukowym (planowany rok publikacji – 2025). Ponadto mając na uwadze część pierwszą metody, czyli edukacyjną, zostało przeprowadzone szkolenie m.in. wśród logopedek, którego efektem miało być zwiększenie wiedzy z zakresu węchu i jego zastosowania w przestrzeni terapeutycznej. I właśnie ten element stał się podstawą analizy w dalszej części artykułu.

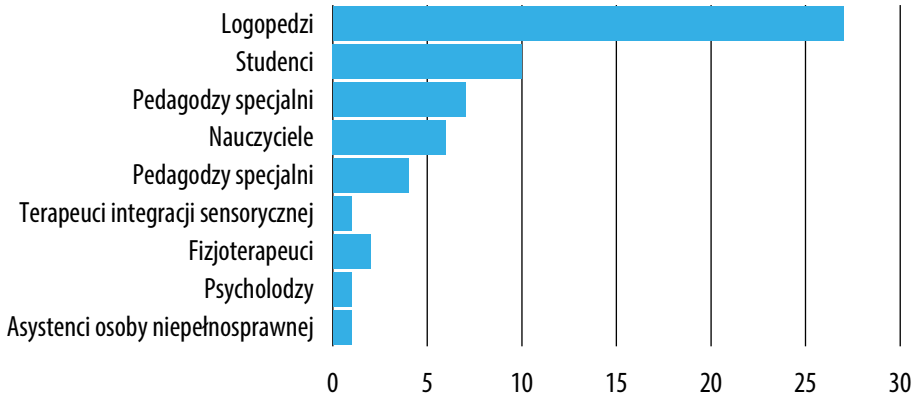
Metodologia badań własnych

Przedmiotem badania opisywanego w niniejszym artykule uczyniono skutki udziału terapeutek w szkoleniu z Metody Terapii Olfactor w postaci zmian w ich specjalistycznej wiedzy o zmyśle węchu, jego diagnozie i terapii oraz dostrzeżenia gotowości do wdrażania metody w praktykę zawodową. Zastosowano strategię badań ilościowych, w paradygmacie normatywnym. Za cel badania przyjęto opisanie: zmian w zakresie wiedzy o zmyśle węchu, o jego diagnozie i terapii oraz gotowości do wdrażania metody w przestrzeń terapeutyczną.

Przyjęto następujące pytania badawcze:

1. Jak zmieniła się wiedza o zmyśle węchu, diagnozie węchu, terapii węchu u terapeutów na skutek udziału w szkoleniu z Metody Terapii Olfactor?
2. Jaka jest opinia uczestników szkolenia z Metody Terapii Olfactor na temat zmian w ich wiedzy o zmyśle węchu, diagnozie węchu i terapii węchu na skutek udziału w tym szkoleniu?
3. Czy na skutek udziału w szkoleniu z Metody Terapii Olfactor uczestnicy szkolenia odczuwają gotowość do wdrażania metody w swoją praktykę zawodową?

Zastosowaną metodą był test osiągnięć z wykorzystaniem techniki ankiety i autorskiego narzędzia. Dobór próby wyglądał następująco: na początek została umieszczona na portalu internetowym informacja o planowanym bezpłatnym szkoleniu z zakresu Metody Terapii Olfactor. W sumie do udziału w szkoleniu zgłosiło się 59 osób. Wśród osób zgłoszonych największą grupę stanowiły logopedki (27 osób), dalej studentki logopedii (10 osób), następnie pedagożki (7 osób), nauczycielki (6 osób), pedagożki specjalne (4 osoby), fizjoterapeutki (2 osoby), terapeutka integracji sensorycznej, psycholożka, asystentka osoby niepełnosprawnej (wykres 1).



Wykres 1. Nabór uczestników szkolenia

Źródło: opracowanie własne

Pierwsze szkolenie odbyło się w maju, a drugie w czerwcu 2024 roku. Ostatecznie szkolenie ukończyło 21 osób – wyłącznie kobiety pochodzące z województw: kujawsko-pomorskiego (17 osób), łódzkiego (3 osoby) i dolnośląskiego (1 osoba). Wśród uczestniczek były logopedki (13 osób), studentki logopedii (3 osoby), pedagożki specjalne (2 osoby), nauczycielki (2 osoby), terapeutka SI. Średnia wieku wynosiła 37,5 lat (tabela 2).

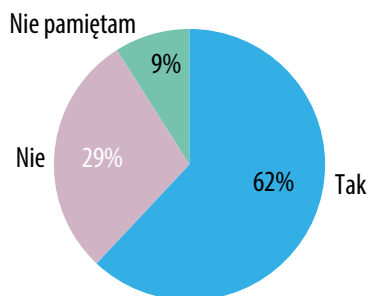
Tabela 2. Wiek uczestników szkolenia z Metody Terapii Olfactor

Osoby uczestniczące w szkoleniu z Metody Terapii Olfactor a ich wiek	N	\bar{x}	Min.	Maks.	SD
Terapeutki (logopedki, pedagożki, studentki)	21	37,5	20	59	13,71

Źródło: opracowanie własne

Doświadczenie z tematem „węchu” w pracy zawodowej przed wzięciem udziału w szkoleniu miało 13 osób (62%), 6 osób (29%) nie miało takiego doświadczenia, a 2 osoby (9%) nie potrafiły ustosunkować się do tego pytania (wykres 2).

Osoby biorące udział w szkoleniu miały za zadanie przed rozpoczęciem szkolenia oraz po jego zakończeniu rozwiązać test z wiedzy o węchu, jego diagnozie i terapii. Wyniki uzyskane z testów stanowiły podstawę do udzielenia odpowiedzi na pytania badawcze.



Wykres 2. Doświadczenie uczestniczek szkolenia z tematem „węchu” w swojej praktyce zawodowej przed wzięciem udziału w szkoleniu

Źródło: opracowanie własne

Wyniki przeprowadzonych badań

Pierwsze pytanie badawcze dotyczyło tego, jak zmieniła się wiedza o zmysle węchu, jego diagnozie i terapii u terapeutów na skutek udziału w szkoleniu z Metody Terapii Olfactor.

W teście zapytano uczestniczki szkolenia o to, jak istotny z ich perspektywy jest zmysł węchu w życiu człowieka. Należało udzielić odpowiedzi w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało „zdecydowanie mało istotny”, a 5 „zdecydowanie bardzo istotny”. Wyniki zaprezentowano w tabeli 3.

Tabela 3. Wiedza uczestniczek o istocie węchu w życiu człowieka

	N	\bar{x}	Min.	Maks.	SD
Przed udziałem w szkoleniu	21	4,29	2	5	0,78
Po udziale w szkoleniu	21	4,76	4	5	0,43

Źródło: opracowanie własne

Jak wykazano w literaturze naukowej, zmysł węchu jest tak samo ważny jak inne zmysły, np. słuch czy wzrok. Przed udziałem w szkoleniu średni wynik na temat istoty węchu w życiu człowieka na podstawie odpowiedzi uczestniczek wyniósł 4,29; minimalna odpowiedź wynosiła 2 („nie jest istotny”), a maksymalna 5 („jest zdecydowanie bardzo istotny”), odchylenie standardowe wyniosło 0,78. Z kolei po szkoleniu średni wynik wyniósł 4,76, minimalna odpowiedź 4, a maksymalna 5, odchylenie standardowe 0,43. Oznacza to, że na skutek udziału w szkoleniu z Metody Terapii Olfactor średnia z poziomu wiedzy na temat istoty węchu w życiu człowieka wzrosła o 0,47.

Drugie pytanie w teście wiązało się z wymienieniem funkcji, jakie pełni węch w życiu człowieka. Było to pytanie otwarte. Udzielane przez uczestniczki szkolenia odpowiedzi dopasowywano do konkretnych grup funkcji: poznawczej, emocjonalnej,

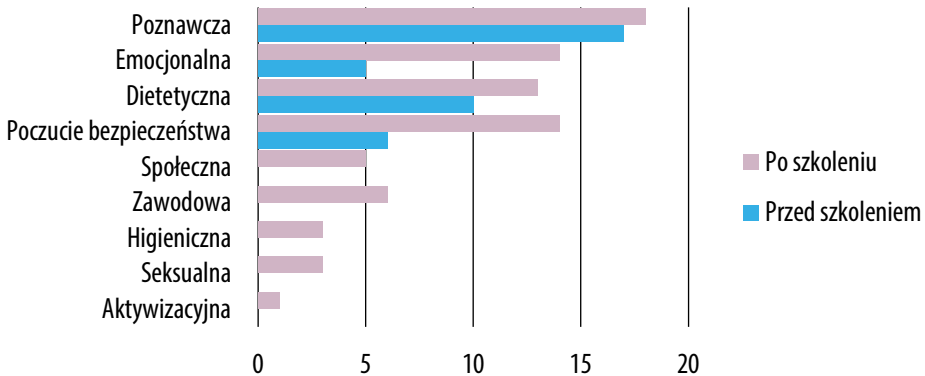
dietetycznej, poczucia bezpieczeństwa, społecznej, zawodowej, higienicznej, seksualnej, aktywizacyjnej. Nastąpił wzrost liczby odpowiedzi z 21 do 77 (tabela 4).

Tabela 4. Liczba odpowiedzi o funkcji węchu

	<i>N</i>	Σ	\bar{x}	SD
Przed udziałem w szkoleniu	21	21	9,5	5,44
Po udziale w szkoleniu	21	77	8,5	6,18

Źródło: opracowanie własne

Z prezentowanych wyników badań wynika, że uczestniczki szkolenia przed udziałem w szkoleniu funkcje węchu sprowadzały głównie do funkcji poznawczej (odpowieź wskazana 17 razy), dietetycznej (10 wskazań), poczucia bezpieczeństwa (6 wskazań), emocjonalnej (5 wskazań). Z kolei po udziale w szkoleniu nastąpił wzrost liczby odpowiedzi na temat funkcji węchu: w sferze poznawczej o 1 wskazanie, w emocjonalnej o 9, w poczuciu bezpieczeństwa o 8, w dietetycznej o 3. Co ważne, przed udziałem w szkoleniu uczestniczki w ogóle nie udzielały odpowiedzi, by węch odgrywał jakąkolwiek rolę w sferze społecznej, higienicznej, seksualnej, zawodowej czy aktywizacyjnej. Po szkoleniu pojawiły się takie odpowiedzi. Wyniki prezentuje wykres 3.



Wykres 3. Zmiany w zakresie wiedzy o funkcji węchu przed udziałem w szkoleniu i po nim

Źródło: opracowanie własne

Jak można zauważyć na podstawie prezentowanych wyników, na skutek udziału w szkoleniu z Metody Terapii Olfactor nastąpił wzrost wiedzy uczestniczek szkolenia w zakresie funkcji, jakie pełni węch w życiu człowieka.

W teście znalazło się także pytanie dotyczące struktur mózgu powiązanych z funkcją węchu. Uczestniczki miały do wyboru odpowiedzi: „opuszka”, „przysadka”, „hipokamp”, „ciało migdałowe”, „ciało modzelowe”, „miejsce sinawe”, „inne” i „nie potrafię wskazać”. Za prawidłową wiedzę uważano zaznaczenie odpowiedzi: „opuszka”,

„hipokamp”, „ciało migdałowe”, za częściową – podkreślenie jednej ze struktur, a na brak wiedzy wskazywały same uczestniczki. Wyniki prezentuje wykres 4.



Wykres 4. Wiedza o strukturach mózgu powiązanych z funkcjonowaniem węchu

Źródło: opracowanie własne

Po udziale w szkoleniu nastąpił wzrost wiedzy o strukturach mózgu powiązanych z funkcjonowaniem węchu. Wynik prawidłowy uzyskało o 66% więcej uczestniczek szkolenia.

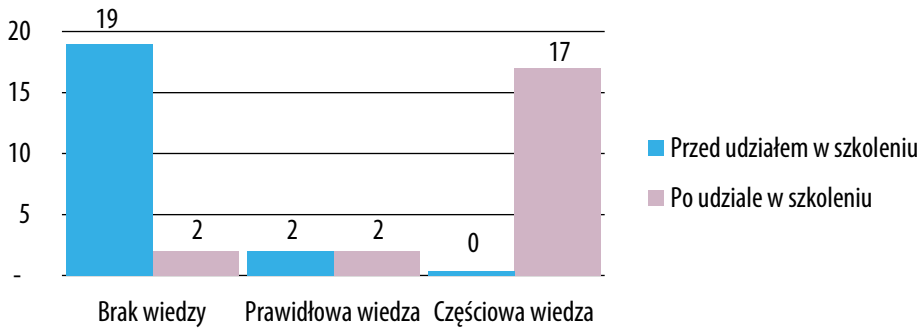
Kolejna część testu dotyczyła wiedzy na temat diagnozy węchu. Zapytano uczestniczki szkolenia o znajomość nazwy zaburzeń węchu. Chodziło o wskazanie nazwy „hiposmia” lub „anosmia”. Okazało się, że przed szkoleniem taką wiedzę posiadało 7 uczestniczek, a po szkoleniu już 20 (tabela 5).

Tabela 5. Hiposmia/anosmia – znajomość nazwy diagnozy

Szkolenie/wiedza	N	Prawidłowa wiedza	Brak wiedzy
Przed udziałem w szkoleniu	21	7	14
Po udziale w szkoleniu	21	20	1

Źródło: opracowanie własne

Następnie za pomocą pytania otwartego sprawdzono wśród uczestniczek znajomość narzędzi do badania węchu. Za wiedzę prawidłową uznawano taką, gdy wskazano więcej niż trzy odpowiedzi spośród np. „test pisakowy”, „wywiad”, „badanie Olfactorem”, „badanie olfactometrem”, „Sniffin Sticksy”. Jeśli uczestniczki wskazywały jedną odpowiedź, było to uznawane za wiedzę częściową. Jeśli nie potrafiły napisać odpowiedzi, zaznaczały, że jej nie znają. Wyniki, jakie uzyskały w tym zakresie uczestniczki szkolenia przed jego odbyciem i po nim, prezentuje wykres 5.

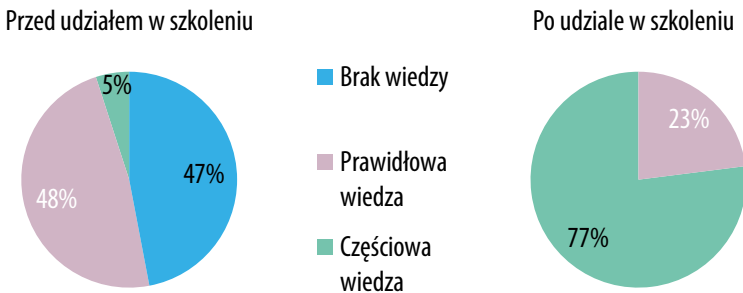


Wykres 5. Wiedza z zakresu narzędzi do diagnozy węchu

Źródło: opracowanie własne

Przed szkoleniem tylko dwie osoby wykazały się częściową wiedzą z zakresu diagnozy węchu. Wymieniły: „czynność wąchania z zadaniem subiektywnego pytania – czy dana osoba czuje zapach” i „ekspozycję na zapach”. Dopiero po szkoleniu 17 uczestniczek potrafiło wymienić co najmniej trzy narzędzia do badania węchu, dwie osoby udzieliły po jednej prawidłowej odpowiedzi, a jedna osoba nadal nie umiała wskazać, jak badać węch. Zgodnie z wynikami badań przyjąć należy, że nastąpił wzrost poziomu wiedzy z zakresu diagnozy węchu u badanych terapeutek.

U uczestniczek szkolenia sprawdzono również wiedzę z zakresu znajomości dotychczas istniejących terapii, w których wykorzystywane jest powonienie. Przed szkoleniem 10 osób (48%) wykazało się częściową wiedzą (najczęściej wskazywały jeden typ terapii – aromaterapię, co uważano za prawidłową odpowiedź). Tylko jedna osoba spośród badanych знаła dwie metody terapii: wymieniła aromaterapię i Olfactor. Po szkoleniu 17 uczestniczek (77%) potrafiło wymienić więcej niż dwie metody terapii: Olfactor, aromaterapię, trening węchowy prof. Hummela. Pozostałe osoby wymieniały tylko po jednej metodzie terapii. Wyniki prezentuje wykres 6.



Wykres 6. Znajomość terapii zaburzeń węchu

Źródło: opracowanie własne

Ostatnia część testu, która była wypełniania przez uczestniczki szkolenia po jego zakończeniu, dotyczyła ich subiektywnych ocen na temat wzrostu wiedzy o węchu, jego diagnozie i terapii. Uczestniczki miały do wyboru odpowiedzi w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało „zdecydowanie mój poziom wiedzy się nie zwiększył”, a 5 „mój poziom wiedzy się zdecydowanie zwiększył”. Wyniki prezentuje tabela 6.

Tabela 6. Subiektywna ocena wzrostu wiedzy o węchu, jego diagnozie i terapii

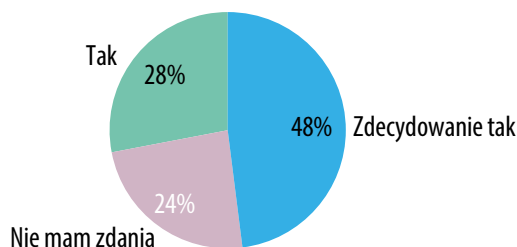
	N	Mój poziom wiedzy jest taki sam	Mój poziom wiedzy się zwiększył	Mój poziom wiedzy się zdecydowanie zwiększył
W zakresie wiedzy o węchu	21	1	4	16
W zakresie wiedzy o diagnozie węchu	21	2	6	13
W zakresie wiedzy o terapii węchu	21	2	7	14

Źródło: opracowanie własne

Na zadane uczestniczkom pytanie uzyskano odpowiedzi, zgodnie z którymi można przyjąć, że u jednej uczestniczki udział w szkoleniu nie zwiększył poziomu wiedzy o samym węchu, u dwóch uczestniczek poziom wiedzy na temat diagnozy i terapii pozostał taki sam. W zakresie wiedzy o węchu 4 uczestniczki szkolenia uznały, że ich poziom wiedzy się zwiększył, a 16 osób określiło, że ten poziom wiedzy zdecydowanie się zwiększył. W zakresie wiedzy o diagnozie węchu 6 uczestniczek było zdania, że ich poziom wiedzy się zwiększył, a 13 osób, że zwiększył się zdecydowanie. I na koniec w pytaniu o wiedzę z terapii węchu 7 osób określiło, że ich poziom wiedzy się zwiększył, a 14 osób, że zwiększył się zdecydowanie. Uznać można, że udział uczestniczek w szkoleniu z Metody Terapii Olfactor przyniósł efekty w postaci wzrostu wiedzy o węchu, jego diagnozie i terapii.

Na koniec zapytano uczestniczki o gotowość do wdrażania Metody Terapii Olfactor w swoją praktykę zawodową. Do dyspozycji były odpowiedzi w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało „jestem zdecydowanie na nie”, a 5 „jestem zdecydowanie na tak” (wykres 7).

Z analizowanej ankiety wynika, że aż 9 osób (48%) wyraziło pogląd, że są zdecydowane na wdrażanie Metody Terapii Olfactor w swoją praktykę zawodową, 7 osób (28%) było na tak, a tylko 5 osób (24%) wyraziło pogląd, że nie ma zdania na temat swojej gotowości. Uzyskane wyniki świadczą o zainteresowaniu uczestniczek opisywanym problemem węchu w praktyce zawodowej. Ponadto uczestniczki poprzez udział w szkoleniu pogłębiły swoje doświadczenie zawodowe.



Wykres 7. Gotowość do wdrażania Metody Terapii Olfactor w swoją praktykę zawodową

Źródło: opracowanie własne

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań można sformułować następujące wnioski:

1. Istnieje realna potrzeba organizowania szkoleń wśród specjalistów – w tym logopedów i pedagogów specjalnych – z zakresu terapii, w których kluczową rolę odgrywa węch.
2. Stan wiedzy o węchu, jego diagnozie i terapii wśród terapeutek przed udziałem w szkoleniu był zdecydowanie niższy niż po jego ukończeniu. Uznać można, że szkolenie z Metody Terapii Olfactor przyczyniło się do wzrostu poziomu wiedzy specjalistycznej jego uczestniczek.
3. Zasadne jest, by Metoda Terapii Olfactor w swojej strukturze miała część edukacyjną, której celem jest promowanie wiedzy na temat roli węchu w życiu człowieka, podejmowania zagadnień diagnozy i terapii.
4. Ważne, by m.in. logopedzi, pedagodzy specjalni sięgali po coraz nowsze metody terapii, które mogą przynieść korzyści z perspektywy poprawy funkcjonowania ich podopiecznych, uczniów czy też pacjentów.
5. Uczestniczący w szkoleniu terapeuci wskazują na gotowość do wdrażania metody w swoją praktykę zawodową. Świadczy to o potrzebie rozwoju zawodowego oraz ciekawości poznawczej.

Podsumowanie

Powstanie Metody Terapii Olfactor łączy się z niesieniem pomocy osobom po laryngektomii całkowitej, u których występuje hiposmia. Głównym elementem metody jest urządzenie – Olfactor, które technicznie służy do wtłaczania zapachów. Obecnie jest ono już wykorzystywane do wykonywania diagnozy węchu i technik terapeutycznych u osób z różnego typu zaburzeniami (np. mowy, poznawczymi). Jak już wspomniano, prowadzone są badania naukowe nad zastosowaniem i skutecznością

wykorzystania metody w terapii osób z różnymi dysfunkcjami. Z pewnością w przestrzeni logopedycznej Metoda Terapii Olfactor może znaleźć zastosowanie w terapii m.in. dzieci z opóźnionym rozwojem mowy (o różnorodnej etiologii), z alalią, z niedokształceniem mowy o typie afazji. Ponadto warto, by była wykorzystywana w terapii osób dorosłych z afazją, zaburzeniami pamięci. Jako że logopedzi już od wielu lat zajmują się terapią jedzenia i połykania, istotne jest również, by i w tym obszarze znaleźć miejsce dla stosowania opisywanej metody, np. u osób z wybiórczością pokarmową, neofobią żywieniową, dysfagią.

Jak zostało przedstawione we wprowadzeniu, temat węchu w dziedzinie nauk społecznych, w tym w przestrzeni logopedycznej i pedagogicznej, obecny jest od niedawna. W dotychczas powstałych podręcznikach logopedycznych uwaga skupiana była głównie na roli słuchu i wzroku. Jednak – jak można zauważyć – nauka, w tym kognitywistyka, psychologia, neurodydaktyka i logopedia, stając się coraz bardziej interdyscyplinarne, sięgają do nowych odkryć z medycyny i innych dyscyplin naukowych. Już nie raz podkreślano było w literaturze, że w prowadzonej terapii logopedycznej istotne jest holistyczne podejście i czerpanie inspiracji z różnych źródeł. Metoda Terapii Olfactor jest odpowiedzią na dotychczasowe poczynania naukowe. Wiedza i doświadczenie zawodowe terapeutów, w tym logopedów, powinny być uzupełniane o ten obszar badań. W artykule został wskazany wpływ udziału w szkoleniu na zakres wiedzy o zmysle węchu, jego diagnozie i terapii wśród terapeutek. Podwyższenie poziomu kompetencji zawodowych specjalistów ma istotne znaczenie z perspektywy wykonywanej przez nich pracy i wywiązywania się z odpowiedzialności za jej jakość. Diagnostyci i terapeuci (np. logopedzi, pedagodzy specjaliści, psychologowie), mający kontakt z drugim człowiekiem z zaburzeniami lub niepełnosprawnością, powinni zdawać sobie sprawę z potrzeby nieustannego rozwoju zawodowego. Udział w szkoleniu z Metody Terapii Olfactor umożliwi im poszerzenie specjalistycznej wiedzy i przyczyni się do wzbudzenia gotowości do wdrożenia metody w przestrzeni diagnostyczno-terapeutycznej.

Wraz z szerzeniem wiedzy o diagnozie i terapii węchu należałoby rozpowszechniać dane naukowe z zakresu olfaktologii oraz prowadzić szkolenia, ponieważ – jak zostało udowodnione w tym artykule – istnieje na to duże zapotrzebowanie wśród specjalistów.

Artykuł realizowany w ramach grantu otrzymanego z Narodowego Centrum Nauki, Miniatura 7 [2023/07/X/HS6/01510]: *Opracowanie modelu terapii zaburzeń węchu z wykorzystaniem innowacyjnego urządzenia do stymulacji powonienia Olfactor*”, kierownik projektu na UMK: Agnieszka Hamerlińska, e-mail: hamer@umk.pl, czas trwania grantu: 28.11.2023–27.11.2024.

Literatura

- Barwich A.S., 2022, *Węch. Co nos mówi umysłowi*, Kraków: Copernicus Center Press.
- Bojarowicz H., Ziółkowska A., Krysiński J., 2016, *Wyjątkowość zapachu*, „Hygeia Public Health”, Vol. 51(2), s. 154–160.
- Czerniawska E., Czerniawska-Far J., 2009, *Człowiek w świecie zapachów*, Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Gilbert A., 2010, *Co wnosi nos? Nauka o tym, co nam pachnie*, Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- Hamerlińska A., 2019a, *Applying nasal airflow – inducing maneuvers with patients with hyposmia after total laryngectomy*, „Contemporary Oncology”, Vol. 23(3), s. 141–145, <https://doi.org/10.5114/wo.2019.86688>
- Hamerlińska A., 2019b, *Węch przedmiotem badań również logopedii*, „Logopedia”, nr 48(1), s. 187–201.
- Hamerlińska A., 2023, *Olfactor – an invention for olfactory stimulation*, Kraków: Jagielloński Instytut Wydawniczy.
- Hamerlińska A., w druku, *The Olfactor Therapy Method in the field of pedagogical sciences: in neurodidactics, special pedagogy and speech therapy*, „Lubelskie Roczniki Pedagogiczne”.
- Hummel T., Rissom K., Reden J., Hähner A., Weidenbecher M., Huttenbrink K., 2009, *Effects of olfactory training in patients with olfactory loss*, „Laryngoscope”, Vol. 119(3), s. 496–499, <https://doi.org/10.1002/lary.20101>
- Kopczyńska Ż., 2023, *Sztuczna inteligencja w profilaktyce demencji*, <https://kognitywistyka.umk.pl/?task=news&action=one&id=31> (dostęp: 1.07.2024).
- Kotas R., 2021, *Opracowanie obiektywnej metody detekcji i analizy zaburzeń w węchowych potencjałach wywołanych*, seria „Monografie Politechniki Łódzkiej”, Łódź: Politechnika Łódzka.
- Kovács T., Cairns N.J., Lantos P.L., 1999, *Beta-amyloid deposition and neurofibrillary tangle formation in the olfactory bulb in ageing and Alzheimer’s disease*, „Neuropathology and Applied Neurobiology”, Vol. 25(6), s. 481–491.
- Marciniak-Firadza R., 2021, *Zmysł węchu – istota, zaburzenia, diagnoza, terapia (Na przykładzie logopedy pracującego z dziećmi)*, „Logopedia”, nr 50(2), s. 169–183, <https://doi.org/10.24335/zsxn-1e91>
- Mydlikowska-Śmigórska A., Śmigórski K., Rymaszewska J., 2019, *Specyfika funkcjonowania węchowego osób starszych. Różnice między starzeniem się fizjologicznym a patologią*, „Psychiatria Polska”, nr 53(2), s. 433–446, <https://doi.org/10.12740/PP/92272>
- Odowska-Szlachcic B., 2010, *Metoda integracji sensorycznej we wspomaganiu rozwoju mowy u dzieci z uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Rapiejko P., 2006, *Zmysł węchu*, „Alergoprofil”, nr 2, s. 4–10.
- Sadowski B., 2001, *Biologiczne mechanizmy zachowania się ludzi i zwierząt*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Skangiel-Kramska J., Rogozińska K., 2005, *Zmysł węchu – kodowanie zapachów – nagroda Nobla z fizjologii lub medycyny 2004 roku*, „Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych”, nr 54(2–3), s. 149–154.
- Sorokowska A., 2013, *Seeing or smelling? Assessing personality on the basis of different stimuli*, „Personality and Individual Differences”, Vol. 33, s. 175–179, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.02.026>
- Uniwersytet Wrocławski, b.r., *dr hab. Anna Oleszkiewicz prof. UW*, <http://www.old.psychologia.uni.wroc.pl/?q=users/aoleszkiewicz> (dostęp: 1.07.2024).

Magdalena Knapek  <https://orcid.org/0000-0002-5266-0743>

Uniwersytet Jagielloński, Wydział Polonistyki, ul. Gołębia 16, 31-007 Kraków, e-mail magdalena.knapek@uj.edu.pl

Przeżywanie diagnozy opóźnionego rozwoju mowy przez rodziców dzieci z zaburzeniami językowymi o nieznannej etiologii. Badanie fenomenologiczne

Experiencing the Diagnosis of Delayed Speech Development by Parents of Children with Language Disorders of Unknown Etiology. Phenomenological Study

Słowa kluczowe: opóźniony rozwój mowy, badanie fenomenologiczne, przeżycia rodziców

Keywords: delayed speech development, phenomenological study, parents' experiences

Streszczenie

Artykuł składa się z czterech części. W pierwszej zostało omówione zjawisko opóźnionego rozwoju mowy, a także sposoby przeżywania przez rodziców diagnozy różnych chorób i zaburzeń u dzieci. Następnie autorka przedstawiła metodologię badania fenomenologicznego. W części trzeciej zostały zaprezentowane wyniki uzyskane w ramach przeprowadzonego badania, żeby na końcu artykułu można było je porównać z innymi tego rodzaju pracami.

Abstract

The text consists of four parts. The first one discusses the phenomenon of delayed speech development, as well as how parents experience the diagnosis of various diseases and disorders in their children. Then, the author presents the methodology of the phenomenological study. The third part discusses the results obtained as part of the study so that they can be compared with other works of this type at the end of the article.



© 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: 31.07.2023 r. Data przyjęcia: 24.04.2024 r.

Wprowadzenie

Opóźnienia rozwoju mowy

Opóźnienie rozwoju mowy (ORM) jest zaburzeniem nabywania umiejętności językowych diagnozowanym u dzieci między 6. miesiącem życia a 3. rokiem życia. W szczególnych przypadkach dopuszcza się stawianie takiego rozpoznania u pacjentów do 4. roku życia. Opóźnienie to może dotyczyć wszystkich etapów rozwoju mowy – od głuszenia, przez gaworzenie, etap pojedynczych słów, połączeń dwuwyrzowych oraz zdań. Zaburzenie to może się wiązać z jedną płaszczyzną językową lub wieloma, czyli fonetyczno-fonologiczną, morfologiczną, semantyczną, syntaktyczną i pragmatyczną [Jastrzębowska, 2005; Stasiak, 2014; Panasiuk, 2015; Knappek, 2020; Knappek, Koziół-Kozakowska, 2020]. Opóźnienia rozwoju mowy dzieli się na samoistne i niesamoistne [Robertson, Weismer, 1999; Jastrzębowska, 2005]. Opóźnienie samoistne nie ma określonej etiologii, najczęściej jednak powiązane jest z nieznacznymi zaburzeniami w budowie anatomicznej obszaru orofacjalnego oraz funkcji prymarnych – oddychania, fonacji czy połykania. Natomiast opóźnienie niesamoistne jest wynikiem nadrzędnego zaburzenia rozwoju, np. autyzmu lub niedosłuchu. W ich przypadku etiologia może się wiązać z poważnymi wadami twarzoczaszki oraz znacznymi nieprawidłowościami w zakresie oddychania, fonacji i połykania [Hitos i in., 2013; Boksa, 2016; Belgin i in., 2017; Borox i in., 2018].

Każde opóźnienie rozwoju mowy w mniejszym lub większym stopniu wpływa na dobrostan dziecka w aspekcie psychologicznym i społecznym oraz negatywnie odbija się na procesie nabywania umiejętności czytania, pisania oraz szeroko rozumianego uczenia się lub też całkowicie to uczenie się uniemożliwia.

Przeżywanie diagnozy opóźnionego rozwoju mowy, choroby, niepełnosprawności

W literaturze światowej istnieje wiele badań poświęconych etiologii i objawom ORM, czyli prowadzonych z perspektywy biomedycznej. Niewiele jest natomiast badań uwzględniających psychospołeczny punkt widzenia, wprowadzony przez Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia [World Health Organization, 2001]. Nie dotarłam do analiz dotyczących przeżywania przez rodziców diagnozy ORM, choć spotkać można badania opisujące przeżywanie diagnozy innych zaburzeń/chorób, np. autyzmu czy epilepsji [Pilecki, 2007; Jachimowska, 2018; Famuła-Jurczak, 2020; Kręcisz-Plis, 2020].

Ważną częścią badań międzynarodowych w aspekcie nauk medycznych i psychologicznych są badania nad przeżywaniem przez rodziców diagnozy oraz procesu chorobowego/terapeutycznego dzieci chorych/niepełnosprawnych/zaburzonych. Anita Famuła-Jurczak [2020] w badaniach nad społecznymi kontekstami zaburzeń mowy zwraca uwagę na konieczność rozpoznawania przez rodzinę i otoczenie uczuć osoby autystycznej oraz nauczenie tej osoby uzewnętrznia emocji, co ma pomóc

w funkcjonowaniu w relacji z drugim człowiekiem i we włączeniu w grupę rówieśniczą. Maciej Pilecki [2007] podnosi, że poważne zaburzenia rozwojowe, takie jak autyzm czy niepełnosprawność intelektualna, są dużym obciążeniem emocjonalnym dla rodziny, która jest całościowo zaangażowana w opiekę nad potrzebującym wsparcia pacjentem. Badacz uważa, że najtrudniejsze dla rodziców jest zmaganie się z nieosiągalnym wyobrażeniem/marzeniem na temat dziecka – marzeniem, które nigdy nie zostanie zrealizowane. Ta forma przejścia przez „żałobę” umożliwia akceptowanie dziecka realnego/nieidealnego, ale też zaburzonego/chorego/niepełnosprawnego. Wydaje się to bardzo spójne z fazami żałoby/utruty zaproponowanymi przez Elizabeth Kübler-Ross [Corr, 2021], która wyróżnia pięć etapów żałoby: zaprzeczenie, gniew, negocjowanie, depresję i akceptację. Elżbieta Kręcisz-Plis [2020] przeprowadziła badania uwzględniające przeżywanie przez rodziców cukrzycy i epilepsji dzieci. Autorka zwróciła uwagę na realizację zadań przez opiekunów, motywację do nich oraz płynącą z tego satysfakcję. Uzyskane wyniki wpływają na postrzeganie funkcjonowania dzieci i ich rodzin ze względu na codzienne obowiązki, które są nieodłączną częścią życia każdej komórki społecznej. Patricia Howlin i Anna Asgharian [1999] zauważyły, że rodzice dzieci autystycznych mają duże obawy związane z komunikacją, funkcjonowaniem społecznym oraz życiem dorosłym swoich pociech. Z kolei Jon B. Ellis i Jameson K. Hirsch [2000] w przeprowadzonych badaniach prosili rodziców o wypełnienie kwestionariusza skłonności samobójczych. Okazało się, że rodzice dzieci niepełnosprawnych mają mniejsze skłonności samobójcze. Sandra Walker Russ [2004] zajęła się przeżywaniem przez rodziców diagnozy niedosłuchu u dzieci. Autorka zwróciła uwagę, że rodzice w początkowej fazie przeżywali szok oraz wymagali wsparcia i opieki. W ogólnym ujęciu uznawali oni, że ich dzieci nauczą się mówić i poradzą sobie samodzielnie w życiu. We wszystkich badaniach pojawiał się temat niepełnosprawności dziecka, wynikającej z ograniczeń fizycznych i psychicznych.

Metodologia badań

Etyka badań naukowych i zarządzanie danymi

Prezentowane badania uzyskały pozytywną opinię Komisji ds. Etyki Badań Naukowych Instytutu Glottodydaktyki Polonistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego z dnia 22.11.2022 r. Zanonimizowane dane zostały zdeponowane w Repozytorium UJ zgodnie z zasadami FAIR data, czyli najnowszymi wytycznymi UJ. Dokonano oceny możliwych szkód i korzyści.

Ocena ewentualnych szkód/zagrożeń dla uczestników

Do nagrań wideo mieli dostęp tylko badacze. Materiały zostały zabezpieczone na komputerach. Po analizie materiały wideo zniszczono. Ścieżka dźwiękowa, całkowicie anonimowa, została zarchiwizowana w Repozytorium UJ. Ryzyko wystąpienia

u uczestników badań szkód i zagrożeń oceniono jako niskie. Badania nie uwzględniały kwestii kontrowersyjnych, a stopień narażenia na działanie niekorzystnych czynników środowiskowych i dyskomfortu psychicznego był znikomy. Aby zapewnić komfort osobom badanym, zostały one poinformowane o celu i przebiegu badań oraz o dobrowolności uczestnictwa.

Rozmowy o trudnościach dziecka oraz przeżywaniu procesu diagnozy nie należą do najłatwiejszych. Niedogodności wynikające z tych rozmów można było zminimalizować, np. poprzez wcześniejsze przygotowanie rodzica i wyjaśnienie mu, jak wywiad będzie przebiegał. Wywiady zostały przeprowadzone przez doświadczoną klinicystkę. Rodzice otrzymali informację, że mają prawo do przerywania wywiadu w każdym momencie.

Ocena ewentualnych korzyści

Zdobyta wiedza pozwoliła rodzicom na ukierunkowanie konkretnych działań terapeutycznych. Dzięki badaniom możliwe będzie również stworzenie programów edukacyjnych, natomiast upowszechnione dane pozwolą rodzicom na odnalezienie się i współuczestniczenie w grupie osób dotkniętych dysfunkcją językową dziecka. Z punktu widzenia naukowego badania wpisują się w nurt funkcjonalnego rozumienia ICF w aspekcie trudności mowy o podłożu opóźnionego rozwoju mowy o nieznannej etiologii. Uczestnicy badań uzyskali dostęp do ich wyników w postaci krótkiego raportu z badań. Po przedstawieniu raportu rodzic mógł się umówić z terapeutą na sesję w celu porozmawiania o swoich uczuciach związanych z wynikami raportu. Takie działanie umożliwiło zwiększenie wiedzy rodziców na temat zjawiska ORM oraz uspokojenie ich obaw. Uczestnicy badań otrzymali następujące dokumenty:

- 1) „Informacja dla uczestnika badań naukowych”,
- 2) „Zgoda na udział w badaniach naukowych”,
- 3) „Zgoda na przetwarzanie danych osobowych”,
- 4) „Informacja o filmowaniu wydarzenia”.

Charakterystyka badań

Celem proponowanego badania było opisanie uczuć i emocji rodziców dzieci z diagnozą opóźnionego rozwoju mowy o nieznannej etiologii. Ogólne pytanie badawcze brzmiało: „Jakie uczucia, emocje i myśli towarzyszą rodzicom w związku z diagnozą opóźnionego rozwoju mowy u ich dzieci?”. Pytania szczegółowe zostały sformułowane następująco: „Jak rodzice próbują sobie wytłumaczyć postawioną diagnozę?”, „Co zmieniło się w życiu rodziców pod wpływem diagnozy?”, „Jak diagnoza wpływa na postrzeganie przez rodziców przyszłości dziecka?”. Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z zasadami interpretacyjnej analizy fenomenologicznej [Hycner, 1985; Hess-Wiktor, Opoczyńska-Morasiewicz, 2014; Eatough, Smith, 2017], stosowanej do opisu uczuć i świata przeżywanego (ang. *lived experience*). Wzięło

w nim udział siedmiorgo rodziców dzieci z ORM. Proponowane badania rozszerzają agendę logopedycznych badań ORM o zagadnienia natury psychospołecznej i pozwalają przetestować nowe w polskich badaniach logopedycznych obramowanie teoretyczne, jakim jest ICF.

W omawianych badaniach wykorzystano metodologię fenomenologiczną. Fenomenologia to nauka o codziennych zjawiskach, a doświadczenie fenomenologiczne to zaangażowanie świadomości badacza (stany psychiczne, idee, wartości, świadomość przeżycia). W tym ujęciu pojawia się termin *epoché*, oznaczający przestrzeń wolną od własnych doświadczeń, uwolnienie świadomości. Celem takiego rozpoznania jest dotarcie do centrum zjawiska. Tego rodzaju nurt badawczy wyrósł na gruncie filozofii Edmunda Husserla oraz Martina Heideggera. Warto zaznaczyć, że według Husserla filozofia powinna zostać nauką ścisłą [Hopkins, Regehr, Pratt, 2016]. Badania fenomenologiczne ukierunkowane są na poznawanie świata przeżywanego, w tym świadomych przeżyć, stanów psychicznych, wartości i myśli. Zyskały one dużą popularność w naukach humanistycznych, społecznych i o zdrowiu, a także w logopedii [np. Smith, Flowers, Larkin, 2009; Walker, Tobbell, 2015; Acker, Knight, Knott, 2018].

Na podstawie filozofii fenomenologicznej powstało kilka procedur badawczych, które różnią się między sobą przede wszystkim rolą, jaką przypisują interpretacji w procesie badawczym [np. Giorgi, 1971; Colaizzi, 1978; Smith, Flowers, Larkin, 2009]. Niniejsze badania stosują procedurę zaproponowaną przez Virginie Eatough i Jonathana A. Smitha [2014], krok po kroku wyjaśniającą proces analizy i interpretacji fenomenologicznej danych uzyskanych w trakcie wywiadu.

Uczestnicy

Zgodnie z przewodnikiem do interpretacyjnej analizy fenomenologicznej (ang. *Interpretative Phenomenological Analysis – IPA*) [Eatough, Smith, 2014] została wybrana celowa próba siedmiorga rodziców dzieci z opóźnionym rozwojem mowy bez jednoznacznej etiologii. Wśród badanych było sześć kobiet i jeden mężczyzna. Celem IPA była próba zrozumienia uczestników badań, kiedy ci usiłują zinterpretować jakieś zjawisko. Warunkami włączającymi były: logopedyczna diagnoza ORM bez jednoznacznej etiologii i możliwość swobodnej wypowiedzi. Warunek wykluczający stanowiła niepełna rodzina, ponieważ rozwód mógł skutkować dodatkowymi trudnościami emocjonalnymi i przeżyciami.

Metody gromadzenia i analizy danych

Dane zostały zgromadzone za pomocą kwestionariusza i wywiadu nagrywanego kamerą wideo. Kwestionariusz składał się z pytań otwartych, a wszystkie odpowiedzi zostały zapisane ortograficznie, a następnie przeanalizowane jakościowo według metodologii fenomenologicznej.

Dane zgromadzono w trakcie półgodzinnych, częściowo ustrukturyzowanych wywiadów przeprowadzonych w centrum logopedycznym, zarejestrowanych na dyktafonie

i kamerze. Wywiady przeprowadziłam osobiście. Pytania zadawane uczestnikom były szerokie i otwarte, aby mogli oni w pełni wyrazić swoje myśli.

Proszono o swobodne wypowiedzi stymulowane pytaniami, takimi jak np.: „Jak przeżyłaś diagnozę swojego dziecka?”, „Jakie były twoje pierwsze reakcje?”, „W jaki sposób zmieniały się twoje odczucia?”, „Co czujesz teraz, kiedy myślisz o przyszłości dziecka?”. Do transkrypcji zaangażowano studentkę I roku logopedii, która wyróżniała się wysokim poziomem wiedzy i odpowiedzialnością. Dokonano transkrypcji ortograficznej z użyciem niektórych konwencji analizy konwersacyjnej, w celu zaznaczenia istotnych informacji pozajęzykowych (intonacji, pauz, głośności, gestów, pozycji ciała etc.). Analiza danych odbywała się zgodnie z etapami interpretacyjnej analizy fenomenologicznej [Eatough, Smith, 2014]:

- 1) wielokrotne czytanie transkrypcji i robienie notatek;
- 2) przekształcanie notatek w tematy;
- 3) poszukiwanie związków znaczeniowych i grupowanie tematów;
- 4) pisanie sprawozdania na każdy temat, ilustrowanego odpowiednimi fragmentami wypowiedzi.

Opis przeżyć uczestników badań został zinterpretowany z odwołaniem do literatury polskiej i międzynarodowej na temat przeżywania chorób i zaburzeń.

Rezultaty

Uczucia, emocje i myśli towarzyszące rodzicom w związku z diagnozą opóźnionego rozwoju mowy u ich dzieci

Tabela 1 przedstawia przykłady związków znaczeniowych, jakie wyłoniły się w poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie badawcze dotyczące uczuć, emocji i myśli związanych z diagnozą ORM. Grupy związków znaczeniowo istotnych połączone zostały w trzy tematy główne:

- 1) diagnoza jako moment przełomowy;
- 2) oczekiwanie pomocy i zaplanowania terapii;
- 3) uczucia i emocje.

Tabela 1. Uczucia, emocje i myśli towarzyszące rodzicom w związku z diagnozą opóźnionego rozwoju mowy u ich dzieci

Tematy główne	Związki znaczeniowe
Diagnoza jako moment przełomowy	„Szukanie wszelkiego rodzaju terapii” „Niedopuszczanie myśli, że będzie źle” „Początek walki” „Nabranie siły do zmierzenia się z problemem” „Rozpoczęcie terapii” „Pokierowanie przez specjalistę, co robić dalej” „Zmiana planów zawodowych przez rodziców”
Oczekiwanie pomocy i zaplanowania terapii	„Myślenie, jak pomóc dziecku” „Chęć spotkania dobrego fachowca, który uspokoi, ale też zaopiekuje się dzieckiem” „Oczekiwanie na efekty, że dziecko zacznie mówić” „Usłyszenie, z czym jest problem, żeby było wiadomo, jak postępować” „Szansa, że terapia przyniesie sukces”
Uczucia i emocje	„Szok, zdenerwowanie” „Strach, bo nie wiadomo, co dalej będzie” „Płacz i mocne przeżywanie” „Niepewność, nie wiadomo, na czym się stoi” „Depresja” „Załamanie, lęk” „Sinusoida uczuciowa” „Przykre doświadczenie” „Obawa, że dziecko jest niepełnosprawne”

Źródło: opracowanie własne

Diagnoza jako moment przełomowy

W przypadku wszystkich rodziców diagnoza okazała się przełomowa. W momencie spotkania ze specjalistą, który miał zbadać dziecko, a następnie orzec opóźnienie w rozwoju mowy, rodzice podejmowali ważne decyzje. Zawsze zdecydowali się na natychmiastowe rozpoczęcie terapii logopedycznej oraz szukanie jeszcze innych możliwości uzyskania pomocy. Mama chłopca opisała to w następujący sposób: „trafiłam do centrum logopedycznego i tam pani... panie pokierowały mną, pokierowały dzieckiem, zaczęła się już terapia odpowiednia”. Z jednej strony rodzice uważali, że diagnoza to chwila rozpoczęcia walki oraz nabrania siły do zmierzenia się z problemem i trudną sytuacją, z drugiej nie dopuszczali do siebie myśli, że sytuacja dziecka jest zła. Można śmiało powiedzieć, że pierwsze spotkanie z logopedą zostało ocenione w kategoriach szansy na poprawę sytuacji, działanie dla dobra dziecka oraz jego rozwoju językowego. Kilka mam przyznało, że po spotkaniu i diagnozie zdecydowały się na zmianę planów zawodowych, rezygnację z pracy lub jej znaczne ograniczenie.

Oczekiwanie pomocy i zaplanowanie terapii

Zdecydowanie wszyscy rodzice, prowadzeni w dużej mierze intuicją i niepokojem o rozwój mowy dziecka, oczekiwali pomocy, byli nastawieni na działanie oraz konkretne zaplanowanie terapii. W większości wywiadów padło słowo *działania*, na przykład: „w chwili obecnej – trzeba działać i tyle, i pomóc mu jak najwięcej. No więc jakby nastawiłam się rzeczywiście na tę pomoc, nie myśl, nie użalanie się nad sobą, niemyślenie, co będzie”. Oznacza to, że diagnoza w tych przypadkach nabrała wymiaru sprawczego, za którym miały iść konkretne czyny. W tym momencie rodzice jednoznacznie mówili, że potrzebowali znaleźć specjalistę, który ich uspokoi, ale przede wszystkim będzie umieć zaopiekować się ich dzieckiem. Warto zaznaczyć, że pomoc logopedy miała polegać na osiągnięciu konkretnych efektów, jakimi są mowa i rozwój językowy, ale także komunikacja i rozwój umiejętności społecznych. Kiedy rodzice otrzymywali diagnozę, była to dla nich informacja, jaki jest problem i jak należy w danej sytuacji postępować. Pokierowanie przez specjalistę wyznaczyło dalsze działania, ale stało się również pewnym planem na najbliższy czas, związanym z osiągnięciem zamierzonych celów terapeutycznych. Każdy z rodziców w działaniach idących za diagnozą widział szansę na językowy rozwój swojego dziecka.

Uczucia i emocje

W omawianych wcześniej tematach głównych największą rolę odgrywały myśli rodziców związane z diagnozą oraz następującymi po niej wydarzeniami. Szczególnie ważne i zajmujące były jednak uczucia i emocje, które wiązały się z tym czasem i tą konkretną sytuacją. Rodzice twierdzili, że doznawali szoku, skołowania, byli zdenerwowani, odczuwali lęk, strach i przerażenie, bo nie wiedzieli, czego mogą się spodziewać w przyszłości, co stanie się z ich dzieckiem. Jedna z mam mówiła: „Po pierwszym spotkaniu, miałam takie odczucia takiej niepewności troszkę, podenerwowania. Byłam taka no... nie wiedziałam za bardzo, na czym stoję”. Niepewność, niewiedza powodowały często płacz. Rodzice przyznawali się do depresji, załamania, sinusoidy uczuciowej, np.: „No był płacz i, no depresja, no to ciężko powiedzieć, no bo z jednej strony trzeba było się zbierać szybko, żeby mu pomóc, więc jakby nie mógł, ja nie mogłam sobie pozwolić na to, żeby leżeć, płakać i się przejmować sobą, tylko jakby, nastawiłam się na walczenie o dziecko”. Dzień diagnozy porównywali do przykrego doświadczenia, wielu z nich bało się, że ich dziecko będzie niepełnosprawne. Aż w pięciu wywiadach rodzice utożsamili zjawisko opóźnionego rozwoju mowy z niepełnosprawnością. Jedna z mam wspominała: „Byłam bardzo przerażona, to było takie pierwsze moje odczucie, że moje dziecko może być niepełnosprawne”. Szczególnie ważna informacja na temat opóźnionego rozwoju mowy została podana także w innym wywiadzie: „[ORM – przyp. M.K.] był dla mnie tematem w ogóle obcym, i jak każda mama zaczęłam się denerwować, oczywiście myśleć, że moje dziecko jest niepełnosprawne, z czym się to wiąże w przyszłości, jak mój syn będzie funkcjonował

w przyszłości, jak to już wpływało na mnie”. Pozwala to sądzić, że społeczne rozumienie opóźnionego rozwoju mowy wiąże się ze strachem, niepełnosprawnością i różnymi ograniczeniami.

Próby wytłumaczenia postawionej diagnozy ORM

W tabeli 2 zostały przedstawione odpowiedzi na pytanie badawcze „Jak rodzice próbują sobie wytłumaczyć postawioną diagnozę?”. Wszystkie związki znaczeniowe wyłoniły jeden główny temat, jakim jest poczucie winy.

Tabela 2. Próby wytłumaczenia postawionej diagnozy ORM

Temat główny	Związki znaczeniowe
Poczucie winy	„Zarzuty wobec siebie” „Stres w ciąży, przeżycia psychiczne mamy” „Genetyka, obciążenia rodzinne” „Poród, cesarskie cięcie” „Ciąża zagrożona, leżąca” „Złe odżywianie w czasie ciąży” „Mama zrobiła coś źle w ciąży” „Noszenie w czasie ciąży starszego rodzeństwa” „Dużo pracy/zaniedbanie” „Sadzanie przed telewizorem” „Dlaczego ja/mnie/nas/moje dziecko to spotkało?”

Źródło: opracowanie własne

Rodzice mieli ogromne poczucie winy w związku z diagnozą opóźnionego rozwoju mowy u swoich dzieci. Najbardziej obwiniały się mamy za okres ciąży. Zarzuty dotyczyły bardzo różnych sytuacji. Kobiety wspominały o stresie oraz ciężkich przeżyciach, które przypadały na tamten okres, np. o chorobie nowotworowej męża. Pojawił się wątek ciąży zagrożonej i leżącej, trudnego porodu oraz porodu przez cesarskie cięcie. Bardzo często padało pytanie: „Czy ja robiłam coś źle w ciąży?”. Przykładowe odpowiedzi w tej sytuacji dotyczyły złego odżywiania, noszenia rodzeństwa na rękach, zażywania leków. Druga część zarzutów wiązała się z obciążeniami genetycznymi i rodzinnymi. Jedna z mam komentowała to następująco: „Doszukiwałam się gdzieś przyczyny, w rodzinie, że, mmm, w męża rodzinie występowały problemy z mową u dzieci, więc próbowałam się jakiejś genetyki doszukiwać, że może to po prostu gdzieś w tych genach”.

Ostatni rodzaj zastrzeżeń budziły zaniedbania dzieci przez nadmiar obowiązków, obciążenie pracą, częste sadzanie przed telewizorem. Ojciec biorący udział w wywiadzie mówił w ten sposób: „Tak. I bardzo się obwiniałem za to wszystko, ponieważ, w tamtym okresie bardzo dużo pracowałem. Nie było mnie w domu, nie było mnie przy dziecku tak naprawdę, bo pracowałem po szesnaście, osiemnaście godzin, a do tego sadzaliśmy córkę bardzo dużo przed telewizorem”. Normalne, ale zarazem bardzo przejmujące były pytania typu „Dlaczego ja/mnie/nas/moje dziecko

spotkało coś takiego?”. Można było odnieść wrażenie, że rodzice kierowali takie pytania do losu, który mógł się im wydawać niesprawiedliwy.

Zmiany w życiu rodziców pod wpływem diagnozy ORM

Odpowiedzi na pytanie badawcze „Co zmieniło się w życiu rodziców pod wpływem diagnozy?” znajdują się w tabeli 3. Ze związków znaczeniowych wyłoniły się trzy główne tematy:

- 1) zmiany związane z pracą zawodową;
- 2) przeorganizowanie życia rodzinnego;
- 3) nowa jakość czasu spędzanego z dzieckiem.

Tabela 3. Zmiany w życiu rodziców pod wpływem diagnozy ORM

Temat główny	Związki znaczeniowe
Zmiany związane z pracą zawodową	Zmiana wymiaru czasu pracy z całego etatu na pół etatu Rezygnacja z pracy zawodowej w celu opieki nad dzieckiem
Przeorganizowanie życia rodzinnego	Przejęcie przez jednego rodzica ciężaru opieki nakierowanej na pomoc specjalistyczną Traktowanie normalnie dziecka z ORM, niewyręczanie go, nieodpuszczanie Chęć ochrony dziecka Dostosowanie czasu rodziny do terapii dziecka z ORM
Nowa jakość czasu spędzanego z dzieckiem	Życie skupiło się wokół dziecka Zmiana stylu opieki Poświęcenie czasu i uwagi na zabawę z dzieckiem Stymulowanie rozwoju mowy w czasie zabawy – inna świadomość Znalezienie balansu między pracą, zajmowaniem się domem a opieką nad dzieckiem

Źródło: opracowanie własne

Zmiany związane z pracą zawodową

Pod wpływem diagnozy dwie z mam podjęły znaczące kroki dotyczące ich przyszłości zawodowej. Jedna zrezygnowała z pracy zupełnie, druga przeszła na pół etatu. Udzielony komentarz do sytuacji był następujący: „No, syn jest dzieckiem bardzo wymagającym, no i nie dość, że jest dzieckiem wymagającym, to jeszcze, ilość terapii, na które trzeba było z nim jeździć, no to zweryfikowało nas... no że ja musiałam zrezygnować z pracy, no a mąż jakby więcej pracować”. Większość rodziców przyznała, że w znaczący sposób i na ile to było możliwe, ograniczyła swoją działalność zawodową na rzecz czasu spędzanego z dzieckiem, przeznaczonego na rozwój mowy. Ta zmiana stała się dla nich priorytetowa w kontekście diagnozowanych trudności.

Przeorganizowanie życia rodzinnego

Jak można było zaobserwować w czasie wywiadów, diagnoza ORM powodowała nie tylko zmiany zawodowe rodziców, ale również mocno wpływała

na przeorganizowanie sytuacji całej rodziny. Głównie oznaczało to przejście przez jednego rodzica ciężaru opieki nakierowanej na pomoc specjalistyczną. Rodzice wspominali również, że często trzeba było dostosować czas całej rodziny do terapii dziecka z ORM, jednocześnie nie znajdując czasu na zaspokojenie własnych potrzeb. Jedna mama mówiła: „Gdzieś moje potrzeby moje, moje jakieś nie wiem, pragnienia... ja po prostu muszę zrobić wszystko, żeby syn po prostu funkcjonował w miarę, żeby chodził do przedszkola, tak jak teraz chodzi, żeby poszedł do szkoły, żeby funkcjonował i tak dalej. A proszę mi wierzyć, jeśli się ma takie dziecko, gdzie się ma, powiedzmy, pięć spotkań albo sześć w tygodniu, więc dla siebie jednak czasu się już tyle nie ma”. W tym miejscu wielu rodziców zauważyło jednak, że dziecko z ORM należy traktować normalnie, nie wyręczać go, nie odpuszczać mu mierzenia się z różnymi przeciwnościami losu. Główne przesłanie wydaje się bardzo ważne w związku z podejściem funkcjonalnym rodziców, którzy chcą, aby ich dziecko poradziło sobie w społeczeństwie, niezależnie od lepszych czy gorszych umiejętności językowych. Nie oznacza to jednak, że nie przejawiają oni postawy ochronnej wobec trudności swoich dzieci.

Nowa jakość czasu spędzonego z dzieckiem

Zmiany zawodowe lub rodzinne pozwoliły wszystkim rodzicom zmodyfikować jakość czasu spędzanego z dzieckiem z ORM, co jedna z mam opisuje następująco: „Bardziej, że tak powiem, moje życie kręci się wokół dziecka teraz, staram się jak najwięcej czasu mu poświęcać, jak najwięcej uwagi. Też styl mojej opieki się troszkę zmienił, ponieważ więcej zabaw organizuję w takim kierunku nauki, żeby jednak jak najwięcej go stymulować w tym kierunku mowy”. Szczególną wagę przyznaje ona czynnościom, które mają intencjonalnie sprzyjać rozwojowi mowy. Dla rodziców ważne było znalezienie balansu między pracą, zajmowaniem się domem a opieką nad dzieckiem. Zmiana stylu opieki była mocno powiązana z nową świadomością na temat konieczności stymulacji rozwoju mowy, co wynikało bezpośrednio ze spotkania diagnostycznego.

Wpływ diagnozy ORM na postrzeganie przez rodziców przyszłości dziecka

W tabeli 4 znajdują się tematy główne oraz związki znaczeniowe wynikające z pytania badawczego „Jak diagnoza wpływa na postrzeganie przez rodziców przyszłości dziecka?”. Wśród tematów wyłoniły się dwa szczególnie ważne, ale zupełnie przeciwnie nacechowane emocjonalnie. Pierwszy z nich to strach przed przyszłością dziecka, drugi to nadzieja, że będzie dobrze i wszystko się ułoży.

Tabela 4. Wpływ diagnozy ORM na postrzeganie przez rodziców przyszłości dziecka

Temat główny	Związki znaczeniowe
Strach przed przyszłością	„Obawa o to, czy mowa całkowicie się wykształci” „Obawa, że w szkole będą problemy” „Jak sobie będzie radziła/radził w przyszłości?” „Do jakiej szkoły pójdzie?” „Jak poradzi sobie w grupie rówieśniczej?” „Martwienie się o naukę w szkole” „Martwienie się o naukę czytania i pisanie” „Lęk przed pójściem do szkoły” „Co będzie, jeżeli nas, rodziców zabraknie?”
Nadzieja, że będzie dobrze i wszystko się ułoży	„Istnienie metod i technik, które przyniosą efekt” „Dziecko skończy szkołę, zda maturę” „Wszystko się ułoży i będzie super” „Optymizm w zakresie postępów” „Niedopuszczanie myśli, że będzie źle” „Nastawienie na samodzielność dziecka” „Normalizowanie”

Źródło: opracowanie własne

Strach przed przyszłością

W końcowej części wywiadu rodzicom zostało postawione bardzo trudne pytanie dotyczące przyszłości dziecka z ORM. Z jednej strony wszyscy wyrażali wielkie obawy, a z drugiej mieli nadzieję na szczęśliwe zakończenie problemu z rozwojem mowy. Obawy dotyczyły tego, czy i kiedy mowa całkowicie się wykształci. W dużej mierze rodzice martwili się, że dziecko będzie miało problemy w szkole, z nauką czytania i pisanie. Nie wiedzieli, do jakiej szkoły dziecko będzie mogło uczęszczać ze względu na swój poziom funkcjonowania. Niepokoiłi się także o radzenie sobie w grupie rówieśniczej, natomiast sama sytuacja szkoły budziła we wszystkich lęk. Mama chłopca nadmieniała: „Jeśli chodzi, na przykład, no... wybiegam już na pewno, ale zastanawiam się, jak będzie sobie radził, czy w grupie rówieśniczej, czy jak będzie sobie radził do szkoły, w szkole i do jakiej szkoły będzie mógł pójść”. Rodzice twierdzili też, że boją się, co stanie się z dziećmi, kiedy ich zabraknie, jak będzie wyglądała ich dalsza, dorosła przyszłość. Część rodziców ograniczała się w swoich wypowiedziach tylko do najbliższej przeszłości i nie chciała rozmawiać o tym, co będzie dalej.

Nadzieja, że będzie dobrze i wszystko się ułoży

Mimo wielu negatywnych emocji absolutnie wszyscy rodzice pokładali dużą nadzieję w terapii logopedycznej i wierzyli, że wszystko dobrze się ułoży. Zwracali uwagę na istnienie metod i technik, które przyniosą efekt, przez co dziecko zacznie normalnie mówić. Nadmieniali, że dołożą wszelkich starań, aby ich dziecko skończyło szkołę i zdało maturę. Optymizm wiązał się z postępami terapeutycznymi dzieci, natomiast rodzice nie dopuszczali myśli, że będzie źle. W odpowiedzi na pytanie

o przyszłość najczęściej pojawiały się informacje, że dzieci z ORM trzeba traktować jak wszystkie inne i pozwalać im normalnie funkcjonować w społeczeństwie. Wszyscy nastawieni byli na dużą samodzielność, do której chcieli dążyć z dzieckiem w miarę osiągniętych postępów terapeutycznych.

Dyskusja i podsumowanie

W czasie badania przeprowadzonego metodą fenomenologiczną udało się odpowiedzieć na wszystkie postawione pytania badawcze. W zakresie pytania ogólnego „Jakie uczucia, emocje i myśli towarzyszą rodzicom w związku z diagnozą opóźnionego rozwoju mowy u ich dzieci?” w odpowiedziach wyodrębniły się trzy główne tematy związane z diagnozą jako momentem przełomowym, oczekiwaniem terapii oraz pomocy, a także trudnymi emocjami wynikającymi z opóźnienia rozwoju mowy dziecka. Rodzice liczyli, że diagnoza da im wyjaśnienie sytuacji, pozwoli na określenie konkretnych działań oraz znalezienie pomocy w tej trudnej sytuacji. Wielu z nich oczekiwało od terapeuty wsparcia, ponieważ uczucia i emocje, które im towarzyszyły, były związane głównie z lękiem. Pytanie szczegółowe „Jak rodzice próbują sobie wytłumaczyć postawioną diagnozę?” przyniosło w zasadzie odpowiedzi głęboko zakorzenione w poczuciu winy – zaczynając od obciążenia genetycznego, przez przebieg ciąży, a kończąc na niepoświęcaniu dziecku odpowiedniej ilości czasu. Rodzice zapytani o to, co zmieniło się w ich życiu pod wpływem diagnozy, udzielali bardzo szczegółowych odpowiedzi na temat tego, jak przeorganizowali swoje życie rodzinne i zawodowe oraz zmienili styl opieki nad dzieckiem. Wyjątkowo ciekawe okazało się bardzo częste wprowadzanie aktywności związanych z rozwojem mowy dziecka. Ostatnie pytanie szczegółowe brzmiało „Jak diagnoza wpływa na postrzeganie przez rodziców przyszłości dziecka?”. W tym przypadku w odpowiedziach pojawił się swoisty dualizm uczuciowy. W dużej mierze był on związany ze skrajnymi emocjami – strachem przed przyszłością dziecka oraz nadzieją na dobry rozwój i prowadzenie normalnego życia. Szczególnie ważne wydaje się normalne i funkcjonalne postrzeganie dzieci przez ich rodziców, co bezpośrednio – zdaniem tych ostatnich – wynika z postawy diagnosty, który w taki sposób proponował postrzegać sytuację. Jedna z mam opisała to w następujący sposób: „To znaczy, na pewno wspiera, yyy, wspierającą postawą jest fakt traktowania takiej sytuacji jako normalnej”. Poczucie komfortu mamy zostało zapewnione przez wsparcie psychoterapeutyczne, jakie uzyskała od logopedy.

Podsumowując, otrzymane rezultaty wpisały się w nurt badań nad przeżywaniem chorób dzieci oraz zaburzeń o różnej etiologii. Podobnie jak w badaniach Pileckiego [2007] na temat autyzmu i niepełnosprawności okazało się, że opóźnienie rozwoju mowy dziecka jest bardzo obciążające dla całej jego rodziny. Zauważono również,

podobnie do obserwacji Howlin i Asgharian [1999] oraz Russ [2004], że rodzice przeżywają szok w czasie diagnozy, martwią się o przyszłość dzieci, ale wierzą, że uda się im odnieść sukces w życiu. W prezentowanych badaniach fenomenologicznych nie pojawił się natomiast wątek pięciu etapów żałoby według Kübler-Ross [Corr, 2021]. Rodzice nie opisywali zaprzeczenia, gniewu, negocjowania. Jedna mama przyznała się do depresji, natomiast wszyscy zaakceptowali fakt opóźnienia rozwoju mowy dziecka i nastawili się na szybkie działanie.

Prezentowane wyniki są bardzo spójne z klasyfikacją ICF, która w centrum zainteresowania stawia dobrostan człowieka oraz jego funkcjonowanie emocjonalno-społeczne. Głównym celem tej klasyfikacji jest próba opisanego zaburzeń/chorób/niepełnosprawności człowieka w ujęciu biologicznym, jednostkowym i społecznym [World Health Organization, 2001]. Pozwala to na całościowe i wieloaspektowe podejście do procesu szeroko rozumianej rehabilitacji, w której nie tylko jednostka, ale także jej rodzina są zaangażowane w różnego rodzaju sytuacje emocjonalno-społeczne, które towarzyszą zapewnieniu małemu pacjentowi określonego dobrostanu. W tym miejscu należy pamiętać, że inny dobrostan zapewnia się dziecku, które rokuje na rozwój mowy, inny dziecku, u którego prognostyka diagnostyczna na to nie pozwala, a jedynym możliwym dobrostanem będzie np. komfort dobrego jedzenia. Z powodu takiego opisu klasyfikacja ICF rozszerza agendę badań logopedycznych o zagadnienia natury psychologicznej, bez której skuteczne prowadzenie procesu terapeutycznego jest niemożliwe i wątpliwe pod względem etycznym. Rezultaty pozwalają na zrozumienie, w jaki sposób deficyty językowo-komunikacyjne wpływają na społeczno-emocjonalne funkcjonowanie rodziców dzieci z ORM. Tak rozumiane wyniki mogą stać się podstawą do stworzenia programów dla grup wsparcia rodziców z ORM. Grupy te być może pozwolą na zapewnienie dobrostanu dzieciom w aspekcie psychologicznym, który będzie wynikał z lepszego komfortu emocyjnego rodziców. W tym ujęciu trzeba podkreślić, że zarówno u dziecka, jak i u rodzica dobrostan może być zaburzony ze względu na niepełnosprawność, jaką jest brak lub opóźnienie rozwoju mowy małego człowieka.

Ważnym elementem badań było poznanie przeżyć rodziców w celu sprawdzenia, jakich emocji doświadczają w związku z brakiem języka/opóźnieniem rozwoju mowy u dzieci. Istotne okazało się zaobserwowanie wyobrażeń na temat przyszłego rozwoju lub braku rozwoju mowy dziecka. Za interesujące można uznać określenie, jak w sytuacjach społecznych i komunikacyjnych rodzice przeżywają brak/opóźnienie mowy dziecka. Badania wykazują, że rodzice prognozują trudności w mowie w przyszłej nauce i życiu swojego dziecka. Interesującym problemem stał się opis przeżywania przez rodziców samej diagnozy logopedycznej dzieci, ponieważ taka wiedza umożliwi ukierunkowanie myślenia rodziców na konkretne działania terapeutyczne, ale też pozwala na przyjęcie innej perspektywy terapeutycznej. Ważne jest to także z punktu widzenia psychologicznego, ponieważ pracując z dzieckiem

zaburzonym pod względem językowym, trzeba prowadzić edukację rodzica, który również bierze udział w budowaniu jego kompetencji językowej, komunikacyjnej i kulturowej. Znając przeżycia rodziców, można stworzyć poradnik dla logopedów (ale także rodzin), który byłby pomocny w przepracowaniu trudnych emocji związanych z diagnozą ORM. Kształcenie logopedów powinno zostać także wzbogacone o wiedzę i umiejętności związane z elementarną pomocą rodzicom dzieci z ORM.

Badania dotyczyły niewielkiej grupy osób i są podstawą do przeprowadzania większego projektu realizującego ten temat.

Artykuł przedstawia wyniki badań prowadzonych w ramach MiniGRANTU POB Heritage (edycja IV, ID konkursu H.1.12.2021 2.): *Przeżywanie diagnozy opóźnionego rozwoju mowy przez rodziców dzieci z zaburzeniami językowymi o nieznannej etiologii. Badanie fenomenologiczne.*

Literatura

- Acker L., Knight M., Knott F., 2018, 'Are they just gonna reject me?' *Male adolescents with autism making sense of anxiety: An Interpretative Phenomenological Analysis*, „Research in Autism Spectrum Disorders”, Vol. 56, s. 9–20, <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.07.005>
- Belgin P., Abraham B., Baburaj S., Mohandas M.K., 2017, *Environmental and biological risk factors associated with the prevalence of language delay in children upto 6 years of age from Rural South India*, „Journal of Clinical and Diagnostic Research”, Vol. 11(12), s. 11–14.
- Boksa E., 2016, *Dysfagia z perspektywy zaburzeń komunikacji językowej u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami sprzężonymi*, Kraków: Wydawnictwo Libron.
- Borox T., Dassie Leite A.P., Bagarollo M.F., Freire de Alencar B.L., Człusniak G.R., 2018, *Speech production assessment of mouth breathing children with hypertrophy of palatines and/or pharyngeal tonsils*, „CEFAC”, Vol. 20(4), s. 468–476.
- Brown J.W., 1976, *The natural organization of language aphasia and lateralization*, „Brain and Language”, Vol. 3(4), s. 482–494.
- Colaizzi P.F., 1978, *Psychological research as a phenomenologist views it*, [w:] R.S. Valle, K. Mark (red.), *Existential phenomenological alternatives for psychology*, New York: Oxford University Press, s. 48–71.
- Corr Ch.A., 2021, *Elizabeth Kübler-Ross and the “Five Stages” Model in a Sampling of Recent American Textbooks*, „OMEGA – Journal of Death and Dying”, Vol. 82(2), s. 294–322, <https://doi.org/10.1177/0030222818809766>
- Eatough V., Smith J.A., 2017, *Interpretative phenomenological analysis*, [w:] C. Willig, W. Stainton-Rogers (red.), *Handbook of Qualitative Psychology*, London: Sage, s. 193–211.
- Ellis J.B., Hirsch J.K., 2000, *Reasons for living in parents of developmentally delayed children*, „Research in Developmental Disabilities”, Vol. 21(4), s. 323–327.
- Famuła-Jurczak A., 2020, *Społeczne konsekwencje zaburzenia komunikacji dzieci ze spektrum autyzmu*, [w:] L. Kataryńczuk-Mania (red.), *Emisja głosu w przestrzeni edukacyjnej, artystycznej i terapeutycznej*, Zielona Góra: Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego, s. 309–322.
- Giorgi A., 1971, *A phenomenological approach to the problem of meaning and serial learning*, „Duquesne Studies in Phenomenological Psychology”, Vol. 1, s. 88–100.

- Hess-Wiktor K., Opoczyńska-Morasiewicz M., 2014, *Przegląd metod badawczych stosowanych w ujęciu idiograficznym*, [w:] M. Opoczyńska-Morasiewicz (red.), *Poza zasadą powszechności: próby idiograficzne*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 167–191.
- Hitos S.F., Arakaki R., Solé D., Weckx L.L.M., 2013, *Oral breathing and speech disorders in children*, „Journal de Pédiatrie”, Vol. 89(4), s. 361–365.
- Hopkins R.M., Regehr G., Pratt D.D., 2016, *A framework for negotiating positionality in phenomenological research*, „Medical Teacher”, Vol. 39(1), s. 20–25, <https://doi.org/10.1080/0142159x.2017.1245854>
- Howlin P., Asgharian A., 1999, *The diagnosis of autism and Asperger syndrome: findings from a survey of 770 families*, „Developmental Medicine & Child Neurology”, Vol. 41(12), s. 834–839.
- Hycner R., 1985, *Some guidelines for the phenomenological analysis of interview data*, „Human Studies”, Vol. 8(3), s. 279–303, <https://doi.org/10.1007/BF00142995>
- Jachimowska K., 2018, *Od negocjacji do akceptacji – postawy rodziców wobec niepełnosprawności swojego dziecka*, [w:] E. Szkudlarek-Śmiechowicz, B. Cieśla (red.), *Negocjacja w języku, tekście, dyskursie*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 225–236.
- Jastrzębowska G., 2005, *Opóźnienie rozwoju mowy*, [w:] T. Gałkowski, E. Szelań, G. Jastrzębowska (red.), *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 360–378.
- Knapiek M., 2020, *Anatomiczne i fizjologiczne uwarunkowania opóźnienia rozwoju mowy: oddychanie i fonacja*, „Forum Logopedy”, nr 39, s. 5–10.
- Knapiek M., Kozioł-Kozakowska A., 2020, *Anatomiczne i fizjologiczne uwarunkowania opóźnienia w rozwoju mowy: jedzenie*, „Przegląd Logopedyczno-Pedagogiczno-Psychologiczny”, nr 2, s. 76–86.
- Kręcisiz-Plis E., 2020, *Zaangażowanie rodzicielskie a percepcja doświadczeń rodziców dziecka z chorobą przewlekłą*, „Niepełnosprawność”, nr 37, s. 265–287.
- Panasiuk J., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadku alalii i niedokształcenia mowy o typie afazji*, [w:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (red.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 309–348.
- Pilecki M., 2007, *Rodzinne brzemie zaburzeń w rozwoju*, „Sztuka Leczenia”, t. 14, nr 1–2, s. 59–67.
- Robertson S.B., Weismer S.E., 1999, *Effects of treatment on linguistic and social skills in toddlers with delayed language development*, „Journal of Speech, Language and Hearing Research”, Vol. 42, s. 1234–1248.
- Russ S.W., 2004, *Play in Child Development and Psychotherapy: Toward Empirically Supported Practice*, Mahwah–London: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Smith J., Flowers P., Larkin M., 2009, *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory method and research*, London: Sage.
- Stasiak J., 2014, *Alalia. Perspektywy opisu*, [w:] S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 337–360.
- Walker A., Tobbell J., 2015, *Lost Voices and Unlived Lives: Exploring Adults Experiences of Selective Mutism Using Interpretative Phenomenological Analysis*, „Qualitative Research in Psychology”, Vol. 12(4), s. 453–471, <https://doi.org/10.1080/14780887.2015.1054533>
- World Health Organization, 2001, *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health> (dostęp: 13.08.2024).

Renata Marciniak-Firadza  <https://orcid.org/0000-0001-6301-8820>

Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź
e-mail: renata.marciniak@uni.lodz.pl

Rola koordynatora/specjalisty w procesie diagnostyczno-terapeutycznym dziecka z mutyzmem wybiórczym (MW)

The Role of Keyworker/Specialist in the Diagnosis and Therapy of a Child with Selective Mutism (SM)

Słowa kluczowe: mutyzm wybiórczy, rola koordynatora/specjalisty, proces diagnostyczno-terapeutyczny

Keywords: selective mutism, role of keyworker/specialist, diagnosis and therapy

Streszczenie

Wszecstronna pomoc dziecku z MW powinna uwzględniać m.in. rolę koordynatora/specjalisty. Celem artykułu jest omówienie roli koordynatora/specjalisty w procesie diagnostyczno-terapeutycznym dziecka z mutyzmem wybiórczym, wskazanie obszarów jego oddziaływań i zadań, jakie przed nim stoją.

Oddziaływania terapeutyczne prowadzone przez koordynatora/specjalistę to m.in.: 1) koordynacja całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego; 2) wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa dziecka; 3) umożliwianie dziecku interakcji z innymi osobami; 4) wspieranie autonomii dziecka, jego prywatności, ale również sprawczości i samodzielności; 5) wzmacnianie poczucia kompetencji; 6) wzmacnianie otwartości na nowe doświadczenia i wyzwania; 7) przyzwolenie na doświadczanie przez dziecko niepowodzeń poprzez uczenie dziecka radzenia sobie z porażkami i niepowodzeniami; 8) wyrabianie, wzmacnianie u dziecka poczucia własnej wartości.

Świadomy swojej roli koordynator/specjalista, wyposażony w odpowiednią wiedzę dotyczącą zaburzenia, jakim jest mutyzm wybiórczy, mogący liczyć na współpracę z placówką edukacyjną, wychowawcami, nauczycielami i rodzicami dziecka z MW, może w sposób mądry i odpowiedzialny wspomóc dziecko w terapii lęku przed mówieniem.



© 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: 30.12.2023 r. Data przyjęcia: 16.03.2024 r.

Abstract

Wide-ranging assistance to a child with SM should comprise, among other things, the roles of the keyworker/specialist. The aim of this article is to discuss the role of keyworker/specialist in the diagnosis and therapy of a child with selective mutism to identify the areas of their influence and tasks which they face.

Therapeutic influence of a keyworker/specialist include: 1) coordinating the entire diagnostic and therapeutic process; 2) strengthening the child's sense of security; 3) enabling the child to interact with others; 4) supporting the child's autonomy, privacy, agency and independence; 5) strengthening the sense of competence; 6) fostering openness to new experiences and challenges; 7) allowing the child to experience failure by teaching the child to cope with defeat and setbacks; 8) developing and strengthening the child's sense of self-esteem.

A keyworker/specialist aware of his or her role and equipped with adequate knowledge of selective mutism can wisely and responsibly support a child in the treatment of speech anxiety, especially when they can count on the cooperation of the educational institution, educators, teachers and parents of a child with MW.

Wprowadzenie

Mutyzm wybiórczy (MW), zwany również selektywnym, jest zaburzeniem lękowym polegającym na wybiórczości mówienia, tzn. dziecko mówi w pewnych sytuacjach, a w innych milczy. Najczęściej zaburzenie to rozwija się we wczesnym dzieciństwie, między 3. a 5. rokiem życia [Bystrzanowska, Bystrzanowska, 2019].

Napięcie i lęk towarzyszące dziecku są tak intensywne, że w niektórych miejscach i w stosunku do niektórych osób dziecko nie jest w stanie wydobyć z siebie głosu.

Podstawowym celem terapii mutyzmu wybiórczego jest przywrócenie dziecku umiejętności werbalnego komunikowania się z innymi osobami w różnych sytuacjach społecznych [Bystrzanowska, Bystrzanowska, 2019].

W literaturze poświęconej mutyzmowi wybiórczemu mówi się o tzw. triadzie oddziaływań wobec dziecka z lękiem przed mówieniem, tzn. z dzieckiem z MW pracuje zespół, w skład którego wchodzi: koordynator/specjalista, nauczyciel oraz rodzic. Rodzic musi pracować w domu i poza nim, nauczyciel na lekcji powinien odpowiednio egzekwować wiedzę i wspierać dziecko, natomiast koordynator/specjalista kieruje całą terapią [Bystrzanowska, 2017].

Terapia powinna być prowadzona w miejscu występowania zaburzenia. Jeśli problemy z mówieniem występują w przedszkolu/szkole, to właśnie w tym miejscu należy prowadzić terapię. Lęk przed mówieniem trzeba przepracować nie tylko w każdym miejscu, w którym dziecko nie mówi, ale również w każdej sytuacji i z każdą osobą, wobec której dziecko milczy.

Z podjęciem działań terapeutycznych nie należy zwlekać. Nawet jeśli tylko podejrzewamy u dziecka mutyzm wybiórczy, od razu należy włączyć odpowiednie działania zmniejszające lęk. Diagnoza może poczekać, opinie, orzeczenia

z poradni psychologiczno-pedagogicznej również, ale wprowadzenie działań pomocowych czekać nie może, ponieważ to zaburzenie szybko się utrwała.

Celem artykułu jest omówienie roli koordynatora/specjalisty w procesie diagnostyczno-terapeutycznym dziecka z mutyzmem wybiórczym, wskazanie obszarów jego oddziaływań i zadań, jakie przed nim stoją.

Kto może być/zostać koordynatorem? Cechy dobrego koordynatora

Koordynator to osoba, która zbuduje z dzieckiem z mutyzmem wybiórczym bezpieczną relację, będzie je doglądała, będzie wdrażała uzgodnione strategie i koordynowała przepływ informacji między szkołą a rodziną dziecka, będzie pracowała nad wywołaniem i generalizacją mowy, nad wdrożeniem wyznaczonych celów, a także weźmie na siebie odpowiedzialność za całość działań terapeutycznych w placówce.

Koordynatorem może zostać specjalista pracujący w placówce, tj. psycholog, logopeda, pedagog szkolny, terapeuta specjalizujący się w terapii poznawczo-behawioralnej, ale też wychowawca, nauczyciel, nauczyciel wspomagający¹.

Podstawowym wymogiem dla specjalisty jest odbycie szkolenia na temat terapii dzieci z MW oraz wysoki poziom empatii do dziecka i zrozumienie tego zaburzenia [Bystrzanowska, 2017].

W przypadku gdy u osoby z MW współwystępują zaburzenia mowy i języka, wówczas najlepszym rozwiązaniem będzie wyznaczenie logopedy jako koordynatora. W sytuacji gdy mutyzmowi wybiórczemu współtowarzyszą poważne zaburzenia lękowe oraz inne zaburzenia psychiczne, wówczas terapią powinien zajmować się psycholog, a czasem także psychiatra [Bystrzanowska, 2017].

Jeśli natomiast dobry kontakt z dzieckiem w placówce ma pedagog i czuje się on na siłach podjąć się terapii dziecka z lękiem przed mówieniem, to on może być koordynatorem.

Koordynatora działań terapeutycznych w placówce wybiera (wyznacza) dyrektor we współpracy z rodzicem dziecka z MW. To właśnie na dyrekcji placówki spoczywa zapewnienie dziecku specjalistycznej opieki i wyznaczenie/wskazanie osób biorących w niej udział. Obowiązek ten wynika z przepisów ministerialnych i dokumentacji dostarczonej przez rodzica do placówki – dziecko z MW otrzymuje z poradni psychologiczno-pedagogicznej opinię o potrzebie wczesnego wspomaganie rozwoju (dziecko przedszkolne) bądź orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ze

¹ Czasami ze względu na brak kompetencji nie da się zapewnić koordynatora z ramienia placówki i wówczas rodzic sam musi podjąć się tej roli. Jednak nie zawsze rodzic-koordynator to dobry pomysł, ponieważ zdarza się, że obecność rodzica w placówce edukacyjnej może być czynnikiem, który podtrzymuje lęk.

względu na zagrożenie niedostosowaniem społecznym (uczeń). Te dokumenty obligują placówkę do zapewnienia dziecku specjalistycznej opieki.

Młodsze dzieci potrzebują regularnych kontaktów z koordynatorem w znanym miejscu, by stopniowo poczuć się pewnie i swobodnie w jego towarzystwie. Dlatego też sesje muszą się odbywać w domu albo w przedszkolu/szkole z osobą, która jest częścią codziennych zajęć dziecka – korzystniej, gdy koordynator to osoba w jakiś sposób związana z grupą/klasą dziecka, a nie ktoś, kogo widuje ono wyłącznie na indywidualnych sesjach [Johnson, Wintgens, 2018].

Dobry koordynator to osoba, która [Johnson, Wintgens, 2018; Czwarney, 2020]:

- 1) dobrze zna zaburzenie, jakim jest mutyzm wybiórczy i zalicza je do kategorii zaburzeń lękowych;
- 2) nie myli mutyzmu z nieśmiałością, autyzmem, depresją czy problemami behawioralnymi, takimi jak potrzeba kontrolowania innych ludzi;
- 3) bada alternatywne wyjaśnienia niemożności mówienia i jeśli zachodzi taka potrzeba, kieruje dziecko do specjalistów z innych dziedzin;
- 4) potrafi rozpoznać czynniki przyczyniające się do mutyzmu i podtrzymujące go, szukając potwierdzenia dla diagnozy, a także wskazać punkt wyjścia odpowiedniej interwencji;
- 5) zna zasady terapii tego zaburzenia;
- 6) rozumie, że terapia mutyzmu wybiórczego wymaga działania małymi krokami, tak by umożliwić dziecku zapanowanie nad lękiem przed mówieniem w różnych miejscach i sytuacjach;
- 7) ma łagodny temperament, umie wykazać się opanowaniem i zachować pozytywne nastawienie, nawet gdy odczuwa niepokój, frustrację, że terapia jest długotrwała i mozolna;
- 8) jest pewna siebie – lęk koordynatora przed porażką wstrzymuje postępy dziecka;
- 9) akceptuje dziecko z MW, rozumiejąc problemy, z jakimi się ono zмага;
- 10) jest lubiana przez dziecko i cieszy się jego zaufaniem;
- 11) ma umiejętność nawiązywania relacji z dzieckiem, rodziną dziecka, nauczycielami;
- 12) pozwala sobie na błędy, ma poczucie humoru, potrafi dobrze się bawić i śmiać z samej siebie;
- 13) sprawia, że dziecko czuje, iż szacunek jest obopólny;
- 14) prosi o pomoc, gdy jej potrzebuje;
- 15) ciągle się doksztalca w zakresie mutyzmu wybiórczego, śledzi najnowszą literaturę;
- 16) celebryje osiągnięcia dziecka;
- 17) kiedy dziecko nie mówi lub nie współpracuje, nie odbiera tego osobiście, lecz wczuwa się w niepokój dziecka i zastanawia się, jak obniżyć ten niepokój następnym razem;

- 18) charakteryzuje się poczuciem taktu (np. unika rozmów z rodzicami przy dziecku, ostrożnie dobiera słowa przy dziecku i przy rodzicach, stwarza atmosferę, w której dziecko nie czuje presji związanej z mówieniem);
- 19) cechuje się empatią w pracy z dzieckiem z MW, jego rodziną i nauczycielami; nie ocenia dziecka, ale pomaga mu znaleźć przestrzeń, w której poczuje się bardziej swobodnie i bez presji podejmie kolejne próby;
- 20) cechuje się szczególną wrażliwością, konieczną do zauważenia potrzeb dziecka oraz jego ukrytych i niespełnionych pragnień w zakresie komunikacji;
- 21) jest uważna w słuchaniu i patrzeniu (np. „wyłapuje” od rodziców wszelkie informacje na temat ich dziecka, zwraca uwagę na jakość głosu dziecka, wnikliwie, ale dyskretnie obserwuje mowę ciała dziecka z MW);
- 22) ma umiejętność dokładnej analizy sytuacji dziecka (specjalista powinien podać dokładnej analizie trudności dziecka, powinien działać z rozważą, bez pośpiechu szukając obszarów, nad którymi trzeba pracować małymi krokami, nie stosując metody rzucania dziecka lękowego na „głęboką wodę”);
- 23) ma umiejętność odkrywania pasji dziecka (planując spotkanie, warto przemyśleć zakres tematyczny, w którym można sprawić, by pacjent poczuł się bezpiecznie, a zarazem, aby był zainteresowany zajęciami; bezcenna jest przy tym pomoc rodziców);
- 24) nie angażuje się emocjonalnie w nadmiernym stopniu i nie jest zaborcza;
- 25) ma świadomość tego, że dziecko z MW potrzebuje właściwej pomocy w miejscu występowania problemu z mówieniem;
- 26) nie krytykuje dziecka za brak zachowań werbalnych;
- 27) nie „odpuszcza” dziecku na zasadzie: „trudno, nie mówisz, to nie mówisz”.

Rola koordynatora/specjalisty w procesie diagnostyczno-terapeutycznym dziecka z mutyzmem wybiórczym

Przed koordynatorem/specjalistą stoi wiele ważnych zadań w zakresie: koordynacji całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, zapewnienia dziecku poczucia bezpieczeństwa pozwalającego na jego swobodne funkcjonowanie w placówce edukacyjnej, interakcji dziecka z innymi, jego autonomii, poczucia kompetencji, otwartości dziecka na nowe doświadczenia i wyzwania, przyzwolenia na doświadczanie niepowodzeń czy wreszcie poczucia własnej wartości. Podziału na obszary zadań dokonano głównie na podstawie publikacji Barbary Ołdakowskiej-Żyłki i Katarzyny Grąbczewskiej-Różyckiej [2017; por. też Skoczek, 2015; Bystrzanowska, 2017; Johnson, Wintgens, 2018; Bystrzanowska, Bystrzanowska, 2019]:

- I. W zakresie koordynacji całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego koordynator/specjalista:
 1. Zdobywa wiedzę na temat zaburzenia, uczestniczy w szkoleniach, sięga po specjalistyczną literaturę.
 2. Po miesiącu niemówienia przez dziecko w placówce informuje o tym fakcie jego rodziców.
 3. Na bieżąco wspiera rodziców i nauczycieli dziecka z MW, prowadzi szkolenia całej kadry w danej placówce i inicjuje spotkania grup samopomocowych (grup wsparcia).
 4. Przygotowuje pisemną charakterystykę dziecka wraz z wyjaśnieniami dotyczącymi mutyzmu wybiórczego i właściwego zaspokajania jego potrzeb oraz aktualizuje ten dokument, jeśli zajdzie taka konieczność i przekazuje go zarówno nowym, jak i tymczasowym pracownikom, którzy będą zajmować się dzieckiem.
 5. Nawiązuje dobre relacje z dzieckiem, aktywnie poszukuje sposobów komunikacji z nim i wypracowuje je, uwzględnia indywidualne zainteresowania dziecka z MW oraz jego mocne strony.
 6. Przygotowuje dziecko do funkcjonowania w nowej placówce:
 - a) zapoznaje dziecko z budynkiem placówki, pomieszczeniami w nim;
 - b) zapoznaje dziecko z kadrą pedagogiczną w jak najmniej formalnych okolicznościach;
 - c) stara się zapewnić dziecku komfortowe warunki przebywania w placówce.
 7. Ustala ogólny plan terapeutyczny – w planowaniu terapii korzysta z różnych źródeł informacji:
 - a) z informacji od rodziców: wywiad, dane z wypełnionego przez rodziców kwestionariusza;
 - b) z informacji od nauczycieli: dane z wypełnionego przez nauczycieli kwestionariusza;
 - c) z diagnozy specjalistycznej nieformalnej bądź formalnej;
 - d) z zaleceń zawartych w opinii/orzeczeniu z poradni psychologiczno-pedagogicznej.
 8. Ustala plan szczegółowy z rodzicami, nauczycielami dziecka i wdraża go z całym zespołem w życie w domu, w placówce i w każdym miejscu niekomfortowym dla dziecka:
 - a) wspólnie z nauczycielem i rodzicem ustala mapę mówienia i miejsca, w których dziecko nie mówi i tworzy szczegółowy plan działania;
 - b) stosuje zasadę stopniowania trudności i przystępności, przekazywane treści dostosowuje do problemów, możliwości komunikacyjnych i wieku dziecka z MW;
 - c) w razie potrzeby aranżuje wprowadzenie dodatkowych strategii mających na celu wspieranie samodzielności.

- Najsukuteczniejszymi metodami terapii MW są metody poznawczo-behawioralne i behawioralne, które pomagają dziecku aktywować mowę i ją generalizować. Do technik w ramach tych metod należą:
- d) wygaszanie bodźca – w tej technice nie zmienia się treść ćwiczeń, ale zmieniają się osoby, z którymi dziecko rozmawia, lub otoczenie, w którym odbywają się ćwiczenia; jeśli ćwiczenie jest odpowiednio zaplanowane i podzielone na bardzo małe etapy, wtedy nazywamy to metodą „małych kroków” (ang. *sliding in*); należą tu też: metoda 5 sekund, metoda „od chóru do solo” i tzw. technika trójkąta;
 - e) „modelowanie” – w tym przypadku nacisk położony jest na mowę; dziecko zaczyna od komunikatów niewerbalnych kierowanych do koordynatora, a następnie zaczyna komunikować się werbalnie, stopniowo zwiększając wysiłek artykulacyjny, kontakt wzrokowy, długość sylab, słów czy zdań;
 - f) „desensytyzacja” (zmniejszanie intensywności reakcji lękowej) – dziecko przyzwyczaja się do myśli o robieniu tego, co było dla niego niemożliwe, ale za pomocą mniej przerażających je ćwiczeń, które są związane z tą czynnością, np. pozwala nauczycielowi i uczniom usłyszeć swój nagrany głos lub rozmawia ze swoimi kolegami i koleżankami najpierw przez telefon, zanim zacznie rozmawiać z nimi twarzą w twarz; do tej techniki należy również m.in. teatroterapia.
9. Koordynuje plan edukacyjny dziecka wraz z odpowiednimi celami i strategiami oraz spotkaniami poglądowymi. Po zebraniu wszystkich informacji koordynator wraz z pozostałym zespołem:
- a) określa mocne i słabe strony dziecka;
 - b) nazywa główne problemy;
 - c) ustala bliższe i dalsze cele działania, aby ukierunkować pracę całego zespołu;
 - d) przydziela konkretne działania rodzicom i nauczycielom;
 - e) wie, że terapia powinna być zaplanowana i omówiona z całym zespołem oraz innymi pracownikami szkoły, żeby każdy wiedział, jaką rolę ma odgrywać w tym procesie; dziecko i terapeuta nie zmieniają sytuacji, jeśli rodzice nie będą stosować się do zaleceń, a nauczyciele nie wprowadzą pewnych modyfikacji;
 - f) wie, że aby wskazówki specjalisty były skuteczne, powinien ich udzielać systematycznie podczas regularnych spotkań służących śledzeniu i aktualizacji celów i strategii terapeutycznej.
10. Zapewnia wspólne podejście do mutyzmu wybiórczego we wszystkich miejscach, w których przebywa dziecko – stwarza odpowiednie warunki dla rodzica i nauczyciela w celu wykonania zadania.
11. Jest w kontakcie z rodzicami i nauczycielami/wychowawcami dziecka:
- a) koordynuje przepływ informacji między placówką a rodziną dziecka z MW;
 - b) informuje o postępach dziecka czy niepokojących sytuacjach;

- c) przeznaczają odpowiednią ilość czasu na przekazywanie informacji, wspólne planowanie i monitorowanie postępów dziecka, tak aby nie utracić jego zaangażowania i nie dopuścić do porzucenia programu interwencji;
 - d) pomagają rodzicom i nauczycielom zmieniać ich postawy tam, gdzie to jest wskazane.
12. Współpracuje z innymi specjalistami (np. psychiatrą, terapeutą integracji sensorycznej). Włączenie w terapię psychologa lub innych specjalistów z dziedziny zdrowia psychicznego może przynieść korzyści także rodzicom i rodzeństwu dziecka, ponieważ pomogą oni przepracować wpływ mutyzmu wybiórczego i lęku na całą rodzinę.
 13. Jeżeli dziecko nie ma współistniejących zaburzeń i trudności, ogranicza do minimum kontakt z innymi specjalistami oraz uczestnictwo w dodatkowych zajęciach, a szczególnie w tych, w czasie których dziecko nie rozmawia.
 14. Zaleca konsultację lekarską, jeśli występują u dziecka z MW zaburzenia w sferze zdrowotnej.
 15. Jeśli jest taka potrzeba, podejmuje kwestie dodatkowych trudności dziecka, takich jak fobia społeczna, problemy z komunikowaniem się czy uczeniem.
 16. W przypadku dzieci ze współistniejącymi zaburzeniami, np. ze spektrum autyzmu, w terapii uwzględnia specyfikę funkcjonowania dziecka.
 17. Może organizować sesje indywidualne poświęcone pracy nad lękami dziecka oraz sesje terapii rodzinnej. Sesje dla rodziców mają na celu omówienie strategii radzenia sobie z zachowaniem dziecka czy konsekwencji w wyznaczaniu granic.
 18. Wie, że niewłaściwie prowadzona terapia w placówce może spowodować nasilenie lęku i wycofanie się z komunikacji lub pojawienie się szeptu w środowisku domowym.
- II. W zakresie poczucia bezpieczeństwa (komfort psychiczny i fizyczny pozwalający na możliwie swobodne funkcjonowanie w placówce edukacyjnej) koordynator/specjalista:
1. Buduje pomost pomiędzy bezpiecznym środowiskiem (domem) a nowym otoczeniem (przedszkolem/szkołą):
 - a) stara się nawiązać z dzieckiem przyjazną relację w bezpiecznych warunkach;
 - b) odwiedza dziecko w jego domu;
 - c) daje dziecku do zrozumienia, że lubi jego towarzystwo;
 - d) nie poddaje się, mimo że nawiązanie relacji wymaga czasu;
 - e) pamięta o tym, że dzieci z mutyzmem wybiórczym potrzebują i chcą kontaktu z innymi;
 - f) nawiązuje współpracę z placówką edukacyjną dziecka; terapia prowadzona w placówce przez specjalistę odbywa się we współpracy z rodzicami jako koterapeutami;
 - g) uprzedza personel placówki, że będzie miał do czynienia z dzieckiem z MW;

- h) współpracuje z wychowawczynią, ze wszystkimi nauczycielami i osobami, z którymi dziecko ma kontakt, np. z paniami w świetlicy szkolnej, z biblioteki, z panią woźną, pielęgniarką szkolną, opiekunem ze szkolnego autobusu itp.; ustala z tymi osobami jak działać, jak reagować w poszczególnych sytuacjach, jak wspierać dziecko z MW;
- i) przekazuje wszystkim osobom mającym kontakt z dzieckiem materiały zawierające podstawowe wiadomości na temat zaburzenia, w szczególności wskazówki, w jaki sposób można dziecku pomóc, zmniejszając jego lęk;
- j) przekazuje informacje o zachowaniach niedopuszczalnych, które mogą pogłębiać objawy lękowe (tzw. czynnikach podtrzymujących); w szczególności nie wolno wywierać na dziecku presji, wymuszać mówienia przekupywaniem czy ośmieszaniem go;
- k) pozbywa się w placówce czynników podtrzymujących lęk;
 - l) sprawdza, czy jakieś wydarzenia, do których doszło w innym miejscu, nie wytrąciły dziecka z równowagi – jeśli tak, to koniecznie się nimi zajmuje.
- 2. Dbą o komfort psychiczny dziecka – tylko wtedy będzie ono czerpało korzyści z nauki w placówce:
 - a) oswaja dziecko z nowymi miejscami, w których będzie musiało funkcjonować;
 - b) pokazuje, jak wygląda życie w przedszkolu/szkole;
 - c) oswaja dziecko z myślą, że rozpocznie nowy, ciekawy etap (np. zabawa w przedszkole, szkołę, czytanie książeczek na ten temat itp.);
 - d) dostrzega lęk dziecka i zwraca na niego uwagę; sprawia, by czynności były bardziej dla dziecka znośne, pomaga mu mierzyć się z lękiem;
 - e) pokazuje dziecku, jak można sobie radzić z lękiem, pomaga dziecku w wyrażaniu uczuć;
 - f) zapewnia dziecku, że mutyzm wybiórczy nie trwa wiecznie; skupia się na zasadniczym fundamencie mowy – na spędzaniu wspólnie czasu w wesołej atmosferze, ze śmiechem, grami, wspólnymi projektami, aktywnością fizyczną, ulubionymi filmami itp.;
 - g) pomaga dziecku zrozumieć, że pewien poziom lęku jest normalny i nawet on ustępuje, gdy wypróbujemy i oswoimy nieznanne;
 - h) pomaga w poznawaniu świata innych ludzi jako miejsca, które jest dla dziecka bezpieczne i przyjazne;
 - i) umożliwia dziecku angażowanie się w czynności i zajęcia w różnych miejscach, dbając przy tym o to, by jego lęk utrzymywał się na minimalnym poziomie; gdy dziecko pozna dobrze otoczenie i bywa w nim wielokrotnie, jest w stanie brać udział w rozmaitych działaniach dłużej i z większym zaangażowaniem; lęk przed mówieniem trzeba przepracować w każdym miejscu, w każdej sytuacji i z każdą osobą, wobec której dziecko milczy;

- j) rozpoznaje bodźce wywołujące lęk i przepracowuje je z dzieckiem jedną z następujących metod:
- zapewnienie pomocy poprzez wcześniejsze przygotowanie lub próbę;
 - zmiana zachowań innej osoby lub jej specyficznej praktyki;
- k) oswaja inne (poza mówieniem) lęki dziecka, np. lęk przed pająkami, lęk przed wyjściem z domu, lęk przed nowymi sytuacjami, lęk przed robakami itp.;
- l) pozwala dziecku mieć przy sobie coś, co je uspokoi (jakąś rzecz od mamy, ulubioną zabawkę).
3. Dbą o strukturę pracy z dzieckiem (program dnia), która daje mu poczucie bezpieczeństwa. Przygotowuje dziecko na sytuacje, w których może jej zabraknąć (na przykład zastępstwo nauczyciela, wycieczka, bal, przedstawienie) i ma na względzie to, że może wtedy potrzebować pomocy nauczyciela:
- a) przedstawia dziecku plan dnia (np. na plakacie);
 - b) opisuje, co będzie się działo, jeśli któryś dzień będzie inny niż zwykle (np. wizyta w nowym miejscu, wycieczka szkolna);
 - c) wie, że dzięki jasnym granicom dziecko zyskuje poczucie bezpieczeństwa i stabilizację;
 - d) tak aranżuje plan zajęć, by dziecko z MW mogło regularnie spędzać czas z przyjaciółmi, rówieśnikami i by swobodnie z nimi rozmawiało (bez udziału innych osób).
4. Uśmiewa się, wykorzystuje swoje poczucie humoru:
- a) wie, że uśmiech to najlepszy sposób, by dać dziecku do zrozumienia, że wszystko jest w porządku;
 - b) wie, że poczucie humoru redukuje napięcie;
 - c) zapewnia dziecku atmosferę pełną zrozumienia, rozumie, że zacznie ono mówić wtedy, kiedy jego lęk obniży się do poziomu, nad którym potrafi zapanować.
5. Pokazuje dziecku, że różne osoby mogą być dla niego „kotwicą bezpieczeństwa” – nie odmawia dziecku wsparcia, jednak uczy je poszukiwania pomocy wśród różnych osób, np. u członków rodziny, u nauczyciela lub kolegi.
- III. W zakresie komunikacji (interakcje z innymi) koordynator/specjalista:
1. Przybliży innym dzieciom sytuację dziecka z mutyzmem wybiórczym, by wiedziały, jak zachowywać się w stosunku do niego (robi to w porozumieniu z dzieckiem, także z pomocą rodzica):
 - a) wyjaśnia w prostych słowach, czym jest mutyzm wybiórczy;
 - b) wyjaśnia innym dzieciom, że milczenie ich kolegi wynika z trudności z mówieniem, a nie z braku kultury, i że dziecko potrzebuje ich wsparcia;
 - c) informuje o problemach i trudnościach dziecka oraz o zachowaniach pomocnych i niepożądanych;

- d) z wycuciem uczy inne osoby, co pomaga, a co szkodzi dziecku z MW; wyjaśnia im, jakie kroki należy podjąć, by nawiązać relację z ich dzieckiem.
2. Umożliwia dziecku uczestniczenie w sytuacjach społecznych:
 - a) oswaja dziecko z kontaktem z innymi ludźmi;
 - b) uczy dziecko wzorców zachowań społecznych – tego, jak się zachowywać wśród innych ludzi;
 - c) stopniowo, ale konsekwentnie wystawia dziecko na sytuacje społeczne, nieunikanie ludzi;
 - d) pokazuje dziecku, jak radzić sobie w społecznych sytuacjach;
 - e) uczy dziecko właściwego używania mowy we wszystkich sytuacjach społecznych.
 3. Oswaja dziecko z nowymi osobami w bezpiecznym otoczeniu:
 - a) stwarza okazje do obserwowania i ćwiczenia interakcji społecznych;
 - b) otwiera świat dziecka na kontakt z innymi osobami.
 4. Nie wywiera presji na mówienie, jednak oczekuje od dziecka mówienia i daje mu ku temu okazje:
 - a) dba o usunięcie presji na mówienie przez wszystkie osoby w najbliższym i dalszym otoczeniu dziecka;
 - b) nie oczekuje, że dziecko będzie robić postępy szybciej, niż jest w stanie;
 - c) informuje otoczenie, że nikt nie powinien odbierać milczenia dziecka osobiście, wygłaszać nieprzyjemnych komentarzy ani naciskać, by mówiło;
 - d) daje dobry przykład – zawsze pozdrawia dziecko z MW, włącza je w różne zajęcia, wykorzystuje jego mocne strony;
 - e) nie zachęca dziecka do szeptania lub gestykulowania, bo może w ten sposób hamować jego postępy w przedszkolu/szkole, ponieważ zwiększa się wówczas zależność dziecka od rodziców, a także wzmacniane są wzorce unikania;
 - f) daje dziecku czas na odpowiedź; stosuje zasadę pięciu sekund (dawanie szansy i czasu na odpowiedź); w razie zbyt dużego strachu przed udzieleniem odpowiedzi zamienia pytanie na zamknięte i umożliwia odpowiedź niewerbalną, żeby nie wzbudzać w dziecku poczucia porażki;
 - g) zachęca dziecko do wspólnej rozmowy poprzez zadawanie pytań;
 - h) daje dziecku możliwość towarzyszenia przy rozmowach na tematy, które są dla niego bliskie i zrozumiałe;
 - i) jest otwarty na to, by słuchać, kiedy dziecko zechce znowu mówić;
 - j) zapewnia dziecku monitorowanie jego gotowości do podejmowanych konkretnych celów związanych z mówieniem.
 5. Pomaga w nawiązywaniu relacji rówieśniczych:
 - a) dowiaduje się, czy dziecko chciałoby nawiązać kontakt z kimś z klasy/grupy;
 - b) pomaga mu podejść do innych dzieci;
 - c) bawi się razem z nimi;

- d) uczy inne dzieci komunikowania się z dzieckiem, któremu trudno jest mówić;
 - e) pokazuje, jak dzieci mają się zachować w sytuacji, gdy widzą, że milczące dziecko potrzebuje pomocy, a nie jest w stanie o nią poprosić.
6. Korzysta z pomocy adwokata/suflera/pośrednika:
- a) traktuje tę pomoc jako etap w dążeniu do bezpośredniej komunikacji z dzieckiem;
 - b) dba o to, by „adwokat” nie wyręczał dziecka;
 - c) ma na względzie także komfort „adwokata”, który może czuć się niekiedy przytłoczony swoją odpowiedzialną rolą.
7. Stopniowo powiększa krąg osób, z którymi dziecko jest w kontakcie:
- a) dowiaduje się, z kim dziecko chciałoby się zaprzyjaźnić;
 - b) zachęca inne dzieci do kontaktu;
 - c) pomaga dziecku doskonalić umiejętności społeczne;
 - d) pomaga w generalizacji mowy na inne osoby i miejsca, z włączeniem szerszej społeczności.
- IV. W zakresie autonomii koordynator/specjalista:
1. Wspiera sprawczość i samodzielność dziecka. Pokazuje mu, że może mieć wpływ na to, co je otacza:
- a) pozwala dziecku podejmować decyzje, dokonywać wyborów w określonych kwestiach;
 - b) stanowi dla dziecka solidne oparcie w dążeniu do samodzielności, pozwala mu na samodzielne decydowanie o kształcie otaczającej go rzeczywistości i przebiegających w nim wydarzeniach;
 - c) zachęca dziecko do rozwijania niezależności, co może zredukować u niego poziom lęku w nowych sytuacjach społecznych;
 - d) przekazuje dziecku kolejne obowiązki, na miarę jego możliwości;
 - e) pozwala mu poradzić sobie z wyzwaniem samodzielnie, nawet jeśli to potrwa dłużej lub nie zostanie zrobione idealnie.
- V. W zakresie poczucia kompetencji koordynator/specjalista:
1. Stawia przed dzieckiem wyzwania i zadania, którym ono będzie w stanie podołać. Nic nie podbudowuje lepiej niż poczucie bycia docenionym – przydziela dziecku zadania, które niekoniecznie będą stawiały je w sytuacji testowej, ale sprawią, że nauczy się czegoś nowego.
2. Pomaga nauczycielowi wypracowywać metody współpracy z dzieckiem, dotyczące np. sposobu zgłaszania się przy sprawdzaniu listy obecności czy sposobu udzielania odpowiedzi na forum grupy.
3. Zabiega o to, by metody sprawdzania wiedzy i umiejętności w szkole/przedszkolu były dostosowane do możliwości dziecka (ich celem jest sprawdzenie wiedzy, a nie odwagi dziecka).
4. Wdraża sprzyjające strategie radzenia sobie z zaburzeniem.

5. Docenia dziecko, ale powstrzymuje się od chwaleń go wprost oraz od nadmiernego chwaleń go w obecności innych osób, co może je peszyć.
 6. Zauważa nawet pozornie małe sukcesy:
 - a) wie, że osiągnięciami mogą być nawet tak małe rzeczy jak spojrzenie w oczy, uśmiechnięcie się, wyjście na korytarz podczas przerwy, zjedzenie bułki z innymi dziećmi, przebranie się na zajęcia z gimnastyki;
 - b) zachęca dziecko do zrobienia albumu sukcesów, w którym będzie odnotowywało swoje osiągnięcia za pomocą pisania, rysowania, naklejek;
 - c) wie, że dziecko z MW powinno być obiektywnie nagradzane, nie stosuje przekupstwa typu „jak powiesz, to dostaniesz nagrodę”.
 7. Dąży do tego, by warunki nauki/zabawy w jak największym stopniu ujawniały możliwości dziecka:
 - a) organizuje pracę w małych grupach;
 - b) poszukuje dla dziecka kolegi, który mógłby być jego „kotwicą bezpieczeństwa”, „advokatem”.
 8. Podwyższa samoocenę dziecka i pewność siebie, poczucie samokontroli i poczucie kontroli środowiska, zwiększa zaufanie dziecka do samego siebie.
 9. Dowiaduje się, czym interesuje się dziecko z MW, prosi je, by nauczyło koordynatora/specjalistę nowych umiejętności. Pokazując, że potrzebuje pomocy dziecka z MW, wzmacnia jego poczucie wartości i kompetencji.
- VI. W zakresie otwartości na nowe doświadczenia i wyzwania koordynator/specjalista:
1. Pamięta, że celem jest komunikacja werbalna, nie przestaje więc na komunikacji za pomocą gestów czy prostych dźwięków – stopniowo proponuje coraz bardziej zaawansowane sposoby komunikacji: obrazek, pisanie, gest, dźwięk instrumentu, mówienie (na ucho, za pośrednictwem kolegi, mówienie głośne).
 2. Docenia otwartość, spontaniczność, kreatywność dziecka:
 - a) wie, że nie wszystkie zadania muszą polegać na perfekcyjnym wykonaniu, które buduje dodatkowe napięcie;
 - b) zachęca dziecko do ekspresji w zajęciach plastycznych, muzycznych i ruchowych.
 3. Zwraca uwagę na to, jak dziecko czuje się podczas przerw lub w świetlicy. Nieustrukturyzowany czas może być tylko pozornie swobodny. Zazwyczaj okazuje się on trudny, ponieważ wymaga większej otwartości i spontaniczności:
 - a) pomaga dziecku włączyć się do zabawy;
 - b) pozwala spędzić przerwę w cichym miejscu, w towarzystwie innych dzieci;
 - c) towarzyszy dziecku, gdy nie czuje się ono gotowe na kontakt z innymi dziećmi.

4. Pokazuje dziecku, że warto próbować nowych rzeczy. Dzięki nim życie staje się ciekawsze – zauważa, chwali i celebrytuje odwagę dziecka w próbowaniu nowych zajęć.
- VII. W zakresie przyzwolenia na doświadczanie niepowodzeń koordynator/specjalista:
1. Uczy dziecko radzić sobie z porażkami i niepowodzeniami:
 - a) powstrzymuje się od krytyki popełnionych przez dziecko błędów;
 - b) nie wyciąga konsekwencji wobec dziecka za to, że nie mówi, ale wspiera dziecko w naprawianiu błędów i docenia jego wytrwałość;
 - c) nie zawstydzia i nie strofuje dziecka, aby nie zwiększać jego lęku.
- VIII. W zakresie poczucia własnej wartości (szacunek, pomimo posiadanych słabości) koordynator/specjalista:
1. Uwzględnia zdanie dziecka we wspólnych ustaleniach (korzysta także z pomocy rodzica, nauczyciela) – wie, że dziecko powinno mieć poczucie, że jest bardzo ważnym uczestnikiem działań; zwiększy to jego motywację do pracy i poczucie odpowiedzialności za kolejne wyzwania.
 2. Zachęca dziecko do rozwijania pewności siebie, poczucia własnej wartości, co może zredukować u niego poziom lęku w nowych sytuacjach społecznych.
 3. Wzmacnia pewność siebie dziecka poprzez umożliwienie zdobywania przez nie nowych umiejętności, stawianie wymagań i wyzwań stosownie do wieku i możliwości dziecka, chwalenie oraz nagradzanie za postępy.
 4. Włącza dziecko we wszelkie działania i czynności, z jednoczesnym wzmacnianiem jego wiary w siebie i podnoszeniem samooceny.
 5. Zabiega o to, by również w przedszkolu/szkole wzmacniano w dziecku wiarę w siebie, poczucie własnej wartości.

Podsumowanie

Aby terapia wygaszania bodźca lękowego (ang. *sliding in*) przyniosła skutek, niezbędne jest m.in. zaangażowanie się w ten proces koordynatora/specjalisty.

Rolę koordynatora/specjalisty upatruję głównie:

- 1) w koordynacji całego procesu diagnostyczno-terapeutycznego;
- 2) we wzmacnianiu poczucia bezpieczeństwa dziecka;
- 3) w umożliwianiu dziecku interakcji z innymi osobami;
- 4) we wspieraniu autonomii dziecka, jego prywatności, ale również sprawczości i samodzielności;
- 5) w umacnianiu poczucia kompetencji;
- 6) w podbudowywaniu otwartości na nowe doświadczenia i wyzwania;
- 7) w przyzwoleniu na doświadczanie przez dziecko niepowodzeń poprzez uczenie go radzenia sobie z porażkami i niepowodzeniami;
- 8) w wyrabianiu, wzmacnianiu u dziecka poczucia własnej wartości.

Świadomy swojej roli koordynator/specjalista, wyposażony w odpowiednią wiedzę dotyczącą zaburzenia, jakim jest mutyzm wybiórczy, mogący liczyć na współpracę z placówką edukacyjną, wychowawcami, nauczycielami i rodzicami dziecka, może w sposób mądry i odpowiedzialny wspomóc dziecko w terapii lęku przed mówieniem.

Literatura

- Bystrzanowska M., 2017, *Mutyzm wybiórczy. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i specjalistów*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Bystrzanowska M., Bystrzanowska E. (red.), 2019, *Mutyzm wybiórczy. Skuteczne metody terapii*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Czwarney M., 2020, *Profil specjalisty przyjaznego dziecku z mutyzmem wybiórczym*, „Forum Logopedy”, nr 40, s. 30–32.
- Johnson M., Wintgens A., 2018, *Mutyzm wybiórczy. Kompendium wiedzy*, Gdańsk, Wydawnictwo Universalis.
- Ołdakowska-Żyłka B., Grąbczewska-Różycka K., 2017, *Mutyzm wybiórczy. Strategie pomocy dziecku i rodzinie*, Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Skoczek A., 2015, *Mutyzm. Zagadnienia teorii i praktyki*, Kraków: Akademia Ignatianum, Wydawnictwo WAM.

Rafał Młyński  <https://orcid.org/0000-0001-9069-0612>

Uniwersytet Jagielloński, Wydział Polonistyki, Instytut Glottodydaktyki Polonistycznej, Zakład Logopedii, ul. Romana Ingardena 3
30-060 Kraków, e-mail: rafal.mlynski@uj.edu.pl

Logopedyczna ocena dwujęzyczności dziecięcej w kontekście ICF

Speech Therapy Assessment of Childhood Bilingualism
in the Context of ICF

Słowa kluczowe: ICF, dwujęzyczność, LEAP-Q, model RIOT, metoda biografii językowej, diagnoza

Keywords: ICF, bilingualism, diagnosis, LEAP-Q, the linguistic biography model, the RIOT model

Streszczenie

Artykuł stanowi propozycję ujęcia diagnozy logopedycznej dwujęzyczności dziecięcej w stanie normatywnym według założeń Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Autor przedstawia teoretyczne założenia swojej propozycji, tzn. rozumienie pojęcia „osoba dwujęzyczna”, polskie badania logopedyczne osób bilingwalnych, klasyfikację ICF oraz polskie publikacje opierające się na omawianej klasyfikacji. Przytacza trzy elementy diagnozy, tj. model RIOT, użycie kwestionariusza LEAP oraz metody biografii językowej i wyróżnia z nich części łączące się bezpośrednio z czynnikami kontekstowymi według ICF.

Abstract

The paper is a proposal for the speech therapy diagnosis of children's bilingualism in a normative condition according to the assumptions of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). The author presents the theoretical assumptions of his proposal, i.e. understanding the concept of a 'bilingual person.' Polish research on bilingual persons, the ICF classification and Polish publications based on the classification in question. The following sections present three elements of the diagnosis, i.e. the RIOT model, the use of the LEAP questionnaire and the linguistic biography method, and distinguish parts that are directly related to contextual factors according to the ICF.



© 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: 3.04.2024 r. Data przyjęcia: 8.07.2024 r.

Wprowadzenie

Bilingwizm polsko-obcy stał się przedmiotem zainteresowania terapeutów-praktyków i logopedów-badaczy (por. poniższy przegląd literatury). Coraz częstsza obecność osób (głównie dzieci) dwujęzycznych w gabinetach logopedycznych wymaga zaktualizowania procedur postępowania logopedycznego. W ich ramach zawiera się profilaktyka, diagnoza, programowanie terapii oraz terapia [Grabias, 2008]. Niniejsze ujęcie to przedstawienie wzorca diagnostycznego, który można zastosować wobec dzieci dwujęzycznych neurotypowych oraz tych z zaburzonym rozwojem, kwestionariusza LEAP oraz metody biografii językowej i osadzenie ich w ramach Międzynarodowej Klasyfikacji Niepełnosprawności, Funkcjonowania i Zdrowia (ang. *International Classification of Functioning, Disability and Health* – ICF). Klasyfikacja ta jest swoistym narzędziem umożliwiającym komunikację między specjalistami zajmującymi się szeroko pojętym dobrostanem jednostki będącej pod wpływem personalnych uwarunkowań biopsychospołecznych [WHO, 2001].

Prezentowany tekst na wstępie porusza zagadnienie kluczowe dla polskiego logopedy-diagnosty, czyli bilingwizm indywidualny – jego definiowanie oraz krótki przegląd logopedycznych badań jakościowych będących studiami przypadków. W dalszej części przedstawione zostaną główne założenia klasyfikacji ICF, jej wykorzystanie w polskiej logopedii, a także międzynarodowa procedura diagnostyczna RIOT. Teoretyczną refleksję zakończy próba połączenia RIOT, funkcjonalności LEAP i charakterystyki metody biografii językowej z ICF.

Rozważania dotyczące dwujęzyczności należy rozpocząć od zróżnicowania definicji bilingwizmu i osoby dwujęzycznej. Taki zabieg pozwoli przybliżyć logopedyczną perspektywę tego zjawiska, konstytuującą się wokół jej humanistycznego wymiaru.

Definicja osoby dwujęzycznej

W międzynarodowej literaturze przedmiotu można znaleźć wiele ujęć definicyjnych dwujęzyczności, np. u Leonarda Bloomfielda [1933, s. 55–56], Einara Hauge-na [1953, s. 6–7] czy Uriela Weinreicha [1974, s. 1]. Wśród polskich popularne są np. propozycja Idy Kurcz [2006, s. 17]: „[...] dwujęzyczność polega na posługiwaniu się dwoma językami, a wielojęzyczność – więcej niż dwoma” czy Ewy Lipińskiej:

Dwujęzyczność – to opanowanie dwu języków w takim stopniu jak społecznie ekwiwalentni ich jednojęzyczni nosiciele [...]. Polega na umiejętności posługiwania się wszystkimi sprawnościami w języku ojczystym i drugim oraz na częstym używaniu obydwu języków w różnych sytuacjach i z różnymi uczestnikami aktu komunikacji. Jest to zazwyczaj nietrwały stan, mający związek z emigracją lub pobytem za granicą,

co implikuje bliski kontakt z danym językiem i kulturą, umożliwiający osobiste ich doznawanie [Lipińska, 2003, s. 115].

Propozycja Kurcz jest jedną z wielu, które opierają się definiowaniu dwujęzyczności przez pryzmat używania języków, natomiast Lipińska [2003] opowiada się za określeniem poziomu biegłości w obu językach. Kryterium użycia języków jest tym, co łączy bilingwizm z jego opisem u konkretnej osoby. W tym nurcie swoje propozycje sformułowali m.in. Francois Grosjean [2008, s. 10]: „Dwujęzyczni to ci, którzy używają co najmniej dwóch języków (lub dialektów) w życiu codziennym” [tłumaczenie – R.M.], Carol Myers-Scotton [2006, s. 3]: „[...] mówcy są dwujęzyczni, jeśli nabyli lub nauczyli się mówić lub rozumieć struktury drugiego języka [...] bycie dwujęzycznym jest związane z możliwością mówienia dwoma lub więcej językami” [tłumaczenie – R.M.] czy Tove Skutnabb-Kangas:

Osoba dwujęzyczna to osoba, która potrafi funkcjonować w dwóch językach (lub większej ich liczbie), zarówno w społecznościach jednojęzycznych, jak i dwujęzycznych, zgodnie z wymaganiami społeczno-kulturowymi dotyczącymi kompetencji komunikacyjnych oraz poznawczych. [...]. Osoba dwujęzyczna jest na tym samym poziomie co rodzimi użytkownicy języka i potrafi pozytywnie identyfikować się z obiema (lub wszystkimi) grupami językowymi (i kulturami) lub ich częściami [tłumaczenie – R.M., cyt. za: Hoffmann, 1991, s. 26].

Precyzyjną eksplikacją osoby dwujęzycznej jest propozycja Francois Grosjeana i Bernarda Py:

[...] w pełnym tego słowa znaczeniu osoba komunikująca się, posiadająca taką samą kompetencję komunikacyjną jak jednojęzyczny. Posługuje się ona raz jednym, raz drugim językiem lub też oboma naraz jako mową dwujęzyczną, w zależności od sytuacji, poruszanego tematu, interlokutora, funkcji danej interakcji itp., komunikując się równie skutecznie jak osoba jednojęzyczna. Jednakże kompetencje językowe, jakie posiada osoba dwujęzyczna w obu językach, nie są takie same ani całkowicie podobne do tych, jakimi dysponują jednojęzyczni. Zmiany środowiska, potrzeb, sytuacji sprawiają, że dwujęzyczny musi zrestrukturyzować swoje kompetencje w obu językach; niektóre nie będą już miały racji bytu, inne staną się niezbędne i rozwiną się. Oba systemy dopasują się do siebie podczas okresu przejściowego, a następnie ustabilizują się w nową językową konfigurację: dwujęzyczny będzie nadal w pełnym tego słowa znaczeniu osobą komunikującą się, dostosowaną do swoich nowych potrzeb i swojej nowej tożsamości [cyt. za: Wróblewska-Pawlak, 2004, s. 29–30].

Powyższą definicję uznają za podstawową w koncepcji osadzenia formuły RIOT, LEAP i biografii językowej w ramach ICF.

Przyjęcie indywidualistycznego i humanistycznego paradygmatu bilingwizmu można odnieść do badań logopedycznych. Jak wskaże poniższy przegląd literatury, większość polskich analiz ma wymiar kazuistyczny.

„Osoba dwujęzyczna” w badaniach logopedycznych

Logopedyczne badania dwujęzyczności indywidualnej polsko-obcej dotyczą m.in. borykania się przez osoby z zaburzeniami kompetencji komunikacyjnej. To zagadnienie eksplorowało kilkoro badaczy. Rafał Młyński [2015; 2016] zajął się dysleksją u hiszpańsko-polskiego chłopca, analizując błędy popełniane przez niego w trakcie głośnego czytania, przepisywania, pisania ze słuchu i pamięci oraz we własnym tekście. Marzena Błasiak-Tytuła [2018; 2019] przedstawiła proces terapii logopedycznej u dwujęzycznego, polsko-angielskiego chłopca z autyzmem oraz deficyty komunikacyjne u dzieci polonijnych z autyzmem i alalią. Joanna Kuć [2018] zaprezentowała studium polsko-ormiańskiej dziewczynki z mutyzmem, natomiast Aleksandra Krawczyk i współautorzy [2023] przedstawili specyfikę niepełności mowy u siedmiu polsko-angielskich osób. Przedstawione logopedyczne ujęcia bilingwizmu indywidualnego wpisują się w paradygmat lingwistyki humanistycznej, opisany przez Władysława Miodunkę [2003]. Według niego język jest nie tylko narzędziem komunikacji, ale przede wszystkim samorealizacji, również u osób zmagających się z deficytami mowy i języka [Miodunka, 2014, s. 221]. Logopedyczne rozpatrywanie bilingwizmu w nurcie lingwistyki humanistycznej postulowała również Jadwiga Cieszyńska, pisząc: „Chodzi bowiem o to, że badacz powinien zająć się Osobami, a nie oddzielnym od człowieka problemem. To oznacza, że podmiotem refleksji są osoby – dwujęzyczne dzieci i ich rodzice, nie zaś sam wyabstrahowany problem posługiwania się dwoma językami” [Cieszyńska, 2010, s. 25]. Takie spojrzenie na dwujęzyczność dominuje w innych pracach tej badaczki [Cieszyńska, 2006; Cieszyńska-Rożek, 2013].

Postulat badania osób dwujęzycznych wpisuje się w założenia klasyfikacji ICF. Za pomocą tego narzędzia można bowiem badać kontekst społeczno-psychologiczny osoby bilingwalnej.

Klasyfikacja ICF

Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia można potraktować jako ramę teoretyczną do opisywania kondycji osób i ich biospochospołecznych uwarunkowań. Klasyfikacja ta jest wielofunkcyjnym paradygmatem, służącym jako [Węsierska, 2015]:

- 1) narzędzie statystyczne – do zbierania i klasyfikowania danych,
- 2) narzędzie badawcze – do pomiaru wyników badań,

- 3) narzędzie diagnostyczne (kliniczne) – do oceny potrzeb, doboru metod terapii, oceny profesjonalizmu, oceny terapii i jej wyników,
- 4) narzędzie polityki społecznej,
- 5) narzędzie edukacyjne – w przygotowaniu programów nauczania oraz w uświadamianiu społeczeństw i podejmowaniu działań socjalnych.

Klasyfikacja ICF jest komplementarna w stosunku do klasyfikacji ICD, w której stosuje się podejście etiologiczne. Nie jest narzędziem klasyfikującym ludzi, jest natomiast klasyfikacją cech charakterystycznych stanu zdrowia człowieka w kontekście jego indywidualnej sytuacji życiowej oraz wpływów otaczającego środowiska [Wilmowska-Pietruszyńska, Bilski, 2013, s. 10].

Klasyfikacja składa się z dwóch części. Pierwsza poświęcona jest funkcjonowaniu i niepełnosprawności, natomiast druga to czynniki kontekstowe. Te główne kategorie podzielone są bardziej szczegółowo, co przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Schemat ICF

	Część 1 – funkcjonowanie i niepełnosprawność		Część 2 – czynniki kontekstowe	
Składniki klasyfikacji	Funkcje i struktury ciała	Aktywność i uczestniczenie	Czynniki środowiskowe	Czynniki osobowe
Dziedziny	Funkcje ciała Struktury ciała	Obszary życia (zadania, działania)	Wpływy zewnętrzne na funkcjonowanie i niepełnosprawność	Wpływy wewnętrzne na funkcjonowanie i niepełnosprawność
Konstrukcje	Zmiany w funkcjach ciała (fizjologiczne) Zmiany w strukturach ciała (anatomiczne)	„Zdolność” wykonywania zadań w standardowym środowisku Wykonywanie zadań w aktualnym środowisku	Ułatwiający lub utrudniający wpływ cech świata fizycznego, społecznego lub postaw	Wpływ cech danej osoby
Aspekt pozytywny	Integralność funkcjonalna i strukturalna	Aktywność Uczestniczenie	Ułatwienia	Nie dotyczy
	Funkcjonowanie			
Aspekt negatywny	Upośledzenie	Ograniczenia aktywności Ograniczenia uczestniczenia	Bariery/przeszkody	Nie dotyczy
	Niepełnosprawność			

Źródło: WHO, 2001

Dla logopedy diagnozującego dziecko z dwujęzycznością polsko-obcą niezwykle ważne są czynniki kontekstowe i ich poszczególne elementy. Czynniki środowiskowe obejmują środowiska fizyczne i społeczne, wśród których człowiek żyje

i z którymi łączą go jakieś relacje w trakcie jego życia. Mają charakter zewnętrzny wobec człowieka, wywierają wpływ na każdy z elementów funkcjonowania, który może być pozytywny lub negatywny [Wilmowska-Pietruszyńska, Bilski, 2013]. Czynniki środowiskowe mają dwa wymiary, tj. indywidualny i społeczny. Indywidualizm to uwzględnienie bezpośredniego, osobistego otoczenia jednostki (środowiska, takie jak dom, szkoła, rodzina, rówieśnicy i obce osoby). Poziom społeczny to formalne i nieformalne struktury społeczne, usługi w społeczności. Społeczeństwo może stwarzać utrudnienia (bariery) lub je likwidować.

Czynniki osobowe stanowią część życia i sytuacji życiowej jednostki. Należą do nich płeć, wiek, rasa, sprawność fizyczna, styl życia, nawyki, wychowanie, pochodzenie społeczne, wykształcenie, zawód, przeszłe i obecne doświadczenia życiowe. Czynniki osobowe mogą mieć pozytywny lub negatywny wpływ na funkcjonowanie człowieka.

Klasyfikacja ICF może być stosowana w obrębie różnych dyscyplin. Jedną z nich jest językoznawstwo, a w szczególności logopedia, w ramach której badacze zajmują się m.in. wpływem środowiska na kondycję językową dziecka i/lub osoby dorosłej.

Polska logopedia w ramach ICF

W polskich publikacjach logopedycznych klasyfikacja ICF jest niewystarczająco eksponowana. W tym zakresie należy zwrócić uwagę na pracę Katarzyny Węsierskiej [2015] dotyczącą przypadków jąkania u dziecka oraz osoby dorosłej. Autorka zarysowała kwestię biologicznego wymiaru jąkania oraz czynniki osobowe, środowiskowe i ograniczenia aktywności u dwóch pacjentów. Klasyfikacja ICF umożliwiła autorce stworzenie podstaw do diagnozowania, opisywania, planowania terapii oraz jej ewolucji w zaprezentowanych przypadkach. Zastosowany model popularyzuje holistyczne podejście do jąkającego się pacjenta.

Taki kierunek postrzegania zaburzeń komunikacyjnych opisała również Agata Trębacz-Ritter [2022]. Podkreśliła ona, iż w przypadku wad wymowy występujących u dzieci zasadne jest stosowanie nie tylko diagnozy nozologicznej, ale przede wszystkim funkcjonalnej. Poza opisem deficytów powinna ona uwzględniać także pierwiastek oceny zasobów i mocnych stron ucznia, by czerpać z nich w trakcie terapii, oraz ograniczenie np. efektu negatywności [Knopik, 2018, s. 13]. Diagnozę funkcjonalną cechuje wielokontekstowość i zbieranie informacji o uczniu działającym w różnych mikrosystemach (np. dom, szkoła, zajęcia dodatkowe). W tym wypadku ICF jest platformą komunikowania się między specjalistami o przypadku konkretnego pacjenta, by zapewnić mu wsparcie w funkcjonowaniu. Przykładem narzędzia uwzględniającego wytyczne ICF jest SPAA-C – test artykulacyjny, uwzględniający pytania do dziecka, jego rodziców, rodzeństwa, nauczycieli i innych ważnych osób z otoczenia [McLeod, 2004, s. 77]. Polska wersja testu została opracowana przez A. Trębacz-Ritter [2022].

Klasyfikacja ICF stała się kontekstem dla badania Roberta Dębskiego, Pauliny Wójcik-Topór i Magdaleny Knappek [2021], polegającego na przeglądzie zakresu literatury (ang. *scoping review*) dotyczącej afazji, a w szczególności prac poświęconych podsystemom języka polskiego, metodologii i perspektywom badawczym analizy polszczyzny w warunkach afazji oraz klasyfikacji zaburzeń afatycznych.

Zastosowanie ICF można znaleźć także w pracach: Agaty Michalskiej [2013], dotyczącej mózgowego porażenia dziecięcego, Ewy Boksy, która pisała o niepełnosprawnościach sprzężonych [Boksa, 2018], dysfagii [Boksa, 2016] czy niepełnosprawności intelektualnej u dzieci z MPD [Boksa, 2020]. W zakresie jąkania na uwagę zasługuje praca Marii Fańciszewskiej [2020], a jeśli chodzi o centralne zaburzenie przetwarzania słuchowego – publikacja Małgorzaty Zaborniak-Sobaczak i współautorów [2018].

Jak wskazał powyższy, krótki przegląd literatury, klasyfikację ICF można odnieść do różnych pól badawczych logopedii. W związku z tym, iż dwujęzyczność jest jednym z nich (postulowały to Jadwiga Cieszyńska [2010] oraz Marzena Błasiak-Tytuła [2019]), zasadne jest uwzględnienie tej tematyki w ramach ICF.

Diagnoza logopedyczna dwujęzyczności w kontekście ICF

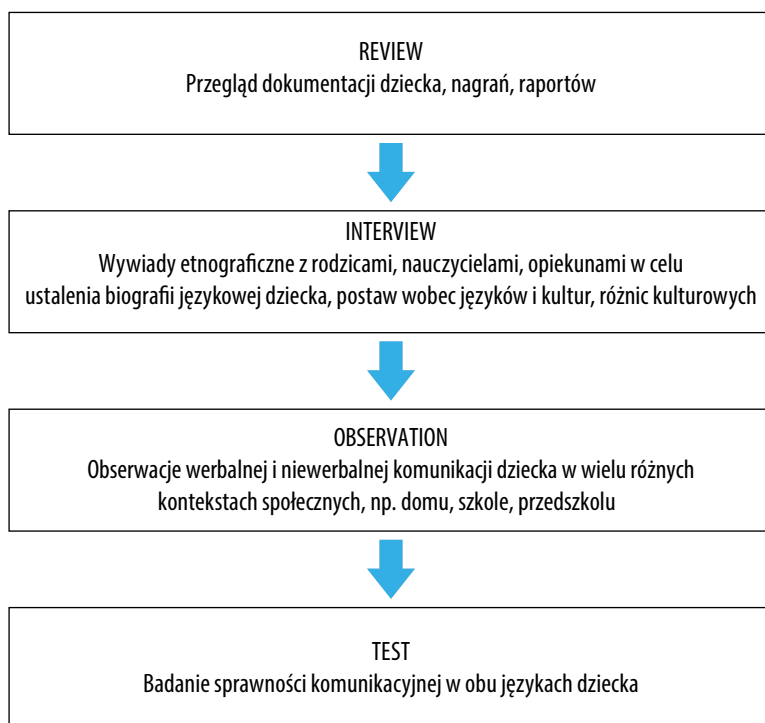
Poniższy tekst jest propozycją ujęcia trzech elementów diagnostyki logopedycznej osób dwujęzycznych w kontekst ramy, jaką jest ICF – modelu RIOT, kwestionariusza sytuacji językowej dziecka LEAP-Q oraz metody biografii językowej.

W międzynarodowej literaturze przedmiotu wyróżnia się trzy formuły diagnozy logopedycznej użyteczne w przypadku osób dwujęzycznych. Są to *Dynamic Assessment*, BID oraz RIOT. *Dynamic Assessment* (DA) [Gutierrez-Clellen, Peña, 2001, s. 215–216] polega na aktywnym uczestnictwie logopedy w zajęciach dziecka i przeprowadzeniu pretestu oraz posttestu jego umiejętności (triada: pretest, zajęcia w języku drugim, posttest). Formuła DA ma ostatecznie doprowadzić logopedę do oceny, które z zachowań językowych ucznia są interferencjami z języka pierwszego, a które są ewentualnym zaburzeniem komunikacji. Skuteczność tej formuły znalazła potwierdzenie się w badaniach Elizabeth Peñy, Rosemary Quinn i Aquilesa Iglesiasa [1992] oraz zespołu Teresy Ukrainetz [2000].

Drugim sposobem ewaluacji logopedycznej jest BID (*Briefing* – przygotowanie, *Interaction* – współdziałanie, *Debriefing* – podsumowanie). Składa się z trzech etapów współpracy logopedy z interpretatorem, czyli osobą znającą np. język etniczny dziecka i mogącą pomóc terapeutce w przeprowadzeniu diagnozy różnicowej [Langdon, Saenz, 2015]. Podobnie jak w przypadku DA celem jest rozróżnienie między tym, co jest interferencją z języka mniejszościowego, a tym, co jest ewentualnym zaburzeniem komunikacji. W badaniach polszczyzny i języka ukraińskiego u dzieci dwujęzycznych BID został zastosowany przez Rafała Młyńskiego i Maryię Redkvę [2019] i R. Młyńskiego [2021].

Trzecie podejście diagnostyczne to RIOT. Dzięki temu, iż ma charakter socjokulturowy, kładzie się w nim nacisk na zebranie jak największej ilości informacji dotyczących kontekstu społeczno-językowo-psychologicznego osoby dwujęzycznej. Pozwala to zatem na włączenie RIOT w obręb działań wyznaczanych przez klasyfikację ICF.

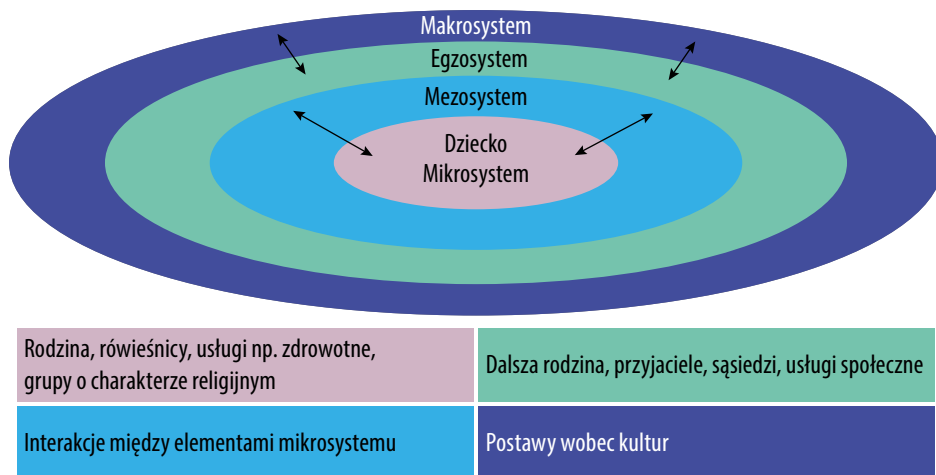
Model RIOT składa się z czterech kroków – (R)eviw, (I)nterview, (O)bservation, (T)est.



Rysunek 1. Etapy modelu RIOT

Źródło: Cheng, 1997, s. 55–62; 2007, s. 14–15; De Lamo White, Jin, 2011, s. 623; Kohnert, 2013, s. 158–161

Stosowanie RIOT wiąże się z uznaniem, iż czynniki społeczne i kulturowe mają bezpośredni wpływ na akwizycję języków (w tym np. polszczyzny) przez dziecko [Cheng, 1990; 1997; Westby, Burda, Mehta, 1990]. Reprezentuje to również holistyczne podejście do diagnozowanego dziecka, rozpatrywane w tzw. ekosystemie autorstwa Uriego Bronfenbrenera.



Rysunek 2. Ekologia rozwoju człowieka

Źródło: De Lamo White, Jin, 2011, s. 622

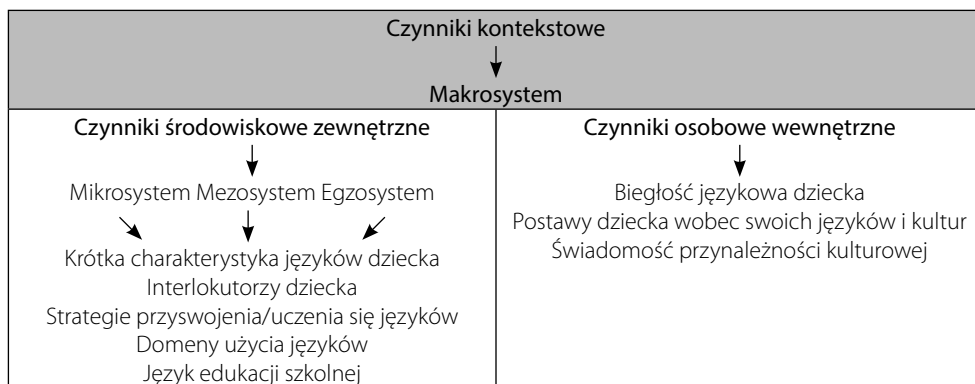
Mikrosystem to bezpośrednio środowisko dziecka, które najczęściej wchodzi z nim w interakcje. Mezsystem to wzajemne interakcje między elementami mikrosystemu, np. specjaliści (lekarze, terapeuci) współpracujący z rodzicami dziecka w celu poprawy jego funkcjonowania. Egzosystem stanowi relacje dziecka z dalszą rodziną, znajomymi dorosłymi, również tymi świadczącymi różne usługi. Całość systemów wokół dziecka wpisana jest w kontekst kulturowy.

Klasyfikacja ICF znajduje szczególne uzasadnienie w opisach osób borykających się z różnorodnymi deficytami strukturalnymi i funkcjonalnymi. W przypadku logopedii mogą to być zaburzenia mowy (np. jąkanie, wady wymowy) oraz języka (np. dysleksja), skodyfikowane również w ICD-10. Biorąc pod uwagę fakt, iż niniejszy artykuł odnosi się do rozpatrywania dziecięcej dwujęzyczności w warunkach normatywnych, punktem odniesienia będą czynniki kontekstowe według ICF.

Wszystkie czynniki kontekstowe osadzone są w ramach danej kultury, którą można utożsamić z pojęciem makrosystemu. Pozostałe elementy, czyli mezsystem, egzosystem i mikrosystem w zakresie czynników środowiskowych zewnętrznych mogą stanowić: językoznawcza charakterystyka podsystemów i sprawności językowych u dziecka bilingwalnego (np. analiza kontrastywna języka polskiego i ukraińskiego w zakresie fonologii oraz interpretacja procesów fonologicznych u dziecka w warunkach bilingwizmu polsko-ukraińskiego), wyszczególnienie interlokutorów dziecka powiązanych z użyciem języka polskiego i języka drugiego lub obu jednocześnie (np. rodzice, nauczyciele, rówieśnicy, rodzeństwo), strategie przyswojenia/uczenia się języka polskiego i języka drugiego (strategia osoby OPOL w sytuacji różnojęzycznych rodziców; strategia miejsca, np. ML@H – polszczyzna jako kod mniejszościowy, odziedziczony, używany w domu, język drugi

jako dominujący dla wszystkich innych kontekstów), domeny użycia języków (np. język polski w szkole, przedszkolu, język ukraiński z najbliższą rodziną, język polski w portalach społecznościowych, język ukraiński w trakcie obrzędów religijnych), język edukacji szkolnej i ewentualne wsparcie dziecka w jego rozwoju (np. nauczanie języka polskiego jako drugiego dla dzieci cudzoziemskich i polonijnych). Czynnikiem osobowym wewnętrznym mogą być: biegłość językowa dziecka (oceniana np. przez logopedów – polskiego i ukraińskiego), postawa wobec kultury, np. odziedziczonej oraz dominującej dla społeczeństwa przyjmującego (sytuacja dzieci polonijnych) i świadomość swojej osoby jako części danej kultury lub kultur. Ułatwiający lub utrudniający wpływ cech świata fizycznego, społecznego lub postaw może być rozumiany jako analiza ekspozycji dziecka na konkretny język (np. dla polszczyzny przedszkole lub szkoła, dla języka ukraińskiego tylko dom lub dwujęzyczna komunikacja dzieci z Ukrainy w domu, tj. po ukraińsku i rosyjsku), dostęp do wsparcia przyswajania/uczenia się języków (np. uczestnictwo w szkole polonijnej, zabawy z polskimi rówieśnikami, nauka języka z nauczycielem, aktywność w różnych formach spędzania wolnego czasu – wspólnota religijna, harcerstwo, zespoły folklorystyczne), dostęp do logopedy jako specjalisty oceniającego normatywny lub zaburzony rozwój kompetencji komunikacyjnej dziecka bilingwalnego. Wpływ cech danej osoby to temperament i sposób przeżywania emocji przez dziecko oraz jego preferencje (np. częstsze wybieranie książek i innych materiałów do czytania w języku szkolnej edukacji). Sytuacją ułatwiającą kształtowanie bilingwizmu jest pozytywna postawa rodziców wobec wzrastania i użycia dwóch języków i kultur, natomiast przeszkodę stanowi negatywny stosunek do bilingwizmu (np. poprzez brak konsekwencji użycia języka polskiego jako odziedziczonego, co prowadzi do jego atencji u dzieci polonijnych) czy brak chęci rodziców do zgłębiania wiedzy na temat korzyści płynących z bilingwizmu (np. lektura poradników dla rodziców czy literatury naukowej).

Tabela 2. Połączenie czynników kontekstowych ICF z elementami modelu RIOT



Czynniki kontekstowe	
Makrosystem	
<p>Ułatwiający lub utrudniający wpływ cech świata fizycznego, społecznego lub postaw</p> <p>↓</p> <p>Ekspozycja dziecka na osoby i sytuacje związane z użyciem języków Dostęp do możliwości wsparcia przyswajania/uczenia się języków Dostęp do logopedy</p>	<p>Wpływ cech danej osoby</p> <p>↓</p> <p>Temperament, emocjonalność dziecka Osobiste preferencje językowe dziecka</p>
<p>Ułatwienia</p> <p>↓</p> <p>Pozytywna postawa rodziców dziecka wobec jego języków i uczestnictwa w kulturach</p>	Nie dotyczy
<p>Przeszkody</p> <p>↓</p> <p>Deprecjonowanie przez rodziców języka/języków i kultury/kultur Brak pozyskiwania przez rodziców wiedzy na temat dwujęzyczności</p>	Nie dotyczy

Źródło: opracowanie własne

W procesie diagnostycznym dużą rolę odgrywa wywiad logopedyczny. W przypadku dwujęzyczności ważne jest jego rozszerzenie o charakterystykę socjolingwistyczną dziecka lub osoby dorosłej. Wykorzystać można do tego kwestionariusz LEAP [Marian, Blumenfeld, Kaushanskaya, 2007]. Poszczególne elementy LEAP (druk niewytluszczony poniżej) wchodzą w zakres elementów ICF (druk wytłuszczony poniżej):

- 1) **ułatwiający lub utrudniający wpływ cech świata fizycznego, społecznego i postaw**: czas ekspozycji na języki, konteksty ekspozycji na język i zakres ich wpływu na biegłość językową;
- 2) **czynniki środowiskowe zewnętrzne**: kolejność nabywania języków, status języka, początek akwizycji języka;
- 3) **czynniki osobowe wewnętrzne**: dominacja językowa, identyfikacja kulturowa, wiek osiągnięcia płynnej mowy, moment osiągnięcia umiejętności czytania, ocena biegłości w zakresie rozumienia, mówienia i czytania, identyfikacja jako natywnego bądź nienatywnego użytkownika języka;
- 4) **wpływ cech danej osoby**: preferencje użycia.

W Polsce taki kwestionariusz nie jest rozpowszechniony, natomiast jego użycie jest tak samo konieczne jak karty standardowego wywiadu logopedycznego. Oprócz kwestionariusza LEAP można też użyć podobnego, będącego częścią narzędzia do oceny kompetencji narracyjnej u dzieci dwujęzycznych MAIN [Gagarina i in., 2019].

Oprócz LEAP do określenia czynników kontekstowych dwujęzyczności może posłużyć metoda biografii językowej. Została ona zaproponowana przez Władysława Miodunkę [2016] do badania dwujęzyczności indywidualnej w postaci studiów przypadków. Opis tej metody Miodunka oparł na fragmentach kilku prac dotyczących bilingwizmu polsko-obcego, m.in. Bronisławy Ligary [2010], Marzeny Błasiak [2011], Michała Głuszkowskiego [2011] czy Rafała Młyńskiego [2015]. Na ich podstawie skonkludował, iż biografia językowa osoby dwujęzycznej powinna składać się z dwóch części, tj. narracyjnej i analitycznej. Narracja powinna obejmować podstawowe fakty z życia oraz proces stawania się i bycia osobą dwujęzyczną, ze szczególnym uwzględnieniem dzieciństwa i sytuacji językowej najbliższej rodziny, języka skolarzacji i wieku dojrzewania, wreszcie języków używanych w wieku dojrzałym. W tym zakresie nawiązuje do czynników środowiskowych zewnętrznych, ułatwiających lub utrudniających wpływ cech świata fizycznego, społecznego lub postaw, ułatwień, przeszkód, czynników osobowych wewnętrznych oraz wpływów cech danej osoby. Analiza ma przedstawiać kontakty językowe w procesie komunikacji ustnej i pisemnej: interferencje językowe (leksykalne i gramatyczne) oraz zjawisko przełączania kodów czy mieszania języków. Przedstawienie tej części dotyczy oceny biegłości językowej dziecka dwujęzycznego. W tym miejscu należy pamiętać o pojęciu kompetencji dwujęzycznej, rozumianej nie jako suma języka pierwszego i drugiego w umyśle osoby bilingwalnej, ale kompetencji oryginalnej. Podkreśla to zatem podwójny repertuar językowy osoby bilingwalnej, jej dwa zasoby językowe, z których może czerpać w sposób oryginalny i kreatywny we własnej produkcji językowej. Jest to rozumienie kompetencji dwujęzycznej jako autonomicznej [Ligara, 2016]. Metoda biografii językowej jest badaniem jakościowym, dlatego Miodunka proponuje, aby stosować następujące zasady podczas zbierania danych: otwartość, która powinna cechować postawę badacza i badanego (wyjaśnienie pojawiających się wątpliwości każdej ze stron, unikanie przez badacza stereotypizacji w postrzeganiu różnych zjawisk oraz przedwczesna strukturyzacja danych), dobra komunikacja między uczestnikami badań, zależna od częstotliwości i intensywności wzajemnych kontaktów oraz interakcji międzyludzkich, naturalność związana z tym, że badanie jest prowadzone w naturalnym środowisku z wykorzystaniem „naturalnych” metod (np. wywiadu pogłębionego), interpretacja zebranych danych, polegająca na wydobyciu podobieństw i różnic między badanym przypadkiem a innymi zbadanymi przypadkami, opisanymi w literaturze przedmiotu [Miodunka, 2016, s. 51].

Praktyka logopedyczna

W polskiej literaturze logopedycznej brak opracowań łączących badania bilingwizmu indywidualnego z klasyfikacją ICF. Można jednak zapoznać się z publikacjami, które w dużej mierze podkreślają czynniki kontekstowe osoby dwujęzycznej lub korzystają z formuły RIOT i metody biografii językowej.

Joanna Zawadka, Marlena Kurowska i Elżbieta Sadowska [2020] zaprezentowały zasadność użycia specjalnego kwestionariusza wobec osoby dwujęzycznej. Ich propozycja to *Logopedyczny kwestionariusz rozpoznania sytuacji językowej dziecka w perspektywie wielojęzyczności i wielokulturowości*. W swojej publikacji dokonały omówienia tego narzędzia, sam kwestionariusz jeszcze nie został opublikowany. Autorzy podkreśliły, iż oprócz wywiadu ogólnego (wstępnego) w sytuacji wielojęzyczności i wielokulturowości dziecka lub osoby dorosłej należy przeprowadzić jeszcze wywiad ukierunkowany (sprofilowany), zwrócony w stronę środowiska językowego. Pomysł Zawadki, Kurowskiej i Sadowskiej z pewnością odpowiada na zapotrzebowanie polskich logopedów na narzędzia do diagnozy logopedycznej w kontekście wielojęzyczności. Publikacja tego materiału z pewnością spotka się z zainteresowaniem nie tylko środowiska logopedów-praktyków, ale również badaczy zajmujących się bilingwizmem polsko-obcym.

Badania z użyciem formuły RIOT zaprezentowali Rafał Młyński [2021] oraz Sofia Kamińska [2023]. Młyński dokonał badania dwujęzycznej (polsko-rosyjskiej) dziewczynki z Białorusi, natomiast Kamińska dziewczynki wielojęzycznej (polsko-rosyjsko-ukraińskiej). Oboje badacze podkreślało kontekst językowo-kulturowy dzieci, charakteryzując wpływ środowiska na ich zdolności komunikacyjne we wszystkich językach. Młyński użył też do tego narzędzia LEAP.

Przykłady biografii językowej można odnaleźć w pracach glottodydaktycznych, natomiast na gruncie logopedii posłużyli się nią Błasiak-Tytuła [2019] oraz Młyński [2015]. Błasiak-Tytuła w swojej monografii opisała sytuacje językowe dzieci z alalią i ze spektrum autyzmu. Skupiła się na częściach narracyjnych biografii, zaprezentowała również przykłady komunikacji dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem postępów w terapii logopedycznej. U Młyńskiego biografie językowe dotyczyły dzieci dwujęzycznych z dysleksją. Interesującym zabiegiem było stworzenie biografii językowych z trzech różnych perspektyw: ojców, matek i samych dzieci. Autor sporządził obszerne części narracyjne, natomiast analityczne dotyczyły sprawności czytania, rozumienia tekstu i pisanía.

Podsumowanie

Klasyfikacja ICF jest ramą teoretyczną służącą logopedom do zbadania wzajemnego powiązania czynnika biologicznego (zaburzenie komunikacji) z funkcjonowaniem psychospołecznym pacjenta. Jak wskazała powyższa analiza, ICF w powiązaniu z RIOT, LEAP oraz metodą biografii językowej może być narzędziem ułatwiającym ocenę dwujęzyczności dziecięcej również w stanie normatywnego rozwoju kompetencji komunikacyjnej. W kontekście niniejszej propozycji warto też podkreślić, iż w Polsce nadal brakuje kompleksowych rekomendacji i wskazówek, jak pracować z klientem/pacjentem dwujęzycznym. Byłoby to bardzo pomocne przede wszystkim praktykującym logopedom,

do których trafiają dzieci z rodzin mieszanych, cudzoziemskich i polonijnych. Takie rozwiązania stosowane są w krajach o wysokim odsetku imigrantów, np. w USA, Australii czy Wielkiej Brytanii. Na naszym gruncie w pracę nad stworzeniem takich materiałów mogłyby włączyć się Polskie Towarzystwo Logopedyczne oraz Polski Związek Logopedów.

Literatura

- Bloomfield L., 1933, *Language*, Chicago: Chicago University Press.
- Błasiak M., 2011, *Dwujęzyczność i ponglish. Zjawiska językowo-kulturowe polskiej emigracji w Wielkiej Brytanii*, Kraków: Collegium Columbinum.
- Błasiak-Tytuła M., 2018, *Terapia logopedyczna dwujęzycznego dziecka z autyzmem*, „Studia Pragmalingwistyczne”, t. X, s. 197–208.
- Błasiak-Tytuła M., 2019, *Mowa dzieci dwujęzycznych. Norma i zaburzenia*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Boksa E., 2016, *Ślinotok i zaburzenia komunikacji u pacjentów cierpiących na dysfagię*, „Studia Pragmalingwistyczne”, t. VIII, s. 267–277.
- Boksa E., 2018, *Perspektywy badań nad normą osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi*, [w:] P. Zbróg (red.), *Wybrane aspekty badań nad normą językową*, Kraków: Wydawnictwo Libron, s. 231–246.
- Boksa E., 2020, *Komunikacja dzieci i młodzieży z mózgowym porażeniem dziecięcym i niepełnosprawnością intelektualną na tle oceny życia*, „Logopedia Silesiana”, t. 9, s. 14–27.
- Cheng L., 1990, *The identification of communicative disorders in Asian–Pacific students*, „Journal of Childhood Communication Disorders”, Vol. 13(1), s. 113–119.
- Cheng L., 1997, *Diversity: challenges and implications for assessment*, „Journal of Children Communication Development”, Vol. 19(1), s. 55–62.
- Cheng L., 2007, *Improve your assessment of bilingual clients with communication disorders*, „Therapy Insider”, No. 37, s. 10.
- Cieszyńska J., 2006, *Dwujęzyczność, dwukulturowość – przekleństwo czy bogactwo? O poszukiwaniu tożsamości Polaków w Austrii*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Cieszyńska J., 2010, *Dwujęzyczność – rozumienie siebie jako Innego*, [w:] J. Cieszyńska, Z. Orłowska-Popek, M. Korendo (red.), *Nowe podejście w diagnostyce i terapii logopedycznej – metoda krakowska*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, s. 18–36.
- Cieszyńska-Rożek J., 2013, *Metoda krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- De Lamo White C., Jin L., 2007, *Evaluation of speech and language assessment approaches with bilingual children*, „International Journal Language & Communication Disorders”, Vol. 46(6), s. 613–627.
- Dębski R., Wójcik-Topór P., Knapik M., 2021, *Polish language of aphasia: a scoping review in the era of the international classification of functioning, disability and health*, „Linguistica Silesiana”, Vol. 42, s. 261–280.
- Fańciszevska M., 2020, *Diagnoza funkcjonalna dziecka jękającego się w wieku szkolnym*, [w:] K. Węsierska, M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy: teoria i praktyka*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Śląskiego”, t. 2, s. 245–254.

- Gagarina N., Klop D., Kunnari S., Tantele K., Välimaa T., Bohnacker U., Walters J., 2019, *MAIN 63 Download*, <https://www.leibniz-zas.de/de/publications/schriftenreihe/zaspil/zaspil-63/main-63-download#c2844> (dostęp: 30.07.2024).
- Głuszkowski M., 2011, *Socjologiczne i psychologiczne uwarunkowania dwujęzyczności staroobrzędowców regionu suwalsko-augustowskiego*, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Grabias S., 2008, *Postępowanie logopedyczne. Diagnoza, programowanie terapii, terapia*, „Logopedia”, nr 37, s. 13–27.
- Grosjean F., 2008, *Studying bilinguals*, Oxford: Oxford University Press.
- Gutierrez-Clellen V., Peña E., 2001, *Dynamic Assessment of Diverse Children*, „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”, Vol. 31(4), s. 212–224.
- Haugen E., 1953, *The Norwegian Language in America: A study in bilingual behavior*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Hoffmann Ch., 1991, *Introduction to bilingualism*, London: Routledge.
- Kamińska S., 2023, *Ocena zachowań językowych wielojęzycznej dziewczynki*, [w:] S. Kamińska (red.), *Wielojęzyczność. Wyzwanie współczesnej logopedii*, Siedlce: Uniwersytet w Siedlcach, s. 157–192.
- Knopik T., 2018, *Diagnoza funkcjonalna. Planowanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Działania postdiagnostyczne*, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Kohnert K., 2013, *Language disorders in bilingual children and adults*, San Diego: Plural Publishing Inc.
- Krawczyk A., Vanryckeghem M., Węsierska K., Pak-Hin Kong A., Xu P., 2023, *Wstępne badanie jąkania i zwykłych niepełności w mowie u dwujęzycznych polsko-angielskich dorosłych osób z jąkaniem – studia przypadków*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 7, s. 79–96.
- Kuć J., 2018, *Bilingwizm i mutyzm w kontekście opóźnionego rozwoju mowy*, Kraków–Siedlce: Wydawnictwo Aureus.
- Kurcz I., 2006, *Jakie problemy psychologiczne może rodzić dwujęzyczność?*, [w:] I. Kurcz (red.), *Psychologiczne aspekty dwujęzyczności*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 9–39.
- Langdon H., Saenz T., 2015, *Working with interpreters and translators*, San Diego: Plural Publishing Inc.
- Ligara B., 2010, *Bilingwizm polsko-francuski Adama Mickiewicza. W stronę antropologii lingwistycznej*, „LingVaria”, t. VI, nr 1, s. 165–178.
- Ligara B., 2016, *Kompetencja dwujęzyczna a zagadnienie błędu, normy, systemu. Refleksje o społecznej akceptacji bilingwizmu*, [w:] R. Dębski, W. Miodunka (red.), *Bilingwizm polsko-obcy dziś. Od teorii i metodologii badań do studiów przypadków*, Kraków: Księgarnia Akademicka, s. 15–31.
- Lipińska E., 2003, *Język ojczysty, język obcy, język drugi. Wstęp do badań dwujęzyczności*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Marian V., Blumenfeld H., Kaushanskaya M., 2007, *Language Experience and Proficiency Questionnaire (LEAP-Q)*, „Journal of Speech Language and Hearing Research”, Vol. 50(4), s. 940–967.
- McLeod S., 2004, *Speech pathologists’ application of the ICF to children with speech impairment*, „Advances in Speech-Language Pathology”, Vol. 6(1), s. 75–81.
- Michalska A., 2013, *Funkcjonalne podejście do terapii pacjentów z mózgowym porażeniem dziecięcym – stosowanie systemów klasyfikacyjnych*, [w:] E. Boksa, A. Michalska, P. Zbróg, *Aktualne problemy diagnozy i terapii osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi i zaburzeniami rozwojowymi*, Kraków: Wydawnictwo Libron, s. 103–112.
- Miodunka W., 2003, *Bilingwizm portugalsko-polski w Brazylii*, Kraków: Wydawnictwo Universitas.

- Miodunka W., 2014, *Dwujęzyczność polsko-obca w Polsce i poza jej granicami. Rozwój i perspektywy badań*, „LingVaria”, t. IX, nr 1, s. 199–226.
- Miodunka W., 2016, *Biografia językowa jako jedna z metod badania dwujęzyczności*, [w:] R. Dębski, W. Miodunka (red.), *Bilingwizm polsko-obcy dziś. Od teorii i metodologii badań do studiów przypadków*, Kraków: Księgarnia Akademicka, s. 49–87.
- Młyński R., 2015, *Język polski dzieci dyslektycznych w sytuacji ich bilingwizmu*, niepublikowana rozprawa doktorska, Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
- Młyński R., 2016, *Lingwistyczne objawy dysleksji i dwujęzyczności. Próba analizy różnicowej zachowań językowych*, [w:] R. Dębski, W. Miodunka (red.), *Bilingwizm polsko-obcy. Od teorii i metodologii badań do studiów przypadków*, Kraków: Księgarnia Akademicka, s. 119–131.
- Młyński R., 2021, *Ocena dwujęzyczności dziecięcej przy zastosowaniu formuły RIOT*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 5, s. 159–170.
- Młyński R., Redkva M., 2019, *Speech-language diagnosis of linguistics competences of multilingual children from Ukraine*, „Logopedia Silesiana”, nr 8, s. 435–447.
- Myers-Scotton C., 2006, *Multiple voices. An introduction to bilingualism*, Malden: Blackwell.
- Peña E., Quinn R., Iglesias A., 1992, *The application of dynamic assessment: a nonbiased procedure*, „Journal of Special Education”, Vol. 26(3), s. 269–280.
- Trębacz-Ritter A., 2022, *Klasyfikacja ICF jako tło dla diagnozy funkcjonalnej uczniów z wyzwaniem rozwojowym w obszarze mowy i języka. Polska adaptacja kwestionariusza SPAA-C (Speech Participation and Activity Assessment of Children)*, „Studia z Teorii Wychowania”, t. XIII, nr 3, s. 251–267.
- Ukrainetz T., Harpell S., Walsh C., Coyle C., 2000, *A preliminary investigation of dynamic assessment with Native American kindergartners*, „Language, Speech and Hearing Services in Schools”, No. 31, s. 142–154.
- Weinreich U., 1974, *Languages and contact. Findings and problems*, The Hague: Mouton Press.
- Westby C., Burda A., Mehta Z., 1990, *Asking the right questions in the right ways – strategies for ethnographic interviewing*, „Journal of Childhood Communication Disorders”, Vol. 13(1), s. 101–111.
- Węsierska K., 2015, *Zastosowanie modelu ICF w diagnozowaniu jękania*, <https://www.konferencja-zpm.edu.pl/wp-content/uploads/2015/11/Zastosowanie-modelu-ICF-w-diagnozowaniu-j%85kania.pdf> (dostęp: 30.07.2024).
- WHO, 2001, *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF)*, <https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/details> (dostęp: 30.07.2024).
- Wilmowska-Pietruszyńska A., Bilski D., 2013, *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia*, „Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania”, nr II, s. 5–20.
- Wróblewska-Pawlak K., 2004, *Język – tożsamość – imigracja. O strategiach adaptacyjnych Polaków zamieszkałych we Francji w latach osiemdziesiątych XX wieku*, Warszawa: Uniwersytet Warszawski.
- Zaborniak-Sobczak M., Bieńkowska K., Drozd M., Senderski A., 2018, *Wsparcie edukacyjne uczniów z centralnymi zaburzeniami przetwarzania słuchowego*, „Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej”, nr 29, s. 115–131.
- Zawadka J., Kurowska M., Sadowska E., 2020, *Rozpoznawanie sytuacji językowej dziecka dwu- i wielojęzycznego z wykorzystaniem Logopedycznego kwestionariusza rozpoznania sytuacji językowej dziecka w perspektywie wielojęzyczności i wielokulturowości*, [w:] E. Zajac, M. Szurek (red.), *Interdyscyplinarne aspekty diagnozy i terapii logopedycznej*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 115–125.

Joanna Stempień  <https://orcid.org/0000-0003-4246-4906>

Uniwersytet Warszawski, Wydział Polonistyki, Szkoła Doktorska Nauk Humanistycznych, ul. Krakowskie Przedmieście 26/28
00-927 Warszawa, e-mail: j.stempien@uw.edu.pl

Feminizujący trening głosu u transpłciowej dwujęzycznej nastolatki z zaburzeniami sprzężonymi. Studium przypadku¹

Voice Feminization Therapy in Transgender Bilingual Adolescent
with Multiple Disorders. A Case Study

Słowa kluczowe: feminizacja głosu, transpłciowość, trening głosu, studium przypadku

Keywords: voice feminization, transgender, voice training, case study

Streszczenie

Feminizująca terapia głosu może być jednym z ważnych etapów tranzycji, czyli procesu korekty płci, dokonywanego przez osoby transpłciowe. Celem takiej terapii jest uzyskanie bardziej „kobiecego” brzmienia głosu poprzez naukę specjalnych technik feminizujących, takich jak na przykład kontrola wysokiej pozycji krtani. Jej pozytywnym efektem może być także zmniejszenie cierpienia wynikającego z niedopasowania odczuwanej tożsamości płciowej do płci przypisanej przy urodzeniu. W artykule zaprezentowano studium przypadku transpłciowej dwujęzycznej nastolatki z zaburzeniami sprzężonymi: dysfonią płciową, zaburzeniami depresyjnymi, zespołem Aspergera i nadwrażliwością słuchową. Przedstawiono wyniki wywiadu, etapy terapii, omówiono wykorzystane techniki i strategie terapeutyczne oraz wpływ stanu psychofizycznego pacjentki na przebieg spotkań. Pacjentka wykazywała duże zaangażowanie w proponowane ćwiczenia oraz satysfakcję z obserwowanych zmian w swoim głosie. Jednak mimo opanowania wszystkich technik feminizujących, nie chciała rezygnować ze spotkań z logopedką. Wystandaryzowany model terapii został dostosowany

1 Studium przypadku zostało zaprezentowane na 5. konferencji European Professional Association for Transgender Health EPATH 2023 „Strengthening the standards: communities and research” w Killarney w Irlandii. Udział w konferencji został sfinansowany z programu Inicjatywa Doskonałości Uczelnia Badawcza (działanie IV.4.1. Kompleksowy program wsparcia dla doktorantów UW – mikrogranty, edycja 2).



© 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: 1.01.2024 r. Data przyjęcia: 19.02.2024 r.

do jej indywidualnych potrzeb m.in. poprzez przygotowanie anglojęzycznych materiałów – oryginalnych tekstów oraz fragmentów filmów z kobiecymi postaciami. Feminizacja głosu u osoby niepełnoletniej może dać poczucie dokonującego się postępu, gdy inne, inwazyjne procedury nie są jeszcze dostępne.

Abstract

Voice feminization therapy may be one of the important stages of gender transition, or gender reassignment done by transgender persons. The aim of such voice training is to obtain more 'female' voice through specialized, feminizing techniques, such as elevation of the larynx. Ultimately, distress resulting from gender incongruence between one's gender identity and one's sex assigned at birth may be reduced as well. This article investigates a case study of a transgender bilingual adolescent female with multiple disorders: gender dysphoria, depression, Asperger syndrome and hyperacusis. The paper presents the outcomes from the interview, therapy stages, therapeutic techniques used as well as the impact of the patient's psychophysical condition on the meetings. The patient displayed high motivation and satisfaction with changes observed in her voice. However, despite having mastered all the feminizing techniques, she insisted on continuing the therapy. The standard of care was modified according to her individual needs by, for instance, adapting English practice material – original texts and movie scenes with female characters. Voice feminization at adolescent may provide a sense of progress when other, more invasive procedures are not yet available.

Wprowadzenie

Osoby transpłciowe czy różnorodnie płciowo, w tym przede wszystkim transpłciowe kobiety (osoby identyfikujące swoją tożsamość płciową jako kobietą, którym przy urodzeniu przypisano płeć męską, ang. *assigned male at birth* – AMAB), mogą doświadczać cierpienia wynikającego z niedopasowania brzmienia głosu do odczuwanej tożsamości płciowej [de Bruin, Coerts, Greven, 2000; Adler, Hirsch, Pickering, 2019; Światowe Stowarzyszenie Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych, 2022; Oates i in., 2023]. Tożsamość ta jest identyfikowana jako kobieta, a głos, na skutek przebytej w okresie dojrzewania płciowej mutacji (rozrost krtani, wydłużenie i zwiększenie masy fałdów głosowych, uwapnienie chrząstek krtaniowych), ma brzmienie męskie [Prusiewicz, Obrębowski, 2019]. Wprowadzone po okresie pokwitania estrogenowa terapia hormonalna oraz supresja androgenowa dają znaczące, widoczne efekty, takie jak rozwój piersi, zmiana dystrybucji tkanki tłuszczowej w ciele czy zmniejszenie siły fizycznej [Gooren, 2005; T'Sjoen i in., 2019; Światowe Stowarzyszenie Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych, 2022], ale nie powodują zmian w obrębie krtani. Na skutek stosowania estrogenów nie dojdzie do zmniejszenia krtani oraz fałdów głosowych. Feminizująca terapia hormonalna nie ma wpływu na brzmienie głosu [Gooren, 2005; Kim, 2020]. Jednocześnie należy zaznaczyć, że terapia hormonalna testosteronem stosowana u transpłciowych mężczyzn (osób identyfikujących swoją tożsamość płciową jako męską, którym przy urodzeniu przypisano płeć kobietą, ang. *assigned female at birth*

– AFAB), daje wyraźne zmiany także w obrębie krtani. W ciągu 3–6 miesięcy od wdrożenia terapii hormonalnej rozpoczyna się mutacja i w konsekwencji w zdecydowanej większości przypadków dochodzi do wyraźnego obniżenia brzmienia głosu [Gooren, 2005; T’Sjoen i in., 2019; Światowe Stowarzyszenie Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych, 2022].

Uzyskanie bardziej „kobiecego” brzmienia głosu przez transpłciowe pacjentki jest możliwe dzięki zabiegom fonochirurgicznym (zwiększenie napięcia fałdów głosowych poprzez nacięcie i skrócenie fałdów, czyli glottoplastykę Wendlera, lub poprzez zbliżenie odległości pomiędzy chrząstkami pierścieniową i tarczową [Kelly i in., 2019; Kim, 2020]), lub dzięki feminizującej terapii głosu² prowadzonej przez logopedę/logopedkę. Taka terapia obejmuje między innymi naukę technik feminizujących (skrócenie toru głosowego, wzmocnienie rejestru głowowego, zmniejszenie masy wibrującej fałdów głosowych), pracę nad „kobiecą” prozodią (np. zróżnicowana intonacja) i mimiką (np. kontrola głósności wypowiedzi, utrzymywanie kontaktu wzrokowego), a także automatyzację i utrwalanie nowych nawyków głosowych [Adler, Hirsch, Pickering, 2019; Hancock, Siegfriedt, 2020].

Feminizacja głosu może być jednym z ważnych etapów tranzycji – procesu, w ramach którego osoba transpłciowa dokonuje korekty płci zgodnie z identyfikowaną tożsamością płciową. Tranzycja przebiega zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta/pacjentki i może obejmować m.in. terapię hormonalną, zabiegi chirurgiczne, zabiegi kosmetyczne oraz właśnie specjalistyczny trening logopedyczny³. Badania bezsprzecznie pokazują, że lepsze dopasowanie brzmienia głosu łagodzi cierpienie oraz objawy dysforii i depresji [Hancock, Krissinger, Owen, 2011; Dacakis, Oates, Douglas, 2017; Hancock, 2017; Novais Valente Junior, Mesquita de Medeiros, 2022; Światowe Stowarzyszenie Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych, 2022]. Aby jednak feminizująca terapia głosu przyniosła oczekiwane, zauważalne efekty, niezbędne jest zaangażowanie pacjentki. Bez aktywnego uczestnictwa w zajęciach, bez regularnie wykonywanych samodzielnych ćwiczeń, bez odpowiedniej motywacji rezultaty będą znikome i krótkotrwałe. Ważne zatem, by pacjentce uświadomić jej centralną rolę w terapii. Logopeda/logopedka nadaje kierunek i w razie potrzeby dostosowuje plan terapeutyczny, ale to na pacjentce ciąży główna odpowiedzialność za jego realizację [Lorenc, Stempień, 2023].

Osoby transpłciowe w Polsce mierzą się z powszechną dyskryminacją o charakterze społecznym i prawnym [Sytuacja prawna..., 2019; Sytuacja społeczna..., 2021]. Mają skrajnie utrudniony dostęp do opieki medycznej, w tym do opieki seksualologicznej, chirurgicznej, endokrynologicznej, a procedury wykonywane w celu

2 W artykule pojęcia „terapia głosu” oraz „trening głosu” są stosowane zamiennie.

3 W artykule ograniczono się do wymienienia najważniejszych etapów tranzycji medycznej, której częścią może być także trening głosu. Oddzielnymi kwestiami są tranzycja prawna, polegająca na urzędowej zmianie oznaczenia płci w dokumentach, oraz tranzycja społeczna, związana z *coming outem*, czyli upublicznieniem swojej tożsamości płciowej wobec rodziny, znajomych, świata zewnętrznego.

korekty płci nie są refundowane. Wyzwaniem jest również znalezienie specjalistycznego wsparcia logopedycznego, choć przecież trening głosu zdaje się pod wieloma względami (finansowym, czasowym, zakresu ingerencji) jednym z prostszych etapów tranzycji. Pozytywne skutki osiągniętej feminizacji głosu są dla transpłciowej kobiety nie do przecenienia. Celem terapii jest głos, którego pacjentka się nie wstydzi, z którym się utożsamia, którym potrafi się swobodnie posługiwać.

Opis przypadku

Szesnastoletnia transpłciowa pacjentka zgłosiła się na indywidualną feminizującą terapię głosu. Rozpoczęła już tranzycję społeczną (funkcjonowała w zgodzie z odczuwaną tożsamością płciową w domu, w obecności rodziny oraz najbliższych znajomych), ale ze względu na niepełnoletność tranzycja prawna oraz tranzycja medyczna nie były dostępne. Zdecydowała się rozpocząć trening głosu, by osiągnąć bardziej kobiece brzmienie, ale również, by mieć poczucie dokonującego się postępu w stronę docelowej ekspresji płciowej. Konsultacje rozpoczęły się po uzyskaniu pisemnej zgody prawnych opiekunów – rodziców pacjentki – na prowadzenie feminizującej terapii. Jednocześnie uzgodniono, że nie będą oni uczestniczyć w spotkaniach, ale logopedka będzie utrzymywać z nimi kontakt. Pacjentka może liczyć na pełne wsparcie najbliższej rodziny, co w przypadku osób transpłciowych, ich dobrostanu psychicznego oraz pomyślnego przebiegu procesu tranzycji ma ogromne pozytywne znaczenie.

W ramach diagnostyki przeprowadzono wywiad i badanie logopedyczne, pacjentka wypełniła również Kwestionariusz Samooceny Głosu dla Transpłciowych Kobiet [Lorenc, Stempień, 2022]. W wywiadzie oraz dzięki analizie przedłożonej dokumentacji medycznej potwierdzono silną dysfonię płciową (cierpienie wynikające z nieodpasowania tożsamości płciowej do płci stwierdzonej przy narodzinach [Światowe Stowarzyszenie Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych, 2022]), nawracające zaburzenia depresyjne z częstymi epizodami dysocjacyjnymi, zespół Aspergera, nadwrażliwość słuchową na dźwięki o wysokiej częstotliwości (przy prawidłowej słyszalności), bardzo wysoki poziom inteligencji (według Skali Inteligencji Wechslera dla Dzieci WISC-V) oraz dwujęzyczność (język angielski)⁴. Pacjentka znajduje się pod stałą opieką psychiatryczną, seksuologiczną i psychologiczną, przyjmuje leki przeciwdepresyjne (m.in. kwetiapinę, wenlafaksynę, bupropion⁵).

4 Dwujęzyczność pacjentki miała znaczący wpływ na dobór materiału do ćwiczeń, co zostanie omówione w części dotyczącej przebiegu terapii. Pacjentka chętniej pracowała na materiałach w języku angielskim niż polskim.

5 W trakcie terapii logopedycznej substancje przyjmowane przez pacjentkę oraz ich dawki wielokrotnie się zmieniały. Stan psychofizyczny pacjentki był w dużej mierze zależny od przyjmowanych leków. Zmiany nastroju zostaną omówione w dalszej części artykułu, ponieważ miały one zasadniczy wpływ na prowadzenie terapii.

Badanie logopedyczne zostało przeprowadzone zgodnie ze standardem postępowania w przypadku osób transpłciowych przechodzących tranzycję [Lorenc, Stempień, 2023]. U pacjentki zaobserwowano prawidłową budowę aparatu artykulacyjnego, zwiększone napięcie w stawach skroniowo-żuchwowych i bruksizm, asymetryczne położenie barków, nieprawidłowy szczytowy tor oddychania oraz znacząco skrócony maksymalny czas fonacji (mediana: 15,5 sek.). Głos stabilny, po zakończonej mutacji. Częstotliwość podstawowa została określona na 103 Hz⁶ (badanie pogładowe wykonane za pomocą aplikacji mobilnej Voice Tools)⁷.

Pacjentka opisała swój głos jako „ekstremalnie niski, monotony, o nieprzyjemnej barwie”. Z odpowiedzi na Kwestionariusz Samooceny Głosu dla Transpłciowych Kobiet uzyskała 92 punkty⁸. Przy 16 stwierdzeniach zawartych w kwestionariuszu wybrała odpowiedź 4 = zazwyczaj lub zawsze. Były to między innymi stwierdzenia nr 6: „Mój głos przeszkadza mi w byciu postrzeganą jako kobieta”, nr 7: „Ze względu na mój głos unikam używania telefonu”, nr 10: „Mój głos sprawia, że trudno zidentyfikować mnie jako kobietę”, nr 16: „Czuję się sfrustrowana próbami zmiany mojego głosu”, nr 26: „Czuję się skrępowana tym, jak obce osoby odbierają mój głos”.

Przebieg terapii

Głównym zadaniem terapii była feminizacja głosu oraz sposobu komunikowania się – ze względu na specyficzne potrzeby osób transpłciowych uznaje się, że to pacjentki (a nie terapeuci) w swojej subiektywnej i indywidualnej ocenie określają, czy cele terapii zostały osiągnięte [Adler, Hirsch, Pickering, 2019; Hancock, Siegfriedt, 2020; Światowe Stowarzyszenie Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych, 2022]. Nie wyznaczono docelowej wartości częstotliwości podstawowej⁹, ponieważ założono, że wraz z postępem treningu głosu i opanowaniem kolejnych technik

6 Zakres częstotliwości podstawowej głosu u mężczyzn wynosi 50–250 Hz, a u kobiet 120–480 Hz [Laver, 1994].

7 Badanie było wykonywane każdorazowo w bardzo podobnych warunkach z wykorzystaniem tej samej aplikacji i tego samego tekstu (*Rainbow Passage*). Uznano, że zmieniające się z czasem wartości wyrażone w hercach są cenne pogładowo.

8 Kwestionariusz składa się z 30 zdań oznajmujących oraz odpowiedzi jednokrotnego wyboru na czterostopniowej skali, gdzie 1 = nigdy lub rzadko, 2 = czasami, 3 = często, 4 = zazwyczaj lub zawsze. Minimalna liczba punktów do uzyskania to 30, co oznacza pozytywną samoocenę głosu. Maksymalna liczba punktów to 120, co oznacza skrajnie negatywną samoocenę głosu.

9 Uznaje się, że częstotliwość podstawowa wynosząca co najmniej 150 Hz w połączeniu z dominującym rezonatorem głowowym, charakterystycznymi dla kobiet prozodią, natężeniem głosu, doborem słownictwa i cechami pozawerbalnymi wypowiedzi mogą dać w subiektywnej ocenie słuchaczy audytywny efekt „kobiecości” głosu [Owen, Hancock, 2010; Adler, Hirsch, Pickering, 2019; Hancock, Siegfriedt, 2020].

feminizujących pacjentka samodzielnie odnajdzie najbardziej komfortowe brzmienie. Częstotliwość podstawowa jest jednym z kluczowych czynników determinujących percypowanie „płci” głosu przez słuchaczy, jednakże w przypadku terapii feminizującej ważne jest, by transpłciowe pacjentki nie koncentrowały się wyłącznie na wartościach liczbowych wyrażonych w hercach. Równie istotna jest praca nad udziałem rezonatorów, prozodią, pozawerbalnymi elementami komunikacji [Adler, Hirsch, Pickering, 2019; Hancock, Siegfriedt, 2020].

Konsultacje z logopedką odbywały się zdalnie¹⁰, raz w tygodniu i trwały 45 minut. Dla zapewnienia jak najlepszej jakości połączenia wykorzystano dodatkowy mikrofon kierunkowy ustawiony na statywie oraz kamerę zewnętrzną. Zaobserwowano, że jeśli tylko pozwalał na to bieżący stan psychofizyczny pacjentki, wykazywała ona bardzo duży entuzjazm (aż po podekscytowanie i nadmierną gadatliwość), chętnie uczestniczyła w zajęciach i ćwiczyła z wielkim zaangażowaniem. Nawet gdy doświadczała ciężkich epizodów depresyjnych o charakterze dysocjacyjnym, co wiązało się z dużym zmęczeniem i bezsensownością, nie rezygnowała z udziału w spotkaniach. Jednakże w takich dniach nie była w stanie skupić uwagi na wykonywaniu ćwiczeń logopedycznych, więc ograniczano się do rozmowy.

Aby zminimalizować napięcie w obręczy barkowej, w mięśniach krtani, gardła i twarzy, wprowadzono zestaw ćwiczeń oddechowo-relaksacyjnych (w tym elementy hatha-jogi, treningu Jacobsona, relaksacji wyobrazeniowej). Zaobserwowano, że wykonywanie ćwiczeń relaksacyjnych, w tym przede wszystkim koncentrowanie uwagi wyłącznie na oddechu, przychodziło pacjentce z trudem.

Każda sesja zawierała również rozgrzewkę aparatu mowy oraz ćwiczenia dykcyjne, usprawniające artykulację. Zaobserwowano, że pacjentka z dużym zaangażowaniem recytuje logotomy, zwłaszcza te, które są wyjątkowo trudne artykularynie. Ich prawidłowe wymówienie traktowała ambicjonalnie, dlatego regularnie proponowano nowe kombinacje głosek.

Wprowadzono standardowe techniki feminizujące głos, takie jak skracanie toru głosowego (przede wszystkim kontrola wysokiego ułożenia krtani), wzmocnienie rezonatora głowowego, zmniejszenie masy wibrującej fałdów głosowych.

Przykłady zastosowanych ćwiczeń

Ćwiczenie 1

Pozycja stojąca. Kilka spokojnych, ale wyraźnie słyszalnych wydechów. Wydech i jednoczesna długa, bezdźwięczna produkcja sylaby [hhhaaaa]. Przy kolejnym wydechu stopniowe unoszenie krtani, cofanie żuchwy, rozszerzanie ust i wydłużanie głoski [aaaaa].

¹⁰ Pacjentka nie była w stanie znaleźć pomocy logopedycznej w miejscu zamieszkania.

Ćwiczenie 2

Całość jak wyżej – wydech z coraz wyższym i „szerszym” [hhhaaaa]. Ostatnia próba zakończona fonacją, czyli przedłużoną dźwięczną głoską [a]. Należy unikać falsetu, zbyt wysokiego dźwięku. Uzyskany dźwięk powinien być komfortowy (choć wyższy od normalnego), bez przerwy w wydechu i w fonacji. Krtań uniesiona – także po zakończeniu fonacji (choć przez chwilę).

Uwaga: Podczas wykonywania powyższych ćwiczeń nie należy wysuwać języka poza wargi ani zmieniać jego kształtu.

Ćwiczenie 3

Całość jak wyżej. Regularne wymawianie sylaby [hhaaaaa] z długą dźwięczną głoską [a] na końcu. Krtań pozostaje uniesiona, a pacjentka próbuje wymówić krótką frazę, np. *Chatka Puchatka* (brak głosek nosowych).

Uwaga: Krtań nie powinna być uniesiona zbyt wysoko. Chrypa, napięcie, ból są oznakami błędnie wykonanego ćwiczenia. Należy unikać gwałtownego, zbyt twardego zwarcia fałdów głosowych.

Ćwiczenie 4

Przy uniesionej krtani wymowa staccato samogłoski [e] przy jednoczesnym przesadnym rozszerzaniu warg na boki. Obserwacja, jak zmienia się brzmienie głoski w zależności od kształtu warg.

Ćwiczenie 5

Bezdzwięczna wymowa sylaby [pa]. Początek nisko (na takim poziomie, na jakim pacjentka zazwyczaj mówi), następnie rytmiczne podwyższanie dźwięku przy jednoczesnym unoszeniu krtani. Przytrzymanie krtani na wygodnej wysokości i próba dźwięcznego wymówienia głoski [pa], a później całego wyrazu, np. *papier, papierz, papieros*.

Ćwiczenie 6

Wymowa dwuwargowej, nosowej, dźwięcznej głoski [m]. Najpierw nisko, „głęboko”, a później stopniowe unoszenie krtani i próba mruczenia (murmurando). Zmiana pozycji głowy, tułowia w celu obserwacji zmieniającego się umiejscowienia wibracji i dźwięku.

Ćwiczenie 7

Wymowa każdej z samogłosek na trzy sposoby: nisko („ciemne” brzmienie), neutralnie, wysoko („jasne” brzmienie). Najpierw powoli, z wyraźnie zaznaczonymi różnicami, później rytmicznie i coraz szybciej.

Uwaga: Szybkie różnicowanie samogłosek może być dla początkującej pacjentki trudne. Warto przejść do przyspieszonego tempa w późniejszej fazie terapii.

Ćwiczenie 8

Niska, długa, ciągła fonacja głoski [a] przy pełnej, „grubej” masie fałdów głosowych. Stopniowe zmniejszanie masy drgającej i jednocześnie podwyższanie częstotliwości.

Uwaga: Należy unikać falsetu. Warto przyłożyć dłoń do krtani i wyczuć, czy drgania fałdów zmieniają się (powinny słabnąć).

Po kilku tygodniach pacjentka nabrała wprawy w wykonywaniu większości podstawowych ćwiczeń feminizujących, ale miała trudności z glissandami (szybka, rytmiczna zmiana częstotliwości i/lub natężenia) i niechętnie je wykonywała. Uznano, że te trudności mogą wynikać z nadwrażliwości słuchowej i zrezygnowano z proponowania tego rodzaju ćwiczeń.

Umiejętność zastosowania powyższych technik feminizujących w praktyce była doskonała podczas czytania oraz w mowie swobodnej. Ze względu na zainteresowania pacjentki proponowano do czytania w angielskim oryginale monolog kobiecych postaci z dramatów Williama Szekspira, wiersze nonsensowne, jak *Jabberwocky* Lewisa Carrolla (również w oryginale), teksty transpłciowej aktywistki Mai Heban czy obszerne fragmenty monologu Molly Bloom z *Ulissesa* Jamesa Joyce’a.

W pierwszych miesiącach terapii zajęcia polegały przede wszystkim na prowadzeniu ćwiczeń feminizujących, ale z czasem i pod wpływem reakcji pacjentki akcenty zostały przeniesione na naukę „kobiecej” prozodii. Pacjentka z dużym zainteresowaniem oglądała fragmenty filmów z udziałem angielskich i amerykańskich aktorek odgrywających zróżnicowane uczucia i wykorzystujących szeroką gamę środków ekspresji, które próbowała odtworzyć (w oryginale). Proponowano sceny, w których występowały silne, pozytywne bohaterki, z którymi mogła się identyfikować lub które mogła podziwiać. Pacjentka uczyła się kontrolować brzmienie głosu w sytuacjach angażujących emocjonalnie, wywołujących gniew, smutek, śmiech. Analogicznie kontrolę brzmienia głosu ćwiczano podczas wypowiedzi swobodnych na zadany temat. Pacjentka była proszona o odpowiedź własnymi słowami na pytania dotyczące na przykład kontrowersyjnych bieżących spraw politycznych czy społecznych.

Postępy

Po trzech miesiącach od rozpoczęcia terapii częstotliwość podstawowa wyniosła 127 Hz, po kolejnych dwóch miesiącach 145 Hz, a po roku od rozpoczęcia feminizacji głosu 166 Hz. Wynik każdego badania pacjentka przyjmowała z wyraźnym zadowoleniem.

Zaproponowany przez logopedkę trudny temat rozmowy (zwłaszcza dotyczący transpłciowości) powodował zazwyczaj zaangażowanie emocjonalne, które skutkowało utratą kontroli nad położeniem krtani i obniżeniem głosu. Jednak po 6–8 miesiącach ćwiczeń pacjentka była w stanie utrzymać stabilne brzmienie nawet podczas długich wypowiedzi (kilkanaście minut) i przy szybkim tempie mówienia.

Badanie Kwestionariuszem Samooceny Głosu dla Transpłciowych Kobiet wykonano ponownie po 16 miesiącach. Stwierdzenia w nim zawarte powodowały negatywne skojarzenia i nasilenia dysforii, dlatego pacjentka wypełniła kwestionariusz dopiero po osiągnięciu stabilnego stanu psychicznego. Porównanie odpowiedzi udzielonych przed rozpoczęciem terapii i po ponad roku jej trwania daje obraz zmieniającego się stosunku pacjentki do własnego głosu. W maju 2022 roku pacjentka uzyskała 92 punkty, we wrześniu 2023 roku 65 punktów, a więc samoocena głosu wyraźnie wzrosła. Na 30 stwierdzeń zawartych w kwestionariuszu poprawę odnotowano w przypadku 16 odpowiedzi (zob. tabela 1). Przy 5 stwierdzeniach wskazania się pogorszyły (zob. tabela 2), przy 9 pozostały bez zmian (zob. tabela 3).

Tabela 1. Stwierdzenia z Kwestionariusza Samooceny Głosu dla Transpłciowych Kobiet, przy których pacjentka wskazała poprawę funkcjonowania głosowego

Stwierdzenie z kwestionariusza		Maj 2022	Wrzesień 2023
1	Ludzie mają trudności z usłyszeniem mnie w głośnym pomieszczeniu.	3	1
4	Podczas mówienia wysokość mojego głosu jest zbyt niska.	4	2
5	Wysokość mojego głosu jest nieprzewidywalna.	2	1
6	Mój głos przeszkadza mi w byciu postrzeganą jako kobieta.	4	1
7	Ze względu na mój głos unikam używania telefonu.	4	1
8	Ze względu na mój głos jestem spięta, gdy rozmawiam z innymi osobami.	3	1
9	Mój głos staje się zachrypnięty, szorstki lub chropawy, gdy próbuję mówić kobiecym głosem.	4	1
10	Mój głos sprawia, że trudno zidentyfikować mnie jako kobietę.	4	1
11	Podczas mówienia wysokość mojego głosu nie zmienia się wystarczająco.	2	1
13	Ze względu na mój głos unikam publicznych występów.	3	1
14	Mój głos brzmi sztucznie.	4	1
16	Czuję się sfrustrowana próbami zmiany mojego głosu.	4	1
17	Moje trudności z głosem ograniczają moje życie towarzyskie.	2	1
19	Gdy się śmieję, brzmię jak mężczyzna.	4	3
21	Wkładam bardzo wiele wysiłku w wydobywanie mojego głosu.	4	3
25	Z powodu mojego głosu jestem mniej towarzyska.	4	3

Skala odpowiedzi: 1 = nigdy lub rzadko, 2 = czasami, 3 = często, 4 = zazwyczaj lub zawsze.

Źródło: opracowanie własne

Z punktu widzenia wpływu na codzienne funkcjonowanie oraz stan emocjonalny pacjentki wydaje się, że szczególnie cenna jest poprawa zaobserwowana przy stwierdzeniach nr 6, 7, 9, 10, 14 oraz 16.

Tabela 2. Stwierdzenia z Kwestionariusza Samooceny Głosu dla Transpłciowych Kobiet, przy których pacjentka wskazała pogorszenie funkcjonowania głosowego

Stwierdzenie z kwestionariusza		Maj 2022	Wrzesień 2023
2	Odczuwam niepokój, gdy wiem, że muszę użyć swojego głosu.	2	3
12	Ze względu na mój głos czuję się nieswojo, rozmawiając z przyjaciółmi, sąsiadami i krewnymi.	2	3
18	Wysokość mojego głosu się obniża, gdy go nie kontroluję.	3	4
27	Tracę głos w trakcie mówienia.	3	4
28	Jestem przygnębiona, gdy z powodu mojego głosu jestem postrzegana jako mężczyzna.	1	4

Skala odpowiedzi: 1 = nigdy lub rzadko, 2 = czasami, 3 = często, 4 = zazwyczaj lub zawsze.

Źródło: opracowanie własne

Stwierdzenia, przy których pacjentka wskazała pogorszenie funkcjonowania głosowego, można podzielić na dwie kategorie: odnoszące się do sfery emocjonalnej (nr 2, 12, 28) oraz dotyczące jakości mówienia (nr 18 i 27). Szczególnie znacząca negatywna różnica dotyczy stwierdzenia nr 28: „Jestem przygnębiona, gdy z powodu mojego głosu jestem postrzegana jako mężczyzna” i dlatego została oddzielnie omówiona z pacjentką. Wyjaśniła ona, że przed rozpoczęciem terapii często była postrzegana jako mężczyzna, a obecnie zdarza się to sporadycznie. Dlatego też, gdy już po osiągnięciu satysfakcjonującego ją brzmienia głosu została uznana za mężczyznę, wywołało to u niej silniejsze negatywne odczucie niż przed rozpoczęciem terapii feminizującej.

Tabela 3. Stwierdzenia z Kwestionariusza Samooceny Głosu dla Transpłciowych Kobiet, przy których odpowiedzi pozostały bez zmian

Stwierdzenie z kwestionariusza		Maj 2022	Wrzesień 2023
3	Mój głos sprawia, że czuję się mniej kobieco, niżbym chciała.	4	4
15	Muszę się koncentrować, żeby mój głos brzmiał tak, jak chcę.	4	4
20	Mój głos nie pasuje do mojego wyglądu zewnętrznego.	1	1
22	Mój głos szybko się męczy.	4	4
23	Mój głos wpływa ograniczająco na rodzaj pracy, którą wykonuję.	1	1
24	Czuję, że mój głos nie odzwierciedla „prawdziwej mnie”.	4	4
26	Czuję się skrępowana tym, jak obce osoby odbierają mój głos.	4	4
29	Podczas mówienia zakres wysokości mojego głosu jest ograniczony.	4	4
30	Czuję się dyskryminowana z powodu mojego głosu.	1	1

Skala odpowiedzi: 1 = nigdy lub rzadko, 2 = czasami, 3 = często, 4 = zazwyczaj lub zawsze.

Źródło: opracowanie własne

Z odpowiedzi przedstawionych w tabeli 3 można wnioskować, że w toku terapii nie udało się w pełni zrealizować wszystkich celów. Podczas mówienia pacjentka nadal

musi wkładać świadomy wysiłek w to, by brzmieć „kobieco” (nr 15), nie zawsze też jakość głosu jest zadowolająca (nr 22, 29). Jednocześnie, choć w przypadku stwierdzenia nr 3 pacjentka nie zaobserwowała żadnej pozytywnej zmiany, z odpowiedzi przy stwierdzeniach odnoszących się do analogicznej sfery (nr 6: „Mój głos przeszkadza mi w byciu postrzeganą jako kobieta” oraz nr 10: „Mój głos sprawia, że trudno zidentyfikować mnie jako kobietę” – zob. tabela 1) wynika wyraźna poprawa.

Oprócz 30 zdań oznajmujących Kwestionariusz Samooceny Głosu dla Transpłciowych Kobiet zawiera także dwa dodatkowe pytania dotyczące ogólnej oceny głosu. Pacjentki są proszone o ocenę swojego obecnego głosu (odpowiedzi do wyboru: bardzo kobiecy, nieco kobiecy, neutralny płciowo, nieco męski, bardzo męski) oraz wskazanie, jak brzmiałby ich idealny głos (do wyboru identyczne odpowiedzi). Przed rozpoczęciem terapii pacjentka wskazała, że jej głos jest bardzo męski, a jej idealny głos brzmiałby nieco kobieco. Po 16 miesiącach odpowiedziała, że jej głos jest nieco kobiecy, a jej idealny głos brzmiałby bardzo kobieco. Dopytywana wyjaśniła, że na skutek pozytywnych rezultatów jej oczekiwania wobec własnego głosu się zmieniły, wzrosły.

Dyskusja

Ze względu na swój stan psychofizyczny pacjentka sporadycznie wychodzi z domu, unika też bezpośredniego kontaktu werbalnego z nieznanymi osobami. Choć rzadko rozmawia nawet z członkami własnej rodziny, to widzi sens w feminizującej terapii głosu i chce ją kontynuować¹¹. Należy zauważyć, że z rekomendacji zawartych w *Voice and Communication Therapy for the Transgender/Gender Diverse Client. A Comprehensive Clinical Guide* [Adler, Hirsch, Pickering, 2019, s. 363] oraz z praktyki gabinetowej wynika, że najczęściej feminizująca terapia głosu trwa co najmniej kilka miesięcy [Stempień, 2021]. Etyka zawodowa wymaga, by szczerze poinformować, gdy kontynuowanie spotkań nie przyniesie oczekiwanego pogłębiania zmian.

Jednakże na wyraźną prośbę pacjentki spotkania z logopedką są kontynuowane i nadal odbywają się co tydzień. Pacjentka opanowała już wszystkie techniki feminizujące, a warunki anatomiczne oraz zasady higieny głosu uniemożliwiają dalsze podwyższanie jego brzmienia. Obecnie celem terapii jest więc utrwalenie dotychczasowych umiejętności, a nie zdobycie nowych. Wykonywanie ćwiczeń logopedycznych oraz zadań aktorskich sprawia pacjentce wyraźną przyjemność i być może dlatego nalega na przedłużanie spotkań. Nie uzgodniono, jak długo jeszcze terapia ma trwać, ale zapewne zakończy się, gdy pacjentka podejmie taką decyzję.

Zaburzenia depresyjne miały i nadal mają wpływ na przebieg spotkań – logopedka na bieżąco je modyfikuje w zależności od stanu emocjonalnego pacjentki – jej

¹¹ Spotkania z logopedką trwają już półtora roku – stan na grudzień 2023 r.

gotowości do wykonywania ćwiczeń czy rozmawiania na pewne tematy. Do indywidualnych potrzeb i zainteresowań dostosowany został także materiał literacki i filmowy wykorzystywany do ćwiczeń.

Feminizacja głosu rozpoczęła się po zakończeniu mutacji, ale przed osiągnięciem przez pacjentkę pełnoletności. Dlatego nadal utrzymywany jest rzadki, choć regularny kontakt z rodzicami, którzy m.in. informują o przebiegu konsultacji z innymi specjalistami. Być może w przyszłości standardem w opiece nad transpłciowymi pacjentami/pacjentkami będzie tworzenie interdyscyplinarnych zespołów z udziałem także logopedy/logopedki.

Zakończenie

W sytuacji skrajnie ograniczonego dostępu do specjalistycznej opieki medycznej dla transpłciowych pacjentów i pacjentek znaczenie feminizującej terapii głosu jest nie do przecenienia. Oprócz oczywistej swobody w posługiwaniu się własnym głosem może ona także dać poczucie sensu, sprawczości i dokonującego się postępu w procesie tranzycji. Powyższe studium przypadku potwierdza, że taka terapia powinna mieć bardzo zindywidualizowany charakter. Wystandaryzowane na świecie ramy opieki logopedycznej należy dostosować do potrzeb danej pacjentki. Co więcej, feminizująca terapia głosu może być pierwszym krokiem w tranzycji osoby niepełnoletniej, gdy inne interwencyjne procedury medyczne nie są jeszcze dostępne.

Literatura

- Adler R., Hirsch S., Pickering J., 2019, *Voice and Communication Therapy for the Transgender/ Gender Diverse Client. A Comprehensive Clinical Guide*, San Diego: Plural Publishing.
- Bruin M.D. de, Coerts M.J., Greven A.J., 2000, *Speech Therapy in the Management of Male-to-Female Transsexuals*, „Folia Phoniatica et Logopaedica”, No. 52, s. 220–227.
- Dacakis G., Oates J., Douglas J., 2017, *Associations between the Transsexual Voice Questionnaire (TVQMtF) and self-report of voice femininity and acoustic voice measures*, „International Journal of Language & Communication Disorders”, Vol. 52(6), s. 831–838.
- Gooren L., 2005, *Hormone Treatment of the Adult Transsexual Patient*, „Hormone Research in Paediatrics”, Vol. 64(2), s. 31–36.
- Hancock A., 2017, *An ICF Perspective on Voice-related Quality of Life of American Transgender Women*, „Journal of Voice”, Vol. 31(1), s. 115.e1–115.e8.
- Hancock A., Siegfried L., 2020, *Transforming Voice and Communication with Transgender and Gender-Diverse People. An Evidence-based Process*, San Diego: Plural Publishing.
- Hancock A., Krissinger J., Owen K., 2011, *Voice Perceptions and Quality of Life of Transgender People*, „Journal of Voice”, Vol. 25(5), s. 553–558.
- Kelly V., Hertegard S., Eriksson J., Nygren U., Sodersten M., 2019, *Effects of Gender-confirming Pitch-raising Surgery in Transgender Women a Long-term Follow-up Study of Acoustic and Patient-reported Data*, „Journal of Voice”, Vol. 33(5), s. 781–791.

- Kim HT, 2020, *Vocal Feminization for Transgender Women: Current Strategies and Patient Perspectives*, „International Journal of General Medicine”, Vol. 13, s. 43–52.
- Laver J., 1994, *Principles of phonetics*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Lorenc A., Stempień J., 2022, *Kwestionariusz Samooceny Głosu dla Transpłciowych Kobiet (Trans Woman Voice Questionnaire) – autoryzowana wersja w jęz. polskim*, Melbourne: La Trobe University, www.latrobe.edu.au/__data/assets/pdf_file/0016/1421440/TWVQ-Polish-Authorised-Polish-Translation.pdf (dostęp: 2.12.2023).
- Lorenc A., Stempień J., 2023, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób transpłciowych przechodzących tranżycję – wprowadzenie do problematyki oraz propozycja procedur*, [w:] J. Panasiuk (red.), *Logopedia jako nauka*, Warszawa: Polska Akademia Nauk, s. 263–277.
- Novais Valente Junior C., Mesquita de Medeiros A., 2022, *Voice And Gender Incongruence: Relationship Between Vocal Self-Perception And Mental Health Of Trans Women*, „Journal of Voice”, Vol. 36, s. 739–882.
- Oates J., Södersten M., Quinn S., Nygren U., Dacakis G., Kelly V., Smith G., Sand A., 2023, *Gender-Affirming Voice Training for Trans Women: Effectiveness of Training on Patient-Reported Outcomes and Listener Perceptions of Voice*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, Vol. 66(11), s. 4206–4235.
- Owen K., Hancock A.B., 2010, *The role of self- and listener perceptions of femininity in voice therapy*, „International Journal of Transgenderism”, Vol. 21, s. 272–284.
- Pruszewicz A., Obrębowski A., 2019, *Zarys foniatrii klinicznej*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.
- Stempień J., 2021, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób transpłciowych przechodzących tranżycję*, praca dyplomowa na Pomagisterskim Studium Logopedycznym Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Sytuacja prawna osób nieheteroseksualnych i transpłciowych w Polsce. Międzynarodowy standard ochrony praw człowieka osób LGBT i stan jego przestrzegania z perspektywy Rzecznika Praw Obywatelskich*, 2019, Warszawa: Biuletyn Rzecznika Praw Obywatelskich nr 6.
- Sytuacja społeczna osób LGBTA w Polsce. Raport za lata 2019–2020*, 2021, Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii, Stowarzyszenie Lambda.
- Światowe Stowarzyszenie Specjalistów(-tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH), 2022, *Standardy opieki zdrowotnej dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo* (wersja ósma).
- T’Sjoen G., Arcelus J., Gooren L., Klink D., Tangpricha V., 2019, *Endocrinology of Transgender Medicine*, „Endocrine Reviews”, Vol. 40(1), s. 97–117.

Tomasz Woźniak  <https://orcid.org/0000-0002-6745-9639>

Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii
ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: tomasz.wozniak@uni.lodz.pl

Syndrom zubożenia tekstu jako typ schizofazji. Na przykładzie analizy wypowiedzi schizofatycznych

Text Poverty Syndrome as a Type of Schizophasia: an Example of an Analysis of Schizophatic Texts

Słowa kluczowe: schizofazja, schizofrenia, diagnoza zaburzeń mowy, kohezja, koherencja, zubożenie tekstu

Keywords: schizophasia, schizophrenia, diagnosis of speech-language disorders, cohesion, coherence, poverty of speech

Streszczenie

Zaburzenia mowy występujące w schizofrenii często interpretuje się w kategoriach dezorganizacji semantycznej lub niespójności pragmatycznej wypowiedzi. Artykuł podnosi kwestię zubożenia tekstu i zawiera propozycję włączenia do spektrum schizofazji także wypowiedzi zredukowanych treściowo i formalnie, w których defekt ten występuje niezależnie lub przeważa nad występowaniem innych symptomów schizofazji. Zawarte w artykule przykłady analiz wypowiedzi osób cierpiących na schizofrenię potwierdzają tę tezę. Teza o występowaniu zubożenia wypowiedzi znajduje poparcie także w neurofunkcjonalnych modelach zespołów schizofrenicznych.

Abstract

Speech disorders occurring in schizophrenia are often interpreted in terms of semantic disorganisation or pragmatic incoherence of utterances. The article raises the issue of textual poverty and proposes to include in the schizophasia spectrum also content- and formally reduced utterances in which this defect occurs independently or outweighs the presence of other schizophasia symptoms. This thesis is supported by examples of analyses of the utterances of people with schizophrenia. The thesis of the occurrence of utterance poverty is also supported by neurofucational models of schizophrenic syndromes.



© 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: 19.04.2024 r. Data przyjęcia: 17.06.2024 r.

Wprowadzenie

Celem artykułu jest opis zjawiska zubożenia tekstu jako specyficznego typu schizofazji, który należy odróżnić od schizofatycznych rozbudowanych wypowiedzi dezorganizowanych lub urojeniowych. Zjawiska dezorganizacji mowy czy występowania treści urojeniowych w wypowiedziach wiążą się z objawami pozytywnymi i są powszechnie identyfikowane jako zjawiska typowe dla schizofazji. Natomiast schizofatyczne zubożenie tekstu należy raczej wiązać z objawami negatywnymi. Terminem „objawy pozytywne” określa się w psychiatrii objawy „nadmiarowe”, „ponadnormatywne”, które nie występują u osób zdrowych (omamy, halucynacje, urojenia, rozbudowane, niespójne wypowiedzi). Termin „objawy negatywne” oznacza objawy „ubytkowe”, wiążące się z utratą posiadanych wcześniej sprawności (np. wycofywanie się z kontaktów społecznych, apatia, zredukowane, szczątkowe wypowiedzi) [Czernikiewicz, Woźniak, 2023, s. 8].

Ze względu na praktyczny cel prezentowanych badań, polegający na uzupełnieniu indeksu zjawisk patologii mowy typowych dla tekstów tworzonych przez osoby chorujące na schizofrenię, uznaję terminy „wypowiedź” i „tekst” za równorzędne i przyjmuję operacyjną definicję tekstu, określającą go jako werbalny rezultat aktu komunikacji językowej [Panasiuk, Woźniak, 2001, s. 122].

Zaburzenia mowy w schizofrenii, chociaż stanowią jeden z osiowych objawów psychozy, przez lata stanowiły przedmiot badań dość ograniczonej liczebnie grupy badaczy [por. Sims, 1995], ponieważ skupiano się głównie na analizie zaburzeń myślenia i zachowania pacjentów, które są związane z urojeniami i halucynacjami. W ostatnich latach obserwujemy zmianę tego stanowiska. Powszechnie uznaje się wartość diagnostyczną i wielowymiarowość zaburzeń mowy w schizofrenii oraz rolę zmian neuroanatomicznych i neurofunkcyjnych występujących w przebiegu choroby za podstawy wyjaśnienia powstawania wypowiedzi schizofatycznych [Kuperberg, 2010; de Boer i in., 2020; Czernikiewicz, Woźniak 2023]. Omawiany w artykule typ tekstów ze znacznym zubożeniem syntaktycznym i leksykalnym zaznacza się podczas analiz wielu schizofatycznych tekstów dezorganizowanych i urojeniowych. Jednak cechy zubożenia na wszystkich poziomach, bez dominacji schizofatycznych cech dezorganizacji i przejawów urojeń, występują niekiedy w tekstach schizofatycznych samodzielnie. Jak dowodzą badania Andrzeja Czernikiewicza [1998], cechy zubożenia narastają w przebiegu schizofrenii, zwykle na tle innych objawów schizofazji, prawdopodobnie w wyniku postępujących zmian neuroanatomicznych i neurofunkcyjnych w mózgu.

Schizofrenia a schizofazja

W obecnie obowiązujących kryteriach diagnostycznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 i międzynarodowej klasyfikacji chorób Światowej Organizacji Zdrowia ICD-11 wśród objawów potrzebnych do diagnozy schizofrenii wyróżnia się: urojenia, omamy, halucynacje, nieprawidłowe zachowanie psychomotoryczne, dezorganizację mowy, negatywne nastawienie, objawy negatywne, zaburzenia poznawcze, depresję [American Psychiatric Association, 2013; 2018; ICD-11, b.r.]. Oba ujęcia są w większym stopniu zharmonizowane niż poprzednie ich edycje. Usunięto dotychczas istniejące typy schizofrenii. W ICD-11 zastosowano model wymiarowy z kategorią „objawy pierwotnych zaburzeń psychotycznych”, który umożliwia kodowanie poszczególnych typów objawów: pozytywnych, negatywnych, depresyjnych, maniakałnych, psychomotorycznych i poznawczych [Woźniak, 2023, s. 230].

Schizofazję, rozumianą jako zaburzenie mowy występujące w schizofrenii, pierwotnie wiązano z formalnymi zaburzeniami myślenia, a szczególnie z objawem niespójności semantycznej wypowiedzi (inkoherencja, „sałatka słowna”). Nawet obecnie ICD-11 stwierdza, że zaburzenia myślenia często manifestują się jako chaotyczna lub niezrozumiała mowa. W DSM-5 zrezygnowano z terminu „zaburzenia myślenia” na rzecz „zdezorganizowanej mowy” jako zjawiska bardziej wymiernego diagnostycznie. Schizofazję odróżnia się od urojeń, przy czym oba te symptomy zalicza się na ogół do objawów pozytywnych schizofrenii [Andreasen, Olsen, 1982]. Może to stać w pewnej sprzeczności z wynikami badań omawianymi w prezentowanym artykule, jednak należy zauważyć, że odnoszenie patologii językowej w schizofrenii tylko do objawów pozytywnych to stan wiedzy sprzed ponad czterdziestu lat. Rozumienie niespójności wypowiedzi w wymiarze formalnym i semantycznym było nawiązaniem do etymologii terminu: w grece klasycznej schizo- znaczy ‘rozszczepiam, rozdwałam’, a fasis ‘mowa’. Termin wprowadził do psychiatrii Emil Kraepelin na oznaczenie niespójnych wypowiedzi pacjentów psychotycznych [Woźniak, 2023, s. 231].

Bardziej precyzyjne, współczesne widzenie schizofazji proponują Andrzej Czernikiewicz i Tomasz Woźniak [2001; 2023], którzy definiują ją jako zaburzenie mowy charakteryzujące się zanikiem spójności wypowiedzi, jej dezintegracją na poziomie pragmatycznym, semantycznym i formalno-gramatycznym. W przeważającej liczbie przypadków schizofazję należy rozumieć jako utratę funkcji komunikacyjnej języka, występującą w przebiegu schizofrenii, szczególnie jej przewlekłych postaciach (ICD-11, 6A.20.2). Należy jednak podkreślić, że diagnoza schizofazji jest stwierdzeniem zaburzenia mowy, a nie psychozy schizofrenicznej, i jako taka nie powinna być łączona tylko ze schizofrenią (choć schizofrenia jest jej najczęstszą przyczyną). Omawiana definicja schizofazji opiera się na kryteriach niezależnych od etiologii, ponieważ należy założyć możliwość wystąpienia zaburzeń schizofatycznych także u ludzi niecierpiących na schizofrenię, na przykład u ludzi pozostających pod wpływem substancji psychoaktywnych lub u ludzi działających w warunkach silnego stresu.

Główne symptomy schizofazji

Zagadnienie analizy i oceny tekstu schizofatycznego zostało podjęte przy diagnozowaniu psychogennych zaburzeń mowy. Nieco odmiennie ujmuje się te zjawiska w narzędziach klinicznych i lingwistycznych, co wynika z faktu odmiennej metodologii opisu badanych zjawisk w obu ujęciach.

Najpopularniejszą na świecie kliniczną skalą do oceny zaburzeń mowy w chorobach psychicznych jest Skala do Oceny Myślenia, Języka i Komunikacji (ang. Scale for Assessment of Thought, Language, and Communication – TLC) opracowana w 1979 roku przez Nancy C. Andreasen z uniwersytetu w Iowa City [Andreasen, 1979a; 1979b; 1980; Andreasen, Grove, 1986]. Skala ta jest indeksem potencjalnych objawów klinicznych schizofazji, wyróżnianych z pozycji specjalisty bez przygotowania lingwistycznego. Jest to narzędzie mające charakter psychometryczno-kliniczny, niewystandaryzowany. Obejmuje opis 18 fenomenów językowych, które są oceniane na podstawie obserwacji lub zapisu fonicznego rozmowy. Są to: ubóstwo mowy (ang. *poverty of speech*), ubóstwo treści (ang. *poverty of content of speech*), natłok mowy (ang. *pressure of speech*), mowa roztargniona (ang. *distractible speech*), uskokowość (ang. *tangentiality*), zbaczanie wypowiedzi (ang. *derailment*), rozkojarzenie (ang. *incoherence*), nielogiczność (ang. *illogicality*), dźwięczenie (ang. *clanging*), neologizmy (ang. *neologisms*), przybliżenia słowne (*metonimie*) (ang. *word approximations*), drobiazgowość (ang. *circumstantiality*), utrata celu (ang. *loss of goal*), persewercje (ang. *perseverations*), echolalia (ang. *echolalia*), blokowanie (ang. *blocking*), mowa sztuczna (ang. *stilted speech*), odnoszenie do siebie (ang. *self-reference*). Skala ta została przetłumaczona na język polski i spopularyzowana poprzez badania Czernikiewicza [1998; 2004]. Andreasen, konstruuując skalę TLC, pozostawała w perspektywie dychotomiczności objawów schizofazji i wyróżniła „pozytywne” i „negatywne” zaburzenia myślenia, języka i komunikacji. Objawami pozytywnymi były: natłok mowy, uskokowość, zbaczanie wypowiedzi, rozkojarzenie, nielogiczność, a objawami negatywnymi: ubóstwo mowy i ubóstwo treści wypowiedzi [Andreasen, 1979a].

Przykładem skali wywodzącej się z badań lingwistycznych jest Krótka Skala Oceny Schizofazji – KSOS, która została opracowana przez Woźniaka [Czernikiewicz, 2004; Woźniak, 2008]. Podobnie jak TLC narzędzie to ma charakter psychometryczno-kliniczny, niewystandaryzowany, jednak kategorie oceny wymagają podstaw znajomości gramatyki i pojęć z zakresu językoznawstwa i psychologii. W odróżnieniu od TLC podstawą opracowania KSOS było wyróżnienie zjawisk typowych dla schizofazji na podstawie lingwistycznej analizy zaburzeń korpusu wypowiedzi osób cierpiących na schizofrenię paranoidalną [Woźniak, 2000]. Kategorie oceny KSOS są następujące:

1. Spójność gramatyczna.
 - 1.1. Ocena zubożenia składni.
 - 1.2. Ocena zaburzeń konotacji linearnej.

2. Spójność semantyczna.

- 2.1. Występowanie neologizmów idiolektalnych (wyrazów niemotywowanych systemem języka).
- 2.2. Występowanie paronimów (budowanie wypowiedzi na podstawie podobieństwa brzmień).

3. Spójność pragmatyczna (strategie budowania dyskursu).

- 3.1. Ocena zrozumiałości wypowiedzi.
- 3.2. Ocena konkretności wypowiedzi (rozumianej jako lingwistyczne przejawy użycia kodu konkretnego, opartego na aktualnie dominujących bodźcach).
- 3.3. Utrzymywanie się co najmniej dwóch objawów z pkt 1 i 2 w dłuższych fragmentach wypowiedzi.

Skala KSOS uwzględnia globalną (z punktu widzenia wymiarów znaku językowego), trójwymiarową ocenę wypowiedzi, w jej aspektach: gramatycznym, semantycznym i pragmatycznym.

Dokładne omówienie sposobu diagnozowania obiema skalami, wraz z obszernymi przykładami oceny, można znaleźć w publikacjach na temat schizofazji [por. Czernikiewicz, Woźniak, 2012; 2023].

Analiza zjawisk językowych wyróżnianych przez obie skale pozwala na stwierdzenie występowania głównych symptomów schizofazji jako konfiguracji czterech kategorii, to jest zjawisk:

- 1) związanych z niespójnością wypowiedzi,
- 2) wytwórczych na poziomie tekstu,
- 3) syntaktycznych,
- 4) leksykalnych.

Takie ujęcie symptomów schizofazji koreluje ze strukturalistycznym rozumieniem systemu języka, ponieważ reprezentowane są w nim przejawy rozbicia realizacji struktur językowych na wszystkich poziomach z wyjątkiem fonologicznego – na poziomie tekstu, zdania, leksemu i morfemu [Czernikiewicz, Woźniak, 2023, s. 16].

Niespójność wypowiedzi schizofatycznej najczęściej powodowana jest zjawiskiem dezorganizacji. Zjawiska składające się na dezorganizację tekstu to [Woźniak, 2000; Lipski, 2018; Czernikiewicz, Woźniak, 2023]:

- 1) zaburzenia konotacji linearnej i semantycznej,
- 2) zaburzenia leksykalne,
- 3) zubożenie syntaktyczne,
- 4) zaburzenia realizacji interakcji,
- 5) zaburzenia pragmatyki tekstu.

Do listy tej należy dołączyć specyficzny typ niespójności, będący wynikiem urojeń. Urojeniowy typ schizofazji prezentuje mniejsze nagromadzenie zjawisk składających się na dezorganizację tekstu, ale wartość pragmatyczna tekstu zostaje zaburzona lub całkowicie zniesiona poprzez dominację treści urojeniowych (na skutek stwierdzenia przez odbiorcę jej niedorzeczności). Urojenia można interpretować jako skutek

przekształconego sposobu percepcji i przeżywania świata, jako wytwór umysłowy, który jest formowany narracyjnie i wypowiedzany [Woźniak, 2023].

Ponadto w schizofazji należy stwierdzić występowanie tekstów, w których brak dominujących cech dezorganizacji lub występowania urojeń, lecz występują w nich wyraźne cechy zubożenia, które przejawiają się przede wszystkim w ograniczeniu liczby użytych jednostek językowych i uproszczeniu relacji między nimi.

Zjawisko zubożenia tekstu na przykładach analizy i oceny tekstów schizofatycznych

Zasadnicze znaczenie dla udowodnienia tezy o występowaniu zjawiska schizofatycznego zubożenia tekstu mają: znalezienie przykładów tekstów reprezentujących to zjawisko oraz określenie ich cech dystynktywnych. Poniżej przeanalizujemy fragment wypowiedzi 26-letniego mężczyzny z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej:

B – panie marku / powtórzmy te same pytania //

P – dobrze //

B – pierwsze pytanie / jak najwięcej na temat swojego dzieciństwa //

P – moje dzieciństwo przeszło przy szybko // nawet nie wiem jak // dojrzałem płciowo i seksualnie / z dojrzewaniem relajoczalnym / duchowo i świętym //

B – mhm //

[...]

B – jeszcze o tym dzieciństwie / panie marku //

P – dzieciństwo moje przeleciało / a tak / ale to za małą / z uwagi na to / że / jestem / sportowiec / odwołuje mistrzostwa świata / bo / są mi niepotrzebne jak tylko spojrzę na piłkę / u mnie od razu wszystko się dzieje inaczej / po prostu jestem / spostrzegawczy / myślący i / mam naturalnenenenen / boskie natunenene / wcale się nie wstydzę / i nie boję / ale nie chciałym / żeby ludzie wierzyli / bo nie jest abstynent / zaraz //

B – mhm //

[...]

B – mhm / a dlaczego ludzie chorują / panie marku? //

P – choroba wybiera // i więcej nic // ma za zadanie bojowe / jedno // wykluczyć albo doprowadzić do celu //

B – co to znaczy / że choroba wybiera? // kogo wybiera? //

P – najpierw musi być choroba / później musi być y fizycznego / życie / ja to wiem //

B – co to znaczy? //

P – no / dojrzewanie to jest / więcej nic //

(Archiwum własne autora)

Wypowiedź zawiera zarówno cechy dezorganizacji, jak i zubożenia, co jest zjawiskiem dość typowym w przypadku schizofazji. Na dezorganizację składają się głównie zjawiska związane z uskokowością (tylko początek odpowiedzi wiąże się z tematem), kolejne zdania są niepowiązane ze sobą, oparte na niejasnych skojarzeniach, ale bez wyraźnych cech zaburzeń konotacji semantycznej. Obserwujemy też zjawiska leksykalne, które można identyfikować jako neologizmy idiolektalne: *dojrzewanie relajoczalne, mam naturalnenenenen / boskie natunenene*. Jednak w obrazie patologii językowej dominuje zubożenie wypowiedzi. Wypowiedź jest nierozbudowana, uboga słownikowo, a przede wszystkim odnotowujemy trudności z budową wypowiedzeń złożonych, z realizacją schematu syntaktycznego zdania. Trudności polegają na zaburzeniach w przyłączaniu składników, które stanowią realizację pozycji składniowych w danym typie wypowiedzenia [por. Grzegorzczkowska, 1996]. Realizacja związków syntaktycznych między częściami zdania w wypowiedzeniu pojedynczym i wypowiedzeniami składowymi w wypowiedzeniu złożonym dokonuje się po pauzie, często z naruszeniem zasad konotacji linearnej, pojętej jako przewidywalność wystąpienia wyrazu na linii tekstu. Składniki wypowiedzenia są niedostatecznie powiązane formalno-semantycznie, czasami nie są w ogóle realizowane.

Druga wypowiedź pochodzi od 50-letniego mężczyzny z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, leczonego psychiatrycznie od wielu lat:

B – co pan lubi robić, czy ma pan jakieś zainteresowania?

P – a / te / a / yyy / yyy / te / z z zawodu jestem e elektronikiem // i / i te / yyy / yyy...

B – czym się pan zajmuje jako elektronik, co pan robi?

P – to / tego / yyy / a to tak / yyy / ele elektronik / to / to tego / y / y / to / y / aso / aso

B – może mi pan opowiedzieć o swojej rodzinie?

P – no mama / yyy / mama / mama w domu to tam sobie / tego / gotuje obiady / gotuje obiady / sobie sprzęta / sprzęta / albo piecze / albo smaży / smaży / smaży takie / takie / o / takie / yyy / pączki / pączki smaży // łazanki / łazanki / teraz / e / yyy / faworki...

B – a co pan najbardziej lubi z tych potraw, które mama przygotowuje?

P – ja / yyy / te / yyy / te pączki / że to / o / przeoczyła / a bo / a bo / a bo / a bo też przeoczyła / a bo / nie tam / gdzie? / a bo, a bo czy a bo / przeoczyła / a bo / a bo w ogóle / a bo / a bo po prostu jakoś tak / ja / ja / ja / nie wyszło...

B – panie Sylwku, może mi pan opowiedzieć o swoim dzieciństwie?

P – a tak / yyy / to / to dzie dzieciństwo takie było / yyy / to / a / nawet / nawet nawet / i tego / i yyy / i tego / iii / acha / a...

(Archiwum własne autora)

W wypowiedzi zaznacza się problem z budową nawet rozbudowanego wypowiedzenia pojedynczego. Realizowany jest główny związek zdania, ale obserwujemy już trudności z wprowadzeniem dopełnienia. Zdania są urywane, niedokończone.

Pojawia się wiele pauz wypełnionych, sugerujących problemy z budowaniem tekstu. Często obserwujemy powtórzenia danego składnika syntaktycznego lub nadużywanie metatekstowych operatorów wspierających tworzenie tekstu. Ponadto wypowiedź w tym fragmencie reprezentuje skrajne uproszczenie syntaktyczne – nie ma wypowiedzeń złożonych. Brakuje wyznaczników spójności, poszczególne elementy zdań tracą połączenia. Obserwujemy znaczne ubóstwo leksykalne. Nie odnotowujemy w analizowanym fragmencie cech dezorganizacji, ale należy dodać, że nie można w tym wypadku wykluczyć występowania elementów urojeń lub konfabulacji – z wywiadu wynika, że pacjent nie jest elektronikiem, jak twierdzi w swojej wypowiedzi. Nie wpływa to jednak w sposób decydujący na stwierdzenie niespójności pragmatycznej wypowiedzi.

Wnioski

W podsumowaniu analizowanych przykładów należy stwierdzić występowanie cech zubożenia językowego w niektórych tekstach schizofatycznych jako objawu dominującego, przy mniejszym udziale takich zjawisk jak dezorganizacja czy występowanie urojeń. Przy wyróżnianiu typów schizofazji należy założyć współwystępowanie niektórych objawów schizofatycznych we wszystkich typach wypowiedzi schizofatycznych, podobnie jak w przypadku współwystępowania zaburzeń rozumienia i budowania wypowiedzi w różnych typach afazji. Diagnoza danego typu schizofazji powinna opierać się na stwierdzeniu dominacji określonego syndromu symptomów. I tak:

- 1) cechy zubożenia przejawiają się przede wszystkim w ograniczeniu liczby użytych jednostek językowych i uproszczeniu relacji między nimi; polegają przede wszystkim na: zmniejszeniu długości wypowiedzi i ograniczeniem jej zawartości treściowej, uproszczeniu syntaktycznym, trudnościach z realizacją schematu zdania, zmniejszeniu wykładników spójności w wypowiedzeniach, ograniczeniu liczby jednostek leksykalnych, zwiększonym występowaniu pauz wypełnionych i pauz namysłu;
- 2) cechy dezorganizacji należy wiązać głównie z zaburzeniami wymiaru semantycznego znaku językowego;
- 3) urojeniowy typ tekstu to praktyczne zniesienie wartości pragmatycznej wypowiedzi, stwierdzenie przez odbiorcę jej niedorzeczności, często przy zachowaniu poprawności wypowiedzi pod względem formalnym.

Powyższe wnioski lingwistyczne warto odnieść do badań klinicznych i oprzeć je na jakimś modelu neuropsychologicznym. Organizacja tekstu jako całości od czasów prac Aleksandra Romanowicza Łurii wiązana jest z lewym płatem czołowym, który w łańcuchu funkcjonalnym mowy odpowiada za mowę wewnętrzną i pełni funkcje kontrolne zachowań ludzkich, w tym werbalnych. Jednak wiadomo także, że na kształt końcowy wypowiedzi wpływa skoordynowana aktywność wszystkich

ogniów funkcjonalnych mowy [Łuria, 1976]. W badaniach klinicznych napotykamy prace, które pozwalają opisać korelacje między schizofazją a obrazem klinicznym psychozy i występującymi w niej zmianami neuroanatomicznymi oraz neurofunkcjonalnymi.

Analiza obrazu klinicznego schizofrenii potwierdza wyniki analiz tekstowych, wiążąc różnice w zachowaniach werbalnych pacjentów z obserwowanymi zmianami neuroanatomicznymi i neurofunkcjonalnymi ujawniającymi się w przebiegu choroby [Liddle, 1996; de Boer i in., 2020]. Współczesne badania nad czynnościami i funkcjonowaniem poszczególnych obszarów mózgu, przy uwzględnieniu lokalizacji miejsca zaburzeń językowych w schizofrenii, prowadzą do podobnych wniosków jak interpretacja rozpadu funkcjonowania mowy w jej wymiarach syntaktycznym, semantycznym i pragmatycznym. Najbardziej przydatna jest w tym przypadku przywoływana wcześniej koncepcja Petera Liddle'a, która mówi o trzech zespołach schizofrenicznych [Liddle, 1987; 1996]. Są to:

- 1) **zespół zubożenia psychomotorycznego** (ang. *psychomotor poverty*) – obejmujący ubóstwo mowy, spłaszczenie afektu i spowolnienie ruchowe;
- 2) **zespół dezorganizacji** (ang. *disorganisation*) – obejmujący formalne zaburzenia myślenia o typie luźnych asocjacji oraz ubóstwo treści wypowiedzi i niedostosowanie afektu;
- 3) **zespół błędnej oceny rzeczywistości** (ang. *reality distortion*), w przebiegu którego dominują urojenia i halucynacje.

Zubożenie tekstu może korelować z zespołem zubożenia psychomotorycznego, zaburzeniami, w których obserwuje się ubóstwo mowy i zmniejszenie aktywności motorycznej w wyniku defektu kory prefrontalnej i jej połączeń z obszarami skroniowymi. Zaburzony zostaje mechanizm automatycznego budowania wypowiedzi, co jest związane z linearną organizacją składników wypowiedzenia i prawdopodobnie ma swoje oparcie w motorycznym porządku wypowiedzi. Czynności budowania wypowiedzenia muszą następować jedna po drugiej, w określonej sekwencji czasowej, tak jak inne czynności motoryczne. Zaburzenie tego mechanizmu może utrudniać realizację schematu zdania. Dodatkowo należy rozważyć sprawność funkcjonalną połączeń kory prefrontalnej z płatami skroniowymi, gdzie znajduje się obszar pamięci werbalnej, oraz ze strukturami odpowiedzialnymi za pamięć operacyjną (zakręt hipokampu), potrzebną do utrzymania informacji koniecznej do dokończenia zdania. Zaburzenie neuroprzewodnictwa w tych okolicach w dużej mierze może upośledzać funkcje pamięci i uniemożliwiać budowanie rozbudowanych wypowiedzi.

Inne typy zaburzeń tekstowych wiążą się z odmienną charakterystyką anatomiczną i funkcjonalną. W przypadku zdeorganizowanego typu schizofazji wyraźne są przejawy zaburzenia cytoarchitektoniki mózgu, dotyczące kory przedniej płatów czołowych w okolicy obręczy (ang. *anterior cingulate cortex*) oraz okolicy środkowej. Obserwuje się też zmniejszenie regionalnego przepływu krwi (rCBF) w tej okolicy. Czynnikiem rCBF jest ważną miarą aktywności neuronalnej. Niedostateczna wartość

rCBF w tych okolicach prowadzi do obniżenia aktywności płata czołowego, najważniejszego z punktu planowania i kontroli globalnej spójności wypowiedzi.

W przypadku dominacji urojeń i błędnego rozpoznania rzeczywistości dochodzi do utraty spójności pragmatycznej wypowiedzi. Wiąże się to ze zmianami w okolicy zakrętu parahipokampalnego lewego płata skroniowego, które dotyczą odmienności w cytoarchitektonice przedniej okolicy hipokampu oraz w dominującym płacie skroniowym, i ze zwiększeniem rCBF w okolicy środkowej i przedniej lewego płata skroniowego oraz bocznej okolicy prefrontalnej (lewy płatek czołowy). Ponadnormalna aktywność tych obszarów powoduje powstanie omamów i innych zaburzeń percepcyjnych, co prowadzi do uruchomienia opisanych mechanizmów tworzenia się urojeń i błędnej oceny rzeczywistości, bez objawów ubytkowych czy objawów niespójności syntaktycznej i semantycznej.

Stwierdzone w analizach prezentowanych tekstów zubożenie motoryczne, współwystępujące z innymi objawami schizofazji, wraz z ich neuroanatomicznymi i neurofunkcjonalnymi korelatami, należałoby potwierdzić w badaniach większych grup osób ze schizofrenią, uwzględniających analizy językowe, neuroobrazowanie i statystyczne opracowanie wyników.

Literatura

- American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM-5)*, Washington.
- American Psychiatric Association, 2018, *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*, Wrocław: Wydawnictwo Edra Urban & Partner.
- Andreasen N., 1979a, *Thought, language, and communication disorders. I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability*, „Archives of General Psychiatry”, Vol. 36, s. 1315–1321.
- Andreasen N., 1979b, *Thought, language, and communication disorders. II. Diagnostic significance*, „Archives of General Psychiatry”, Vol. 36, s. 1325–1330.
- Andreasen N., 1980, *Scale of the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC)*, Iowa City: University of Iowa.
- Andreasen N., Grove W., 1986, *Thought, language, and communication in schizophrenia: Diagnosis and prognosis*, „Schizophrenia Bulletin”, Vol. 12, s. 348–358.
- Andreasen N., Olsen S., 1982, *Negative vs positive schizophrenia*, „American Journal of Psychiatry”, Vol. 39, s. 789–794.
- Boer N.J. de, Hoogdalem M. van, Mandl R.C.W., Brummelman J., Voppel A.E., Begemann M.J.H., Dellen E. van, Wijnen F.N.K., Sommer I.E.C., 2020, *Language in schizophrenia: relation with diagnosis, symptomatology and white matter tracts*, „Schizophrenia”, Vol. 6(10), <https://www.nature.com/articles/s41537-020-0099-3> (dostęp: 12.09.2023).
- Czernikiewicz A., 1998, *Językowy wymiar przewlekłej schizofrenii*, Lublin: Akademia Medyczna w Lublinie.
- Czernikiewicz A., 2004, *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Czernikiewicz A., Woźniak T., 2001, *Schizofazja*, „Logopedia”, nr 29, s. 7–36.

- Czernikiewicz A., Woźniak T., 2012, *Diagnoza psychogennych zaburzeń mowy*, [w:] S. Milewski, E. Czaplewska (red.), *Diagnoza logopedyczna*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 415–480.
- Czernikiewicz A., Woźniak T., 2023, *Teksty schizofatyczne. Zagadnienia diagnozy zaburzeń mowy w schizofrenii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grzegorzczkowska R., 1996, *Wykłady z polskiej składni*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- ICD-11, b.r., <https://icd.who.int> (dostęp: 10.09.2023).
- Kuperberg G.R., 2010, *Language in schizophrenia Part 1: An Introduction*, „Language and Linguistics Compass”, Vol. 4(8), s. 576–589.
- Liddle P., 1987, *The symptoms of chronic schizophrenia. A reexamination of negative-positive dichotomy*, „British Journal of Psychiatry”, Vol. 151, s. 145–151.
- Liddle P., 1996, *Syndroms in schizophrenia and their neuropsychological and neuroanatomical correlates*, [w:] C. Pantelis, H. Nelson, T. Barnes (red.), *Schizophrenia: A neuropsychological perspective*, Chichester: Wiley, s. 299–316.
- Lipski W., 2018, *Zaburzenia konotacji w schizofrenii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Łuria A.R., 1967, *Zaburzenia wyższych czynności korowych wskutek organicznych uszkodzeń mózgu: wprowadzenie do neuropsychologii*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Panasiuk J., Woźniak T., 2001, *Pojęcie tekstu a zaburzenia mowy*, [w:] S. Grabias (red.), *Zaburzenia mowy. Mowa. Teoria. Praktyka*, t. 1, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 108–132.
- Sims A., 1995, *Speech and Language Disorders in Psychiatry*, London: Gaskell.
- Woźniak T., 2000, *Zaburzenia języka w schizofrenii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Woźniak T., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w schizofazji*, „Logopedia”, nr 37, s. 227–234.
- Woźniak T., 2023, *Urojeniowy typ schizofazji. Na przykładzie analizy tekstów schizofatycznych*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 7, s. 229–242.

Paulina Wójcik-Topór  <https://orcid.org/0000-0002-7245-4381>

Uniwersytet Jagielloński, Wydział Polonistyki, ul. Grodzka 64, 31-044 Kraków, e-mail: paula1.wojcik@uj.edu.pl

Urszula Malina  <https://orcid.org/0000-0002-3147-5901>

Uniwersytet Jagielloński, Wydział Polonistyki, ul. Grodzka 64, 31-044 Kraków, e-mail: urszula.malina@uj.edu.pl

Jędrzej Michalik  <https://orcid.org/0000-0001-5938-8079>

Uniwersytet Gdański, Wydział Filologiczny, ul. Wita Stwosza 58, 80-308 Gdańsk, e-mail: jedmich2000@gmail.com

Substytucja jako element spójności w dyskursie pacjentów z afazją mieszaną

Substitution as an Element of Coherence in the Discourse of Patients with Mixed Aphasia

Słowa kluczowe: afazja mieszaną, dyskurs, kohezja, SALT, substytucja

Keywords: mixed aphasia, discourse, cohesion, SALT, substitution

Streszczenie

Substytucja, rozumiana jako zastępowanie docelowego elementu leksykalnego innym, to zjawisko lingwistyczne pojawiające się zarówno w dyskursie zaburzonym, jak i w mowie osób zdrowych. Wszelkie zamiany słów w wypowiedzeniach mają niewątpliwie wpływ na spójność komunikatów, a tym samym na ich interpretację przez interlokutora. W niniejszym artykule zbadano, jakie substytucje pojawiają się w wypowiedziach osób zdrowych oraz osób z afazją mieszaną z komponentami czuciowym i ruchowym. Zweryfikowano wpływ zamian leksykalnych na utrzymanie spójności na poziomie mikrostrukturalnym (kohezji), a także to, jak zakłócenia spójności mikrostrukturalnej wpływają na spójność makrostrukturalną (koherencję). Opis badań i analiz poprzedzono doniesieniami z literatury, które dowodzą zarówno zwiększenia występowania substytucji, jak i obniżenia zdolności do utrzymywania spójności dyskursu w mowie osób z diagnozą afazji mieszaną.

Abstract

Substitution, understood as the replacement of a target lexical element with another, is a linguistic phenomenon that occurs both in the disturbed discourse and in the speech of healthy people. Any substitution of words in utterances undoubtedly affects the consistence of messages,



© 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: 21.04.2024 r. Data przyjęcia: 8.07.2024 r.

and thus their interpretation by the interlocutor. This article examines what substitutions appear in the speech of healthy people and in people with mixed aphasia with a sensory and motor component. The article verifies the influence of lexical replacements on consistency at the microstructural level (cohesion) as well as how disruptions of microstructural consistency affect macrostructural consistency (coherence). The description of the research and analyses is preceded by reports from the literature, which demonstrate both an increased incidence of substitution and a reduced ability to maintain discourse cohesion and coherence in the speech of people with a diagnosis of mixed aphasia.

Wprowadzenie

Zjawisko językowe, jakim jest substytucja, pojawia się w sytuacji ograniczenia dostępu leksykalnego. Mówca napotyka trudność w wyborze odpowiedniej jednostki z leksykonu mentalnego – z pamięci długotrwałej próbuje wydobyć słowo, które następnie powinno zostać przesłane do pamięci roboczej. W trakcie tych prób niebagatelną rolę odgrywa kontrola hamująca, odpowiadająca za wstrzymywanie wpływów bieżących kontekstów. Leksykon mentalny, a więc system słownictwa, jaki funkcjonuje w umyśle człowieka, determinowany jest przez częstotliwość, czas przyswojenia słowa, a także różnorodność skojarzeń danego słowa z innymi [Baayen, Milin, Ramscar, 2016, s. 1175]. Skojarzenia słowa docelowego pojawiają się zwykle pod postaciami parafrazowych substytutów, które zależą od indywidualnych doświadczeń człowieka.

Podjęcie interakcji komunikacyjnych wymaga zdolności do wykonywania kilku zadań i rozwiązywania kilku problemów jednocześnie – tego typu wielozadaniowość sprzyja zjawisku interferencji. Większa liczba podobnych jednostek zaangażowanych w rozwiązywanie problemu powoduje wzrost prawdopodobieństwa wymieszania lub nałożenia się na siebie jego różnych rozwiązań. Aby stworzyć prawidłową wypowiedź, konieczne jest wyeliminowanie wszelkich zakłóceń, na co pozwalają zasoby samokontroli i skupienia [Ovchinnikova, Pavlova, 2017, s. 307–308]. Na skutek zmęczenia, rozproszenia uwagi czy choćby w wyniku procesu starzenia każdy człowiek doświadcza sytuacji, w których błędnie interpretuje usłyszaną wypowiedź bądź błędnie wypowiada zaplanowane słowo czy ich sekwencję. Sytuacje te mogą być uciążliwe, natomiast nie zachodzą często. Inaczej jest w przypadku osób, u których zdiagnozowano afazję, czyli zaburzenia mowy wynikające z uszkodzenia struktur mózgowych – w ich percypowaniu, przetwarzaniu i tworzeniu mowy tego typu deficyty stanowią powszechny i poważny problem.

Niezależnie od typu afazji dźwięki mowy mogą być zastępowane innymi, produkowane w niewłaściwej kolejności, pomijane lub dodawane – takie zjawiska określa się mianem substytucji fonemicznych [Blumstein, 2020, s. 12–13]. Osoby z afazją mogą także zastępować wyrazy na podstawie ich podobieństwa znaczeniowego, czyli dokonywać substytucji znaczeniowych [Kaczmarek, 1995, s. 103]. Słowo zastępujące

leksem, który został zapomniany lub pozostał na tzw. końcu języka¹, wiąże się z bieżącym kontekstem lub kontekstem wewnętrznym mówcy [Ovchinnikova, Pavlova, 2017, s. 306–307]. Zarówno substytucje fonemiczne, jak i znaczeniowe tworzone są nieświadomie i stanowią powszechną cechę zachowań werbalnych [Ferraro, Wilmoth, 2013].

Substytucja jako jeden z determinantów w kohezji – problematyka badań i formułowanie hipotezy badawczej

Zaproponowany przez Michaela Hallidaya i Ruqaię Hasan termin „kohezja” jest pojęciem o charakterze semantycznym: odnosi się do relacji znaczeniowych zachodzących w tekście. Kohezja, rozumiana jako wewnątrztekstowa spójność linearna i strukturalna, jest realizowana w tekstach poprzez system leksykalno-gramatyczny [Halliday, Hasan, 1976, s. 4; Dobrzyńska, 1991, s. 144]². W związku z tym w swoich opracowaniach Halliday i Hasan dokonali rozróżnienia na kohezję gramatyczną, której wykładnikami są: spójniki (ang. *conjunction*)³, odniesienia (osiągane np. poprzez użycie zaimków), substytucje i elipsy, oraz kohezję leksykalną, która warunkowana jest występowaniem w tekście kolokacji oraz powtórzeń i osiągnięta poprzez adekwatny wybór jednostek leksykalnych z systemu językowego.

Halliday i Hasan zdefiniowali substytucję jako zastępowanie jednego elementu leksykalnego innym, ale w przeciwieństwie do wyznacznika kohezji, jakim jest odniesienie (ang. *reference*), substytucja dotyczy relacji między jednostkami językowymi, a nie między ich znaczeniami [Halliday, Hasan, 1976, s. 89]. Stanowi więc zastąpienie jednego elementu innym, równoważnym mu gramatycznie [Polański, 1993, s. 526]. Definicja ta wyraźnie nawiązuje więc do sformułowanej przez Ferdynanda de Saussure’a strukturalistycznej opozycji między syntagmatyką a paradygmatyką: adekwatny dobór jednostek leksykalnych z systemu językowego (oś paradygmatyczna) warunkuje występowanie substytucji i włączanie ich w większe jednostki językowe na poziomie realizacji (oś syntagmatyczna) [Heinz, 1978, s. 239–240; de Saussure, 2002].

1 Zjawisko „mam to na końcu języka” (ang. *tip of the tongue*– TOT) to powszechny rodzaj błędu mowy, w którym osoba ma silne poczucie znajomości słowa docelowego, ale doświadcza niepowodzenia w jego wyszukiwaniu z powodu niemożności uzyskania dostępu do informacji fonologicznych [James, Burke, 2000; Burke, Shafto, 2008].

2 Teresa Dobrzyńska zauważa, że bardziej „pragmatyczna”, „słaba” definicja tekstu zakłada, iż sekwencja zdań nie musi zawierać wykładników zespolenia linearnego i międzyzdaniowego [Dobrzyńska, 1991, s. 144].

3 Aby pierwotny sens angielskiego terminu *conjunction* mógł zostać przełożony na język polski, do tej grupy należy włączyć, obok spójników, również inne wyrazy, których funkcją na poziomie składni jest wprowadzanie wypowiedzeń podrzędnych i łączenie ze sobą zdań składowych, tj. niektóre zaimki (np. *kiedy, który*) czy przysłowki (np. *następnie, po czym*).

Jak wynika z wyprowadzonej na gruncie językoznawstwa strukturalnego dychotomicznej typologii afazji [zob. Jakobson, 1989, s. 150–175], wskutek wystąpienia afazji zaburzeniu może ulec z jednej strony zdolność wyboru jednostek z kodu językowego (afazja selekcji/podobieństwa), z drugiej zaś zdolność łączenia jednostek językowych w jednostki bardziej złożone (afazja kombinacji/styczności) [Krajewska, 2022, s. 60–61]⁴. Odwołując się do charakterystyki i specyfiki zaburzeń afatycznych, sformułowano hipotezę, iż wystąpienie afazji (mieszanej z komponentem motorycznym lub sensorycznym) wpłynie negatywnie zarówno na płaszczyźnie jakościowej, jak i ilościowej na utrzymanie spójności mikrostrukturalnej przy użyciu substytucji, która, jak przedstawiono w części teoretyczno-definicyjnej, stanowi jeden z wykładników kohezji. Opisy przypadków i wyniki badań nad afazją, prowadzone od drugiej połowy XIX wieku [zob. np. Łuria, 1967, s. 203–220; Jakobson, 1989; Wright, 2011; Panasiuk, 2012, s. 26–29, 96–111; Pąchal-ska, 2012; Krajewska, 2022], stanowią silną przesłankę, by uznać przedstawioną hipotezę za niesprzeczną z dotychczasowym stanem wiedzy i obserwowanymi związkami między uszkodzeniem centralnego układu nerwowego i wystąpieniem afazji a systemowymi zaburzeniami językowymi chorych. Na potwierdzenie hipotezy lub jej falsyfikację pozwoli porównanie wyników uzyskanych w grupie osób zdrowych neurologicznie, bez objawów afazji.

Metodologia i przedmiot badań

Niniejszy artykuł traktuje o substytucji jako jednym z wyznaczników kohezji w dyskursie. Jest to jeden ze wskaźników, jakie badano w ramach projektu „Wielopoziomowe badania nad dyskursem osób z afazją mieszaną”. Celem całościowych badań było sprawdzenie spójności lokalnej i globalnej w dyskursie oraz zweryfikowanie, które elementy mikrostrukturalne wpływają na spójność makrostrukturalną. W badaniach dokonano analizy ilościowej oraz jakościowej. W przypadku analizy jakościowej podjęto się porównywania transkrypcji w różnych grupach [Boeijs, 2002].

4 Jakobsonowska, a więc (neuro)lingwistyczna klasyfikacja afazji ma swoje odbicie w typologii klinicznej, z której zaczerpnięto nomenklaturę diagnostyczną. Kliniczna typologia afazji ma zastosowanie w pracy z pacjentami w warunkach szpitalnych, a więc warunkach gromadzenia materiału językowego wykorzystywanego w niniejszych badaniach. W praktyce kliniczno-neuropsychologicznej Jakobsonowska afazja kombinacji opisywana jest jako niepłynna (motoryczna), a afazja selekcji jako płynna z zaburzeniami rozumienia (sensoryczna). Pojęcie afazji mieszanej również występuje w klasyfikacjach lingwistycznych i cechuje się współwystępowaniem objawów charakterystycznych dla afazji kombinacji i selekcji [Krajewska, 2022, s. 61].

Grupa badanych

Badania prowadzono w ramach projektu OPUS21⁵. Rozmawiano z 54 osobami, natomiast do analizy wybrano ostatecznie 30 osób, u których wystąpiła najwyższa zgodność pod względem wieku, wykształcenia, lat nauki oraz czasu od zachorowania. W celu porównania spójności dyskursów wybrano 10 osób z diagnozą afazji mieszanej z komponentem czuciowym, 10 osób z diagnozą afazji mieszanej z komponentem ruchowym oraz 10 osób z grupy kontrolnej. Przyczyną wystąpienia u pacjentów afazji był incydent neurologiczny, czyli udar. Badania z udziałem pacjentów prowadzono w 2022 roku. Nagrania wykonywano w krakowskich placówkach medycznych: Szpitalu Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera w Krakowie oraz w Polskim Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej Votum w Krakowie. Diagnozy afazji i wskazania jej rodzaju dokonano na podstawie prób eksperymentalno-klinicznych oraz dokumentacji medycznej i weryfikacji diagnoz postawionych we wcześniejszych oddziałach neurologicznych, w których pacjenci przebywali. Pacjentom nie towarzyszyły inne choroby neurologiczne, a zachorowanie na udar było ich pierwszym incydentem neurologicznym. Z kolei grupę kontrolną stanowili pacjenci lub uczestnicy rehabilitacji w oddziałach niestacjonarnych w wyżej wymienionych placówkach. Rehabilitacja w większości przypadków dotyczyła kobiet po mastektomii oraz osób po operacjach stawów kolanowych. Żadna z osób nie miała stwierdzonych zaburzeń neurologicznych wpływających na funkcjonowanie językowe oraz poznawcze. Grupa badaczy złożyła wnioski do Komisji ds. Etyki w Instytucie Glottodydaktyki Polonistycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Po otrzymaniu zgody przystąpiono do kontaktu z uczestnikami badań w celu wytłumaczenia im zasad i procedury badania, tak aby zarówno osoby z afazją, jak i z grupy kontrolnej wyraziły świadomą zgodę na udział w badaniu. W celu zbadania dyskursu wykorzystano protokół gromadzenia danych z AphasiaBank, dzięki czemu możliwe będzie porównanie wyników na arenie międzynarodowej. Używano wysokiej jakości sprzętu do nagrywania wywiadów oraz dokonano anonimizacji wszelkich pozyskanych materiałów. Badani opowiadali o okolicznościach zachorowania, rehabilitacji, wydarzeniu z życia, które było wesołe lub smutne. Następnie kolejno opowiadali trzy historyjki obrazkowe: o chłopcu, który, grając w piłkę, rozbił szybę, o dziecku, które odmówiło zabrania parasola i w konsekwencji zmokło oraz o kocie i mężczyźnie siedzących na drzewie i niemogących zejść na ziemię. Badanych poproszono również o opowiedzenie znanej bajki o Kopciuszku po uprzednim zapoznaniu się z jej wersją obrazkową. Ostatnie zadanie dotyczyło procedury robienia kanapki z szynką i pomidorem. Zadanie to dostosowano do polskich realiów, tak aby przepis odpowiadał tradycyjnym polskim składnikom, ponieważ w oryginalnej wersji

5 Badania realizowane w ramach projektu OPUS21 z NCN „Wielopoziomowe badania dyskursu użytkowników języka polskiego z diagnozą afazji mieszanej”, nr 2021/41/B/HS2/00898.

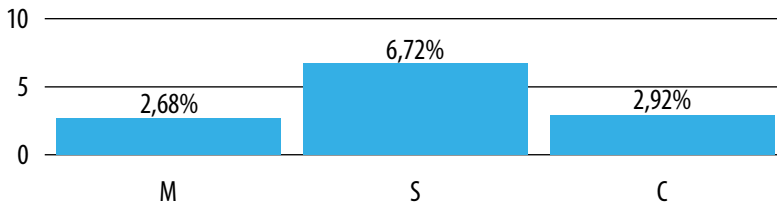
protokołu miała to być kanapka z dżemem i masłem orzechowym. Następnie dokonano transkrypcji według ścisłych zasad, zaznaczając pauzy, powtórzenia, fałstarty oraz wypełnienia semantyczne. W projekcie badano kohezję i koherencję w dyskursie osób z afazją mieszaną, jednak podjęto również wiele dodatkowych analiz jakościowych i ilościowych. W niniejszym artykule przedstawiona zostanie analiza jednego z wyznaczników kohezji, jakim jest substytucja.

Wykorzystanie oprogramowania SALT w badaniach

Aby usprawnić proces ilościowego analizowania uzyskanych danych, w badaniach wykorzystano oprogramowanie SALT (ang. *Systematic Analysis of Language Transcripts*). Program ten umożliwia łączenie danych i analiz ze zautomatyzowanymi działaniami ustalonymi przez badaczy poprzez wprowadzenie odpowiednich kodów do pliku tekstowego z transkrypcją uzyskanych wypowiedzi. W prezentowanych w niniejszym artykule badaniach kodami były opatrywane takie zjawiska językowe jak substytucje, ale również inne wyznaczniki kohezji (odniesienia, elipsy, kolokacje, spójniki, powtórzenia). Po wykonaniu dostępnych w programie analiz generowany jest raport zawierający wiele wstępnie zinterpretowanych danych liczbowych i procentowych. Dzięki takiemu usprawnieniu procesu ilościowej analizy poszczególnych zjawisk językowych w obrębie tekstów możliwe jest zobiektywizowanie pozyskiwania danych i interpretowania ich, znaczne skrócenie czasu potrzebnego na uzyskanie wyników liczbowych, a także dostarczenie nowej jakości i poszerzenie zakresu interpretacji wyników [Miller, Andriacchi, Nockerts, 2019, s. 7–8].

Analiza danych

Na podstawie zebranego materiału i danych z SALT odnotowano największe użycie substytucji w stosunku do innych wyznaczników kohezji w grupie pacjentów z diagnozą afazji mieszanej z komponentem sensorycznym (S) (6,72%). Procent substytucji był najmniejszy w grupie osób z afazją mieszaną z komponentem ruchowym (M) (2,68%), ale niewiele odbiegał od wyniku grupy kontrolnej (C) (2,92%). Dane zostały przedstawione na wykresie 1. Znaczna przewaga omawianego wyznacznika kohezji w grupie osób z afazją mieszaną z komponentem sensorycznym może wynikać z chęci realizacji komunikacyjnych zamiarów [Panasiuk, 2019, s. 207], a zmniejszenie kontroli językowej w wyniku występujących zaburzeń powoduje niekiedy używanie strategii kompensacyjnych.

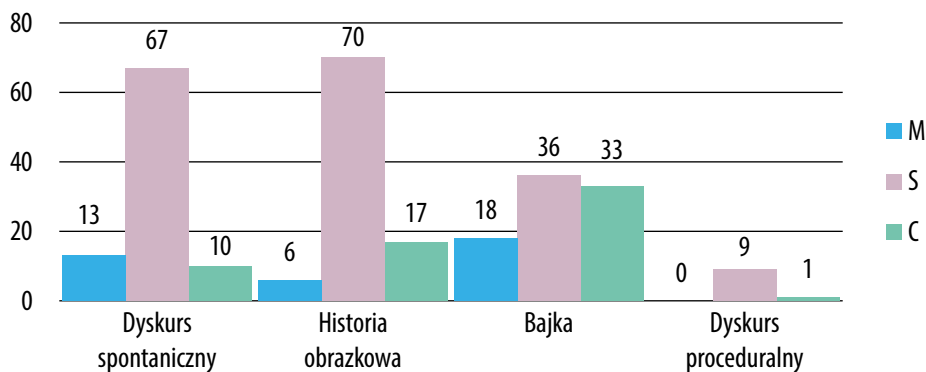


Wykres 1. Procent substytucji w stosunku do wszystkich użytych wyznaczników kohezji w trzech grupach badanych

Źródło: opracowanie własne

Przeanalizowano również liczbę użytych substytucji w poszczególnych rodzajach dyskursu. We wszystkich grupach badanych odnotowano najmniejszą liczbę substytucji w dyskursie proceduralnym. Co więcej, w grupie osób z afazją mieszaną z komponentem motorycznym ten wyznacznik kohezji nie pojawił się wcale. Na podstawie otrzymanych danych w grupie pacjentów z rozpoznaniem afazji mieszananej z komponentem sensorycznym odnotowano znaczną przewagę użycia substytucji w dyskursie spontanicznym (67) oraz podczas opowiadania historyjek obrazkowych (70). W opowiadaniu bajki było ich znacznie mniej (36), ale z kolei był to wynik porównywalny z grupą kontrolną (33), natomiast był to najwyższy wynik użycia substytucji w dyskursie u tych osób. Prawie o połowę mniejszą liczbę substytucji odnotowano w opowiadaniu historii obrazkowych (17) w grupie kontrolnej. W mowie spontanicznej pojawiło się ich 10. Najwięcej omawianego wyznacznika kohezji w grupie pacjentów z afazją mieszaną z komponentem motorycznym pojawiło się w dyskursie narracyjnym, gdzie pacjenci opowiadali bajkę (18), nieco mniej w mowie spontanicznej (13), natomiast przy opowiadaniu historii obrazkowych substytucji było tylko 6. Opisane wyniki przedstawiono na wykresie 2.

Na podstawie otrzymanych danych liczbowych można stwierdzić, że w przypadku dłuższych dyskursów narracyjnych u osób z afazją mieszaną z komponentem sensorycznym obserwuje się zwiększenie częstotliwości występowania wyznacznika kohezji, jakim jest substytucja. Może to wynikać z charakteru tworzenia dłuższych wypowiedzi, co z kolei nie przekłada się na spójność w mikrostrukturze języka. Porównywalny wzrost substytucji podczas realizacji opowiadania bajki widoczny jest w każdej z grup. Być może jest to powiązane z chęcią utrzymania spójności i ciągłości wypowiedzeń podczas opowiadania.



Wykres 2. Liczba użytych substytucji w poszczególnych rodzajach dyskursu

Źródło: opracowanie własne

W przypadku dyskursu osób z afazją mieszaną z komponentem sensorycznym można mówić, że substytucja i występujące inne wyznaczniki kohezji są próbą przystosowania systemu językowego do aktu komunikacji, który jest zaburzony. Przechodząc do analizy jakościowej w przypadku tej grupy badanych, należy stwierdzić, iż w większości wypowiedzeń częścią mowy, która jest stosowana jako substytucja, jest zaimek. W dyskursach dzięki uwarunkowaniu kontekstowemu, sytuacyjnemu istnieje możliwość stwierdzenia, jaką rolę w wypowiedzi stanowił zaimek. Z reguły występuje w funkcji quasi-nominatywnej. Osoby z afazją mieszaną z komponentem sensorycznym używały zaimków jako substytucji [S], chcąc określić:

- 1) miejsce zdarzenia, np. *to kupiliśmy w w tym[S] lekarstwa* (aptece); *Kupuję se te mm no gazety i i tam[S]* (w kiosku);
- 2) osobę, np. *No i ja tak patrzę się na tego[S]* (mężczyznę);
- 3) przedmiot, np. *No stoi facet z w oknie z y z czymś[S]* (piłką); *On sobie y y siedzi na, na na tym[S]* (fotelu);
- 4) chorobę lub objawy, np. *No miałem po prostu to[S]* (udar); *zawrooty, jakieś takie[S]* (zaburzenia, objawy);
- 5) czynności, np. *potńczyć, tego[S]* (pobawić się);
- 6) czas, np. *Jest godzina piąta, szósta, siódma, dalej no tego[S]* (ósma).

Użycie zaimka w formie substytucji pośredniej przy zaburzeniach rozumienia w obszarze nazywania może powodować oddalenie od nazwy właściwej, a tym samym powodować zakłócenia i zmniejszenie spójności dyskursu. Jedynie użycie substytucji w takiej formie z pewnością podtrzymuje chęć kontynuacji wypowiedzi i wskazuje na zachowane myślenie, a rozbitcie systemu językowego w płaszczyźnie realizacji i wyboru właściwego kodu językowego. Użycie zaimka w formie substytucji z jednej strony jest zatem strategią kompensacyjną, ale jednocześnie może świadczyć na etapie odległym od zachorowania o stosowaniu strategii przystosowawczej [Panasiuk, 2019, s. 250–251].

Osoby z afazją mieszaną z komponentem motorycznym używały substytucji, chcąc określić:

- 1) objawy, samopoczucie, np. *po obiedzie położyłam się, byłam taka **jakaś taka**[S] (zmęczona, słaba);*
- 2) przedmiot, np. ***Coś**[S] wymienić, żeby miało być dobre do obiadu;*
- 3) czynność, np. *Pomału na łóżko **tego**[S] (położyć się);*
- 4) cechę, np. ***Jakieś tam**[S] plewy miały były.*

Znacznie mniejsza liczba substytucji w przypadku osób z afazją mieszaną z komponentem motorycznym wskazuje na trudności realizacyjne. Użycie zaimka w formie substytucji jest w tym przypadku próbą uproszczenia wypowiedzi, skrócenia procesu realizacji, a być może wynikiem trudności w planowaniu wypowiedzi.

Pacjenci z grupy badanych z diagnozą afazji mieszaną z komponentem motorycznym wyraźnie częściej używali jako przejawu substytucji synonimów lub wyrazów bliskoznacznych, co przedstawiono w poniższych przykładach:

- 1) *Oczywiście było **strachu** dużo. Ale i trochę **bojaźni**[S], że możemy się gdzieś całkiem zaginąć;*
- 2) *Nie miał **kasku**. Nie miał **hełmu**[S];*
- 3) *Księżę znalazł **pantofelek**. I zaczął wszędzie szukać właścicielki tego **bucika**[S];*
- 4) *Tutaj **syn** gada do mamy. Później **chłopczyk**[S] leci w deszczu.*

Użycie substytucji w formie synonimu, wyrazów bliskoznacznych, świadczy o większej sprawności językowej i mniejszych trudnościach w nazywaniu.

Niemniej rozpatrywanie zaimków w funkcji quasi-nominatywnej i pełnionej funkcji substytucji jest możliwe dzięki odwołaniu się do kontekstu, szczególnie w przypadku osób z afazją mieszaną z komponentem sensorycznym.

W grupie kontrolnej osoby badane również częściej stosowały w swoich wypowiedziach substytucję przejawiającą się używaniem synonimów, wyrazów bliskoznacznych lub słów kontekstowo zastępujących wcześniej użyty element. Niektóre zamiany dostrzegalne były jednak tylko dla osób znających kontekst wypowiedzi i mogły wynikać z nieznamości fabuły bajki, np.:

- 1) *A Kopciuszek, ta **córka**[S] ojca była dla nich służącą;*
- 2) *O imieniu, **ksywie**[S] Kopciuszek;*
- 3) *Zaczął krzyżeć na ciocię, swoją **żonę**[S];*
- 4) *Jednak się ta ciecz zbiera, ta **płonka**[S] [chłonka].*

Ponadto, podobnie jak w grupach pacjentów z diagnozą afazji mieszaną, badani z grupy kontrolnej używali substytucji w postaci zaimków, chcąc określić:

- 1) miejsce, np. *Ale **tam**[S] zmuszały ją do pomocy i pracy;*
- 2) osobę, np. *Nawet nie spojrzął na **tamte**[S];*
- 3) przedmiot/obiekt, np. *Zrobiła chyba karetę z dyni czy **czegofs**[S];*
- 4) cechę, np. *Magia była potrzebna do wyczarowania nowej, czystej sukienki, pięknych pantofelków i **jakiegoś**[S] środka komunikacji.*

We wszystkich grupach badanych substytucje w formie zaimka miały w większości rodzaj wskazujący (*tam, tamte, tego, taka, tu, ten*) i nieokreślony (*jakiś, coś*). Wybór takich rodzajów zaimków jako substytucji może oznaczać ich uniwersalny charakter w oznaczaniu rzeczywistości i nadawaniu różnym przedmiotom, cechom, zjawiskom, czynnościom różnych znaczeń za pomocą jednej części mowy.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że substytucja jako wyznacznik kohezji występuje częściej w dyskursie u osób z afazją mieszaną z komponentem sensorycznym. W tej grupie pacjentów największy stopień użycia wystąpił podczas opowiadania historyjek na podstawie serii obrazków ułożonych w relacji przyczynowo-skutkowej i wymagających umiejętności przedstawiania wydarzeń w chronologii czasowej, a także w mowie spontanicznej. W przypadku obu tych zadań interpretacja zaburzonych wypowiedzi przez odbiorcę była możliwa dzięki kontekstowi obrazkowemu oraz sytuacyjnemu.

W większości przypadków częścią mowy, która była użyta jako substytucja, był zaimek, pełniący funkcję quasi-nominatywną. Zastosowanie zaimka często było strategią kompensującą trudności w nazywaniu lub, jak w przypadku pacjentów z afazją mieszaną z komponentem motorycznym, próbą ułatwienia realizacji artykulacyjnej. Takiego rodzaju rozwiązania w mikrostrukturze przy użyciu wyznacznika kohezji, jakim jest substytucja, mogą wpływać na spójność w przekazywaniu znaczeń. Niniejsze badania potwierdzają fakt mniejszej spójności tekstów w przypadku osób z afazją mieszaną z komponentem sensorycznym, mimo większej częstotliwości występowania wyznacznika spójności, jakim jest substytucja. Można stwierdzić, że ten sam wyznacznik spójności w zależności od rodzaju deficytów językowych w afazji pełni inną funkcję w tworzonych dyskursach.

Istnieje potrzeba kontynuacji badań jakościowych i ilościowych w celu wskazania korelacji między kohezją i koherencją w różnych rodzajach wypowiedzi osób z afazją. Z pewnością wyniki należałoby też uwzględnić w planowaniu działań terapeutycznych w celu osiągnięcia jak największej spójności tworzonych tekstów.

Literatura

- Baayen R.H., Milin P., Ramscar M., 2016, *Frequency in lexical processing*, „Aphasiology”, Vol. 30(11), s. 1174–1220, <https://doi.org/10.1080/02687038.2016.1147767>
- Blumstein S., 2020, *When Speech Goes Wrong: Evidence from Aphasia*, „Acoustics Today”, Vol. 16(12), s. 12–19, <https://doi.org/10.1121/AT.2020.16.4.12>
- Boeije H., 2002, *A Purposeful Approach to the Constant Comparative Method in the Analysis of Qualitative Interviews*, „Quality and Quantity”, Vol. 36(4), s. 391–409, <https://doi.org/10.1023/A:1020909529486>
- Burke D.M., Shafto M.A., 2008, *Language and Aging*, [w:] F.I.M. Craik, T.A. Salthouse (red.), *The handbook of aging and cognition*, New York: Psychology Press, s. 373–443.
- Dobrzyńska T., 1991, *Tekst: próba syntezy*, „Pamiętnik Literacki”, t. 82, nr 2, s. 142–183.
- Ferraro K.F., Wilmoth J.M. (red.), 2013, *Gerontology: Perspectives and issues*, New York: Springer Publishing Company.
- Halliday M.A.K., Hasan R., 1976, *Cohesion in English*, London: Longman.
- Heinz A., 1978, *Dzieje językoznawstwa w zarysie*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Jakobson R., 1989, *Dwa aspekty języka i dwa typy zakłóceń afatycznych*, [w:] M. Mayenowa (red.), *W poszukiwaniu istoty języka*, t. 1, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy, s. 150–175.
- James L.E., Burke D.M., 2000, *Phonological priming effects on word retrieval and tip-of-the-tongue experiences in young and older adults*, „Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition”, Vol. 26(6), s. 1378–1391, <https://doi.org/10.1037//0278-7393.26.6.1378>
- Kaczmarek B.L., 1995, *Mózgowa organizacja mowy*, Lublin: Agencja Wydawniczo-Handlowa.
- Krajewska M., 2022, *Afazja w stanie ostrym. Obraz i dynamika*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Luria A.R., 1967, *Zaburzenia wyższych czynności korowych wskutek ogniskowych uszkodzeń mózgu*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Miller J., Andriacchi K., Nockerts A. (red.), 2019, *Assessing Language Production Using SALT Software. A Clinician's Guide to Language Sample Analysis*, Madison: SALT Software, LLC.
- Ovchinnikova I., Pavlova A., 2017, *Lexical Substitution and Paraphasia in Advanced Dementia of the Alzheimer Type*, „Psychology of Language and Communication”, Vol. 21(1), s. 306–324, <https://doi.org/10.1515/plc-2017-0015>
- Panasiuk J., 2012, *Afazja a interakcja. TEKST – metaTEKST – kontekst*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Panasiuk J., 2019, *Język a komunikacja w afazji*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Pąchalska M., 2012, *Afazjologia*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Polański K., (red.), 1993, *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, s. 547–548.
- Saussure F. de, 2002, *Kurs językoznawstwa ogólnego*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wright H., 2011, *Discourse in aphasia: An introduction to current research and future directions*, „Aphasiology”, Vol. 25(11), s. 1283–1285, <https://doi.org/10.1080/02687038.2011.613452>

Ewelina Zając  <https://orcid.org/0000-0002-5076-8347>

Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii
ul. Pomorska 171/173, 90–236 Łódź, e-mail: ewelina.zajac@uni.lodz.pl

Wykorzystanie Skali Niepełnosprawności Głosu Dziecka (CVHI–10) do subiektywnej oceny niepełnosprawności głosu dzieci 12-letnich

Using the Child Voice Disability Scale (CVHI–10) to Subjectively Assess Voice Disability in 12-year-old Children

Słowa kluczowe: niepełnosprawność głosu, dzieci, Skala Niepełnosprawności Głosu Dziecka, zaburzenia głosu dzieci
Keywords: voice disability, children, Child Voice Disability Scale, voice disorders in children

Streszczenie

U dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, przede wszystkim w okresie dojrzewania, diagnozowanych może być wiele zaburzeń głosu. Na potrzeby artykułu przeprowadzono badanie z udziałem czterdziestorga 12-letnich uczniów szkoły podstawowej. Do subiektywnego badania głosu wykorzystana została Skala Niepełnosprawności Głosu Dziecka (CVHI–10), która składa się z trzech części – podskala: funkcjonalnej, emocjonalnej i fizycznej. Badani uczniowie, zarówno chłopcy, jak i dziewczęta, odczuwali trudności głosowe, zwłaszcza na płaszczyźnie fizycznej i emocjonalnej.

Abstract

A wide range of voice disorders may be diagnosed in school-age children and adolescents, especially during the puberty period. For the purposes of the article, a study was conducted with 12-year-old primary school students. The Child Voice Impairment Scale (CVHI–10) was used for subjective voice testing, which consists of three parts: functional, emotional and physical subscales. The surveyed students, of both sexes, experience vocal difficulties, especially on the physical and emotional levels.



© 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: 5.12.2023 r. Data przyjęcia: 25.07.2024 r.

Wprowadzenie

Rozwój cywilizacyjny oraz narastający stres powodują, że z roku na rok rośnie liczba czynnościowych zaburzeń głosu. „Zmiany w głosie mogą być często wskaźnikiem i manifestacją głębokiego konfliktu emocjonalnego zarówno u dorosłych, jak i u dzieci” [Szkiełkowska i in., 2020, s. 17]. Zaburzenia głosu u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym to trudny temat medyczny, powodują one bowiem wiele trudności edukacyjnych, psychologicznych i społecznych [Brännström i in., 2018; Stachler i in., 2018; Gokula i in., 2019; McAllister, Rantala, Jónsdóttir, 2019]. Zwraca się uwagę, że zaburzenia głosu mogą być też przyczyną niepowodzeń szkolnych oraz w kontaktach z rówieśnikami [Carding, Roulstone, Northstone, ALSPAC Study Team, 2006; Cohen, Kim, Roy, 2017; Reis-Rego i in., 2019; Johnson, Anderson, Brigger, 2020; Pribuisiene i in., 2020].

W Polsce liczba dzieci z zaburzeniami głosu nie jest znana, jednak dane z badań prowadzonych na świecie mówią, że dotyczą one 6–23% dzieci w wieku szkolnym [Tavares i in., 2011; Martins i in., 2012; Cohen, Kim, Roy, 2017; Swain, Behera, Sahoo, 2019]. U dzieci tych diagnozuje się szerokie spektrum zaburzeń głosu, których najczęstszą przyczyną są guzki głosowe, występujące u 17–30%, a nawet u 59,3% dzieci w wieku szkolnym [Tezcaner i in., 2009; Mohammadzadeh, Sandoughdar, 2017]. Zaburzenia powstają na skutek nieprawidłowego tworzenia i nadużywania głosu [Possamai, Hartey, 2013], co w szkole ma miejsce dość często, zwłaszcza na przerwach. Zbyt długie i niewłaściwe posługiwanie się głosem przyczynia się do mikrouszkodzeń na fałdach głosowych, co skutkuje pojawieniem się guzków głosowych, a te zaś powodują przewlekłą chrypkę. Zmiany w głosie częściej obserwowane są u chłopców niż u dziewczynek [Kallvik i in., 2015; Johnson, Anderson, Brigger, 2020; Pribuisiene i in., 2020].

Ze zmianami głosu najczęściej kojarzy się okres adolescencji, kiedy dochodzi do obniżenia głosu, tzw. mutacji. Dotyczy ona zarówno chłopców, jak i dziewcząt, ale głos dziewcząt obniża się o 3–4 tony, a chłopców o oktawę. Najczęstszymi objawami mutacji głosu są zmiany wysokości głosu spowodowane zaburzeniami w koordynacji mięśni krtani, chrypka, przekrwienie błony śluzowej oraz nadmierne wydzielanie śluzu. Łączy się to dość często z silnymi emocjami, stresem, zawstyżeniem, a nawet zaniepokojeniem. Zjawisko przyspieszenia rozwoju współczesnej młodzieży wiąże się z szybszym pojawieniem się mutacji, którą odnotowuje się już u 12-latków. Wybór grupy badawczej podyktowany został chęcią sprawdzenia, czy akceptują oni swój głos, czy ma on wpływ na ich relacje rówieśnicze i rodzinne, czy odczuwają dyskomfort fizyczny podczas użytkowania głosu.

Cel, materiał i metoda badań

Celem artykułu jest zaprezentowanie wyników subiektywnej oceny niepełnosprawności głosowej dzieci w wieku szkolnym na podstawie Skali Niepełnosprawności Głosu Dziecka (CVHI–10). Kwestionariusz wypełniony został przez uczniów dwunastoletnich (VI klasa) jednej ze szkół podstawowych w centralnej Polsce. W badaniu wzięło udział 20 dziewczynek i 20 chłopców. Byli to uczniowie normofoniczni, u których nie przeprowadzono wcześniejszego wywiadu w kierunku zaburzeń głosu, nie byli oni także w trakcie terapii logopedycznej ani leczenia foniatrycznego. Wszystkich uczniów biorących udział w badaniu autorka badania i artykułu zna od 6–8 lat, prowadziła z nimi (z dwiema osobami nadal prowadzi) bowiem indywidualną terapię logopedyczną i grupowe zajęcia logorytmiczne w przedszkolu. Przed wypełnieniem kwestionariusza uczniowie otrzymali szczegółowe wskazówki do jego uzupełnienia, ze szczególnym zwróceniem uwagi, że zagadnienia dotyczą jakości ich głosu oraz ich stanu emocjonalnego wywołanego jakością głosu, a nie sposobu artykulacji czy płynności mowy. Kwestionariusze wypełniane były w obecności logopedki – autorki badania i artykułu, która udzielała dodatkowych instrukcji, jeśli takie były konieczne (np. co oznaczają poszczególne zdania w kwestionariuszu, co oznaczają odpowiedzi). Na wypełnienie kwestionariusza uczniowie poświęcili około 10–15 minut, czasami zdarzały się pytania dodatkowe (np. czy badanie dotyczy wad wymowy, czy kaszel też zaliczany jest do problemów z mówieniem), na które na bieżąco odpowiadano.

Do najpopularniejszych kwestionariuszy samooceny głosu zalicza się VHI (ang. *Voice Handicap Index*) i jego skróconą wersję VHI–10. Wersja pVHI (ang. *Pediatric Voice Handicap Index*) służy do oceny głosu dziecka, a źródłem informacji jest rodzic/opiekun. Oprócz kwestionariusza pVHI istnieją inne służące badaniu zaburzeń głosu u dzieci, również stworzone na podstawie wersji kwestionariuszy dla dorosłych, jak PVRQoL (ang. *Pediatric Voice-Related Quality of Life*) oraz PVOS (ang. *Pediatric Voice Outcome Survey*).

Na potrzeby oceny zaburzeń głosu u dzieci przez same dzieci opracowany został kwestionariusz CVHI–10 (ang. *Children Voice Handicap Index–10*), który uzupełniany jest wersją CVHI–10–P (ang. *Children Voice Handicap Index–10 for Parents*) dla rodziców. Narzędzia te dotyczą tego samego zaburzenia klinicznego, ale oceniają różne jego aspekty i dostarczają informacji, które wzajemnie się uzupełniają. Zadaniem obu tych uzupełniających się narzędzi jest zatem ocena tej samej dolegliwości, ale z dwóch różnych perspektyw. Oba kwestionariusze składają się z 10 pytań, które dostosowane są do potrzeb dziecka w celu najlepszego odzwierciedlenia oceny głosu [Tuz-Hrycyna, Sielska-Badurek, 2017, s. 20]. Kwestionariusz CVHI–10 składa się z 10 pytań dotyczących fizycznej (pytania 1 i 2), społecznej (pytania 3, 4 i 5) i emocjonalnej (pytania 6, 7, 8, 9 i 10) sfery związanej z użytkowaniem głosu. Na każde pytanie uczestnicy badania udzielali odpowiedzi w czteropunktowej skali, gdzie 0 to brak problemu, 1 – problem występuje czasami, 2 – problem występuje prawie

zawsze, 3 – problem występuje zawsze. Im wyższy wynik uzyskany po zsumowaniu punktów, tym większa odczuwalna niepełnosprawność głosu [Tuz-Hrycyna, Sielska-Badurek, 2017, s. 22].

Analiza wyników badań

Analiza zgromadzonych danych polegała na sprawdzeniu, czy dojrzewająca młodzież odczuwa dolegliwości głosowe, określeniu częstości występowania niepełnosprawności głosu u dzieci oraz poszukiwaniu związku między zaburzeniami głosu a płcią badanych uczniów. W badaniu wzięło udział czterdzieścioro 12-letnich uczniów – 20 dziewcząt i 20 chłopców, którzy pod okiem autorki artykułu wypełnili kwestionariusz CVHI-10. Wszystkie dzieci udzieliły odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w ankiecie, zgromadzone dane poddano dokładnej analizie.

Wśród dwudziestu badanych dziewczynek średni wynik z kwestionariusza wyniósł 3 punkty. Nie odnotowano żadnego arkusza o łącznej liczbie punktów wynoszącej 0. Najwyższy wynik to 7 punktów, a najniższy to 1 punkt, co świadczy o tym, że u dziewcząt może pojawiać się jakiś problem z głosem. Pytanie nr 2 („Ludzie mają trudności ze zrozumieniem mnie w pomieszczeniu, w którym panuje hałas”), dotyczące sfery funkcjonalnej, było pytaniem, na które wszystkie badane udzieliły odpowiedzi, że czasami ten problem ich dotyczy. Osiem dziewczynek odpowiedziało, że czasem ich głos nie jest swobodny (pyt. nr 7), pięć czasami lub prawie zawsze odczuwało napięcie podczas mówienia (pyt. nr 6), trzy czasami spotykały się z sytuacją, w której ludzie pytali je, co stało się z ich głosem (pyt. nr 10), dwie zaś prawie zawsze czuły się gorsze od innych dzieci z powodu własnego głosu. Żadna z dziewcząt nie uważała, aby problemy z ich głosem obniżały ich wyniki w nauce (pyt. nr 5) oraz utrudniały im kontakty z przyjaciółmi i rodziną (pyt. nr 3).

Tabela 1. Liczbowe zestawienie odpowiedzi chłopców i dziewczynek

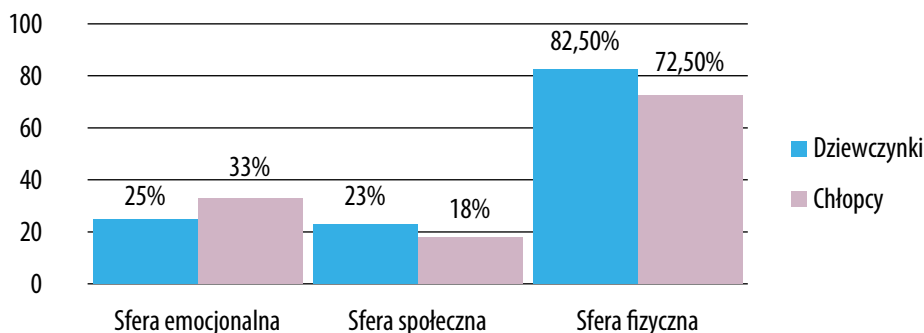
		Nigdy		Czasami		Prawie zawsze		Zawsze	
		CH	DZ	CH	DZ	CH	DZ	CH	DZ
1	Ludzie mają kłopot ze zrozumieniem tego, co mówię.	8		12	14		2		
2	Ludzie mają trudności ze zrozumieniem mnie w pomieszczeniu, w którym panuje hałas.	3	3	14	15	3	2		
3	Problemy z głosem utrudniają mi kontakty z przyjaciółmi, rodziną.	15	15	4	5			1	
4	Czuję się pominięty/pominięta w rozmowach z powodu mojego głosu.	17	16	3	4				

		Nigdy		Czasami		Prawie zawsze		Zawsze	
		CH	DZ	CH	DZ	CH	DZ	CH	DZ
5	Problemy z głosem obniżają moje wyniki w szkole.	17	15	3	5				
6	Odczuwam napięcie podczas mówienia.	12	16	8	2		2		
7	Mój głos nie jest swobodny.	15	12	2	8	3			
8	Moje kłopoty z głosem denerwują mnie.	11	13	8	7	1			
9	Mój głos sprawia, że czuję się gorzej/gorsza od innych dzieci.	15	16	4	2		2	1	
10	Ludzie pytają mnie, „co się stało z twoim głosem?”.	14	18	5	2	1			

Źródło: opracowanie własne

W grupie dwudziestu badanych chłopców średni wynik z kwestionariusza wyniósł 4 punkty. Również nie odnotowano żadnego arkusza o łącznej liczbie punktów wynoszącej 0. Najwyższy wynik wśród chłopców to 10 punktów, a najniższy to 1 punkt, co świadczy o tym, że chłopcy mogą mieć większe problemy z głosem niż dziewczęta. Być może ma na to wpływ okres dojrzewania i mutacji, w którym dochodzi do dojrzewania/rozwoju krtani, fałdów głosowych oraz tchawicy. Aż 70% badanych chłopców informowało, że czasami ludzie mają problemy ze zrozumieniem ich, zwłaszcza w miejscach, gdzie panuje hałas. Z kolei czterech uczniów (20%) czasami, a jeden zawsze, miało/miał utrudnione kontakty z rodziną i/lub przyjaciółmi spowodowane problemami z głosem. Chłopcy deklarowali (85%), że problemy z głosem nie obniżają ich wyników w szkole ani nie czują się pominięci w rozmowach z innymi. Tylko dwóch uczniów zawsze odczuwało napięcie w trakcie mówienia i czuło się gorszych od swoich rówieśników z powodu swojego głosu. Sześciu chłopców czasami lub prawie zawsze spotykało się z sytuacją, w której ktoś pytał ich o przyczynę posiadania takiego głosu, a aż dziewięciu czuło się zdenerwowanych problemami ze swoim głosem.

Podsumowując, z analizy wynika, że blisko połowa badanych dzieci dwunastoletnich odczuwała zaburzenia głosu, co miało szczególne odbicie na płaszczyźnie fizycznej (ok. 70–75% uczniów) i emocjonalnej (zob. wykres 1). Uczniowie czuli napięcie podczas mówienia, czuli się gorsi od swoich rówieśników, odczuwali zdenerwowanie spowodowane kłopotami z głosem, czasami słyszeli pytania od innych osób „Co stało się z twoim głosem?”. Zdecydowana większość dzieci (około 70–75%) nie odczuwała problemów w sferze społecznej, które byłyby wywołane zaburzeniami głosu.



Wykres 1. Procentowe zestawienie odpowiedzi dziewcząt i chłopców z podziałem na odczuwanie trudności głosowych w sferze fizycznej, emocjonalnej i społecznej

Źródło: opracowanie własne

Podsumowanie

Głos jest podstawą komunikacji międzyludzkiej i w każdym okresie życia człowieka wpływa na różne obszary. „U dzieci w wieku szkolnym zaburzenia komunikacyjne są trudnym i ważnym problemem interdyscyplinarnym, który ma wpływ na: szeroko rozumiany proces komunikowania się dzieci w środowisku szkolnym, osiągnięte wyniki dziecka w nauce, dojrzałość społeczną oraz czynniki adaptacyjne i zachowanie dziecka” [Szkiełkowska i in., 2020, s. 18]. Zaburzenia głosu u dzieci w wieku szkolnym wynikają najczęściej z nadużywania głosu, czyli ze zbyt głośnego mówienia, śpiewania, krzyku lub nieprawidłowego sposobu tworzenia głosu [Mornet i in., 2014; Martins i in., 2016; Schiff i in., 2019]. Głos odgrywa istotną rolę w ekspresji stanów emocjonalnych, a one same wpływają z kolei na jakość głosu. To od emocji zależne są ułożenie krtani i jej gotowość do wydobywania dźwięków oraz stan napięcia mięśniowego w obrębie fałdów głosowych i całego traktu głosowego. To głos definiuje w odmienny sposób różne stany emocjonalne. „W przypadku jego niedojrzałości emocjonalnej i pod wpływem licznych bodźców zewnętrznych dochodzi może do nadmiernego napięcia mięśniowego, obejmującego wszystkie struktury uczestniczące w tworzeniu głosu i utrwalaniu się nieprawidłowej formy przekazu informacji, co często stanowi podłoże czynnościowych zaburzeń głosu u dzieci” [Szkiełkowska i in., 2020, s. 18].


Literatura

- Brännström K.J., Kastberg T., Lochow H. von, Haake M., Sahlén B., Lyberg-Ahlander V., 2018, *The influence of voice quality on sentence processing and recall performance in school-age children with normal hearing*, „Speech, Language and Hearing”, Vol. 21(1), s. 1–9.
- Carding P., Roulstone S., Northstone K., ALSPAC Study Team, 2006, *The prevalence of childhood dysphonia: a cross-sectional study*, „Journal of Voice”, Vol. 20(4), s. 623–630.
- Cohen S.M., Kim J.K., Roy N., 2017, *The prevalence of childhood dysphonia: A cross-sectional study*, „Journal of Voice”, Vol. 20(4), s. 623–630.
- Gokula R., Sharma M., Cupples L., Valenzuela J.T., 2019, *Comorbidity of auditory processing, attention, and memory in children with word reading difficulties*, „Frontiers in Psychology”, Vol. 10, 2383.
- Johnson Ch.M., Anderson D.C., Brigger M.T., 2020, *Pediatric Dysphonia: A Cross-Sectional Survey of Subspecialty and Primary Care Clinics*, „Journal of Voice”, Vol. 34(2), s. 301.e1–301.e5.
- Kallvik E., Lindstrom E., Holmqvist S., Lindman J., Simberg S., 2015, *Prevalence of Hoarseness in School-aged Children*, „Journal of Voice”, Vol. 29(2), s. 260.e1–260.e19.
- Martins R.H., Hidalgo Ribeiro C.B., Fernandes de Mello B.M., Branco A., Tavares E.L., 2012, *Dysphonia in children*, „Journal of Voice”, Vol. 26(5), s. 674.e17–674.e20.
- Martins R.H., Amaral H.A. do, Tavares E.L., Martins M.G., Goncalves T.M., Dias N.H., 2016, *Voice Disorders – Etiology and Diagnosis*, „Journal of Voice”, Vol. 30(6), s. 761.e1–761.e9.
- McAllister A., Rantala L., Jónsdóttir V.I., 2019, *The Others Are Too Loud! Children's Experiences and Thoughts Related to Voice, Noise, and Communication in Nordic Preschools*, „Frontiers in Psychology”, Vol. 10, 1954.
- Mohammadzadeh A., Sandoughdar N., 2017, *Prevalence of Voice Disorders in Iranian Primary School Students*, „Journal of Voice”, Vol. 31(2), s. 263.e13–263.e18.
- Mornet E., Coulombeaub B., Fayoux P., Maried J.P., Nicollase R., Robert-Rochet D., Marianowski R., 2014, *Assessment of chronic childhood dysphonia*, „European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases”, Vol. 13, s. 309–312.
- Possamai V., Hartey B., 2013, *Voice disorders in children*, „Pediatric Clinics of North America”, Vol. 60(4), s. 7–92.
- Pribuisiene R., Pasvenskaite A., Pribuisis K., Balsevicius T., Liutkevicius V., Uloza V., 2020, *Dysphonia screening in vocally trained and untrained children*, „International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology”, Vol. 129, 109776.
- Reis-Rego A., Santos P.H., Santos G., Carva P., Santos P.C., Dias D., Freitas S.V., Carvalho I., Coutinho M., Feliciano T., Almeida C., 2019, *Behavioral Profile of Children with Vocal Fold Nodules – A Case-control Study*, „Journal of Voice”, Vol. 33(4), s. 584.e1–584.e4.
- Schiff C.S., Zur K.B., Biggs L.M., Guo J., Pitman M.J., 2019, *Pediatricians' proficiency in the care of the dysphonic child*, „Laryngoscope”, Vol. 129(8), s. 1756–1762.
- Stachler R.J., Francis D.O., Schwartz S.R., Damask C.C., Digoy G.P., Krouse H.J., McCoy S.J., Ouellette D.R., Patel R.R., Reavis C.W., Smith L.J., Smith M., Strode S.W., Woo P., Nnacheta L.C., 2018, *Clinical Practice Guideline: Hoarseness (Dysphonia) (Update) Executive Summary*, „Otolaryngology – Head and Neck Surgery”, Vol. 158(3), s. 409–426.
- Swain S.K., Behera I. C., Sahoo L., 2019, *Hoarseness of voice in the pediatric age group: Our experiences at an Indian teaching hospital*, „Indian Journal of Child Health”, Vol. 6(2), s. 74–78.
- Szkielkowska A., Gos E., Miaskiewicz B., Skarżyński P.H., Świerniak W., 2020, *Zaburzenia głosu u dzieci rozpoczynających naukę w szkole podstawowej*, „Otolaryngologia Polska”, nr 74(6), s. 16–20.

- Tavares E.L., Brasolott A., Santana M.F., Padovan C.A., Martins R.H., 2011, *Epidemiological study of dysphonia in 4–12 year-old children*, „Brazilian Journal of Otorhinolaryngology”, Vol. 77(6), s. 736–746.
- Tezcaner C.Z., Ozgursoy S.K., Sati I., Dursun G., 2009, *Changes after voice therapy in objective and subjective voice measurements of pediatric patients with vocal nodules*, „European Archives of Otorhinolaryngology”, Vol. 266(12), s. 1923–1927.
- Tuz-Hrycyna N., Sielska-Badurek E., 2017, *Adaptacja i walidacja polskiej wersji językowej testów CVHI-10 oraz CVHI-10-P*, „Otorinolaryngologia”, nr 16(1), s. 19–25.

Marta Korendo  <https://orcid.org/0000-0003-1088-8675>

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Wydział Humanistyczny, Instytut Nauk o Zdrowiu, Katedra Logopedii i Zaburzeń Rozwoju, ul. Ingardena 4, pok. 414, 30–006 Kraków, e-mail: marta.korendo@uken.krakow.pl

Ewa Zmuda  <https://orcid.org/0000-0001-7858-2643>

Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Wydział Humanistyczny, Instytut Nauk o Zdrowiu, Katedra Logopedii i Zaburzeń Rozwoju, ul. Ingardena 4, pok. 414, 30–006 Kraków, e-mail: ewa.zmuda@uken.krakow.pl

Wybrane aspekty pojmowania czasu przez osoby z ASD

Selected Aspects of the Understanding of Time by People with ASD

Słowa kluczowe: autyzm, czas, stereotypie, neurobiologia czasu, ASD

Keywords: autism, time, stereotypes, neurobiology of time, ASD

Streszczenie

Celem artykułu jest ukazanie wybranych aspektów pojmowania kategorii czasu przez osoby w spektrum autyzmu. Specyfika przetwarzania i percypowania czasu przez te osoby została ukazana na tle uwarunkowań neurobiologicznych i kulturowych. Autorki dokonały przeglądu literatury dotyczącej neurobiologii czasu oraz kulturowego pojmowania i określania czasu. Zwróciły uwagę na konieczność pogłębienia badań nad przetwarzaniem czasu przez osoby z ASD ze względu na wagę tej sprawności dla poziomu funkcjonowania poznawczego i społecznego zarówno dzieci, jak i dorosłych.

Szczególną uwagę – na przykładzie studium przypadku – poświęcono problemowi traktowania czasu jako stereotypii/fiksacji przez osoby w spektrum, co może być sygnałem świadczącym o złożonych przyczynach odmienności w zakresie przetwarzania i rozumienia czasu, odnoszących się m.in. do zdolności adaptacyjnych, trudności komunikacyjnych czy mechanizmów poznawczych.

Przegląd badań oraz analiza przypadku jednoznacznie wskazują na konieczność przeprowadzenia badań populacyjnych oraz wpisania omówionego problemu z zakres terapii osób ze spektrum autyzmu.



© 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: 29.04.2024 r. Data przyjęcia: 25.07.2024 r.

Abstract

The article aims to show selected aspects of understanding the category of time by people on the autism spectrum. The specificity of time processing and perception by these people has been shown against the background of neurobiological and cultural conditions. The authors review the literature on the neurobiology of time and the cultural understanding and determination of time.

They draw attention to the need to deepen the research on time processing by patients with ASD due to the importance of this skill for cognitive and social functioning of both children and adults. Based on a case study, special attention was given to was also paid to the problem of treating time as a stereotypy/fixation by people on the spectrum, which may signal complex reasons for differences in the processing and understanding of time, relating, among others, to adaptive abilities, communication difficulties or cognitive mechanisms.

The research review and case analysis clearly indicate the need to conduct population research and include the problem in question in the scope of therapy for people on the autism spectrum.

Czas to godzina (Kuba, w spektrum autyzmu, lat 11)

Czas to, że ty jesteś stara, bo już żyjesz dużo czasu, a ja jeszcze nie (Szymon, w spektrum autyzmu, lat 13)

Czas jest wtedy, kiedy ktoś ma czas i musi szybko pojechać, żeby się nie spóźnić (Zosia, w spektrum autyzmu, lat 8)

Wprowadzenie

W przestrzeni społeczno-kulturowej pojawia się coraz więcej informacji o spektrum autyzmu, choć w społecznym odbiorze wciąż istnieje wiele mitów i stereotypów¹ dotyczących samego autyzmu oraz funkcjonowania osób z ASD. Stopniowe odkrywanie tajemnic autyzmu pozwala nam coraz lepiej rozumieć społeczne i poznawcze, w tym językowe, problemy osób ze spektrum. Badania obejmują kolejne aspekty ich rozwoju i życia. Dlatego warto spojrzeć na kategorię czasu, jej pojmowanie, percypowanie, przetwarzanie i stosowanie przez osoby w spektrum autyzmu. Wyniki badań dotyczących odbierania/odczuwania i rozumienia czasu przez dzieci i dorosłych pozwolą na pokazanie tego zaburzenia w nieznaną dotychczas perspektywę, opartej na refleksji antropologiczno-językoznawczej, ale i neurobiologicznej różnych aspektów czasowości. Sama refleksja dotycząca czasu także zyska nową optykę, która nie

1 Funkcjonowanie mitów i stereotypów jest bardzo widoczne już przy pobieżnym przejrzaniu sieci pod kątem tego tematu. Umocnienie wielu nieprawdziwych twierdzeń – co w świetle wyników naukowych badań jest już oczywiste – wielokrotnie można znaleźć w internecie również w wypowiedziach ekspertów, pisała o tym np. Cieszyńska, 2011, s. 85.

była raczej brana pod uwagę w dotychczasowym dyskursie, uwzględniającym przede wszystkim głos osób neurotypowych.

Celem artykułu uczyniliśmy wybrane aspekty pojmowania kategorii czasu przez osoby w spektrum autyzmu. Na tle uwarunkowań neurobiologicznych i kulturowych chcemy pokazać możliwe sposoby percypowania i przetwarzania czasu przez osoby w spektrum i ich odmienności w porównaniu z osobami neurotypowymi. Niniejszy tekst stanowi przyczynek do szerszych, wieloaspektowych badań nad tym zagadnieniem.

Złożoność spektrum autyzmu

Autyzm, opisany przez Leo Kanner w 1943 roku, w międzynarodowej klasyfikacji zaburzeń DSM pojawił się po raz pierwszy w roku 1980 roku (DSM-III). Został wtedy zakwalifikowany do grupy całościowych zaburzeń rozwojowych (ang. *pervasive developmental disorder* – PPD), a dopiero w 1994 roku w grupie tej wyodrębniono zespół Aspergera. Autyzm jest jedną z tych dysfunkcji, w przypadku których wiele fundamentalnych pytań wciąż pozostają bez odpowiedzi – choć są one badane w wielu ośrodkach naukowych. Jak zauważa Temple Grandin w *Mózgu autystycznym*: „W pewnym sensie nasza wiedza na temat autyzmu niepomernie wzrosła od lat czterdziestych, ale pod innymi względami tak samo trudno nam się w tym wszystkim zorientować, jak kiedyś” [Grandin, 2021, s. 32]. Pojawiają się również pojedyncze hipotezy, ale żadna z nich nie wyjaśnia czy to rosnącej liczby przypadków, czy „szerokiego wachlarza oraz nasilenia objawów” [Wolski, 2013, s. 45].

W najnowszych wydaniach międzynarodowych klasyfikacji (DSM oraz ICD) nie pojawia się już grupa PPD. Zarówno w ICD-11², jak i DSM-5 nie wyróżnia się osobno zespołu Aspergera i autyzmu. ICD-11, wzorem DSM-5, wprowadza jednostkę o nazwie „spektrum autyzmu” (usunięto także pojęcia autyzmu dziecięcego czy atypowego), a jej diagnoza została uszczegółowiona o określenie poziomu funkcjonowania intelektualnego czy językowego. W DSM-5 czytamy o zaburzeniach należących do spektrum autyzmu jako o zaburzeniach rozwojowych obejmujących wiele problematycznych zachowań, „w tym deficyty rozwoju mowy, percepcji i ruchu, upośledzenie pojmowania rzeczywistości oraz niezdolność do funkcjonowania w sytuacjach społecznych” [Butcher, Hooley, Mineka, 2021, s. 649]. Zapewne kolejne edycje międzynarodowych klasyfikacji będą przynosiły następne zmiany rozumienia i podziału spektrum autyzmu, które jest zjawiskiem bardzo złożonym i niejednorodnym, jak również uwarunkowanym wieloczynnikowo.

2 Najnowsza Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-11 jest dostępna w wersji on-line – zob. <https://icd.who.int/en> (dostęp: 10.11.2023).

Neurobiologia czasu

Badania nad neurobiologicznym podłożem czasu trwają od dawna i wciąż nie dały jednoznacznej odpowiedzi, które obszary mózgu zaangażowane są w jego percepcję i wszystkie pozostałe aspekty temporalne. Wiemy na pewno, że nie istnieje jeden główny ośrodek czasu w ludzkim mózgu, przede wszystkim dlatego, że nie ma takiego obszaru w obu półkulach, którego uszkodzenie w wyniku incydentu neurologicznego uniemożliwiłoby przetwarzanie i rozumienie czasu i byłyby to problem izolowany. Być może trudności z odkryciem neurobiologicznej złożoności czasu wynikają z braku ostatecznych ustaleń fizyków, czym on jest i czy w ogóle istnieje.

Koncepcje fizyczne czasu zmieniały się przez stulecia. Isaac Newton mówił o czasie absolutnym, który „ze swej natury płynie jednakowo bez względu na jakikolwiek czynnik zewnętrzny” [za: Buonomano, 2019, s. 17]. Pomimo zmian rozumienia tego zjawiska w fizyce używane przez nas chronometry ciągle odwołują się do Newtonowskiej koncepcji czasu. W całkowitej opozycji do teorii Newtona stanęły poglądy Alberta Einsteina, który udowodnił, że czas nie jest absolutny, ale względny. Wśród fizyków nie brak także badaczy zaprzeczających istnieniu tej kategorii – Ernst Mach jeszcze w XIX wieku głosił, że czas jest abstrakcją, a współcześnie Julian Barbour ogłosił w swojej książce koniec czasu, twierdząc, że jest on iluzją, interpretacją naszego mózgu, której podstawę stanowi obserwacja zmian. Ten kontekst wiedzy fizycznej pozwala rozumieć, dlaczego percepcja, przetwarzanie i nazywanie czasu są tak różnicowane kulturowo.

Coraz więcej dowodów wskazuje, że czas jest reprezentowany w kategoriach przestrzennych. W badaniach Barbary Tversky i zespołu wykazano, że spontaniczne przestrzenne pozycjonowanie czasowo uporządkowanych zdarzeń podąża za kierunkiem czytania i pisania [Bonato, Saj, Vuilleumier, 2016, s. 1]. Jedną z teorii wyjaśniających neurobiologiczne procesy temporalne głosi, że rozumienie czasu rozwinęło się w obwodach, które były tworzone i są wykorzystywane dla rozumienia przestrzeni. Obserwacje te zostały potwierdzone także w badaniach zespołu Mario Bonato [2016], który stwierdził, że sposób przetwarzania czasu ma prawdziwie przestrzenny charakter, co sugeruje, że może być on reprezentowany wzdłuż mentalnej linii przestrzennej uwzględniającej kierunek od lewej do prawej, z lokalizacją zdarzeń dawnych po lewej stronie, a bliższych czasowo lub przyszłych po prawej [Bonato, Saj, Vuilleumier, 2016, s. 8].

W ciągu ostatnich dwóch dekad większość badań skierowanych na poznanie temporalne koncentrowała się na identyfikacji i roli obszarów mózgu związanych z reprezentacją i przetwarzaniem czasu. Wszystkie te badania neuropsychologiczne, neuroobrazowania i stymulacji mózgu u ludzi oraz zwierząt pozwoliły odkryć wiele obszarów zaangażowanych w badane procesy [Frassinetti, Cappelletti, Buetti, 2016, s. 1].

Informacje środowiskowe są odbierane na różne sposoby przez pięć zmysłów i przesyłane do centralnego układu nerwowego. Percepcja czasu jest sumą bodźców związanych z procesami poznawczymi i zmianami środowiskowymi, wymaga więc złożonego mechanizmu neuronalnego i może być zmieniana przez stan emocjonalny, poziom uwagi, pamięć i choroby [Fontes i in., 2016, s. 14]. Nie potrafimy nadal zidentyfikować jednej ścieżki neuronalnej, której dysfunkcja powoduje zaburzenie odbierania informacji o upływie czasu ze środowiska i przekazywanie ich do mózgu. Percepcja czasowa obejmuje wszystkie kanały sensoryczne, nie jest jednak jasne, w jakim stopniu w tych reprezentacjach pośredniczą struktury neuronalne [Fontes i in., 2016, s. 14].

W 2017 roku Nagrodę Nobla z dziedziny fizjologii i medycyny otrzymali trzej amerykańscy uczeni: Jeffrey C. Hall, Michael Rosbash i Michael W. Young za odkrycie molekularnego mechanizmu kontrolującego rytmy okołodobowe. Udowodnili oni, że procedury czasowe wpisane są w nasze geny, które regulują zegar biologiczny kontrolujący wiele procesów fizjologicznych poprzez generowanie oscylacji w harmonii z cyklem dzień/noc. Cykle dobowe rejestrowane są na poziomie komórkowym i synchronizują funkcjonowanie całego naszego organizmu [Giebultowicz, 2018].

Z percepcją czasu wiązanych jest wiele ośrodków w ludzkim mózgu. Ważnym obszarem dla procesów temporalnych są jądra nadskrzyżowaniowe, które pełnią u ssaków funkcję głównego zegara odpowiedzialnego za rytmy biologiczne. Regulują dzienny cykl wzrostu i spadku temperatury ciała, ciśnienia tętniczego, tempa podziałów komórkowych, wydzielania hormonów [Burdick, 2019, s. 59]. Kluczową rolę w przetwarzaniu czasu odgrywają także wszystkie typy pamięci: pamięć semantyczna (odpowiedzialna za przetwarzanie pojęć, wyrażeń językowych, w tym językowych określeń czasu), pamięć proceduralna (zaangażowana w wykonywanie automatycznych i wyuczonych ruchów), pamięć robocza (odpowiedzialna za przetwarzanie informacji o bieżących lub niedawnych wydarzeniach) oraz pamięć epizodyczna (odpowiedzialna za przetwarzanie informacji osobistych z przeszłości). Procesy te zachodzą między innymi w korze przedczołowej oraz hipokampie. Z procesami pamięciowymi silnie powiązana jest także uwaga.

Jednak pomimo podłoża genetycznego i neurobiologicznego tajemnica odczuwania i przetwarzania czasu w naszym umyśle nadal nie została wyjaśniona. Czas, który przeżywamy i w którym organizujemy nasze działania, nie jest w pełni zgodny ani z czasem biologicznym, ani fizycznym. Jest złożonym wytworem naszego mózgu (umysłu), ukształtowanym zarówno przez biologię, jak i kulturę, w tym język. Bywa odczuwany bardzo subiektywnie, kiedy działają na nas emocje, jest także bardzo uzależniony od „kotwic czasowych”, które stanowią powtarzające się cyklicznie zdarzenia. Wagę tego zjawiska odczuliśmy w pandemii, kiedy podobne do siebie dni spędzane w izolacji utrudniały prawidłową orientację temporalną. Sugeruje to, że nie ma czegoś takiego jak jednorodny czas, istnieje raczej wiele doświadczeń czasu, a te odzwierciedlają sposób, w jaki mózg dostosowuje

się do różnych skal czasowych [Fontes i in., 2016, s. 16]. Pozwala nam to mówić o czasie subiektywnym i zegarowym. Jak twierdzi Dean Buonomano, czas jest konstruktem umysłowym, „który zdaje się mieć także różne ustawienia tempa” [Buonomano, 2019, s. 108].

Kulturowe rozumienie czasu

Jako wprowadzenie do tekstu zamieściliśmy wypowiedzi dzieci z diagnozą spektrum autyzmu, które próbowały nadać językowy kształt konceptualizacji pojęcia „czas”. Z tych pojedynczych zdań widać już, że czas z jednej strony jest zjawiskiem intuicyjnym, a z drugiej bardzo złożonym w swej istocie. Te krótkie werbalizacje zawierają wskazania na takie aspekty jak trwanie, zmiana czy przeżywanie trwania, cennaść czasu w codzienności³. Czas zwykle określany jest jako pojęcie „uciekające” czy „wymykające się” opisowi, a już na pewno wyczerpującemu opisowi [por. np. Rokoszowa, 1999, s. 8]. Językoznawczo-filozoficzno-antropologiczne rozważania na temat czasu przykładowo dotyczą takich aspektów, jak: filozoficzne pytanie „czym jest czas?” (odpowiedzi najczęściej dotyczą dwóch koncepcji – czas jako substancja czy czas jako atrybut), kształt czasu (który uwzględnia w sobie teraźniejszość, przeszłość i przyszłość; pamięć, czyli konceptualizację; zapis, ruch i bezruch oraz zmianę) czy też relacje między czasem a językiem (np. czas a asymetria reguł językowych) [na podstawie Rokoszowa, 1999; por. także Sawicka, 2006, s. 11–30].

W pracach językoznawczych ważne miejsce zajmują rozważania dotyczące językowego kształtu konceptualizacji czasu (czy też wyrażania lub specjalizacji czasu – kwestia ta nie ma jednoznacznego określenia)⁴. Ważną konstatacją, pojawiającą się w tych opracowaniach, jest to, iż „świadomość czasu fizycznego jest dla mówiącego człowieka tak ważna, że nabiera w języku wartości kategoryjnej” [Rokoszowa, 1999, s. 9], jednocześnie czas jest taką abstrakcją, że w doświadczeniu jawi się jako pośrednio wkomponowany w ruch [Wojtyła-Świerzowska, 2006, s. 69]. Natomiast analizy wypowiedzi w stylu potocznym w polszczyźnie pokazały, że postrzegamy przede wszystkim zdarzenia z perspektywy *teraz* i *kiedyś*. „W języku polskim *teraz* jest stałym punktem na linearnych *continuum* czasowym o nieokreślonych rozmiarach, które są aktualizowane każdorazowo przez kontekst” [Peisert, 2006, s. 63]. Warto od razu podkreślić, że nieco inaczej kształtują się wypowiedzi osób w spektrum autyzmu⁵. *Teraz* pojawia się w nich, ale bardzo sporadycznie,

3 O różnych aspektach rozumienia czasu zob. np. Rokoszowa, 1999; Sawicka, 2006.

4 Wystarczy porównać tytuły i podtytuły artykułów językoznawczych, by dostrzec pewną niejednoznaczność [zob. np. Dąbrowska, Nowakowska, 2006].

5 Analizie zostały poddane spontaniczne wypowiedzi oraz kierowany dialog trzech osób z diagnozą autyzmu, traktujemy te konstatacje jako hipotezy w badaniach pilotażowych. Punktem odniesienia

natomiast z bardzo dużą częstotliwością występuje określenie temporalne *dzisiaj* albo konkretne specyfikacje dotyczące godziny. Jeżeli zaś chodzi o *kiedyś*, to zakres tej formy jest w polszczyźnie potocznej bardziej ograniczony niż określenia *teraz*: „odnosi się zarówno do bliżej nieokreślonej przeszłości, jak i przyszłości” [Peisert, 2006, s. 63], natomiast w wypowiedziach osób z autyzmem nie wystąpiło w ogóle. Osoby używały temporalnych określeń *jutro* lub *wczoraj* albo konkretnych dat lub sporadycznie nazw pór roku. Widać wyraźnie, że postrzeganie czasu w spektrum jest mocno osadzone w tu i teraz, i werbalizowane poprzez *dzisiaj*. Analiza aktów komunikacji osób w spektrum pod kątem wyrażania temporalności z pewnością otwiera ciekawe pole do dalszych badań.

W ujęciach antropologicznych można znaleźć trzy zasadnicze sposoby kulturowego rozumienia i postrzegania czasu: **cykliczny** (powtarzający, nieskończony, ale zamknięty, symbolizowany okręgiem), **podzielony** (mający rozróżnienie między przeszłością a przyszłością, symbolizowany linią prostą pokazującą kierunek) oraz **stacjonarność w czasie** (czas to trwanie, nie człowiek zbliża się do przyszłości, lecz odwrotnie) [za: Rokoszowa, 1999, s. 13].

Kulturowe różnice w rozumieniu czasu widać bardzo wyraźnie np. pomiędzy Wschodem a Zachodem. Umysłowości kształtowane przez odmienne doświadczenia i ich interpretacje (m.in. filozofię) tworzą różne wizje rzeczywistości i wytłumaczenia tego, co nienamacalne. Takim przykładem jest czas. Richard Niesbett przytacza wypowiedziane do niego zdanie studenta z Chin: „Różnica między tobą a mną polega na tym, że dla mnie świat jest kołem, a dla Ciebie – linią” [Niesbett, 2015, s. 11]. Elementem tak postrzeganego świata są kategorie temporalne. „Ludzie Zachodu patrzą analitycznie, skupiając się na najbardziej rzucających się w oczy obiektach i ich atrybutach, podczas gdy ludzie Wschodu mają spojrzenie holistyczne i koncentrują się na ciągłości substancji oraz na relacjach występujących w środowisku” [Niesbett, 2015, s. 71].

Czas w kulturach pierwotnych, jeśli w ogóle był mierzony, odnoszony był do zmian obserwowanych w przyrodzie, wyznaczany rytmem natury. Stąd dominacja postrzegania cyklicznego.

Istnieją grupy plemienne, które nadal nie stosują liczbowych miar czasu, a niekiedy nie wyodrębniają w ogóle tej kategorii. Przykładem może być amazońskie plemię Piraja (Piraha), które nie tylko nie ma miar czasu, ale też nie ma opowieści z przeszłości. Z kolei członkowie plemienia Amondawa odnoszą się tylko do pór dnia i pór suchej oraz deszczowej, a wraz z upływem czasu nie oznaczają wieku liczbowo, ale zmieniają swoje imię. W dyskursie Amondawy nie pojawia się liczenie czasu [Sinha i in., 2011, s. 141]. Oznacza to zatem, że czas w ludzkim umyśle jest stwarzany jako kategoria kulturowa, a jego ekspresja ma m.in. charakter językowy.

do tych analiz mogą być badania przeprowadzone przez Magdalenę Kochańską, dotyczące wyrażania czasu w języku dziecka [Kochańska, 2023]; nie obejmowały one jednak dzieci z diagnozą spektrum autyzmu.

W kulturze europejskiej ważnym punktem odniesienia dla wyznaczania przedziałów czasu jest ludzkie ciało, z przyszłością „ogarnianą wzrokiem”, przeszłością „ulokowaną za plecami” i terażniejszością zgodną z aktualnym umiejscowieniem. Odnajdujemy to w stwierdzeniach: „mieć coś za sobą”, „patrzeć w przyszłość”, „robić krok w tył”.

Chociaż rozumienie czasu w kulturze europejskiej jest głównie postrzeganiem czasu jako podzielonego, linearnego, to obserwując funkcjonowanie osób w spektrum, można dostrzec, że osadzenie w cykliczności czasu daje im poczucie bezpieczeństwa. Być może ma to związek z dużą trudnością dzieci z ASD w kulturowym uczeniu się. Terapeuci obserwują, że „odbierane bodźce oraz przeżywane doświadczenia stanowią zbiór nieuporządkowanych wrażeń, niepołączonych w siatkę wiedzy o rzeczywistości, tworzonej poprzez język z uwzględnieniem m.in. relacji czasowych, przyczynowo-skutkowych, przestrzennych” [Korendo, 2013, s. 58]. Można zaobserwować, że lokowanie wydarzeń na osi kołowej, a nie na linearnej linii prostej, pozwala osobom w spektrum przywrócić częściowo pewien porządek, przynajmniej w takim stopniu, by poczuć się bezpiecznie. Czasami staje się to na tyle istotne, że przeradza się w stereotypowe, sztywne traktowanie kategorii czasu. I temu aspektowi chcielibyśmy poświęcić nieco więcej miejsca w kolejnej części tekstu.

Przetwarzanie czasu w autyzmie

Liczne badania oraz doświadczenie kliniczne potwierdzają, że osoby ze spektrum autyzmu wykazują często zróżnicowane problemy z przetwarzaniem czasu [por. Szelaż i in., 2004; Allman, DeLeon, Wearden, 2011; Korendo, 2013; Vatakis, Allman, 2015]. Ponieważ, jak wykazałyśmy powyżej, przetwarzanie czasu to złożony proces biologiczno-kulturowy, także deficyty występujące u dzieci z ASD są złożone i trudne do jednoznacznej interpretacji. Wpływa na to przede wszystkim sam stopień nasilenia zaburzenia oraz to, czy dziecko wykazuje cechy klasycznego autyzmu (typu Kannerowskiego, jak określa to obecnie DSM-5), czy też ma zespół Aspergera (w DSM-5: zaburzenia ze spektrum autyzmu o typie Aspergera). Im głębszy poziom zaburzeń intelektualnych i językowych, tym problemy z czasem będą większe lub trudniejsze do oceny. Badania wykazały, że dzieci z ASD doświadczają trudności z mentalną podróżą w czasie, szacowaniem czasu i ciągłością czasową [np. Szelaż i in., 2004; Allman, DeLeon, Wearden, 2011]. Uznaje się także, że osoby te mają słabe poczucie czasu na poziomie intuicyjnym „w stopniu, który znacznie odbiega od ich poziomu inteligencji” [Wing, 1996, s. 89].

Oprócz złożoności spektrum autyzmu na proces przetwarzania czasu u dzieci z ASD wpływa także rodzaj źródła tych odmienności. Problemy z odbiorem czasu w autyzmie mogą być m.in. powiązane z zaburzeniami przetwarzania sensorycznego. Osoby z ASD ujawniają różnice w percepcji słuchowej i dotykowej także w aspekcie

czasowym. Problemy sensoryczne opierają się na sposobie, w jaki mózg przetwarza przychodzące bodźce z wielu modalności każdego z pięciu zmysłów (wzroku, słuchu, dotyku, węchu i smaku), co prawdopodobnie jest ściśle związane z poczuciem czasu rejestrowanym w mózgu i zdolnością do postrzegania struktury czasowej zdarzeń i relacji między nimi [Vatakis, Allman, 2015, s. 60]. Parametry czasowe w odbiorze bodźców mogą dotyczyć także mowy oraz wpływać na jakość i tempo jej nabywania.

Kolejnym aspektem, który należy wziąć pod uwagę podczas rozważania kwestii różnic w odczytywaniu i pojmowaniu czasu przez osoby ze spektrum autyzmu i neurotypowe, jest poziom działania tzw. funkcji wykonawczych, do których należą m.in. pamięć robocza, uwaga, hamowanie czy podejmowanie decyzji. Zaburzenie któregokolwiek z wymienionych składników będzie wpływało bezpośrednio na umiejętność działania w czasie i jego rozumienie.

Nie bez znaczenia w omawianym aspekcie jest także sprawność teorii umysłu, czyli zdolność do odczytywania stanów mentalnych innych osób w celu zrozumienia ich zachowania. Powszechnie znane są trudności z odbieraniem stanów umysłu innych osób przez dzieci z ASD. Teoria umysłu jest uwarunkowana neurobiologicznie, ale rozwija się poprzez doświadczenia społeczne, jednocześnie stanowiąc ich poznawcze podłoże. Razem z polem wspólnej uwagi umożliwia uczenie się kulturowe [Tomasello, 2002], co oznacza przejmowanie od innego przedstawiciela gatunku wszystkich społecznych sprawności i umiejętności. Jeśli uznajemy, że sposób przetwarzania czasu ma znaczące podłoże kulturowe, brak takich sprawności i umiejętności jak teoria umysłu i pole wspólnej uwagi musi zasadniczo zmieniać rozumienie procesów temporalnych. W powtarzających się zachowaniach motorycznych, licznych i charakterystycznych dla autyzmu stereotypiach upatruje się często źródła kompensacji problemów czasowych. Stereotypie mogą bowiem funkcjonować jako forma zegara behawioralnego, szczególnie jeśli typowe poznawcze modele zegara wewnętrznego są wadliwe [Allman, Yin, Meck, 2014]. Mogą one także funkcjonować jako strategia odmierzenia czasu i obniżać poziom stresu wynikający z braku prawidłowej orientacji czasowej u osób z ASD.

Wreszcie kluczowym czynnikiem wpływającym na budowanie rozumienia i stosowania czasu, a także budującym to rozumienie, jest język. To poziom kompetencji językowych wyznacza możliwość przejmowania kulturowego pojmowania tej kategorii oraz stosowania jej zarówno w formach gramatycznych, jak i leksykalnych. Pozwala także uczyć się używania narzędzi do mierzenia czasu, czyli zegara i kalendarza.

Theo Peeters i Christopher Gillberg [1999, s. 87] uważają, że „większość osób z autyzmem czuje się zagubiona w morzu czasu, często próbują rozwijać rutyny i rytuały w drodze kompensacji. Chcą, aby wszystkie czynności były podejmowane w tej samej kolejności każdego dnia, a jeśli kolejność czynności zmienia się w danym dniu, mają problemy z zachowaniem”.

Biorąc pod uwagę rozbieżności w poziomie i typie zaburzeń oraz ilorazie inteligencji między osobami z ASD, trudno jest obecnie dostrzec jeden obraz „stanu” autystycznego przetwarzania czasu. Wymaga to przeprowadzenia znacznie większej liczby badań w tym obszarze, z wykorzystaniem wielu zadań i skal czasowych w homogennych grupach badawczych [Vatakis, Allman, 2015, s. 51].

Czas a stereotypie osób z autyzmem (przypadek Kuby)

Osoby w spektrum, jak już zostało wspomniane, przejawiają sztywne, ograniczone, powtarzające się wzorce zachowań, czyli tzw. stereotypie⁶. Mogą one dotyczyć zachowań językowych (echolalie⁷), komunikacyjnych, zabawowych czy innych działań. Przykładowo dzieci w spektrum bardzo często spędzają czas, mechanicznie układając puzzle (niekiedy obrazkiem w dół), obserwują właściwości przedmiotów (np. obroty kółeczek, wirowanie), wsłuchują się w ich dźwięk, potem ten dźwięk próbują wygenerować w niestandardowy sposób, wielokrotnie uruchamiają te same przedmioty, przywiązują dużą wagę do stanu otoczenia i często reagują sprzeciwem na zmiany, nie lubią, jeśli zaburzeniu ulega pewien porządek, również porządek czasowy itp.

Tak więc również czas może stać się fragmentem rzeczywistości traktowanym mechanicznie i osadzającym sztywne wzorce zachowań, może stać się stereotypią. Jako egzemplifikacja niech posłuży nam przykład jedenastoletniego Kuby.

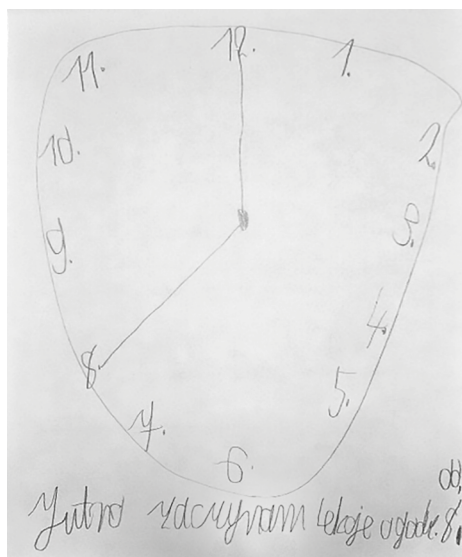
Kuba to chłopiec z diagnozą autyzmu atypowego, postawioną w 3. roku życia, w terapii chłopiec jest od 1. roku życia. Sztywne wzorce zachowań były obserwowane od początku procesu diagnostycznego, od kilku lat jedną ze stereotypii jest sztywne traktowanie czasu. Nasiliło się to w momencie, kiedy chłopiec rozpoczął edukację w szkole (lekcje i przerwy rozpoczynają się o stałych godzinach i trwają określony czas, zajęcia dodatkowe mają sztywno wyznaczony czas rozpoczęcia i zakończenia), wejście w ten system mocno ugruntowało pojawiające się już wcześniej fiksacje czasowe. Oto wybrane ich aspekty:

Dziecko lubi rozmawiać o czasie, wielokrotnie w ciągu dnia zadaje pytania zaczynające się od: „O której...?” („wraca tata”, „zjemy obiad”, „przyjedzie tramwaj”, ale też „o której Helenka [koleżanka z klasy] pójdzie spać?”, „o której Pani Dorotka [nauczycielka] wejdzie do swojego mieszkania?”); „Ile czasu...?” („będę odrabiał lekcje”, „będziesz rozmawiać przez telefon”, ale także: „ile czasu jedzie tramwaj z Borku Fałęckiego na Czerwone Maki?”).

6 Określane w literaturze także mianem manieryzmów, obsesji, fiksacji czy persewercji. Zwraca się uwagę, że mimo wielości badań nad autyzmem w tym obszarze jest ich stosunkowo mało [zob. np. Wolski, 2013, s. 47], istnieją także rozbieżności odnośnie do czasu wystąpienia czy nasilenia się ich występowania [por. Robins i in., 2001, s. 131–144; Kruk-Lasocka, 2004; Błęszyński, 2011, s. 97 i nast.].

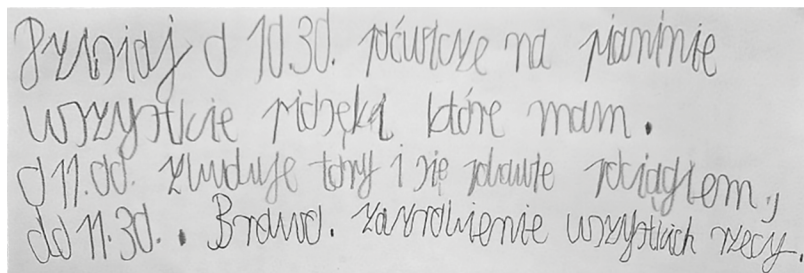
7 Na temat echolalii zob. np. Cieszyńska, 2011, s. 180–181.

Chłopiec lubi planować swój czas co do minuty. Robi plany czasem ustnie, a czasem zapisuje je na kartce lub robi w formie graficznej, np. zegarów (zob. fot. 1, 2). Jeśli chłopiec zaplanuje, że ćwiczy na pianinie od 10.30 do 11.00, to nie zmienia tego nawet o minutę, jeśli jest w połowie ćwiczenia piosenki, kończy zadanie równo o godzinie 11.30. Jeśli zaplanuje, że idzie spać o 20.00, to czy chce spać, czy nie, o 20.00 leży już w łóżku.



Fotografia 1. Rysunek Kuby

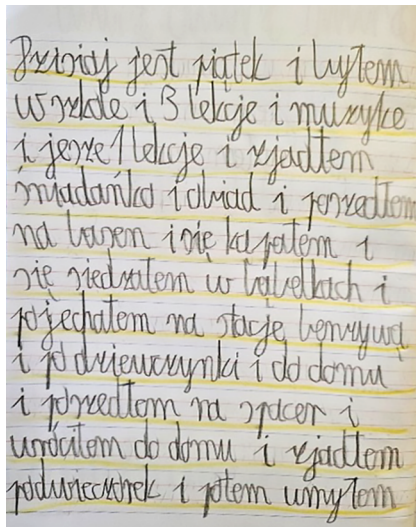
Źródło: archiwum własne



Fotografia 2. Zapiski Kuby

Źródło: archiwum własne

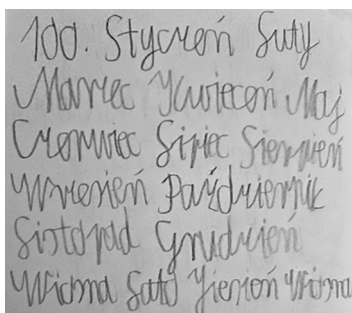
Dziecko ma potrzebę uporządkowania w czasie zdarzeń z minionego dnia (fot. 3)⁸.



Fotografia 3. Karta z dziennika Kuby

Źródło: archiwum własne

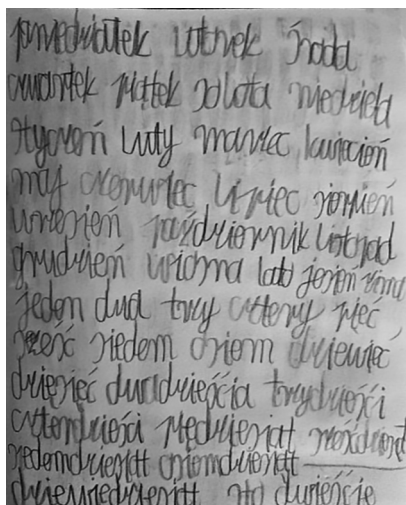
Chłopiec stereotypowo tworzy i powiela ciągi dotyczące czasu – dni tygodnia, miesiące, godziny, przelicza kwadranse, przelicza na minuty czas trwania jakiegoś wydarzenia (np. fot. 4 i 5).



Fotografia 4. Zapiski Kuby

Źródło: archiwum własne

⁸ Zapiski te tworzone są przez chłopca samodzielnie i z jego inicjatywy, najczęściej na sam koniec dnia.



Fotografia 5. Zapiski Kuby

Źródło: archiwum własne

Chłopiec organizuje sobie przestrzeń, osadzając się w przygotowanej przez siebie perspektywie czasowej (zdjęcie pokoju, fot. 6).



Fotografia 6. Zdjęcie pokoju Kuby

Źródło: archiwum własne

Każde naruszenie ram czasowych traktowane jest przez dziecko jak naruszenie ustalonego porządku, koniecznego do stabilnego funkcjonowania, pozwalającego na równowagę emocjonalną. Chłopiec pół godziny przed wyjściem do szkoły stoi gotowy i czeka. Zapytany dlaczego, odpowiada: „Żeby się nie spóźnić”. Przesunięcia godzinowe, zwłaszcza te nieoczekiwane, powodują bunt, zachowania skrajnie emocjonalne, jak płacz czy niekiedy krzyk, a na pewno duże

pobudzenie emocjonalne. Kiedy ktoś zapowiedziany się spóźnia, chłopiec chodzi niespokojny, czasem płacze, czasem prowokuje do kłótni. Po wytłumaczeniu przez rodzica, że ludzie czasem się spóźniają oraz dlaczego się spóźniają, chłopiec zadaje to pytanie jeszcze wielokrotnie tego samego dnia, a kiedy budzi się rano, zaczyna dzień pytaniem: „Dlaczego ludzie się spóźniają?”. Pytanie wraca jeszcze kilkakrotnie w ciągu najbliższych dni. Czasem pomagają działania uprzedzające, ale nie zawsze.

Osadzenie w czasie pełni jednak u chłopca także funkcję porządkującą rzeczywistość, z tego też może brać się jego poczucie bezpieczeństwa, które zapewnia mu uporządkowanie wydarzeń w aspekcie czasowym⁹. Na podstawie zachowań dziecka można wywnioskować, że chłopiec tworzy konstrukty mentalne, których ważnym aspektem jest osadzenie wydarzeń w czasie. Jednocześnie Kuba ma dużą trudność w widzeniu relacji przyczynowo-skutkowych, których zależności są rozciągnięte w czasie. Dziecko patrzy na rzeczywistość bardzo analitycznie, czas również rozpatrywany jest bardzo analitycznie, jest skrupulatnie przeliczany, porządkowane są krótkie okresy, które można łatwo przeanalizować. Porządkowanie dotyczy najczęściej jednego dnia lub jego fragmentów, ewentualnie zakotwiczenia w pewnych punktach, cyklicznie powtarzających się w doświadczeniu rzeczywistości przez chłopca. Można zauważyć przewagę cyklicznego rozumienia/przeżywania czasu.

Wskazuje się często, że zachowania stereotypowe mogą świadczyć o słabych zdolnościach przystosowawczych czy trudnościach komunikacyjnych [por. Winczura, 2012, s. 4–25]. Jednak spojrzenie na stereotypowe traktowanie czasu nakazuje, obok takich przyczyn, jak zdolności adaptacyjne czy przewidywanie rytmu występujących zmian [por. Wolski, 2013, s. 47], przyjrzeć się również mechanizmom poznawczym¹⁰. Na przytoczonym przykładzie widać przewagę procesów analitycznych, przy jednoczesnych dużych problemach z myśleniem przyczynowo-skutkowym w aspekcie temporalnym.

Zaprezentowany powyżej przyczynek do badań nad pojmowaniem kategorii czasu przez osoby w spektrum autyzmu i funkcjonowaniem tej kategorii w ich umyśle, pokazuje, że temat ten wart jest przeprowadzenia szczegółowych badań. Należy przywrócić się na przykład takim zagadnieniom jak komunikowanie aspektów temporalnych przez osoby w spektrum czy natura związku czasu i przestrzeni w przestrzeni mentalnej¹¹ takich osób, w tym sprawdzić symetrię/asymetrię funkcjonowania i ewentualny jej stopień czy też to, jak przebiega proces konceptualizacji pojęcia „czas” oraz jak wszystko to wpływa na kompetencje komunikacyjno-społeczne takich osób.

9 Na temat poczucia bezpieczeństwa i uporządkowania czasowego zob. np. Wolski, 2013; Marciński-Firadza, 2022.

10 Na temat tego typu ujęcia fiksacji w zespole Aspergera zob. Korendo, 2013, s. 187.

11 Badacze niejednokrotnie zwracają uwagę na to, iż czas i przestrzeń są głęboko powiązane, natomiast natura tego związku podlega ciągle dyskusjom [por. Casasanto, Fotakopoulou, Boroditsky, 2010, s. 387].

Podsumowanie

Z przedstawionych powyżej wyników badań oraz obserwacji rozumienia czasu przez dzieci z ASD wynika, że nie spełnia on takiej samej roli dla każdego człowieka, może stać się przedmiotem doświadczeń zindywidualizowanych, osobniczych. Przykład osób z autyzmem pokazuje, że czas – nawet w jednym kręgu kulturowym, w jednej społeczności – nie jest percypowany ani wykorzystywany w taki sam sposób, nie pełni dla wszystkich tej samej funkcji, a jaskrawo widać to na przykładzie osób neuroatypowych. Jak podkreśla Mateusz Karaś: „Przykłady takie jak autyzm pokazują, że trzeba pogodzić się z wielką różnorodnością sposobów, w jaki poznaje on [człowiek – przyp. M.K. i E.Z.] świat i jak w nim funkcjonuje” [Karaś, 2014, s. 61]. Nie oznacza to jednak braku potrzeby i możliwości prowadzenia oddziaływań terapeutycznych pozwalających na kształtowanie pojmowania czasu w sposób zbliżony do obowiązującego w danym kręgu kulturowym. Istnieje zatem konieczność budowania m.in. sprawności linearnego przetwarzania działań w czasie, umiejętności rozumienia następstwa czasowego, odczuwania wyznaczonych zdarzeniami odcinków czasu, a także nabywania językowych określeń czasu. Problemem osób z ASD często nie jest bowiem nauka odczytywania zegara lub kalendarza, ale nabywanie kulturowego rozumienia i przetwarzania czasu oraz umiejętność jego odczuwania i planowania w nim swoich działań.

Literatura

- Allman M.J., DeLeon I.G., Wearden J.H., 2011, *Psychophysical assessment of timing in individuals with autism*, „American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities”, Vol. 116(2), s. 165–178.
- Allman M.J., Yin B., Meck W.H., 2014, *Time in the psychopathological mind*, [w:] D. Lloyd, V. Arstila (red.), *Subjective time: The philosophy, psychology, and neuroscience of temporality*, Cambridge: MIT Press, s. 637–654.
- Błęszyński J., 2011, *Autyzm a niepełnosprawność intelektualna i opóźnienie rozwoju. Skala Oceny Zachowań Autystycznych*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Bonato M., Saj A., Vuilleumier P., 2016, *Hemispatial Neglect Shows That “Before” Is “Left”*, „Neural Plasticity”, 2716036, <https://doi.org/10.1155/2016/2716036>
- Buonomano D., 2019, *Mózg, władca czasu. Dlaczego dzień może być krótszy niż godzina, a minuta dłuższa od dnia*, Warszawa: Wydawnictwo Prószyński i S-ka.
- Burdick A., 2019, *Po co człowiekowi czas. Dociekania nie tylko naukowe*, Łódź: Wydawnictwo Feeria Science.
- Butcher J.N., Hooley J.M., Mineka S., 2021, *Psychologia zaburzeń. DSM-5*, Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Casasanto D., Fotakopoulou O., Boroditsky L., 2010, *Space and Time in the Child’s Mind: Evidence for a Cross-Dimensional Asymmetry*, „Cognitive Science”, Vol. 34, s. 387–405.
- Cieszyńska J., 2011, *Wczesna diagnoza i terapia zaburzeń autystycznych*, Kraków: Omega Stage Systems – Jędrzej Cieszyński.

- Dąbrowska A., Nowakowska A. (red.), 2006, *Język a kultura*, t. 19, Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Fontes R., Ribeiro J., Gupta D.S., Machado D., Lopes-Júnior F., Magalhães F., Bastos V. H., Rocha K., Marinho V., Lima G., Velasques B., Ribeiro P., Orsini M., Pessoa B., Araujo Leite M.A., Teixeira S., 2016, *Time Perception Mechanisms at Central Nervous System*, „Neurology International”, Vol. 8(1), 5939, <https://doi.org/10.4081/ni.2016.5939>
- Frassinetti F., Cappelletti M., Buetti D., 2016, *The Neurobiology of Time Processing*, „Neural Plasticity”, 1706373, <https://doi.org/10.1155/2016/1706373>
- Giebulowicz J.M., 2018, *Mechanizm zegara biologicznego. Nagroda Nobla 2017 w dziedzinie fizjologii lub medycyny*, „Kosmos”, nr 67(2), s. 245–249.
- Grandin T., 2021, *Mózg autystyczny*, Kraków: Copernicus Center Press.
- Karaś M., 2014, *Co mówi autyzm? Spojrzenie filozofii języka w oparciu o myśl Ludwiga Wittgensteina i Johna Searle'a*, „Ogrody Nauk i Sztuk”, nr 4, s. 54–61.
- Kochańska M., 2023, *Pojęcie czasu i jego wyrażanie w języku dziecka*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Korendo M., 2013, *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach osób z zespołem Aspergera*, Kraków: Omega Stage Systems – Jędrzej Cieszyński.
- Kruk-Lasocka J., 2004, *Trudności diagnostyczno-terapeutyczne wśród małych dzieci ze spektrum autyzmu*, [w:] J. Kruk-Lasocka, M. Sekułowicz (red.), *Wczesna diagnoza i terapia dzieci z utrudnieniami w rozwoju: interdyscyplinarne problemy*, Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji, s. 55–61.
- Marciniak-Firadza R., 2022, *Zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD w teorii i praktyce logopedycznej)*, [w:] T. Pietras, D. Podgórska-Jachnik, K. Sipowicz, A. Witusik (red.), *Spektrum autyzmu – od diagnozy i terapii do integracji i inkluzji*, Wrocław: Wydawnictwo Continuo, s. 604–617.
- Niesbett E.R., 2015, *Geografia myślenia. Dlaczego ludzie Wschodu i Zachodu myślą inaczej?*, Sopot: Wydawnictwo Smak Słowa.
- Peeters T., Gillberg Ch., 1999, *Autism: medical and educational aspects*, London: Whurr.
- Peisert M., 2006, *Miary czasu w codziennej komunikacji językowej*, „Język a Kultura”, t. XIX, s. 61–65.
- Robins D., Fein D., Barton M.L., Green J.A., 2001, *The Modified Checklist for Autism in Toddlers. An Initial Study Investigating the Early Detection of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, „Journal of Autism and Developmental Disorders”, Vol. 31, s. 131–144.
- Rokoszowa J., 1999, *Język, czas, milczenie*, Kraków: Polska Akademia Nauk.
- Sawicka G., 2006, *Co czas „robi” z językiem?*, „Język a Kultura”, t. XIX, s. 1–31.
- Sinha C., Sinha V.D.S., Zinken J., Sampaio W., 2011, *When time is not space: The social and linguistic construction of time intervals and temporal event relations in an Amazonian culture*, „Language and Cognition”, Vol. 3, s. 137–169.
- Szelag E., Kowalska J., Galkowski T., Pöppel E., 2004, *Temporal processing deficits in high-functioning children with autism*, „British Journal of Psychology”, Vol. 95(3), s. 269–282, <https://doi.org/10.1348/0007126041528167>
- Tomasello M., 2002, *Kulturowe źródła ludzkiego poznania*, Warszawa: PIW.
- Vatakis A., Allman M., 2015, *Time Distortions in Mind*, Leiden: Brill.
- Winczura B., 2012, *Dlaczego on tak ciągle się kołysze i macha rękami?*, „Rewalidacja”, nr 2, s. 4–25.
- Wing L., 1996, *The Autistic Spectrum*, London: Constable.
- Wojtyła-Świerżowska M., 2006, *Słownictwo czasu i przestrzeni*, „Język a Kultura”, t. XIX, s. 67–72.
- Wolski A., 2013, *Ograniczone, powtarzające się i stereotypowe wzorce zachowań, zainteresowań i aktywności u małych dzieci ze spektrum autyzmu*, „Konteksty Pedagogiczne”, nr 1, s. 45–61.

Justyna Żulewska-Wrzosek  <https://orcid.org/0000-0001-5017-3418>

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, Instytut Wspomagania Rozwoju Człowieka i Edukacji
Zakład Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej, 02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40, e-mail: jzulewska@aps.edu.pl

Diagnoza logopedyczna w przypadku dysfagii ustno-gardłowej w przebiegu choroby COVID-19

Speech Therapy Diagnosis of Patients with Oropharyngeal Dysphagia during COVID-19

Słowa kluczowe: dysfagia, COVID-19, SARS-CoV-2, metody diagnostyczne, procedury generujące aerozol

Keywords: dysphagia, COVID-19, SARS-CoV-2, diagnostic methods, aerosol generating procedures

Streszczenie

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie procesu diagnostycznego w przypadku dysfagii ustno-gardłowej w przebiegu choroby COVID-19 na podstawie dostępnych publikacji naukowych oraz wytycznych opracowanych przez stowarzyszenia zrzeszające logopedów na całym świecie. COVID-19 to ostra choroba zakaźna układu oddechowego, wywołana zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Przebieg schorzenia może być różny – od bezobjawowego nosicielstwa aż po ciężką niewydolność oddechową prowadzącą do śmierci. Wśród pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 częstym objawem są zaburzenia połykania. Wykazano, że dysfagia jest niezależnym predyktorem śmiertelności wewnątrzszpitalnej, przedłużonego czasu hospitalizacji oraz wiąże się z niekorzystnym rokowaniem u tych chorych. W przypadku pacjentów z COVID-19 bardzo istotne jest właściwe rozpoznanie zaburzeń połykania, ustalenie mechanizmu prowadzącego do rozwoju tych zaburzeń oraz włączenie odpowiedniej terapii. Pozwoli to zapobiec poważnym powikłaniom dysfagii, stanowiącym zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta.

Abstract

The objective of this article is to present the diagnostic process for oropharyngeal dysphagia in the COVID-19 disease, based on available scientific publications and guidelines developed by associations of speech therapists worldwide. COVID-19 is an acute infectious respiratory disease caused by infection with the SARS-CoV-2 virus. The course of the disease



© 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: 5.09.2023 r. Data przyjęcia: 30.11.2023 r.

can vary from asymptomatic carrier state to fatal respiratory failure. Swallowing disorders are a common symptom among patients hospitalized with COVID-19. Dysphagia has been shown to be an independent predictor of in-hospital mortality, prolonged hospitalization, and is associated with an unfavorable prognosis. For patients with COVID-19, it is very important to correctly identify the swallowing disorder, determine the mechanism leading to its development and initiate appropriate therapy. This will prevent serious complications of dysphagia that pose a threat to the patient's health and life.

Wprowadzenie

COVID-19 (ang. *Coronavirus Disease 2019*) jest chorobą zakaźną układu oddechowego, wywołaną przez nowego wirusa z grupy koronawirusów – SARS-CoV-2. Pierwsze przypadki zakażenia wykryto pod koniec 2019 roku w mieście Wuhan w Chińskiej Republice Ludowej. Wirus rozprzestrzenił się w bardzo krótkim czasie – do 13 sierpnia 2023 roku na całym świecie zgłoszono ponad 769 milionów potwierdzonych przypadków COVID-19 i ponad 6,9 miliona zgonów [World Health Organization, 2023]. Od początku trwania epidemii zidentyfikowano nowe mutacje wirusa SARS-CoV-2, z których pięć wzbudziło szczególnie niepokój epidemiologów: *alfa*, *beta*, *gamma*, *delta* i *omikron* [Manathunga, Abeyagunawardena, Dharmaratne, 2023]. Te warianty różnią się pod względem sposobu przenoszenia wirusa, okresu zarażania, objawów i przebiegu choroby. Ponadto mutacje koronawirusa mogą przyczyniać się do obniżenia skuteczności stosowanego leczenia, zmniejszenia ochrony przed ciężką postacią COVID-19 za pośrednictwem szczepionek oraz występowania odległych konsekwencji zdrowotnych po zakażeniu SARS-CoV-2, określanych jako Long COVID-19 [Mizrahi i in., 2023]. Przebieg infekcji obejmuje szeroki zakres – od zakażenia bezobjawowego, aż po chorobę z ciężkimi powikłaniami, zagrażającą życiu. Pacjenci po infekcji koronawirusem mogą zmagać się z problemami natury logopedycznej, które przede wszystkim dotyczą zaburzeń oddechowych, fonacyjnych, językowych, komunikacyjnych oraz połykania [Kim i in., 2020].

Jak stwierdzono, pacjenci hospitalizowani z powodu COVID-19 są narażeni na ryzyko rozwoju dysfagii i związane z nim konsekwencje [Laguna i in., 2022; Martine-Martinez i in., 2022]. Zaburzenia połykania zostały stwierdzone u 90,69% pacjentów zakażonych koronawirusem (średnia wieku 71,3 lat), hospitalizowanych na oddziale intensywnej terapii (OIT) – aż 37,98% z nich miało ciężką dysfagię [Nascimento Junior i in., 2022]. Według danych zebranych przez Julie Regan i współautorów [2021] częstość występowania zaburzeń połykania u pacjentów zakażonych SARS-CoV-2, przebywających na OIT, wynosi do 90%. Patrick Zuercher i inni [2022] odnotowali dysfagię u 31% chorych na COVID-19 w stanie krytycznym, jednocześnie podkreślili, że odsetek osób z zaburzeniami połykania na OIT znacznie wzrósł w porównaniu z okresem przed pandemią koronawirusa. Do najczęściej wymienianych czynników ryzyka wystąpienia dysfagii u chorych zakażonych wirusem SARS-CoV-2 należą:

zmiany zachodzące w organizmie na skutek choroby; wcześniejsze schorzenia neurologiczne oraz obecność objawów neurologicznych w przebiegu COVID-19; zespół ostrej niewydolności oddechowej (ARDS); przedłużająca się wentylacja mechaniczna z utrzymywaniem rurki intubacyjnej; wyłonienie tracheostomii; choroby współistniejące; wiek [Frajkova i in., 2020; Grilli i in., 2022; Holdiman i in., 2022; Zayed i in., 2023]. Niezależnie od etiologii występowanie dysfagii u pacjentów z COVID-19 wiąże się z groźnymi następstwami, które negatywnie wpływają na proces leczenia i jego skuteczność: zachłystowym zapaleniem płuc, niedożywieniem, odwodnieniem, nieefektywną doustną farmakoterapią. Ponadto zaburzenia połykania w istotny sposób wpływają na jakość życia chorych oraz zwiększają koszty opieki medycznej [Smith, Bryant, Hemsley, 2022]. W przypadku pacjentów z COVID-19 wymagających hospitalizacji na OIT dysfagia jest kluczowym problemem, została bowiem zidentyfikowana jako predyktor niekorzystnych rokowań i śmiertelności [Yılmaz, Mengi, Sari, 2021].

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie procedury diagnostycznej w przypadku dysfagii ustno-gardłowej u pacjentów hospitalizowanych z powodu choroby COVID-19. Właściwa diagnostyka zaburzeń połykania należy do podstawowych działań mających zredukować ryzyko rozwoju niebezpiecznych dla zdrowia i życia pacjenta powikłań dysfagii. Logopeda jest jednym z najważniejszych specjalistów w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Jednak ze względu na złożoność i różne etiologie dysfagii u pacjenta z COVID-19 proces diagnostyczny wymaga wielospecjalistycznego zespołu, w skład którego wchodzi logopedzi, foniatry, neurologi, gastroenterolodzy, lekarze intensywnej terapii, radiolodzy, geriatry, dietetycy kliniczni, fizjoterapeuci, psychologowie, pielęgniarki.

Diagnoza logopedyczna dysfagii ustno-gardłowej u pacjenta z COVID-19

Ponieważ COVID-19 infekuje górny odcinek przewodu pokarmowego, a największe stężenie wirusa występuje w błonach śluzowych nosa, gardła i jamy ustnej [Zou i in., 2020], emisja kropelek oddechowych podczas kaszlu lub kichania została uznana za ważną drogę przenoszenia SARS-CoV-2 [Howard i in., 2021]. Aerozole mogą być wytwarzane nie tylko podczas kaszlu i kichania, ale także podczas normalnego oddychania lub mówienia, gdy powietrze przechodzi przez błonę śluzową dróg oddechowych [Morawska, Milton, 2020]. W badaniu Christophera Chao i współautorów [2009] oszacowano, że całkowita liczba wydalonych kropelek wahała się od 947 do 2085 na kaszel, 112–6720 na mówienie i trwała 8–14 minut w czasie kaszlu. Ponadto zwiększona głośność prowadzi do wydzielania większej liczby kropelek w porównaniu do cichego mówienia. Pacjenci z dysfagią ustno-gardłową podczas infekcji SARS-CoV-2 są predysponowani do wzmożonego i częstszego odruchu kaszlu w wyniku zakażenia

górnych dróg oddechowych oraz współistniejących chorób układu oddechowego. Poza tym odruchowy kaszel, wtórny do aspiracji, jest częstym zjawiskiem podczas diagnozy logopedycznej, może być silny, długotrwały i trudny do stłumienia. W kontekście powyższych informacji należy zauważyć, że logopeda jest szczególnie narażony na zarażenie wirusem wywołującym COVID-19. Ryzyko przenoszenia wirusa SARS-CoV-2 drogą powietrzną stanowią również procedury generujące aerozol (ang. *aerosol-generating procedures* – AGP). Są one definiowane jako wszelkie procedury medyczne i związane z opieką nad pacjentem, które skutkują wytwarzaniem unoszących się w powietrzu cząstek stałych lub ciekłych [Boswell, Longstaff, 2021]. Procedury te, biorąc pod uwagę ich potencjał do generowania wysokich stężeń zakaźnych aerozoli oddechowych, stwarzały ryzyko przeniesienia patogenów drogą powietrzną na pracowników ochrony zdrowia [Bolton i in., 2020; Boswell, Longstaff, 2021]. W związku z powyższym wiele protokołów zapobiegania zakażeniom szpitalnym w okresie pandemii COVID-19 nie zalecało ich wykonywania u pacjentów zainfekowanych wirusem SARS-CoV-2. W celu ochrony własnego zdrowia oraz zdrowia pacjentów logopeda powinien zachować szczególne środki ostrożności. Narażenie można zmniejszyć poprzez przestrzeganie procedur wewnątrzszpitalnych oraz stosowanie odpowiednich środków ochrony indywidualnej (ŚOI). Zgodnie z wytycznymi American Speech-Language-Hearing Association [ASHA, 2023] w przypadku wykonywania procedur generujących aerozol u osób, które uzyskały pozytywny wynik testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 lub innego wirusa wywołującego zakażenie dróg oddechowych (np. ang. *Respiratory Syncytial Virus* – RSV), należy zastosować ŚOI zalecane przez Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Aktualne wytyczne CDC [Centers for Disease Control and Prevention, 2023] dotyczące kontroli rozprzestrzeniania się zakażeń SARS-CoV-2 zalecają, aby pracownicy ochrony zdrowia byli wyposażeni w maski przeciwpyłowe klasy N95 lub wyższej, fartuch wodoodporny z długim rękawem, rękawice ochronne, osłonę oczu oraz twarzy.

Proces diagnozy w kierunku dysfagii ustno-gardłowej pacjenta z COVID-19 powinien przede wszystkim pozwolić na rozpoznanie obecności zaburzeń połykania, określenie ryzyka dla pacjenta (m.in. odwodnienia, niedożywienia, zachłystowego zapalenia płuc) oraz wdrożenie podstawowych działań terapeutycznych (m.in. sposób karmienia, rodzaj diety, techniki połykania). Postępowanie logopedyczne w przypadku pacjenta z zaburzeniami połykania jest zwykle kilkietapowe. Obejmuje badania przesiewowe, kliniczną ocenę połykania (ang. *clinical swallowing examination* – CSE) oraz badania instrumentalne.

Badania przesiewowe w kierunku dysfagii

Pierwszym etapem w procesie diagnozy zaburzeń połykania u chorych z COVID-19 jest dokładny przegląd dokumentacji medycznej i zebranie informacji od zespołu medycznego w celu uzyskania aktualnej i przeszłej historii medycznej chorego. Badanie logopedyczne w kierunku dysfagii należy przeprowadzić jedynie u przytomnych pacjentów ze stabilnym stanem oddechowym i optymalnym PaO₂/FiO₂, a w trakcie jego przebiegu powinno się monitorować parametry życiowe chorych [Vergara i in., 2020]. W przypadku pacjentów korzystających ze wspomagania oddychania należy monitorować przerywane, krótkie okresy bez maski tlenowej, aby upewnić się, że tlenoterapia może być bezpiecznie dostosowana lub odstawiona na czas badania [Miles i in., 2021]. Taki proces wymaga ścisłej współpracy całego zespołu opieki medycznej. Obowiązkiem lekarza jest określenie bezpieczeństwa usunięcia wspomagania oddychania, w tym monitorowanie nasycenia tlenem krwi tętnicznej (SpO₂), częstości oddechów u pacjentów oraz przekazywanie zaobserwowanych zmian całemu zespołowi. U badanych mogą występować zmienne poziomy czujności i zmęczenia, które mogą negatywnie wpływać na bezpieczeństwo połykania, zwiększając ryzyko aspiracji treści pokarmowych do dróg oddechowych. Wykonanie badań przesiewowych połykania u pacjentów z tracheostomią, przebywających na OIT, zalecane jest jak najszybciej, pod warunkiem że chorzy są zdolni do współpracy i spełniają tzw. kryteria włączenia określone w protokole danego testu przesiewowego [Likar i in., 2023]. Ze względu na zmienny obraz kliniczny choroby u pacjentów konieczne może być częste powtarzanie badań przesiewowych podczas pobytu w oddziale. W przypadku ekstubowanego pacjenta, poddanego wentylacji mechanicznej, nie ma opartych na dowodach wytycznych określających moment przeprowadzenia oceny przesiewowej w kierunku dysfagii. Według Stevena Ledera i współautorów [2019] badanie chorego z podejrzeniem dysfagii ustno-gardłowej można przeprowadzić już w ciągu pierwszej godziny po usunięciu rurki intubacyjnej (zdawalność testu na poziomie 82,2%). Z kolei Stevie Marvin, Susan Thibeault i William Ehlenbach [2019] zaobserwowali u chorych poprawę funkcji połykania w ciągu pierwszej doby po usunięciu rurki intubacyjnej. Penetracja i aspiracja występowały w znacznie mniejszym nasileniu, a u 79% pacjentów poprawiła się ochrona dróg oddechowych w porównaniu z badaniem przeprowadzonym bezpośrednio po ekstubacji. Sugeruje to, że badanie przesiewowe dokonane 24 godziny po ekstubacji może pozwolić na powrót do mniej restrykcyjnej diety.

W grupie pacjentów z COVID-19 fundamentalne znaczenie ma stosowanie zwalidowanych skal do oceny dysfagii ustno-gardłowej. Badania przesiewowe powinny być szybkie, stosunkowo nieinwazyjne, obarczone niskim ryzykiem dla pacjenta, a ich stosowanie nie powinno generować kosztów [Logemann, Veis, Colangelo, 1999]. Celem tych badań jest identyfikacja populacji zagrożonej dysfagią, która wymaga dalszej oceny. Korzyści z badań przesiewowych zaburzeń połykania są dobrze

udokumentowane w piśmiennictwie [Speyer, 2013]. U pacjentów z udarem mózgu wczesne wykrycie dysfagii minimalizuje ryzyko zachłystowego zapalenia płuc [Teuschl i in., 2018]. Sugeruje to, że u wszystkich pacjentów z grupy ryzyka wystąpienia zaburzeń połykania, bez ograniczania się do wybranych kohort pacjentów, należy przeprowadzać rutynowe badania przesiewowe. Choć istnieje wiele narzędzi do przesiewowej oceny dysfagii, żadne z nich nie zostało zwalidowane w grupie pacjentów z COVID-19, brakuje również danych dotyczących dokładności diagnostycznej skriningu zaburzeń połykania w tej grupie chorych [Miles i in., 2021]. W literaturze [Yilmaz, Mengi, Sari, 2021; Grilli i in., 2022; Laguna i in., 2022; Martine-Martinez i in., 2022; Guillen-Sola i in., 2023; Zayed i in., 2023] zaproponowano wykorzystanie kwestionariuszy przesiewowych, które preferowane są w codziennej praktyce – *Eating Assessment Tool Test* (EAT-10) [Belafsky i in., 2008], *Volume-Viscosity Swallow Test* (V-VST) [Clave i in., 2008], *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) [Trapl i in., 2007], *Test połykania wody 90 ml (3oz)* [Suiter, Leder, 2008]. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w badaniach przesiewowych konieczne jest poszerzenie diagnostyki o kliniczną ocenę połykania i kwalifikację chorych do badania instrumentalnego.

Kliniczna ocena połykania

Kliniczna ocena połykania (ang. *clinical swallowing examination* – CSE) opiera się na rozumowaniu klinicznym [Doeltgen, Attrill, Murray, 2019]. Podczas CSE gromadzone są informacje w celu sformułowania hipotezy dotyczącej przyczyny i mechanizmu zaburzeń połykania oraz ustalenia, czy uzasadniona jest diagnostyka instrumentalna [Garand i in., 2020]. Badanie pozwala również na wdrożenie pierwszych interwencji terapeutycznych, takich jak modyfikacja diety oraz dobór odpowiednich manewrów kompensacyjnych. Postępowanie i interpretacja wyników CSE w dużej mierze opierają się na wiedzy i doświadczeniu klinicysty. W związku z tym ocena ta powinna być przeprowadzana przez osoby przeszkolone w tym zakresie. Logopeda gromadzi i analizuje informacje, aby uzyskać holistyczny obraz funkcjonowania pacjenta w kontekście zaburzeń połykania. Mimo że w pracach naukowych pojawiły się wątpliwości dotyczące przydatności klinicznej oceny połykania jako samodzielnej metody badania pacjentów z dysfagią [Riquelme, 2015], biorąc pod uwagę jej zależność od informacji percepcyjnych i różnych wzorców praktyki logopedycznej, to jednak nadal pozostaje ona najczęściej stosowaną metodą oceny zaburzeń połykania [Virvidaki i in., 2018]. „Złotym standardem” w diagnostyce dysfagii ustno-gardłowej są badania instrumentalne. Jednak ze względu na wykorzystanie specjalnego sprzętu, który nie jest dostępny we wszystkich placówkach ochrony zdrowia, oraz małą liczbę osób przeszkolonych do wykonywania tego typu badań, diagnostyka instrumentalna nie zawsze może być przeprowadzona u każdego pacjenta z ryzykiem dysfagii.

Pandemia COVID-19 spowodowała konieczność modyfikacji protokołu CSE w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom oraz logopedom. Kliniczna ocena połykania zalicza się do procedur generujących aerozol (AGP) [American Speech-Language-Hearing Association, 2023], dlatego należy zachować ostrożność podczas wykonywania poszczególnych prób, a osoby przeprowadzające badanie powinny stosować odpowiednie środki ochrony indywidualnej. W przypadku pacjenta z COVID-19 CSE może uwzględnić badanie nerwów czaszkowych, częstotliwość spontanicznych przełknięć, osłuchową ocenę krtani z użyciem stetoskopu, palpacyjną ocenę elewacji krtani, kontrolę podczas spożywania posiłków, ocenę stanu uzębienia i higieny jamy ustnej. Wskazane jest pogłębienie diagnostyki o badania instrumentalne, jeżeli potwierdzone zostaną zaburzenia połykania lub istnieją obawy o zaburzone bezpieczeństwo połykania (np. występowanie cichych aspiracji).

Badanie nerwów czaszkowych obejmuje pięć nerwów, które są dobrze rozpoznane jako biorące udział w procesie połykania: nerw trójdzielny (V), nerw twarzowy (VII), nerw językowo-gardłowy (IX), nerw błędny (X), nerw podjęzykowy (XII) [Wilson-Pauwels, 2010]. Ich ocena w pierwszej kolejności powinna być dokonana poprzez obserwację mięśni biorących udział w procesie połykania w spoczynku, podczas mówienia oraz spożywania posiłku [Irish Association of Speech & Language Therapists, 2021]. Dystans pomiędzy osobą wykonującą badanie a badanym powinien wynosić około 2 metrów [Royal College of Speech and Language Therapists, 2020; Speech Pathology Australia, 2022]. W przypadku oceny błony śluzowej jamy ustnej, uzębienia, podniebienia miękkiego oraz siły mięśni języka zaleca się zmniejszenie tej odległości. U pacjentów z COVID-19 nie zaleca się przeprowadzania oceny dobrowolnego kaszlu i siły kaszlu, odruchu wymiotnego, odruchu kaszlu [Royal College of Speech and Language Therapists, 2020; Irish Association of Speech & Language Therapists, 2021; Schindler i in., 2021; Speech Pathology Australia, 2022; American Speech-Language-Hearing Association, 2023]. Jeżeli tego typu badania są konieczne w celu rozpoznania dysfagii, należy zachować szczególną ostrożność podczas ich wykonywania.

W przypadku użycia stetoskopu do osłuchiwania dźwięków oddychania/połykania słyszanych na poziomie krtani i gardła diagnostyka może być utrudniona. Mogą bowiem wystąpić zakłócenia w wychwytywaniu dźwięków w związku z zaburzeniami oddychania u chorych w następstwie COVID-19 oraz obecnością ciąglego lub przerywanego hałasu generowanego przez urządzenia znajdujące się przy łóżku pacjenta. Badania wykazały, że wirus SARS-CoV-2 może utrzymywać się przez kilka dni na tworzywach sztucznych i stali nierdzewnej [van Doremalen i in., 2020]. Bezpośredni kontakt z ciałem pacjenta oraz często niedostateczna dezynfekcja stetoskopów mogą stwarzać wysokie ryzyko zakażenia i przeniesienia infekcji. W okresie pandemii COVID-19 wydano zalecenia, które sugerowały unikanie wykonywania tej procedury [Royal College of Speech and Language Therapists, 2020;

Irish Association of Speech & Language Therapists, 2021; Schindler i in., 2021]. Aby zminimalizować ryzyko przeniesienia SARS-CoV-2, zaleca się stosowanie jednego stetoskopu do osłuchiwania tylko jednego pacjenta. Należy ograniczyć bliski kontakt, ustawiając się obok pacjenta, a po zakończeniu badania zastosować odpowiednie metody dezynfekcji sprzętu. Podobne zalecenia dotyczyły palpacyjnego badania elewacji krtani, pozwalającego ocenić, czy zakres wykonywanego ruchu krtani umożliwia bezpieczne połykanie. Nie zalecano wykonywania tej oceny u pacjentów z COVID-19 [Vergara i in., 2020], jeśli natomiast badanie zostało uznane za konieczne, należało zastosować właściwe środki ochrony indywidualnej oraz odpowiednią pozycję – stać obok pacjenta lub za jego plecami [Speech Pathology Australia, 2022].

Powtarzalny test połykania śliny (ang. *repetitive saliva swallowing test*) [Oguchi i in., 2000] ma na celu ocenę zdolności inicjowania wolicjonalnego połykania. Pacjenci proszeni są o wykonywanie suchych przełknięć (połykania śliny) przez 30 sekund, których liczba jest rejestrowana. W przypadku badanych z suchością w jamie ustnej do jej zwilżenia przed wykonaniem próby można zastosować sztuczną ślinę w sprayu. Jeśli pacjent przyjmuje płyny doustnie, przed badaniem można zwilżyć jego usta wodą. Za prawidłowy wynik próby uważa się wykonanie co najmniej trzech przełknięć, definiowanych jako liczba uniesień krtani, oceniana na podstawie obserwacji wzrokowej lub palpacyjnej.

Ważnym elementem klinicznej oceny połykania jest obserwacja chorego z COVID-19 podczas spożywania posiłku (gdy jest to możliwe). Logopeda, z zachowaniem bezpiecznej odległości, zwraca uwagę na oznaki mniejszego bezpieczeństwa i efektywności połykania, czas trwania posiłku oraz przyjętą przez pacjenta pozycję ciała [Eyigör, Umay, 2021]. Wskazana jest również ocena stanu odżywienia u pacjentów hospitalizowanych z potwierdzoną chorobą koronawirusową [Brugliera i in., 2020]. Zaobserwowano, że wraz z czasem trwania choroby COVID-19 wzrasta ryzyko niedożywienia, które jest niezależnym wskaźnikiem złego rokowania [Liu i in., 2021; Levy i in., 2022]. U wielu pacjentów objawy sarkopenii i niedożywienia utrzymują się nawet pół roku po zakończeniu leczenia [Levy i in., 2022]. Istnieje wiele wystandaryzowanych kwestionariuszy pomocnych w ocenie stanu odżywienia, takich jak *Nutritional Risk Screening* (NRS 2002), *Subjective Global Assessment* (SGA), *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST), *Mini Nutritional Assessment Short Form* (MNA-SF). Istotnym ogniwem procesu diagnozowania dysfagii jest także ocena higieny jamy ustnej. Rozwój aspiracyjnego zapalenia płuc u pacjentów z COVID-19 wiąże się z kolonizacją bakteryjną jamy ustnej i gardła w następstwie takich czynników, jak zwiększone przyjmowanie leków, zmniejszone spożycie doustne pokarmów i płynów, suchość w jamie ustnej. Dodatkowo wentylacja w pozycji odwróconej na brzuchu (ang. *prone position*) utrudnia odpowiednią higienę jamy ustnej. W literaturze zaleca się przecieranie wilgotną chusteczką błony śluzowej jamy ustnej i języka 0,2-procentowym powidonem lub 1-procentowym nadtlenkiem wodoru, w celu zmniejszenia liczby drobnoustrojów w jamie ustnej, w tym u potencjalnych nosicieli COVID-19 [Peng i in., 2020].

Badania instrumentalne połykania

Ocena endoskopowa zaburzeń połykania (ang. *fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing* – FEES) oraz wideofluoroskopia (ang. *video fluoroscopic swallowing study* – VFSS/VF) uznane są za „złoty standard” w diagnostyce dysfagii ustno-gardłowej [Dziewas i in., 2016]. Są to uzupełniające się metody instrumentalnej oceny dysfagii, dlatego w idealnym przypadku ośrodek specjalizujący się w diagnostyce dysfagii ustno-gardłowej powinien mieć dostęp do obu badań [Dziewas i in., 2021]. Szczegółowe informacje na temat badań instrumentalnych przedstawiono w publikacjach polskich autorów [Chmielewska i in., 2017; Jamróz i in., 2018; Jamróz, Chmielewska-Walczak, Milewska, 2019]. W przypadku pacjenta z COVID-19 wykorzystanie instrumentalnej diagnostyki zaburzeń połykania powinno mieć miejsce wyłącznie wtedy, kiedy istnieje wysokie ryzyko aspiracji, zachłyśnięcia, niedożywienia/odwodnienia z powodu dysfagii, a substancje odżywcze nie mogą być dostarczane do organizmu drogą inną niż doustna [Frajkova i in., 2020]. Głównym powodem takiego zalecenia jest zakwalifikowanie obu badań do procedur generujących aerozol, a więc związanych z wysokim ryzykiem zarażenia [Bolton i in., 2020; Schindler i in., 2021]. Rozprzestrzenianie zakaźnych aerozoli w trakcie diagnostyki instrumentalnej jest większe niż w przypadku badań przesiewowych oraz klinicznej oceny połykania. Badanie endoskopowe połykania wykonuje się z wykorzystaniem giętkiego nasofiberoskopu, wprowadzanego przez przewód nosowy, zakończonego źródłem światła i kamerką. Liczne doniesienia sugerują, że we wczesnych stadiach choroby w wydzielinie z nosa i nosogardła znajduje się bardzo wysokie stężenie wirusa SARS-CoV-2, stąd bezpośrednia stymulacja tych struktur przez wprowadzenie, a następnie usunięcie endoskopu z jamy nosowej zwiększa ryzyko rozprzestrzeniania się infekcji [Workman i in., 2020; Zou i in., 2020]. Poza tym w trakcie badania może wystąpić kichanie i/lub kaszel w wyniku stymulacji błony śluzowej nosa, prób sensorycznych oraz penetracji lub aspiracji treści pokarmowych. Opracowany został skrócony protokół badania FEES w celu ograniczenia ryzyka zarażenia zarówno personelu, jak i pacjentów [Royal College of Speech and Language Therapists, 2020]. Zakres oceny powinien obejmować:

- 1) ocenę anatomii i fizjologii gardła i krtani:
 - obserwację gardła dolnego i krtani w stanie spoczynku,
 - obserwację wydzielin (ilość, lokalizacja),
 - obserwację gardła dolnego i krtani podczas fonacji (w stosownych przypadkach);
- 2) ocenę połykania treści pokarmowych o różnej konsystencji:
 - płyn niezagęszczony (poziom 0 zgodnie z IDDSI) – maksymalnie 2 próby,
 - płyn ekstremalnie gęsty/pokarm przecierany (poziom 4 zgodnie z IDDSI) lub inna konsystencja (w stosownych przypadkach) – maksymalnie 2 próby.

W opisie endoskopowego badania połykania wykorzystać należy standardowe skale [Eyigör, Umay, 2021]: *Penetration-Aspiration Scale (PAS)* [Rosenbek i in., 1996], *The Yale Pharyngeal Residue Severity Rating Scale (YPRSRS)* [Neubauer, Rademaker, Leder, 2015], *Functional Oral Intake Scale (FOIS)* [Crary, Mann, Groher, 2005]. Po zakończeniu badania endoskop musi być dokładnie umyty, zdezynfekowany zgodnie z wytycznymi zawartymi w instrukcji dezynfekcji sprzętu oraz zabezpieczony przed ewentualnym skażeniem do czasu ponownego użycia. W przypadku pacjentów z ciężkim przebiegiem COVID-19, z podejrzeniem ciężkiej dysfagii, badanie endoskopowe połykania można rozpocząć od *The Ice Chip Protocol* [Pisegna, Langmore, 2018].

Wideofluoroscopia (VFSS) jest badaniem radiologicznym. Podczas niego pacjent spożywa płyny i pokarmy stałe o różnej konsystencji i teksturze, zmieszane z barytem lub wodnym środkiem kontrastowym. Zaletą VFSS jest możliwość oceny zaburzeń intradeglutacyjnych, fazy ustnej połykania oraz częściowo przełykowej. Wadą wideofluoroskopii jest natomiast konieczność transportu chorego do pracowni radiologicznej. Ważne jest również zapewnienie odpowiedniego czasu na dezynfekcję pomieszczeń oraz urządzeń wykorzystywanych podczas badań, a także na ich wentylację, aby pacjenci nie byli narażeni na wdychanie oparów środków dezynfekcyjnych [Eyigör, Umay, 2021].

W zagranicznych publikacjach naukowych zaleca się przeprowadzanie badania endoskopowego połykania u wszystkich pacjentów po przeprowadzeniu tracheotomii, poddawanych wentylacji mechanicznej, w celu zapewnienia bezpiecznego i wczesnego powrotu do karmienia doustnego [Zuercher i in., 2019]. Badanie FEES uznawane jest również za podstawowe badanie instrumentalnej oceny zaburzeń połykania u chorych z COVID-19, przebywających na oddziałach intensywnej terapii [Sandblom i in., 2021]. Można je przeprowadzić przy łóżku pacjenta, pozwala na wizualną ocenę górnych dróg oddechowych, od jamy nosa po krtań i gardło dolne. Badanie umożliwia ponadto przeprowadzenie prób sensorycznych krtani oraz wizualizację wydzielin w obrębie gardła. W przypadku pozostałych pacjentów hospitalizowanych na innych oddziałach szpitalnych, z potwierdzoną infekcją COVID-19 lub z podejrzeniem wysokiego ryzyka zakażenia wirusem SARS-CoV-2, preferowanym badaniem wśród instrumentalnej oceny połykania jest wideofluoroscopia. Pozwala ona przede wszystkim na większy dystans fizyczny między badającym a pacjentem, co minimalizuje ryzyko zakażenia personelu medycznego. Poza tym badanie może być przeprowadzone u chorych, którzy samodzielnie siedzą, a ich stan ogólny pozwala na przetransportowanie do pracowni RTG.

Podsumowanie

Choroba wywoływana przez wirus SARS-CoV-2, znana jako COVID-19, przenosi się przede wszystkim drogą kropelkową, gdy zarażona osoba kaszle, kicha lub mówi. Z uwagi na specyfikę pracy logopedzi są grupą zawodową szczególnie narażoną na zakażenie tym wirusem. Poszczególne etapy procesu diagnostycznego w przypadku pacjenta z dysfagią ustno-gardłową wiążą się z bliskim kontaktem z pacjentem i kontaktem z wydzielinami pochodzącymi z dróg oddechowych. Zarówno badania przesiewowe, kliniczna ocena połykania, jak i diagnostyka instrumentalna stwarzają ryzyko przenoszenia COVID-19 drogą powietrzną, zaliczane są bowiem do procedur generujących aerozole. Sytuacja ta wymusiła przeorganizowanie dotychczasowych kanonów pracy w celu ochrony własnego zdrowia i zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom. Zastosowanie odpowiednich procedur i środków ochrony indywidualnej w kontakcie z pacjentami z potwierdzoną chorobą koronawirusową (COVID-19) minimalizuje ryzyko zakażenia.

Literatura

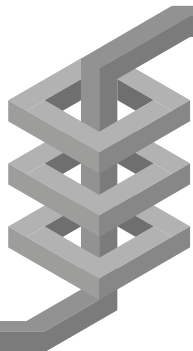
- American Speech-Language-Hearing Association, 2023, *Aerosol Generating Procedures*, <https://www.asha.org/SLP/healthcare/ASHA-Guidance-to-SLPs-Regarding-Aerosol-Generating-Procedures> (dostęp: 24.08.2023).
- Belafsky P.C., Mouadeb D.A., Rees C.J., Pryor J.C., Postma G.N., Allen J., Leonard R.J., 2008, *Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10)*, „Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology”, Vol. 117(12), s. 919–924.
- Bolton L., Mills C., Wallace S., Brady M.C., Royal College of Speech and Language Therapists (RCSLT) COVID-19 Advisory Group, 2020, *Aerosol generating procedures, dysphagia assessment and COVID-19: A rapid review*, „International Journal of Language & Communication Disorders”, Vol. 55(4), s. 629–636.
- Boswell C., Longstaff J., 2021, *Aerosol Generating Procedures (AGPs)*, <https://www.nipcm.hps.scot.nhs.uk/media/2235/2021-09-06-tbps-agps-final-v16.pdf> (dostęp: 17.08.2023).
- Brugliera L., Spina A., Castellazzi P., Cimino P., Arcuri P., Negro A., Houdayer E., Alemanno F., Giordani A., Mortini P., Iannaccone S., 2020, *Nutritional management of COVID-19 patients in a rehabilitation unit*, „European Journal of Clinical Nutrition”, Vol. 74(6), s. 860–863.
- Center for Disease Control and Prevention, 2023, *Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic*, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html#aerosol> (dostęp: 24.08.2023).
- Chao C.Y.H., Wan M.P., Morawska L., Johnson G.R., Ristovski Z.D., Hargreaves M., Mengersen K., Corbett S., Li Y., Xie X., Katoshevski D., 2009, *Characterization of expiration air jets and droplet size distributions immediately at the mouth opening*, „Journal of Aerosol Science”, Vol. 40(2), s. 122–133.
- Chmielewska J., Jamróz B., Gibiński K., Sielska-Badurek E., Milewska M., Niemczyk K., 2017, *Badanie wideofluroskopowe – procedura badania z oceną kwestionariuszową*, „Polski Przegląd Otolaryngologiczny”, t. 6(1), s. 12–20.

- Clave P., Arreola V., Romea M., Medina L., Palomera E., Serra-Prat M., 2008, *Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of oropharyngeal dysphagia and aspiration*, „Clinical Nutrition”, Vol. 27(6), s. 806–815.
- Crary M.A., Mann G.D., Groher M.E., 2005, *Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients*, „Archives of Physical Medicine and Rehabilitation”, Vol. 86(8), s. 1516–1520.
- Doeltgen S., Attrill S., Murray J., 2019, *Supporting the development of clinical reasoning of preprofessional novices in dysphagia management*, „Seminars in Speech and Language”, Vol. 40(3), s. 151–161.
- Doremalen N. van, Bushmaker T., Morris D.H., Holbrook M.G., Gamble A., Williamson B.N., Tamin A., Harcourt J.L., Thornburg N.J., Gerber S.I., Llyyd-Smith J.O., Wit E. de, Munster V.I., 2020, *Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1*, „The New England Journal of Medicine”, Vol. 382(16), s. 1564–1567.
- Dziewas R., Glahn J., Helfer C., Ickenstein G., Keller J., Ledl C., Linder-Pfleghar B., Nabavi D.G., Prosiegel M., Ricker A., Lapa S., Stanschus S., Warnecke T., Busse O., 2016, *Flexible endoscopic evaluation of swallowing (FEES) for neurogenic dysphagia: training curriculum of the German Society of Neurology and the German stroke society*, „BMC Medical Education”, Vol. 16, 70.
- Dziewas R., Allescher H.D., Aroyo I., Bartolome G., Beilenhoff U., Bohlender J., Breitbach-Snowdon H., Fheodoroff K., Glahn J., Heppner H.J., Hörmann K., Ledl C., Lücking C., Pokieser P., Schefold J.C., Schröter-Morasch H., Schweikert K., Sparing R., Trapl-Grundschober M., Wallesch C., Warnecke T., Werner C.J., Weßling J., Wirth R., Pflug C., 2021, *Diagnosis and treatment of neurogenic dysphagia – S1 guideline of the German Society of Neurology*, „Neurological Research and Practice”, Vol. 3(1), 23.
- Eyigör S., Umay E., 2021, *Dysphagia management during COVID-19 pandemic: A review of the literature and international guidelines*, „Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation”, Vol. 67(3), s. 267–274.
- Frajkova Z., Tedla M., Tedlova E., Suchankova M., Geneid A., 2020, *Postintubation dysphagia during COVID-19 outbreak-contemporary review*, „Dysphagia”, Vol. 35(4), s. 549–557.
- Garand K.L., McCullough G., Crary M., Arvedson J.C., Dodrill P., 2020, *Assessment across the life span: The clinical swallow evaluation*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, Vol. 29(2), s. 919–933.
- Grilli G.M., Giancaspro R., Del Colle A., Quarato C.M.I., Lacedonia D., Barbaro M.B.F., Cassano M., 2022, *Dysphagia in non-intubated patients affected by COVID-19 infection*, „European Archives of Oto-Rhino-Laryngology”, Vol. 279(1), s. 507–513.
- Guillen-Sola A., Ramirez C., Bel-Franquesa H., Durate E., Grillo C., Duran X., Boza R., 2023, *Accuracy of the volume-viscosity swallow test for clinical screening of dysphagia in post COVID-19 patients*, „Clinical Nutrition ESPEN”, Vol. 58, s. 295–300.
- Holdiman A., Rogus-Pulia N., Pulia M.S., Stalter L., Thibeault S.L., 2022, *Risk factors for dysphagia in patients hospitalized with COVID-19*, „Dysphagia”, Vol. 38(3), s. 933–942.
- Howard J., Huang A., Li Z., Tufekci Z., Zdimal V., Van Der Westhuizen H., Von Delf A., Price A., Fridman L., Tang L.H., Tang V., Watson G.L., Bax C.E., Shaikh R., Questier F., Hernandez D., Chu L.F., Ramirez C.M., Rimoin A.W., 2021, *An Evidence Review Face Masks Against COVID-19*, „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America”, Vol. 118(4), 2014564118.
- Irish Association of Speech & Language Therapists, 2021, *IASLT Covid-19*, <https://iaslt2.granite.ie/media/leohgtjk/iaslt-covid-guidelinesfinal-march-2021-docx.pdf> (dostęp: 24.07.2023).
- Jamróz B., Chmielewska-Walczak J., Milewska M., 2019, *Instrumentalne metody badania zaburzeń polykania. Atlas z materiałem wideo*, Warszawa: Wydawnictwo Medyk.

- Jamróz B., Chmielewska-Walczak J., Milewska M., Niemczyk K., 2018, *Endoskopowa ocena zaburzeń polykania – FEES: procedura badania z oceną kwestionariuszową*, „Polski Przegląd Otolaryngologiczny”, t. 7(3), s. 1–8.
- Kim E.J., Koziel Z.M., Marrast L.M., Mogavero J.N., Osorio G.A., Qiu M., Zanos T.P., 2020, *Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City Area*, „JAMA”, Vol. 323(20), s. 2052–2059.
- Laguna M.L.B., Marcos-Neira P., Zurbano I. M.L., Marco E.M., Guisasaola C.P., Soria C.D.V., Marti P.R., 2022, *Dysphagia and mechanical ventilation in Sars-Cov-2 pneumonia: it's real*, „Clinical Nutrition”, Vol. 1(12), s. 2927–2933.
- Leder S.B., Warner H.L., Suiter D.M., Young N.O., Bhattacharya B., Siner J.M., Davis K.A., Maerz L.L., Rosenbaum S.H., Marshall P.S., Pisani M.A., Siegel M.D., Brennan J.J., Schuster K.M., 2019, *Evaluation of swallow function postextubation: is it necessary to wait 24 hours?*, „Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology”, Vol. 128(7), s. 619–624.
- Levy D., Giannini M., Oulehri W., Riou M., Marcot C., Pizzimenti M., Debrut L., Charloix A., Geny B., Meyer A., 2022, *Long term follow-up of sarcopenia and malnutrition after hospitalization for COVID-19 in conventional or Intensive Care Units*, „Nutrients”, Vol. 14(4), 912.
- Likar R., Aroyo I., Bangert K., Degen B., Dziewas R., Galvan O., Grundschober M.T., Kostenberg M., Muhle P., Schefold J.C., Zuercher P., 2023, *Management of swallowing disorders in ICU patients – a multinational expert opinion*, „Journal of Critical Care”, Vol. 2(79), 154447.
- Liu A., Cong J., Wang Q., Mei Y., Peng Y., Zhou M., Zhu W., Chen X., Guan W., He P., 2021, *Risk of malnutrition is common in patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Wuhan, China: a cross-sectional study*, „Journal of Nutrition”, Vol. 151(6), s. 1591–1596.
- Logemann J.A., Veis S., Colangelo L., 1999, *A screening procedure for oropharyngeal dysphagia*, „Dysphagia”, Vol. 14(1), s. 44–51.
- Manathunga S.S., Abeyagunawardena I. A., Dharmaratne S.D., 2023, *A comparison of transmissibility of SARS-CoV-2 variants of concern*, „Virology Journal”, Vol. 20(1), 59.
- Martine-Martinez A., Ortega O., Viñas P., Arreola V., Nascimento W., Costa A., Riera S.A., Alarcon C., Clave P., 2022, *COVID-19 is associated with oropharyngeal dysphagia and malnutrition in hospitalized patients during the spring 2020 wave of the pandemic*, „Clinical Nutrition”, Vol. 41(12), s. 2996–3006.
- Marvin S., Thibeault S., Ehlenbach W.J., 2019, *Post-extubation dysphagia: does timing of evaluation matter?*, „Dysphagia”, Vol. 34(2), s. 210–219.
- Miles A., Connor N.P., Desai R.V., Jadcherla S., Allen J., Brodsky M., Garand K.L., Malandraki G.A., McCulloch T.M., Moss M., Murray J., Pulia M., Riquelme L.F., Langmore S.E., 2021, *Dysphagia Care Across the Continuum: A Multidisciplinary Dysphagia Research Society Taskforce Report of Service-Delivery During the COVID-19 Global Pandemic*, „Dysphagia”, Vol. 36(2), s. 170–182.
- Mizrahi B., Sudry T., Flaks-Manov N., Yehezkeili Y., Kalkstein N., Akiva P., Ekka-Zohar A., Shapiro Ben David S., Lerner U., Bivas-Benita M., Greenfeld S., 2023, *Long covid outcomes at one year after mild SARS-CoV-2 infection: nationwide cohort study*, „BMJ”, Vol. 380, 072529.
- Morawska L., Milton D.K., 2020, *It is time to address airborne transmission of COVID-19*, „Clinical Infectious Diseases”, Vol. 71(9), s. 2311–2313.
- Nascimento Junior J.R., Ceron C.F., Signorini A.V., Klein A.B., Castelli C.T.R., Silvério C.C., Otto D.M., Antunes H.A., Sotero L.K.B., Cirino P.B., Vizioli P.T., Lima V. C., 2022, *Dysphagia occurrence in COVID-19-positive patients in two hospitals in Brazil*, „Arquivos de Gastroenterologia”, Vol. 59(3), s. 439–446.
- Neubauer P.D., Rademaker A.W., Leder S.B., 2015, *The Yale Pharyngeal Residue Severity Rating Scale: An anatomically defined and image-based tool*, „Dysphagia”, Vol. 30(5), s. 521–528.

- Oguchi K., Saitoh E., Baba M., Kusudo S., Tanaka T., Onogi K., 2000, *The Repetitive Saliva Swallowing Test (RSST) as a screening test of functional dysphagia (2) validity of RSST*, „The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine”, Vol. 37, s. 383–388.
- Peng X., Xu X., Yuqing Li, Lei C., Xuedong Z., Biao R., 2020, *Transmission routes of 2019-nCov and controls in dental practice*, „International Journal of Oral Science”, Vol. 12(1).
- Pisegna J.M., Langmore S.E., 2018, *The Ice Chip Protocol: A Description of the Protocol and Case Reports*, „Perspectives of the ASHA Special Interest Groups”, Vol. 3(13), s. 28–46.
- Regan J., Walshe M., Lavan S., Horan E., Gillivan Murphy P., Healy A., Langan C., Malherbe K., Murphy B.F., Cremin M., Hilton D., Cavaliere J., Whyte A., 2021, *Post-extubation dysphagia and dysphonia amongst adults with COVID-19 in the Republic of Ireland: a prospective multi-site observational cohort study*, „Clinical Otolaryngology”, Vol. 46(6), s. 1290–1299.
- Riquelme L.F., 2015, *Clinical swallow examination (CSE): Can we talk? Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders*, „Dysphagia”, Vol. 24(1), s. 34–39.
- Rosenbek J.C., Robbins J.A., Roecker E.B., Coyle J.L., Wood J.L., 1996, *A penetration-aspiration scale*, „Dysphagia”, Vol. 11(2), s. 93–98.
- Royal College of Speech and Language Therapists, 2020, *RCSLT Guidance*, <https://www.rcslt.org/learning/covid-19/rcslt-guidance> (dostęp: 12.06.2023).
- Sandblom H.O., Dotevall H., Svennerholm K., Finizia C., 2021, *Characterization of dysphagia and laryngeal findings in COVID-19 patients treated in the ICU – An observational clinical study*, „PLoS One”, Vol. 16(6), e0252347.
- Schindler A., Baijens L.W.J., Clave P., Degen B., Duchac S., Dziewas R., Farneti D., Hamdy S., Michou E., Pokieser P., Speyer R., Walshe M., Verin E., Rommel N., 2021, *ESSD Commentary on Dysphagia Management During COVID Pandemia*, „Dysphagia”, Vol. 36(4), s. 764–767.
- Smith R., Bryant L., Hemsley B., 2022, *Dysphagia and quality of life, participation, and inclusion experiences and outcomes for adults and children with dysphagia: a scoping review*, „Perspectives of the ASHA Special Interest Groups”, Vol. 7(1), s. 181–196.
- Speech Pathology Australia, 2022, *Guidance for service delivery*, <https://www.speechpathologyaustralia.org.au> (dostęp: 12.06.2023).
- Speyer R., 2013, *Oropharyngeal dysphagia: screening and assessment*, „Otolaryngologic Clinics of North America”, Vol. 46(6), s. 989–1008.
- Suiter D.M., Leder S.B., 2008, *Clinical utility of the 3-ounce water swallow test*, „Dysphagia”, Vol. 23(3), s. 244–250.
- Teuschl Y., Trapl M., Ratajczak P., Matz K., Dachenhausen A., Brainin M., 2018, *Systematic dysphagia screening and dietary modifications to reduce stroke-associated pneumonia rates in a stroke-unit*, „PLoS One”, Vol. 13(2), 0192142.
- Trapl M.P., Enderle P., Nowotny M., Teuschl Y., Matz K., Dachenhausen A., Brainin M., 2007, *Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the gugging swallowing screen*, „Stroke”, Vol. 38(11), s. 2948–2952.
- Vergara J., Skoretz S.A., Brodsky M.B., Miles A., Langmore S.E., Wallace S., Seedat J., Stramer H.M., Bolton L., Clave P., Vaz Freitas S., Bogaardt H., Matuso K., Madeira de Sousa C., Mourao L.F., 2020, *Assessment, Diagnosis, and Treatment of Dysphagia in Patients Infected With SARS-CoV-2: A Review of the Literature and International Guidelines*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, Vol. 29(4), s. 2242–2253.
- Virvidaki I.E., Nasios G., Kosmidou M., Giannopoulos S., Milionis H., 2018, *Swallowing and aspiration risk: A critical review of non-instrumental bedside screening tests*, „Journal of Clinical Neurology”, Vol. 14(3), s. 265–274.
- Wilson-Pauwels L., 2010, *Cranial nerves? Function and dysfunction*, Shelton: People’s Medical Pub.
- Workman A.D., Welling D.B., Carter B.S., Curry W.T., Holbrook E.H., Gray S.T., Scangas G.A., Bleier B.S., 2020, *Endonasal instrumentation and aerosolization risk in the era of COVID-19*:

- simulation, literature review, and proposed mitigation strategies*, „International Forum of Allergy & Rhinology”, Vol. 10(7), s. 798–805.
- World Health Organization, 2023, *Weekly epidemiological update on COVID-19 – 17 August*, <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19--17-august-2023> (dostęp: 20.08.2023).
- Yilmaz D., Mengi T., Sari S., 2021, *Post-extubation Dysphagia and COVID-2019*, „Turkish Journal of Neurology”, Vol. 27(1), s. 21–25.
- Zayed A.M., Afsah O., Elhadidy T., Abou-Elsaad T., 2023, *Screening for oropharyngeal dysphagia in hospitalized COVID-19 patients: a prospective study*, „European Archives of Oto-Rhino-Laryngology”, Vol. 280(5), s. 2623–2631.
- Zou L., Ruan F., Huang M., Liang L., Huang H., Hong Z., Yu J., Kang M., Song Y., Xia J., Guo Q., Song T., He J., Yen H.-L., Peiris M., Wu J., 2020, *SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients*, „The New England Journal of Medicine”, Vol. 382(12), s. 1177–1179.
- Zuercher P., Moret C.S., Dziewas R., Schefold J.C., 2019, *Dysphagia in the intensive care unit: epidemiology, mechanisms, and clinical management*, „Critical Care”, Vol. 23(1), 103.
- Zuercher P., Lang B., Moser M., Messmer A.S., Waskowski J., Schefold J.C., 2022, *Dysphagia incidence in intensive care unit patients with coronavirus disease 2019: retrospective analysis following systematic dysphagia screening*, „The Journal of Laryngology & Otology”, Vol. 136(12), s. 1278–1283.



Sprawozdania

Ewelina Zajac  <https://orcid.org/0000-0002-5076-8347>

Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii
ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: ewelina.zajac@uni.lodz.pl

Sprawozdanie z konkursu logopedyczno-literackiego pt. „Na plaży”

Report from the speech therapy and literary competition titled
“On the beach”

W czerwcu bieżącego roku podczas wycieczki turystyczno-krajoznawczej uczniów klas III–V Szkoły Podstawowej im. Marii Konopnickiej Zespołu Szkół w Przykonie (powiat turecki, województwo wielkopolskie) nad Zatokę Gdańską zorganizowany został konkurs logopedyczno-literacki pt. „Na plaży”. Był on skierowany do wszystkich uczestników. Zadaniem uczniów było napisanie opowiadania, wiersza lub piosenki, które można było zatytułować „Na plaży”. Dodatkowym utrudnieniem było zawarcie w tekście jak największej liczby wyrazów zawierających litery sz, ż i rz. Ułatwieniem był zestaw wyrazów stworzony z uczniami uczęszczającymi na zajęcia logopedyczne w szkole (*morze, plaża, wybrzeże, brzeg, burza, żagiel, żaglówka, grzmoty, leżak, rzeka, musztarda, szyny, morszczuk, muszla, plażowicz, wietrzny, duszny, oranżada, szpilka, krzesło, ważka, Kołobrzeg, piaszczysty, brzask, wąż, żmija, żółw, krzaki, brzoza, porzeczeki, dobrze, orzechy, orzechowy, grzywy, książka, żółty, beżowy, żuraw, żaba, żyrafa, marynarz, odprężyć się, towarzystwo, leżeć, kapelusz, szyja, bursztyn, kosz, wietrznie, cieszyć się, zaszło, brzuch, grzywy, grzbiety, przejaśnienie, przejaśniać się, pieszy, urlopowicz, szczyt, żeglarstwo, przeciwsłoneczny, patrzeć, oparzenie, koszulka, szorty, szlak, zjeżdżalnia, podróż, szkoła, usmażony, smażyć, pszczoła, chrabąszcz, szczupak, szaszłyk*).

Celem zorganizowanego konkursu było rozwijanie wyobraźni, kreatywności i wrażliwości uczniów oraz kształcenie umiejętności poprawnego wypowiedzania się i bogacenie słownictwa. Spośród wszystkich zgłoszonych prac konkursowych nagrodzonych zostało sześć wierszy i jedno opowiadanie (poniżej). Przy ocenie tekstów



© 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: 7.07.2024 r. Data przyjęcia: 8.07.2024 r.

wzięto pod uwagę: zgodność z tematem, oryginalność, pomysłowość oraz poprawność pod względem gramatycznym, stylistycznym i ortograficznym¹.

Nagrody za udział w konkursie ufundował Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii Uniwersytetu Łódzkiego oraz Wydział Filologiczny Uniwersytetu Łódzkiego.

Prace nagrodzone w konkursie:

Lena Marek, Magdalena Karpińska, Lena Kacprzak – klasa Vc

Pewna bardzo szczęśliwa rodzina żyła we Wrześni. W czerwcu, kiedy czworo dzieci skończyło szkołę, rodzina wyruszyła na wakacje do Kołobrzegu.

Pierwszego dnia Krzysztof, Grzegorz, Zbyszek i Grażyna nie chcieli opuszczać hotelu. Ich rodzice jednak namawiali ich do zwiedzenia okolicy.

– Przejdźmy się do jakiegoś ciekawego miejsca – zaproponował tata Szczepan.

– Co dokładnie masz na myśli? – spytała mama Marzena, a tata zamyslił się.

– Co powiesz o przejściu się na latarnię morską? – rzekła Grażyna.

– Proszę, pojedźmy do restauracji! Jestem strasznie głodny! – Zbyszek złapał się za brzuch.

– Lepiej będzie przepłynąć się statkiem – dorzucił przemądrzały Krzysztof.

Przez kilka minut rodzina kłóciła się między sobą. Większość członków podeszła do sprawy poważnie, ale śmieszek Grzegorz wciąż rzucał żartami. Ostatecznie postanowiono, że wszyscy wybiorą się na plażę.

Wystarczyło kilka minut jazdy samochodem i rodzina znalazła się na miejscu. Rozłożyli leżaki i przekąsili trochę rzodkiewek i gruszek. Potem przeszli się brzegiem morza. Krzysztof zauważył tam żaglówkę. Grzegorz i Grażyna bardzo się nią zaciekawili, dlatego rodzina podeszła bliżej.

Koło żaglówki zastali mężczyznę. Przywitali się z nim, a on zaproponował im rejs. Rodzice powiedzieli, że chętnie się przepłyną. Troje dzieci również chciało to zrobić, ale mały Zbyszek chciał zostać na brzegu.

– Boję się – płakał chłopiec.

– Uwierz w siebie i przepłynij się z nami – powiedziała Grażyna.

– Nie ma się czego bać – wtrącił tata Szczepan.

– Dasz radę! – krzyczał Krzysztof.

Po długich namowach bohater odważył się i wszedł na pokład.

Rejs minął wszystkim bardzo przyjemnie. Nawet Zbyszkowi się podobało. Cieszył się, że zebrał się na odwagę. Nie chciał wracać na plażę, ale musiał to zrobić. Na brzegu powiedział reszcie, że chce w przyszłości zostać żeglarzem. Po dwudziestu latach mu się to udało. Cała rodzina była z niego bardzo dumna.

1 Nie wprowadzono większych zmian w tekstach uczniów poza interpunkcją oraz poprawnym zapisem ortograficznym. Składnia i fleksja zachowane zostały oryginalne.

Gabriela Rykowska, Łucja Kujawińska, Nadia Kończak – klasa Va

Gdy z hotelu prędko wyjdę,
To na plażę szybko czmychnę.
Widać z dala piękne morze,
Więc do wody chyżo wskoczę.

Wiatr już wieje w żagiel żaglówki,
Po pokładzie chodzi marynarz malutki.
Już zakręca szybko sterem,
Bo na morzu rybek wiele.

Moja koleżanka Zosia ma w plecaku małego łosia,
Jest i również kilka rzeczy:
Muszle, kapelusz, okulary,
Koszule, szorty, a nawet wachlarz stary.

A na koniec, moi mili,
Kilku rzeczy was nauczymy.
Słuchaj się zawsze nauczyciela,
A na plaży niech ci nuda nie doskwiera.

Alexandra Szymańska, Amelia Dybkowska – klasa IVa

Na plaży jest dużo różnych twarzy,
Ale i tak każdy o jednym marzy,
By się w morzu ciepłym wykąpać
I być radosnym do końca dnia.

Na plaży jest dużo różnych rzeczy,
Tam parawan, tam parasol,
A tam dalej jeszcze leżak.

Na plaży jest dużo różnych osób,
Chodzi pan z watą i popcornem, owocami i kolbami,
Chodzi w spodniach krótkich,
By nie było mu gorąco.

Na plaży jest dużo różnych dzieci,
Raz jednemu latawiec odleci,
Znowu drugiemu jest smutno z powodu tego,
Że do wody wejść nie może,
Bo jest chory, a pojechał nad morze.

Na plaży jest dużo różnych emocji,
Radośni jesteśmy, gdy przyjeżdżamy,
A smutni, kiedy wracamy.

Lena Mamełka, Aleksandra Matczak – klasa IIIa

Dnia trzeciego się spotkali, nad zatokę pojechali.
Grupa zawarta i gotowa, bo to szkoła podstawowa.
W Gdańsku, tak – to każdy wie, morze zimne bardzo jest.
Lecz gdy słońko wnet zaświeci, cieszą się twarzyczki dzieci.
Garnki z gliny polepiły, foki rybą nakarmiły.
Tak nam miło płynie czas, kiedy w domu nie ma nas.
Piękne morze przywitało...
Takich przygód jest nam mało!

Prace wyróżnione w konkursie:

Liliana Antoniak – klasa Va

Piękne ciepłe słońce świeci,
Jak się cieszą wszystkie dzieci!
Ale gdy dzieci zaczynają krzyczeć,
Pogoda nad morzem zaczyna się buntować.

Każde dziecko pokrzyw nie lubi,
Gdy się oparzy, płacze i marudzi.
Mamusia zawsze utuli, ukocha,
A tatuś śmiesznie połaskota.

Może morze jest niebieskie? Tak!
Morze jak przezroczysta szklanka,
Pod słońcem świeci,
A wtedy na pewno śmieją się wszystkie dzieci.

A gdy noc nastaje,
Bursztynów można nazbierać całe garście.
Piękny księżyc blask nam daje,
A morze koloruje i poprawia drobne detale.

Tęsknię, bardzo tęsknię za tymi pięknymi widokami.
Za tym, co w morzu pływało i co na nim było.

Tęsknić będę za podróżami, za tymi zachodami słońca,
Ale jak wrócę do domu, tęsknić będę nadal...

Dawid Winkler, Alan Jurkiewicz, Dawid Kulbacki – klasa Vc

Siedzę w domu, nie powiem nikomu.
Szymon na plaży w blasku słońca się praży.
Nawet żaby szukają zabawy i ciągle im się to marzy.
Myślę o swoim życiu, jakby było w odbiciu.
Grzegorz na swoim balkonie siedzi i płonie.
Szukam dużej poezji, gdzie zaznam w życiu rzeźni.
Ten pan o swoich przeżyciach opowiada i piękne życiodajne historie nam układa.
Każdy o swoich przeżyciach myśli, a ja chciałbym znaleźć się na plaży.
Ale jeszcze siedzę w domu i nadal nie powiedziałem nikomu.

Amelia Grynda, Marcelina Knychalska, Nikola Marek – klasa IIIa

Gdy na plaży słońce świeci, cieszą się wszystkie dzieci.
A w morzu ciepła woda jest, wszyscy biegają kąpać się w niej.
A gdy są zmęczone, kocyki mają rozłożone i rodzice na leżakach leżą pod parasolem.
Po skończonej zabawie dzieci muszą iść do domu, ale nie chcą, bo jest ładna pogoda na morzu.
Rodzicom jest za gorąco i wołają dzieci do domu.

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, powoływanych 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/artkułów pojawiające się w tekście głównym i przypisach – kursywą, bez cudzysłówów, np. Gacka E., 2014, *Zaburzenia rozwoju mowy u dzieci z porodów przedwczesnych. Diagnostyka 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 trafiają 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/logopaedica/_instrukcja-redakcyjna_.

Recenzenci artykułów w bieżącym tomie

dr prof. UŚ Ewa Biłas-Pleszak (Katowice)
dr hab., prof. UJK Ewa Boksa (Kielce)
dr hab., prof. UG Ewa Czaplewska (Gdańsk)
dr hab., prof. UŁ Katarzyna Jachimowska (Łódź)
dr hab., prof. UMK Agnieszka Hamerlińska (Toruń)
dr hab., prof. UMCS Zdzisław Marek Kurkowski (Lublin)
dr hab. Magdalena Majdak (Warszawa)
dr hab., prof. UWwr Anna Majewska-Tworek (Wrocław)
prof. dr hab. Mirosław Michalik (Kraków)
dr hab., prof. UG Stanisław Milewski (Gdańsk)
dr hab., prof. UR Agnieszka Mysza (Rzeszów)
dr hab., prof. UKEN Halina Pawłowska-Jaroń (Kraków)
prof. dr hab. Danuta Pluta-Wojciechowska (Katowice)
dr hab., prof. UŁ Dorota Podgórska-Jachnik (Łódź)
dr hab. Magdalena Olempska-Wysocka (Poznań)
dr hab. Barbara Ostapiuk, em. prof. ndzw. US (Szczecin)
dr hab. Natalia Siudzińska (Warszawa)
dr hab. n. med. Bożena Wiskirska-Woźnica (Poznań)
dr hab., prof. UMCS Tomasz Woźniak (Lublin)
prof. dr hab. n. med. Hanna Zielińska-Bliźniewska (Łódź)

