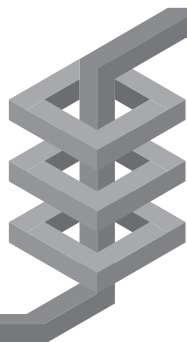


Logopaedica
odziensia

Nr 3 (2019)



Logopaedica Łodziensia

 **WYDAWNICTWO**
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Łódź 2019



**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)

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

Rada Naukowa

Prof. dr hab. Jacek Błeszyński (Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu)

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

Ph.D., Prof. Yulia Filatova (Moscow State Pedagogical University)

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr hab. Renata Marciniak-Firadza (Uniwersytet Łódzki)

Dr hab. Katarzyna Sicińska (Uniwersytet Łódzki)

Redaktor inicjujący: **Mateusz Grabowski**

Redaktor językowy: **Monika Poradecka**

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

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

Korekta techniczna: **Elżbieta Rzymkowska**

Wydrukowano z gotowych materiałów dostarczonych do Wydawnictwa UŁ

© Copyright by Authors, Łódź 2019

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2019

ISSN 2544-7238

Wydane przez Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

ze środków finansowych Zakładu Dialektologii Polskiej i Logopedii UŁ



**WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
ŁÓDZKIEGO**

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego

90-131 Łódź, Lindleya 8

www.wydawnictwo.uni.lodz.pl

e-mail: ksiegarnia@uni.lodz.pl

tel. (42) 665 58 63

Wydanie I. W.09482.19.0.C

Ark. druk. 12,625

Spis treści

Artykuły

- Agnieszka Banaszekwicz
Terapia logopedyczna mowy rozszczepowej oraz ocena podjętych działań na podstawie studium przypadku obejmującego dziewięć lat życia dziecka 9
Cleft speech therapy and assessment of measures taken on the basis of a case study involving 9 years of a child's life
- Ewa Bielenda-Mazur, Anna Siudak
Gest wskazywania palcem w świetle doniesień neurobiologicznych 21
Pointing gesture in neurobiological reports
- Michalina Biernacka
Fonodydaktyka w kształceniu akademickim przyszłych logopedów i nauczycieli języka polskiego jako obcego/drugiego 31
Phonodidactics in academic education of speech therapists and teachers of polish as a foreign/second language
- Aneta Domagała
Rozpad sprawności leksykalnych u pacjenta z otępieniem umiarkowanym w chorobie Alzheimera a możliwości komunikowania się z otoczeniem 45
Disintegration of lexical skills and the ability to communicate with the environment in the patient with moderate dementia in Alzheimer's disease
- Agnieszka Fatyga, Katarzyna Kilian, Katarzyna Węsierska
Mobbing szkolny wśród uczniów z zaburzeniami w komunikowaniu się – percepcja zjawiska i potencjalne kierunki działań 63
Bullying among students with communication disorders – perception of the phenomenon and recommended actions
- Anna Guzy
Diagnoza emisji głosu z wykorzystaniem wywiadu ustrukturyzowanego – implikacje praktyczne 79
Voice emission diagnosis using a structured interview – practical implications
- Katarzyna Haniszewska, Monika Kaźmierczak
Higiena głosu artystów scenicznych. Doniesienia z badań 93
Vocal hygiene in stage artists. Research reports

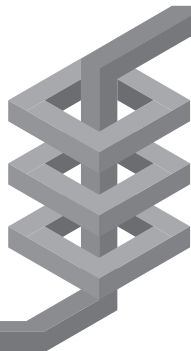
Henriette W. Langdon, HyeKyeung Seung, Betty Yu	
One or two languages for children on the autism spectrum?	117
Jeden czy dwa języki w komunikacji z dziećmi ze spektrum zaburzeń autystycznych?	
Marzena Mielczarek, Hanna Zielińska-Bliźniewska, Jurek Olszewski	
Paradoksalne ruchy fałdów głosowych jako czynnościowa przyczyna duszności krtaniowej i chrypki	125
Paradoxical vocal fold movements as a functional cause of laryngeal dyspnoea and hoarseness	
Halina Pawłowska-Jaroń, Anna Siudak	
Formy terapii poznawczej i komunikacyjnej w domach pomocy społecznej. Propozycje działań stymulujących i terapeutycznych	137
Forms of cognitive and communication therapy in Social Welfare Homes. Proposals for stimulating and therapeutic activities	
Halina Pawłowska-Jaroń, Zdzisława Orłowska-Popek	
Problemy rozwojowe dzieci przedwcześnie urodzonych z perspektywy logopedycznej	149
Developmental problems of prematurely born children from the perspective of stimulation/speech therapy	
Anna Stefan	
Wpływ wypowiedzi polskich youtuberów na kształtowanie się kompetencji językowej u dzieci – zarys problematyki	163
Influence of Polish YouTubers on the development of children's language competence: introduction to the issue	

Recenzje

Małgorzata Ročławska-Daniluk	
Problemy dysleksji, czyli specyficznych trudnořci w czytaniu – refleksje na kanwie lektury serii ksiązek Anny Radwańskiej	177
Problems of dyslexia or specific reading difficulties – reflections based on book series written by Anna Radwańska	
Ewa Gacka	
Recenzja: Henryk Panusz, <i>Spacer w zoo: wiersze i zagadki z quizem</i>, Wydawnictwo Henryk Panusz, Łódź 2018	187

Sprawozdania

Mateusz Szurek, Ewelina Zajęc	
Interdyscyplinarne aspekty diagnozy i terapii logopedycznej Łódź, 19 października 2019 roku (sprawozdanie z konferencji naukowej)	191



Artykuły

Agnieszka Banaszkiewicz* 

Terapia logopedyczna mowy rozszczepowej oraz ocena podjętych działań na podstawie studium przypadku obejmującego dziewięć lat życia dziecka

Cleft speech therapy and assessment of measures taken
on the basis of a case study involving 9 years of a child's life

Słowa kluczowe: językoznawstwo, logopedia, terapia logopedyczna, rozszczep wargi i podniebienia, mowa rozszczepowa, dyslalia rozszczepowa, dwujęzyczność

Keywords: linguistics, logopaedics, speech therapy, cleft lip and palate, cleft speech, cleft dyslalia, bilingualism

Wprowadzenie

Dziecko, które przychodzi na świat z rozszczepem podniebienia, od razu staje się pacjentem. Od tego dnia przechodzi liczne badania medyczne. Mają one za zadanie dookreślenie rodzaju wady rozszczepowej oraz potwierdzenie bądź wykluczenie innych chorób.

Głównym celem postępowania medycznego w przypadku wystąpienia wady rozszczepowej jako pojedynczej choroby (wady małej) jest zbudowanie właściwych warunków anatomicznych dziecka wraz z możliwością uzyskania prawidłowej funkcjonalności układu stomatognatycznego. Wymaga to operacji chirurgicznej (jednej bądź kilku) oraz leczenia ortodontycznego, które potrzebne jest praktycznie zawsze [Ellis III, 2001, s. 691]. W skład zespołu interdyscyplinarnego pracującego z pacjentem wchodzi – oprócz chirurga i ortodonta: pediatra, neonatolog, stomatolog, foniatra, laryngolog, logopeda, psycholog, a nie-raz też neurolog dziecięcy, endokrynolog, audiolog, okulista, radiolog, pulmonolog, genetyk, protetyk stomatologiczny, pracownik socjalny [Shprintzen, 1995, s. 12–15].

* Uniwersytet Gdański, Wydział Filologiczny, Katedra Logopedii, ul. Wita Stwosza 58, 80-308 Gdańsk, e-mail: agnieszka.banaszkiewicz@ug.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0001-5630-7237>

Pacjenci z wadą rozszczepową w obrębie twarzoczaszki powinni mieć zapewnioną terapię logopedyczną, gdyż u prawie wszystkich występują zaburzenia mowy. Opiekę tę należy rozpocząć w momencie urodzenia dziecka. Musi ona obejmować różne działania, zmieniające się w zależności od wieku i potrzeb pacjenta [Pluta-Wojciechowska, 2011, s. 401–410]. Niestety, nie zawsze dziecko ma zapewnioną taką terapię [Banaszkiewicz, 2011, s. 53–57]. Na wystąpienie problemów artykulacyjnych u dziecka z rozszczepem wpływają takie czynniki, jak zaburzenia ssania i połykania, oddychania, żucia, rozwoju układu kostnego i mięśniowego części twarzowej czaszki, analizatora słuchowego, niedosłuch (występujący nawet w 50% przypadków), a także zaburzenia rozwoju emocjonalnego i społecznego [Ellis III, 2001, s. 691; Hortis-Dzierzbicka, Dudkiewicz, Stecko, 2005, s. 119–123].

Metodologia

Celem prezentowanego studium przypadku jest przedstawienie przebiegu terapii mowy pacjentki. Opisywana terapia logopedyczna rozpoczęła się w lutym 2010 roku, gdy dziecko miało 7 lat i 4 miesiące, i była kontynuowana przez cztery i pół roku. Później (do czerwca 2019 roku) mowa i społeczne funkcjonowanie dziewczynki były oceniane w czasie sporadycznych konsultacji. Umożliwiło to ukazanie skuteczności niektórych technik terapeutycznych, efektywności prowadzonej terapii, a także problemów wpływających na sprawności językowe związane z niektórymi aspektami zdrowotnymi oraz funkcjonowaniem społecznym dziecka w wieku od 7 do 16 lat z wadą wrodzoną twarzoczaszki.

Materiał badawczy stanowią karty diagnozy logopedycznej oraz przebiegu zajęć terapeutycznych przeprowadzonych przez autorkę tekstu, a także zgromadzony bogaty materiał wideo. Poza tym wykorzystano dokumenty medyczne, wywiady prowadzone z mamą dziewczynki, a w okresie późniejszym również z nią samą.

Logopedyczne postępowanie diagnostyczne zostało przeprowadzone zgodnie z instrukcjami zawartymi w podręcznikach logopedycznych [Styczek, 1979, s. 220–249; Jastrzębowska, Pelc-Pękala, 2003, s. 309–326], standardach postępowania logopedycznego [Pluta-Wojciechowska, 2008, s. 193–196] oraz z wykorzystaniem publikacji logopedycznych przywołanych poniżej przy poszczególnych badaniach.

Dane z wywiadu i analizy dokumentacji medycznej

Asia urodziła się w październiku 2002 roku. Dla mamy był to drugi z trzech porodów. W rodzinie nie występowały żadne wady wrodzone, dwaj bracia dziewczynki urodzili się zdrowi. Asia przyszła na świat w terminie, poród był pośladowy, po urodzeniu ważyła 3360 g, mierzyła 60 cm, otrzymała 9 punktów w skali Apgar. Cięża

była zagrożona odklejeniem łożyska w 9.–11. tygodniu życia płodowego. Po porodzie stwierdzono całkowity jednostronny rozszczep wargi i podniebienia (prawy). Operacja wargi odbyła się, gdy pacjentka miała 6 i pół miesiąca, a dwa miesiące później miała miejsce operacja podniebienia. Operacja wszczepu w wyrostek zębodołowy okazała się niepotrzebna.

W 2009 roku dziewczynce zostały usunięte migdałki podniebienne, co z reguły nie jest zalecane dzieciom z rozszczepem podniebienia, ale w tym przypadku zdecydowano się na to ze względu na ich silną infekcję. Niestety, według mamy dziewczynki po tej operacji nosowanie otwarte mocno się nasiliło, a mowa pogorszyła się również pod względem ilościowym. Należy dodać, że podczas tej operacji nastąpiły powikłania (niespodziewane krwawienie) i dziecko było jeszcze tego samego dnia operowane ponownie.

W kwietniu 2010 roku u Asi wykonana została faryngoplastyka zwieraczowa [zob. Hortis-Dzierzbicka, Dudkiewicz, Stecko, 2000, s. 18–19]. W dokumentacji z tego roku odnalazłam również informację o przetoce – połączeniu przedsiönka z jamą nosową na wysokości kła z prawej strony. Nie jest to typowy otwór resztkowy przy tego typu wadach, nie został zamknięty do dziś.

U dziewczynki zdiagnozowano niedosłuch, głębszy ucha lewego (około 40 dB), przy czym jakość słyszenia zmieniała się w zależności od stanu zdrowotnego: w okresach nieżyty górnych dróg oddechowych niedosłuch okresowy obejmował oboje uszu, a lewego dodatkowo się pogłębiał. Na przestrzeni lat, dzięki leczeniu laryngologicznemu, stan ten się poprawił. Obecnie Asia funkcjonuje dobrze, sama ocenia, że słyszy dobrze, choć w lewym uchu w dalszym ciągu ubytek słuchu jest lekki.

Chirurg, który zaplanował operację, zalecił zintensyfikowanie terapii logopedycznej i w ten sposób dziecko trafiło do mnie. Dziewczynka korzystała wtedy z zajęć logopedycznych w klasach 0 i I w szkole, do której uczęszczała. Podczas tych zajęć, co udało mi się ustalić z mamą i dzieckiem, wykonywane były wyłącznie ćwiczenia zaliczane do grupy wstępnych w terapii logopedycznej [Walencik-Topiłko, 2005, s. 303–304] lub zadania z zakresu nauki czytania i pisanie. Nie podejmowano prób ćwiczeń artykulacyjnych, a dziewczynka nie otrzymywała zadań do wykonywania w domu. Wcześniej, w wieku od 3 do 5 lat, dziewczynka korzystała z zajęć logopedycznych w jednej z poradni psychologiczno-pedagogicznych. Prowadząca ją logopedka odeszła na emeryturę, nie otrzymałam żadnych dokumentów do wglądu z tego okresu.

Dziewczynka miała i ma bardzo dobrą sytuację rodzinną i bytową. Mama, z wykształcenia pielęgniarka, przybyła do Polski z Ukrainy przed urodzeniem Asi. Cała rodzina biegle posługuje się językiem polskim, choć u mamy słyhać obcy akcent.

Asia w momencie pierwszego badania miała 7 lat i 4 miesiące i chodziła do I klasy powszechnej szkoły podstawowej. Była to klasa integracyjna, w której oprócz wychowawcy pracował nauczyciel wspomagający (do VI klasy). Mama dziecka zawsze bardzo wysoko oceniała pracę obu tych nauczycieli. Obserwowano problemy z nauką

w szkole, szczególnie z czytaniem. Nie występowały natomiast problemy z akceptacją wyglądu (choć blizna poroższczepowa oraz deformacja nosa były widoczne, zob. tabela 1) czy mowy dziewczynki w klasie ani na podwórku.

Wyniki badań diagnostycznych – 2010 rok

Wyniki badań podstawowych

Dziecko rozumiało kierowane do niego komunikaty i odpowiadało adekwatnie do wieku pod względem gramatycznym. Zadawało pytania. Wypowiedzi były jednak dość krótkie, nastawione na pragmatykę. Pogłębione badanie zasobu słownictwa czynnego i biernego wykazało, że słownictwo było uboższe niż oczekiwane od dziecka w klasie pierwszej [Rodak, Nawrocka, 1994; Paluch, Mikosza, Drewniak-Wołosz, 2003].

Do badań wymowy wykorzystano kartę badania mowy Ireny Styczek [1979, s. 234–235], która ustaliła system fonemowy języka polskiego wykorzystywany w praktyce logopedycznej [Styczek, 1979, s. 41–42, 111–119; por. Antos, Demel, Styczek, 1967, s. 7], bazując na opracowaniach Zdzisława Stiebera [1966], Wiktora Jassema [1973] i Tadeusza Milewskiego [1965] [Styczek, 1979, s. 41–42].

Zaburzenia artykulacji oceniono jako bardzo poważne: nosowe zabarwienie głosu, unosowiona wymowa samogłosek ustnych, głoska [i] artykułowana nosowo ze zwarcieciem podniebienne-tylnojęzykowym, samogłoski nosowe tożsame z ustnymi – odnosowione, na przykład bardziej słyszalne /ido/ niż /idɔ/. Wszystkie spółgłoski ustne były unosowione. Głoski dwuwargowe [p] i [b] dziewczynka wymawiała bez uzyskania dostatecznego ciśnienia w jamie ustnej, dodatkowo [b] było ubezdźwięcznione lub unosowione (zrównane z [m]). Głoska [t] zastępowana przez [k], która jeszcze wymawiana była w niektórych kontekstach fonetycznych z dodatkowym dźwiękiem krtaniowym. Głoski [d] i [n] zastępowane były przez [ŋ], a głoska [g] często wymawiana z dodatkowym zwarcieciem krtaniowym, dźwięcznie. Głoski wargowo-zębowe [f] i [v] dziewczynka realizowała dwuwargowo, podobnie jak [p] i [b] opisane powyżej, opozycja dźwięczności była zachowana. Wszystkie głoski dentalizowane realizowane były w postaci dwóch dźwięków, szczelinowe jako szczeliny nosowe, a zwarto-szczelinowe tożsamo z [k] lub [g].

Do mniej niepokojących zjawisk fonetycznych zaliczyłam głoskę [ɨ] wymawianą prawidłowo lub jako [ń], głoskę [l] artykułowaną prawidłowo lub przyzębowo, głoskę [r] wymawianą jak [l], często jednoderzeniowo przyzębowo. Cieszyło mnie zachowanie opozycji dźwięczności w większości głosek oraz brak współruchów mimicznych.

Głoski miękkie artykułowane były z właściwą palatalizacją, deformowane podobnie jak ich twarde odpowiedniki.

Prawidłowo wymawiane głoski to [m], [ń], [x] oraz [ɥ].

Wyniki badań uzupełniających

W zakresie warunków anatomicznych stwierdzono podniebienie twarde z widoczną blizną, dość nisko wysklepione, w wyrostku zębodołowym widoczna nieduża szczelina rozszczepu. Podniebienie miękkie było dość krótkie, bez języczka, niesymetryczne pod względem budowy i ruchomości, z widoczną blizną. Uzębienie niepełne – w szczęcie brakowało siekacza przyśrodkowego prawego i obu siekaczy bocznych, w żuchwie zaś siekacza przyśrodkowego lewego i obu siekaczy bocznych.

Badanie czynności oddechowych pokazało oddychanie torem ustnym. Ułożenie języka w spoczynku na dnie jamy ustnej było „bardzo niskie” według klasyfikacji Alderica Artese i wsp. [2011, s. 144]. Zaobserwowano połykanie nieprawidłowe – infantylne, z tłoczeniem języka na dolne zęby według opisu Bohdana Mackiewicza [2002, s. 90–91].

Sprawność motoryczną języka oceniono jako średnią, a sprawność motoryczną warg jako zaburzoną w stopniu wysokim [Minczakiewicz, 1997, s. 210–211].

Pamięć słuchowa okazała się słaba, a słuch fonemowy i fonetyczny zaburzony [Rocławski, 2001].

W piśmie dziewczynka często wymiennie stosowała litery *k – t*, *g – d – z*, *s – z*, rzadziej i niekonsekwentnie pojawiały się inne zamiany.

Prognoza, założenia terapeutyczne

Najistotniejsze czynniki wpływające na jakość mowy badanej dziewczynki to: bliźny porozszczepowe, krótkie i niewłaściwie funkcjonujące podniebienie miękkie, szczelina rozszczepu wyrostka zębodołowego, przetoka z przedsionka do jamy nosowej, usunięte migdałki powodujące powiększenie jamy gardłowej, nieprawidłowości zębowe, niedosłuch jednostronny okresowo się nasilający, słaba percepcja słuchowa, niedokształcenie słuchu fonematycznego, dysfunkcje narządu żucia oraz niska sprawność artykulatorów.

Wymienione powyżej przyczyny, stopień nasilenia zaburzenia wymowy, a także wiek dziecka nie rokowały pozytywnie w zakresie szybkiej i skutecznej terapii. Jednak zarówno dziewczynka, jak i jej mama były zmotywowane do pracy. Korzystały z pomocy chirurga, ortodonta i laryngologa ze specjalnością foniatryczną. Oczekiwałam też, że po zabiegu faryngoplastyki poprawi się stan anatomiczny podniebienia miękkiego.

Najważniejszymi celami zaplanowanej terapii było poprawienie jakości artykulacji, wzbogacenie słownictwa i składni oraz wyeliminowanie bezpośrednich przyczyn trudności w nauce pisania w postaci zaburzeń słuchowych. W pierwszej kolejności zaplanowane zostały ćwiczenia oddechowe, fonacyjne, usprawniające wszystkie ruchome narządy mowy, słuchowe, w drugiej zaś usuwanie dysfunkcji narządu żucia. Wywoływanie głosek i ich utrwalanie chciałam wprowadzić tak szybko, jak będzie

to możliwe, ustalając ich kolejność według tego, która z nich będzie w danym momencie dla dziecka najłatwiejsza. Założyłam, że wywołanie dźwięku bez żadnego rezonansu nosowego może się nie udać. Postanowiłam skupić się na cechach fonetycznych głosek w odniesieniu do ich miejsca i sposobu realizacji, a także udziału wiązań głosowych oraz na zmniejszeniu rezonansu nosowego. W celu wyeliminowania możliwych niepożądanych skutków dwu-, a nawet trzyjęzyczności (w szkole dziewczynka uczyła się języka angielskiego), poprosiłam mamę, aby w najbliższych miesiącach starała się używać przede wszystkim języka polskiego. Spotkania zostały zaplanowane raz w tygodniu po 45 minut. Po każdym zajęciu dziecko otrzymywało zadanie do wykonania oraz ćwiczenia do codziennego utrwalania w domu. Początkowo pracowało z mamą, a po upływie lat samo.

W szkole dziewczynka nadal korzystała z zajęć logopedycznych. Logopedka z tej placówki nie zgodziła się na żadną formę współpracy, w dalszym ciągu wykonywała wyłącznie ćwiczenia wstępne w terapii logopedycznej, przy czym stopniowo zajęcia te przyjęły formę terapii pedagogicznej, grupowej.

Przebieg terapii

W pierwszej kolejności skupiliśmy się na ćwiczeniach oddechowych, fonacyjnych z użyciem samogłosek i ćwiczeniach sprawności warg. Poza tym opracowałam zestaw ćwiczeń motoryki języka, żuchwy i podniebienia miękkiego. W tym momencie terapii dziecko zostało poddane faryngoplastyce. Efektem zabiegu było to, że po okresie rekonwalescencji zmniejszyło się nosowe zabarwienie głosu. Polepszeniu uległo również napięcie głosu. Na nowo podjęliśmy pracę nad zaplanowanymi wcześniej ćwiczeniami, a dzięki usprawnieniu motoryki warg zaczęłam przygotowywać się do pracy nad głoską [p], zalecanej przez Irenę Łyżyczkę [1978, s. 55] jako pierwsza do wywołania w sytuacji dyslalii rozszczepowej.

Wywołanie głoski [p] było możliwe dzięki zastosowaniu ćwiczeń warg i podniebienia miękkiego, tzw. baloników z policzków. Po uzyskaniu jak najwyższego ciśnienia w jamie ustnej (bardzo twarde policzki), dziecko miało wypuścić przez usta powietrze, z czasem z dodatkowym dźwiękiem „py”. Ułatwieniem było wykonanie tej czynności na zapaloną świeczkę, która miała zgasnąć, lub na piórko ustawione przed ustami, które miało się poruszyć, albo płatki położone na rozwartą dłoń tak, aby sfrunęły. Głoska [p] została utrwalona w sylabach i logotomach oraz w wyrazach w pozycji prewokalicznej w nagłosie. Wybrano do utrwalenia również kilka wyrazów, w których ćwiczona głoska znalazła się w pozycji interwokalicznej, np. [upa], [lupa]. Uznano, że w innych wyrazach (zawierających grupy spółgłoskowe) prawidłowe realizowanie tego dźwięku będzie za trudne [zob. Łyżyczka, 1978, s. 55; Banaszekiewicz, Walencik-Topiłko, 2014, s. 61–69]. Do takich połączeń wrócono w późniejszym okresie, gdy zwiększyła się liczba prawidłowo realizowanych dźwięków.

Wywołanie głoski [b] wymagało słuchowego różnicowania jej z głoskami [p] oraz [m]. W tym celu wykonywane były ćwiczenia słuchu fonemowego w zakresie tych opozycji głoskowych, a także słuchu fonetycznego, z wykorzystaniem nagrań głosek realizowanych przez Asię podczas ćwiczeń. Odtwarzając nagrania, wyjaśniałam, które dźwięki są prawidłowe, akceptowalne, a które nie. Dzięki temu pacjentka rozwijała swoją autokontrolę słuchową.

Następnie utrwalane były głoski [i], [k] i [g], które wcześniej nie zawsze Asia dobrze wymawiała. Pracowałyśmy też nad zwiększeniem zasobu słownictwa, zarówno na zajęciach, jak i w domu, według zaleceń (np. przez codzienne rozmowy, opowiadanie o sytuacjach bieżących, czytanie książek i tłumaczenie znaczenia słów, opracowywanie poszczególnych kategorii semantycznych w zadaniach językowych).

W okresie przedwakacyjnym w 2010 roku wywołałam i utrwalalam w mowie kontrolowanej prawidłową wymowę głoski [n]. Pracowałyśmy też nad słuchowym różnicowaniem głoski [t] od [k] oraz wywołaniem głoski [t]. Pierwszy z tych celów udało się zrealizować, natomiast drugiego nie – dziewczynka artykułowała głoskę [t] podwójnie (dwumiejscowo) jako równoczesne [t] i [k] [Zdunkiewicz-Jedynak, Hortis-Dzierzbicka, 2005, s. 62, 75].

Wywoływanie głosek opisanych powyżej, podobnie jak w późniejszym okresie terapii, odbywało się najczęściej z wykorzystaniem następujących metod: pokazu i wyjaśniania ułożenia narządów artykulacyjnych, uczulania miejsc artykulacji za pomocą palców i szpatułek, mechanicznego układania narządów artykulacyjnych za pomocą palców i szpatułek, wykorzystywania nieartykułowanych dźwięków (np. chuchania, dmuchania, wibrowania wargami), kontroli wzrokowej, kontroli słuchowej (również za pomocą nagrań dźwięku), kontroli dotykowej i czucia skórnej dłoni, a także metody substytucyjnej oraz gestów umownych [Jastrzębowska, Pelc-Pękała, 2003, s. 329–330]. Były one stosowane w różnych konfiguracjach. Celem było jak najdokładniejsze zobrazowanie dziecku cech głoski. Wielokrotnie użyte zostały rysowane przez mnie labiogramy oraz wyświetlane na ekranie komputera ruchome rentgenogramy [*Multimedialne rentgenogramy*, 2009]. W mojej ocenie taka wizualizacja przynosiła pożądane efekty.

W tym okresie u Asi zmienił się stan uzębienia. Wyrznęły się wszystkie zęby sieczne przyśrodkowe do wysokości około ½ koron. Niestety, ząb prawy górny był obrócony o około 90 stopni. Po konsultacji z ortodontą dziewczynki zaleciłam jej ćwiczenia czynne z płytką przedsionkową (dziesięć pociągnięć aparatu z oporowaniem wargami w trzech cyklach oddzielonych mniej więcej minutową przerwą) oraz bierne – noszenie jej w domu w wolnym czasie i przed snem. Z dużym zaskoczeniem odebrałam po dwóch tygodniach spontaniczne podziękowanie od niespełna ośmioletniej dziewczynki „za płytkę”. Po dopytaniu okazało się, że dzięki zakładaniu jej na noc dziecko przez sen zaczęło oddychać nosem i nie budziło się z bólem krtani („już mnie rano gardło nie boli”).

Dwa miesiące wakacji obudziły moją obawę, że kilkutygodniowy pobyt na Ukrainie zahamuje rozwój sprawności językowych w języku polskim. Tak się jednak nie stało. W mojej notatce z 25 sierpnia 2010 roku (odbyły się wtedy pierwsze zajęcia po przerwie wakacyjnej) zawarłam informacje: „dziewczynka chętnie ćwiczy”, „znacznie poprawiło się oddychanie na skutek używania płytki przedSIONKOWEJ, mniej chrapie, częściej ma złączone ze sobą wargi”. Odnotowałam też poprawę ruchomości warg i języka, brak poprawy ruchomości podniebienia miękkiego, utrzymującą się prawidłową artykulację głosek wywołanych przed wakacjami.

Jesienią 2010 roku wywołane i utrwalone zostały [f] i [v]. Przy tych głoskach największym problemem okazało się uciekanie powietrza przez nos. Wiele ćwiczeń wykonywanych było z piórkiem trzymanym przed ustami dziecka, aby zobrazować przepływ powietrza. Materiał wyrazowy do ćwiczeń wymowy był znacznie obszerniejszy niż ten, który można było zastosować przy głoskach [p] i [b]. Dużo czasu poświęcałyśmy także na zadania, w których artykulacja połączona była z czytaniem, a czasem również pisanem.

Powróciłyśmy do pracy nad głoską [t]. W nagłosie i śródgłosie wyrazów udawało się uzyskiwać akceptowalny dźwięk, wygłos wyrazów nadal był trudny. Głoska [d] realizowana była podobnie, brak dźwięku w wygłosie czynił ją łatwiejszą od [t]. Nie naciskałam na bardziej ortofoniczną realizację tych głosek, gdyż miałam świadomość, że obrócony ząb sieczny uniemożliwia idealne zwarcie przyzębowe. Zadowalał mnie brak zvarcia podniebiennego i brak silnego rezonansu nosowego.

Od początku terapii na rozpoczęcie każdego spotkania wykonywałyśmy ćwiczenia wstępne, w tym fonacyjne. Ich zadaniem było między innymi zmniejszenie nosowania otwartego samogłosek. Każdorazowo próbowałam wywołać samogłoskę [i]. Udało się to dopiero po prawie roku pracy, w styczniu 2011 roku, metodą analogii, czyli zestawiając samogłoskę [i] z innymi, wymawiając ciąg: [a], [o], [e], [u], [e], [i]. Zastosowano tu różnicowanie samogłoska średnia – wysoka, czyli [e] : [i].

Uzyskanie głoski [i] (wymawianej wciąż z niewielkim zabarwieniem nosowym) otworzyło możliwość pracy nad głoskami szeregu ciszącego. Głoska [ś] wywołana została metodą demonstracyjną, po uprzednim usprawnieniu pracy środka języka. Prosiłam o powtarzanie sylab [śi], [śu], [śo], równocześnie oceniając jakość wymowy nagrywanej na dyktafon. Do dźwięku w izolacji przeszliśmy podczas kolejnych zajęć. Poprosiłam też o powtórzenie przez dziecko swojego imienia. Podczas tej próby Asia pierwszy raz w życiu wypowiedziała zrozumiale swoje imię. Obie byłyśmy wzruszone tym faktem, a mama dziewczynki miała łzy w oczach. Wydarzenie to wpłynęło pozytywnie na dalszy przebieg terapii. Od tej pory cieszyłam się jeszcze większym zaufaniem Asi i jej mamy, a dziewczynka była jeszcze bardziej zmotywowana do pracy.

Następnie wywołałam metodą substytucyjną głoskę [ć], która okazała się łatwiejsza niż [ź], ale po jej utrwaleniu w mowie kontrolowanej udało się też wywołać [ź], a następnie [ż]. Poświęciłyśmy dużo czasu na włączenie tych głosek do mowy spontanicznej, aby mowa dziecka stała się bardziej zrozumiała.

Mniej więcej w tym czasie w szkole Asi odbywały się różne przedstawienia – dziewczynka miała w nich brać udział. Role, które dostawała do nauczenia, wykrczały poza jej możliwości artykulacyjne. Przekształcałam zatem te teksty na podobne znaczeniowo, ale łatwiejsze fonetycznie. Spotykało się to z akceptacją nauczycielek, a dziewczynka zawsze po takich występach była zadowolona. Myślę, że te sukcesy dodawały jej pewności siebie.

Następnymi wywołanymi i utrwalonymi dźwiękami były głoski [s], [z], [c], [ʒ]. Praca nad nimi okazała się trudna ze względu na stan uzębienia. W lutym 2011 roku został założony łuk górny aparatu ortodontycznego stałego. Gdy wydawało się, że ząb prawy przyśrodkowy sieczny już był tak odwrócony, aby uzyskać właściwy nagryz pionowy, dziewczynka się przewróciła. Wskutek uderzenia doszło do złamania korzenia tego zęba. Został on zacementowany i ostatecznie udało się go uratować, ale przedłużyło to leczenie.

W późniejszym okresie pracowałyśmy nad utrwaleniem przedniojęzykowo-dziąsłowej artykulacji głoski [l], głoskami szeregu szumiącego, które nie przysporzyły właściwie żadnych problemów, oraz głoską [r]. Nad tą ostatnią pracowałam, uczulając miejsce artykulacji szpatułką, a w celu uzyskania odpowiedniego, mniejszego napięcia mięśniowego w obrębie apeksu wykorzystywałam również wibrator logopedyczny. W mowie spontanicznej dziewczynka zaczęła wymawiać [r] z jednym, dwoma lub trzema uderzeniami apeksem o wał dziąsłowy, ale nie potrafiła bardziej przedłużyć wibracji. Taka artykulacja – w mowie potocznej normatywna [Wierzchowska, 1971, s. 168] – usatysfakcjonowała Asię i jej mamę, dlatego zrezygnowały z dalszej pracy nad tą głoską.

W czerwcu 2014 roku, z przyczyn niezależnych od nas, zakończyłyśmy cotygodniowe spotkania.

Kolejny raz zobaczyłam się z Asią w lutym 2015 roku, od tej pory widujemy się mniej więcej dwa razy w roku. Stwierdziłam, że wypracowana artykulacja utrzymuje się w mowie spontanicznej. Największe problemy dotyczyły w dalszym ciągu głosek [t] i [d]. Duże szczeliny tworzące się na wysokości zębów przedtrzonowych przejściowo utrudniały wymowę głosek syczących, ale obecnie zjawisko to zanikło.

W 2018 roku odbyła się operacja korekcji nosa, planowana jest korekta wargi. W 2019 roku został zdjęty aparat ortodontyczny i wybielone zęby. Obecnie Asia ma prawidłowy zgryz bez uzupełnień protetycznych. Zalecony został aparat ruchomy retencyjny.

W dalszym ciągu widzę potrzebę terapii logopedycznej w zakresie zmniejszenia rezonansu nosowego. W 2017 roku nastąpiło w tym zakresie pogorszenie. Zaleciłam elektrostymulację podniebienia, co przyniosło niewielką poprawę. Niestety, niedługo potem Asia zaczęła mieć problemy z przewlekłym nieżytem nosa, co znów negatywnie wpłynęło na rezonans. Obecnie rozważany jest kolejny cykl zabiegów elektrostymulacji podniebienia.

Asia skończyła szkołę podstawową z wyróżnieniem. W gimnazjum uczyła się bardzo dobrze, jej wypracowania z języka polskiego odczytywane były na lekcjach

jako wzorcowe. Obecnie ukończyła I klasę renomowanego liceum plastycznego, ma za sobą pierwsze wystawy swoich prac malarskich. To miła, lubiana dziewczynka, bez kompleksów. Mama jest z niej bardzo dumna. Uważa, że jej córka, również dzięki terapii logopedycznej, nauczyła się ciężko pracować i zrozumiała, że na sukcesy musi zasłużyć. Obie oceniają przebytą terapię logopedyczną wysoko, są również zadowolone z osiągniętej jakości mowy.

Podsumowanie

Opisywana pacjentka ma obecnie 16,5 roku i dalej pozostaje pod opieką specjalistów. Oceniając jej kompetencje i sprawności językowe, można uznać, że jej mowa jest w pełni zrozumiała, wszystkie fonemy języka polskiego są realizowane. Odstępstwa od normy są nierzadkie, dotyczą rezonansu, nielicznych deformacji głosek oraz tempa mowy. Na co dzień, aby unikać zbytniego rezonansu nosowego, Asia wykonuje ćwiczenia oddechowe, fonacyjne i podniebienia miękkiego. Jakość mowy umożliwia jej prowadzenie ożywionego życia społecznego, realizowanie pasji i uzyskiwanie bardzo dobrych wyników w nauce.

Tabela 1. Zmieniające się warunki zębowe u pacjentki.

	
Luty 2010	Czerwiec 2010
	
Czerwiec 2010	Październik 2012
	
Styczeń 2017	Czerwiec 2019

Źródło: materiały własne.

Literatura

- Antos D., Demel G., Styczek I., 1967, *Jak usuwać seplenienie i inne wady wymowy*, Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.
- Artese A., Drummond S., Mendes do Nascimento J., Artese F., 2011, *Criteria for diagnosing and treating anterior open bite with stability*, „Dental Press Journal of Orthodontics”, vol. 16(3), s. 136–161.
- Banaszkiewicz A., 2011, *Stan opieki logopedycznej nad dziećmi z rozszczepem podniebienia i/lub wargi na terenie województwa pomorskiego i okolic*, „Forum Logopedyczne”, nr 19, s. 53–57.
- Banaszkiewicz A., Walencik-Topiłko A., 2014, *Zasady doboru materiału lingwistycznego do terapii zaburzeń artykulacji – teoria i praktyka*, „Forum Logopedyczne”, nr 22, s. 61–69.
- Ellis III E., 2001, *Prowadzenie chorych z rozszczepami szczękowo-twarzowymi*, [w:] L.J. Peterson, E. Ellis III, J.R. Hupp, M.R. Tucker, *Chirurgia stomatologiczna i szczękowo-twarzowa*, Lublin: Wydawnictwo Czelej, s. 691–713.
- Hortis-Dzierzbicka M., Dudkiewicz Z., Stecko E., 2000, *Nosowanie otwarte – przyczyny, diagnostyka, sposoby eliminacji*, „Nowa Pediatria”, nr 1, s. 18–19.
- Hortis-Dzierzbicka M., Dudkiewicz Z., Stecko E., 2005, *Psychospołeczne aspekty wady rozszczepowej twarzy*, [w:] M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko (red.), *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 119–123.
- Jassem W., 1973, *Podstawy fonetyki akustycznej*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Jastrzębowska G., Pelc-Pękała O., 2003, *Metodyka ogólna diagnozy i terapii logopedycznej*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 309–345.
- Łyżyczka I., 1978, *Metody rehabilitacji wymowy u dzieci z rozszczepami podniebienia*, „Logopedia”, nr 13, s. 53–59.
- Mackiewicz B., 2002, *Dysglosja jako jeden z objawów zespołu oddechowo-półkowego*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Milewski T., 1965, *Językoznawstwo*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Minczakiewicz E., 1997, *Mowa. Rozwój – zaburzenia – terapia*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej w Krakowie.
- Multimedialne rentgenogramy. Program komputerowy*, 2009, Gliwice: Komlogo.
- Paluch A., Mikosza L., Drewniak-Wołosz E., 2003, *Afa-skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego?*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Pluta-Wojciechowska D., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób z rozszczepem wargi i podniebienia*, „Logopedia”, nr 37, s. 193–196.
- Pluta-Wojciechowska D., 2011, *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, s. 401–410.
- Rocławski B., 2001, *Sluch fonemowy i fonetyczny*, Gdańsk: Glottispol.
- Rodak H., Nawrocka D., 1994, *Od obrazka do słowa*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Shprintzen R.J., 1995, *A new perspective on clefting*, [w:] R.J. Shprintzen, J. Bardach (red.), *Cleft palate speech management. A multidisciplinary approach*, St. Louis: Mosby, s. 12–15.
- Stieber Z., 1966, *Historyczna i współczesna fonologii języka polskiego*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Styczek J., 1979, *Logopedia*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

- Walencik-Topiłko A., 2005, *Ćwiczenia wstępne w terapii logopedycznej*, [w:] T. Gałkowski, E. Szeląg, G. Jastrzębowska (red.), *Podstawy neurologopedii*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 303–327.
- Wierzchowska B., 1971, *Wymowa polska*, Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.
- Zdunkiewicz-Jedynak D., Hortis-Dzierzbicka M., 2005, *Lingwistyczne podstawy oceny i dokumentacji zaburzeń mowy u dzieci z wadą rozszczepową twarzy*, [w:] M. Hortis-Dzierzbicka, E. Stecko (red.), *Mowa pacjenta z rozszczepem podniebienia. Szkice foniatryczno-logopedyczne*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 54–79.
-

Streszczenie

Terapia logopedyczna pacjenta z całkowitym jednostronnym rozszczepem wargi i podniebienia wymaga wiedzy i umiejętności z zakresu logopedii oraz działania w interdyscyplinarnym kręgu specjalistów. Głównym celem artykułu jest przedstawienie zastosowanego programu terapeutycznego oraz wybranych technik logopedycznych, wzbogaconych analizą trudności pojawiających się w trakcie wieloletniej pracy logopedycznej, a związanych z nauką w szkole oraz zmieniającymi się warunkami anatomicznymi pacjentki. Prezentowane studium przypadku obejmuje dziewięć lat, przy czym opisany został czteroipółletni okres terapii dziecka w wieku od siedmiu do prawie dwunastu lat oraz jego dalsze losy do szesnastego roku życia. Dzięki zastosowaniu diagnozy weryfikacyjnej możliwe jest ocenienie efektywności podjętych działań z zakresu rozwoju językowego.

Abstract

Speech therapy of a patient with complete one-sided cleft lip and palate requires knowledge and skills in the area of speech therapy as well as activity among an interdisciplinary circle of specialists. The main objective of the text is to present the applied program of therapy and selected techniques of speech therapy, enhanced with analysis of difficulties appearing during many years of speech therapy practice connected with school learning and changing the anatomical conditions of the patient. The presented case study involves a 9-year period, while a 4.5-year period of therapy is described of a child from the age of 7 to nearly 12 years and her further development to the age of 16. Thanks to the use of verification diagnosis, it is possible to assess the effectiveness of activities undertaken in the area of language development.

Ewa Bielenda-Mazur* , Anna Siudak** 

Gest wskazywania palcem w świetle doniesień neurobiologicznych

Pointing gesture in neurobiological reports

Słowa kluczowe: gest wskazywania palcem, naprzemiennosc ról, rewolucja dziewiątego miesiąca, rozwój dziecka

Keywords: pointing gesture, exchange of roles, revolution of the ninth month, child development

Ewolucyjne znaczenie gestu wskazywania palcem

Zgodnie z gestową teorią powstania języka¹ ewolucyjnym substratem języka były gesty manualne, za pomocą których porozumiewał się człowiek [za: Kurcz, Tomaszewski, 2011]. Początkowo były to gesty ikoniczne (znaki podobne do desygnatu), jednak wraz z powiększającą się pojemnością ludzkiej pamięci zaczęły one stawać się coraz bardziej arbitralne, a przez to także efektywne i odnoszące się do większej liczby desygnatów [Kurcz, 1992]. Z dużym prawdopodobieństwem na etapie przejściowym, wraz z nowymi możliwościami artykulacyjnymi człowieka, pojawiła się ikoniczna synchronizacja gestów manualnych z gestami wokalnymi (wokalizacjami) [Kurcz, Tomaszewski, 2011]. Mają one wspólną ścieżkę ewolucyjną, ponieważ zarówno ruchy narządów artykulacyjnych, jak i gesty manualne zawiadywane są przez mięśnie szkieletowe. O ile gesty manualne umożliwiały porozumiewanie się w sytuacjach, gdy partnerzy komunikacji nie chcieli zwracać na siebie uwagi (np. podczas

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

** Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, Katedra Logopedii i Zaburzeń Rozwoju, ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków, e-mail: anna.siudak@up.krakow.pl, <https://orcid.org/0000-0002-1986-9078>

¹ Gestowa teoria powstawania języka zakłada, że przodkowie współczesnego człowieka byli w stanie komunikować się intencjonalnie za pomocą gestów, nie byli natomiast zdolni do zapanowania nad swoimi wokalizacjami. Dopiero gdy posiadli tę zdolność, gesty zostały stopniowo wyparte przez język mówiony.

polowania), o tyle gesty wokalne sprawiły, że wymiana informacji dostępna była w sytuacjach utrudniających kontakt wzrokowy (np. w ciemności).

Mimo że we współczesnej komunikacji dominuje porozumiewanie się oparte na mowie wokalne, gesty – zarówno wokalne, jak i manualne – nadal odgrywają znaczącą rolę. Zgodnie z motoryczną teorią percepcji mowy Alvina Libermana² percypujemy nie tylko dźwięki, ale też artykulacyjne gesty mówiącego. Potwierdzają to również badania nad rolą neuronów lustrzanych w produkcji i percepcji mowy – podczas słuchania mowy aktywują się mięśnie pobudzone w trakcie jej produkowania³ [za: Kurcz, 2011].

Ponieważ zainteresowanie elementami niewerbalnej komunikacji sięga w naszej kulturze czasów antycznych, powstało wiele prób ich systematyzacji. Jedną z najistotniejszych dla potrzeb językoznawstwa jest typologia gestów Davida McNeilla, który wyróżnia [za: Załazińska, 2006]:

- 1) gesty deiktyczne, tzw. deiksy – wskazujące konkretną rzecz lub elementy istniejące w abstrakcyjnej przestrzeni mentalnej osoby mówiącej;
- 2) uderzenia (*beats*) – zwane w innych podziałach batutami; są to intonacyjne, rytmiczne gesty związane z tokiem wypowiedzianych słów, podkreślające ich ważność, polegające na ruchach ręki w przestrzeni przed sobą;
- 3) gesty kohezyjne (spajające tekstu) – gesty łączące bliskie tematycznie elementy dyskursu, oddzielone czasowo od siebie w toku wypowiedzi;
- 4) gesty ikoniczne – gesty ujawniające bezpośrednie podobieństwo w swojej formie do struktury pojęciowej;
- 5) gesty metaforyczne – znaki procesów myślowych.

Najistotniejszym w rozwoju człowieka gestem jest deiktyczny gest wskazywania palcem. Żeby mógł on zaistnieć, dziecko musi przejść określoną drogę rozwoju motorycznego, poznawczego i społecznego.

Motoryczne uwarunkowania gestu wskazywania palcem

Wyodrębnienie palca wskazującego spośród pozostałych palców dłoni warunkowane jest przez odpowiednie bodźcowanie. Dzięki stymulacji możliwe jest prawidłowe rozwijanie się w korze mózgowej reprezentacji czuciowo-ruchowej dłoni,

2 Zgodnie z tą teorią, słysząc mowę, interpretujemy odbierane sygnały przez odniesienie się do motoryki artykulacyjnych gestów mówiącego. Wykorzystujemy wówczas inne procesy słuchowe niż na przykład podczas słuchania muzyki – odwołujące się do naszej wiedzy o wzorcach artykulacyjnych. Percepcja mowy właściwa jest wyłącznie gatunkowi ludzkiemu.

3 Dowodzi tego między innymi tzw. efekt McGurka. Wiele badań dzieci niewidzących wskazuje, iż wolniej rozwijają one mowę. Są też liczne analizy, które temu zaprzeczają – przeglądu badań dotyczących specyfiki rozwoju mowy (z uwzględnieniem poszczególnych podsystemów języka) dzieci z uszkodzeniami narządu wzroku dokonali Katarzyna Kaczorowska-Bray i Stanisław Milewski [2016].

ze szczególnym uwzględnieniem palców. Nadreprezentacja korowa dłoni (oraz twarzy, szczególnie ust), pozwalająca na dokładną kontrolę ruchów dłoni (i twarzoczaszki), umożliwia posługiwanie się ręką jako „[...] precyzyjnym narzędziem, dzięki któremu człowiek może oddziaływać na środowisko” [Zyss, 2011, s. 35–47]. Dojrzewanie homunkulusa ruchowego, „ludzika” o nieproporcjonalnie wielkiej głowie i wielkich rękach odzwierciedlających symbolicznie mapę somatotopową ciała ludzkiego (ruchowo-czuciową reprezentację kory mózgowej), przebiega według ściśle określonego porządku, który dyktowany jest przez rozwój sprawności motorycznych i manualnych [Zyss, 2011].

U zdrowego czuwającego noworodka dłoń jest częścią całości zgięciowego ułożenia ciała, dlatego ręka pozostaje przeważnie zamknięta, tj. kciuk jest przywiedziony w dłoń, a pozostałe palce zgięte. Rozwój motoryki ręki rozpoczyna prymitywny odruch chwytny, tj. szybkie i odruchowe zamykanie dłoni noworodka pod wpływem bodźca oraz następującego po nim tonicznego silnego trzymania. W czasie pierwszego i drugiego miesiąca życia podczas czuwania dziecka całościowe ułożenie zgięciowe gwałtownie maleje i dłonie coraz częściej pozostają lekko otwarte. Pod koniec trzeciego miesiąca, wskutek centralizacji napięcia mięśniowego, tułów staje się stabilny i kończyny mogą poruszać się w miarę swobodnie (do tej pory poruszały się tylko po bokach ciała). Dzięki temu ramiona mogą przemieścić się w kierunku przyśrodkowym, a dziecko ma możliwość obserwacji własnych rączek lub wyciągnięcia dłoni w kierunku atrakcyjnego przedmiotu (w czwartym miesiącu dłonie pozostają najczęściej półotwarte). Osiągnięcie linii środkowej umożliwia także dotknięcie się obu rąk na linii wzroku, co rozpoczyna prymitywną manipulację (dziecko w tym okresie zaczyna bawić się swoimi rączkami) oraz zwiastuje rozwój koordynacji „oko – ręka”, która w piątym miesiącu życia przybiera formę kierunkowego prostowania ramion w stronę zabawki [Hellbrugge i wsp., 2016, s. 134–135]. Doskonalenie tej umiejętności przynosi dziecku w szóstym miesiącu życia celny chwyt dłoniowy, tzn. że przedmioty bierze całą powierzchnią dłoni z wyprostowanym kciukiem (kciuk dotyka przedmiotu); ręka pozostaje w ułożeniu pronacyjnym (powierzchnia dłoni skierowana ku dołowi). W tym czasie pojawia się także umiejętność przekładania zabawki z jednej ręki do drugiej, co możliwe jest dzięki dwóm nowym, odmiennym dla każdej ręki funkcjom: świadomemu trzymaniu przedmiotu przez rękę biorącą (odruch chwytny powinien zaniknąć do końca szóstego miesiąca) oraz puszczaniu przedmiotu przez rękę podającą (czas rozluźniania palców nie powinien w tym wieku przekroczyć pięciu sekund). W kolejnych dwóch miesiącach życia następuje dalsze doskonalenie umiejętności chwytania, które zostaje wzbogacone o możliwość chwytania obiema rączkami, przy czym przedmiot zostaje w obu dłoniach jedynie przez kilka sekund. Oznacza to jednak, że niemowlę koncentruje swoją uwagę na dwóch dłoniach równocześnie. W tym samym czasie zmienia się także mechanika ręki i dziecko potrafi wziąć mniejsze przedmioty końcami palców (dystalnie), bez dotykania ich wnętrzem dłoni, tj. kilkoma zgiętymi palcami z wyprostowanym

kciukiem. W literaturze przedmiotu nie ma zgodności co do dokładnego momentu wystąpienia tej umiejętności, najczęściej przyjmuje się jednak, że powinien to być siódmy, ósmy miesiąc życia. Pojawienie się tego etapu w rozwoju motorycznym warunkuje w sposób fundamentalny także rozwój poznawczy, ponieważ opozycja palec wskazujący – kciuk stanowi podstawę gestu wskazywania. Doskonalenie się pozycji dłoni z przeciwstawnym kciukiem umożliwia dziecku ćwiczenie nowego sposobu chwytania – z wyprostowanym palcem wskazującym. Jest to tzw. chwyt pęsetowy, który powinien pojawić się w rozwoju pod koniec dziesiątego miesiąca [Hellbrugge i wsp., 2016, s. 134–135].

Stopniowe dojrzewanie ruchu chwytanego u dziecka następuje od większych mięśni barków i ramion do coraz drobniejszych, tj. mięśni nadgarstka, kciuka i wreszcie palca wskazującego. Rozwój chwytu i pojawienie się gestu wskazywania są zatem determinowane przez umiejętności dużej motoryki. Szczególnie ważne w tym zakresie jest osiągnięcie podparcia na wyprostowanych przedramionach, na wpół lub całkowicie otwartych dłoniach pod koniec szóstego miesiąca. Dzięki kontaktowi otwartej dłoni z podłożem oraz przeniesieniu części ciężaru ciała na dłonie możliwe jest doznawanie wielu wrażeń taktylnych: dotyku, ucisku, bólu, wibracji, zmian termicznych, wrażeń kinestetycznych⁴. Dziecko układane na rozmaitych podłożach nie tylko odczuwa podobieństwa i różnice ciężaru, oporu, kształtu, twardości, elastyczności i temperatury, stymulując w ten sposób rozwój kory czuciowej, lecz także uczy się rozpoznawać doświadczenia swojego ciała w zróżnicowanym środowisku (czucie proprioceptywne)⁵. Rozluźnienie palców i otwarcie dłoni jest istotne także dla rozwoju motoryki ręki, ponieważ początkowo dziecko chwyta przedmioty, dotykając ich wewnętrzną powierzchnią od strony łokciowej, tj. czterema palcami, bez użycia kciuka, a dopiero wraz z usprawnianiem się zdolności manipulacyjnych odsuwa je w stronę czubków palców – szczególnie palca wskazującego [Hellbrugge i wsp., 2016, s. 131], co daje motoryczne podstawy do pojawienia się gestu wskazywania.

Poznawcze uwarunkowania gestu wskazywania palcem

Neurobiologiczne podłoże gestów wskazuje jednak na to, iż nie są one jedynie działaniem motorycznym. Są również, a może przede wszystkim, aktem komunikacyjnym. Udowodnił to choćby przypadek pacjenta z apraxją, określanego w literaturze jako *IW*, który bez kontroli wzrokowej nie mógł celowo poruszać palcami rąk, a był zdolny gestykulować [Cole, Gallagher, McNeill, 2002]. Ponadto odnotowano przypadki, gdy uszkodzenia w okolicy ośrodków mowy Broki i Wernickego skutkowały

4 Klasyfikacja wrażeń taktylnych zob. Przezwański [1959].

5 Więcej o znaczeniu zmysłu dotyku zob. Siudak [2019].

również trudnościami w zakresie tworzenia i rozumienia gestykulacji [Iverson, Thelen, 1999]. Badania komunikacji osób niewidomych dowodzą, że niewidomi od urodzenia również gestykują, nawet podczas komunikacji z osobą niewidzącą [por. Załazińska, 2006; Bauer, 2008]. Gesty nie powstają zatem jedynie po to, aby ułatwić interlokutorowi odbiór komunikatu [Goldin-Meadow, 1999].

Jak twierdzi Aneta Załazińska:

Gesty nie są zatem motorycznym suplementem mowy, ani nie są mowie podległe, ale semantycznie i pragmatycznie z nią skoordynowane. Oczywiście gest nie jest czysto lingwistycznym czy komunikacyjnym fenomenem. Wymaga on kontroli motorycznej i w ten sposób jest ucieleśniony w bardzo pierwotny sposób. Pomimo że gest, a także mowa (w znaczeniu artykulacji) pierwotnie uzależnione są od możliwości ruchowych ciała, jako warunku koniecznego, to jednak daleko przekraczają one sferę czystej motoryki i przenoszą nas do przestrzeni semantycznej języka, która jest także przestrzenią pragmatyczną komunikacji. Język nie jest zatem redukowalny ani do czysto motorycznych, ani do czysto ideacyjnych aspektów. Jest użyciem ciała w celach komunikacyjnych definiowalnych przez zasady pragmatyczne [Załazińska, 2006, s. 87].

W odniesieniu do przywołanych badań i obserwacji należy zauważyć, iż gesty pełnią zarówno rolę intrapersonalną (biorąc udział w formułowaniu myśli – gestykulujemy również podczas monologu czy rozmowy telefonicznej), jak i interpersonalną (w procesie komunikacyjnym twarzą w twarz z rozmówcą używamy ich części). Podobnie jak słowa, są ściśle zależne od kontekstu – jeden gest może pełnić różne funkcje, również jednocześnie. Choć niektóre gesty stanowią ekwiwalenty słów, odmienna jest ich natura: „język mówiony ma charakter linearno-analityczny, a gesty globalno-syntetyczny” [Załazińska, 2006, s. 91]. Ów odmienny charakter języka mówionego i gestowego ma istotne znaczenie dla rozumienia rozwoju komunikacji w okresie niemowlęcym i poniemowlęcym, kiedy to przetwarzanie informacji bazuje początkowo na mechanizmach prawej półkuli mózgu, której program działania można określić jako globalny (symultaniczny, holistyczny), stopniowo zaś dla funkcji językowych przewagę zdobywa program linearny (sekwencyjny), właściwy dla półkuli lewej [por. Springer, Deutsch, 2004]. Linia rozwoju komunikacji przebiega zatem od znaczących gestów po słowa.

Choć w omawianym kontekście przywołuje się najczęściej istotne zmiany, jakie przynosi tzw. rewolucja dziewiątego miesiąca, to nie sposób bagatelizować ujawniających się wcześniej zdolności mentalnych, które stanowią kanwę dla kształtowania się gestów – naprzemienności ról i pola wspólnej uwagi. Liczne prace na temat rozwoju mowy dowodzą, iż język ma swoje prenatalne źródła, począwszy od okresu noworodkowego, rozwija się intensywnie wraz z istotnymi dlań funkcjami poznawczymi i społecznymi [Bokus, Shugar, 2007; Jusczyk, 2007; Siudak, 2015; 2018; Korendo, Bielenda-Mazur, 2016; 2018]. Naprzemiennosc obserwować

można w interakcji społecznej już u dziecka między drugim a trzecim miesiącem życia, kiedy to w kontakcie z opiekunem ujawnia się zamiana ról podczas wymiany komunikatów – zarówno werbalnych (ze strony opiekuna jest to najczęściej mowa matczyna, ze strony niemowlęcia repertuar zachowań werbalnych: wydawanych dźwięków samogłoskowych, spółgłoskopodobnych), jak i niewerbalnych (ekspresji taktylnej, mimicznej i motorycznej, ujawniającej się najczęściej w postaci ruchów kończyn) [zob. Tomasello, 2002; Białecka-Pikul, Stępień-Nycz, Karwała, 2014]. Colvyn Trevarthen nazwał te zachowania intersubiektywnością pierwotną, a intersubiektywnością wtórną określił działania ujawniające się pod koniec pierwszego roku życia, kiedy dziecko, posiadające już szereg doświadczeń związanych z eksploracją i manipulacją przedmiotami, zaczyna angażować się w działania oparte na braniu i dawaniu [za: Białecka-Pikul, Stępień-Nycz, Karwała, 2014]. Zabawy w branie i dawanie są ściśle zależne od sprawności motorycznej, ale stanowią istotny trening społeczny i komunikacyjny, w którym dziecko odkrywa możliwość zmiany ról ze sprawcy na odbiorcę. Elementy naprzemienności ról pojawiają się bardzo wcześnie (nawet w pierwszych tygodniach życia), ponieważ wskutek dojrzwania neuronów lustrzanych dziecko wpada w tzw. rezonans neurobiologiczny, dzięki któremu możliwe jest naśladowanie działań drugiego człowieka czy też współodczuwanie jego stanów emocjonalnych [Bauer, 2008]⁶. Jednakże rozkwit tych umiejętności przypada na dziewiąty miesiąc życia niemowlęcia, co warunkowane jest przede wszystkim przez możliwość naśladowania działań dorosłego oraz pojawienie się pola wspólnej uwagi. Stanowiąca podstawę do kształtowania się pola wspólnej uwagi zdolność podążania za spojrzeniem pojawia się stosunkowo wcześnie – zaobserwowano ją już u dwumiesięcznych dzieci. W tej grupie wiekowej odnotowano jednak jedynie naśladowanie spojrzeń kierowanych w lewo i prawo w pustej przestrzeni [Scaife, Bruner, 1975]. Bardziej wyraziste wyniki dały natomiast badania ośmiomiesięcznych dzieci. George Butterworth i Nicholas Jarrett [1991], sprawdzając zdolność podążania za wzrokiem osoby dorosłej, przebadali dzieci w wieku 6–18 miesięcy i wykazali, że dopiero w szóstym miesiącu życia dzieci zwracają się w tym samym kierunku co dorośli, ale patrzą na przypadkowy obiekt z prezentowanej pary. W dwunastym miesiącu życia dziecko ekstrapoluje położenie przedmiotu na podstawie kierunku spojrzenia matki. W wieku poniemowlęcym dzieci radzą sobie z lokalizacją przedmiotu, na który patrzy matka,

6 Teoria neuronów lustrzanych zakłada istnienie komórek neuronalnych, które w filogenezie wpłynęły na rozwój mowy człowieka, a w ontogenezie warunkują uczenie i w rezultacie przystosowanie do zasad językowych oraz społecznych. Rozwój ten następuje przez naśladownictwo, a możliwy jest dzięki umiejscowieniu komórek nerwowych odpowiedzialnych za generowanie mowy w tych samych obszarach mózgu co neurony odpowiedzialne za ruchowe działania człowieka. Tezę tę potwierdzają badania nad rozwojem mowy dziecka, wykazujące równoległy rozwój motoryki oraz języka już u niemowląt. Według Joachima Bauera mowa, będąca częścią lustrzanego układu, umożliwia ludziom wzajemne zrozumienie się przez wywoływanie w umyśle lustrzanych odbić wyobrażeń działań osób biorących udział w interakcji [zob. Bauer, 2008, s. 58].

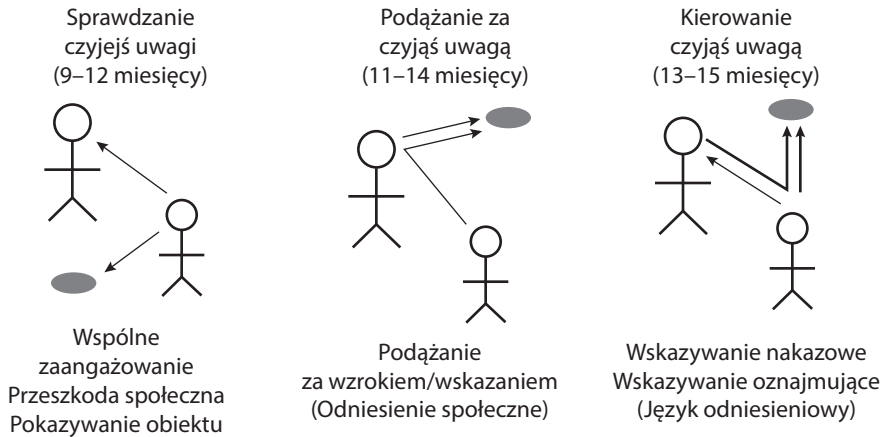
nawet gdy jest on poza ich polem widzenia, pod warunkiem, że nie ma innego „konkurencyjnego” przedmiotu.

W omawianym kontekście niezwykle istotne są spostrzeżenia Michaela Tomasello, który podkreśla rangę zmian, jakie zachodzą w umyśle dziecka od czasu, gdy skończy osiem miesięcy. Uznaje on, iż wówczas niemowlę zaczyna postrzegać innych jako istoty intencjonalne – „takie jak ja”, a czas rozpoczęcia owych zmian nazywa rewolucją dziewiątego miesiąca. Na mocy wspomnianej zdolności dziecko zaczyna posługiwać się narzędziami kulturowymi, spośród których najistotniejszy jest język. Wcześniej, w siódmym miesiącu życia, koncentruje się albo na manipulacji przedmiotem, albo na kontakcie z osobą, podczas gdy w dziewiątym miesiącu relacja staje się trójstronna: dziecko – obiekt (lub zdarzenie) – dorosły. Dzięki zaistnieniu pola wspólnej uwagi możliwe są: podążanie za wzrokiem (dziecko patrzy tam, gdzie patrzy dorosły), wspólne zaangażowanie (angażuje się w długie interakcje społeczne z udziałem obiektów), odniesienie społeczne (traktuje dorosłych jako społeczne punkty odniesienia) i uczenie się przez naśladowanie. Dziecko zaczyna kierować uwagą lub zachowaniem osób dorosłych, wskazując palcem czy podnosząc w ich kierunku przedmioty. Pośród gestów wskazywania palcem zauważyć można zarówno nakazy, jak i oznajmienia [Tomasello, 2002].

Badania Rogera Bakemana i Lauren B. Adamson [1984] dowiodły, że wraz z wiekiem maleje liczba interakcji jedynie z opiekunem na rzecz wspólnego, koordynowanego zaangażowania zarówno z osobą, jak i przedmiotem. Największa dynamika zmiany w tym zakresie przypada na czas po dwunastym miesiącu życia [zob. Białecka-Pikul, Stępień-Nycz, Karwala, 2014].

Badania longitudinalne z udziałem dzieci w wieku od 9 do 15 miesięcy, dotyczące wspólnej uwagi [za: Tomasello, 2002; Białecka-Pikul, Stępień-Nycz, Karwala, 2014], koncentrujące się na pomiarach w zakresie: wspólnego zaangażowania (dziecko koordynuje uwagę zarówno wobec przedmiotu, jak i eksperymentatora), podążania za spojrzeniem oraz wskazaniem, uczenia się przez naśladowanie, posługiwania się gestami wskazującymi oraz rozumienia i produkcji języka, wykazały, iż większość badanych dzieci przejawiała wszystkie te umiejętności, poza produkcją mowy, do dwunastego miesiąca życia. Najczęstszą kolejność wyłaniania się mierzonych umiejętności oraz czas, w którym one wystąpiły, prezentuje rysunek 1.

Gest wskazywania palcem, stanowiący osiowy objaw rozpoczynającej się rewolucji, powinien być traktowany jako istotny marker rozwojowy. Z badań Jana M. Iversona and Susan Goldin-Meadow wynika, że stosowanie tego gestu ma ścisły związek z rozwojem leksykalnym i syntaktycznym dzieci. Wyrażone początkowo gestem elementy leksykalne wcześniej pojawiają się w słowniku dziecka, natomiast kombinacje gestów i słów stanowią predykatory połączeń dwóch słów. Zdaniem badaczy wczesny gest może torować drogę do przyszłego rozwoju języka [Iverson, Goldin-Meadow, 2005], dlatego tak ważne jest jego pojawienie się w czasie rewolucji dziewiątego miesiąca.



Rysunek 1. Etapy rozwoju pola wspólnej uwagi

Źródło: Tomasello, 2002, s. 91.

Powyższe uwagi, wynikające z przywołanych badań, obligują do dostrzeżenia roli, jaką gesty, a szczególnie gest wskazywania palcem, pełnią w rozwoju osobniczym. W związku ze zwiększającym się odsetkiem dzieci z zaburzeniami rozwoju w badaniach przesiewowych należy poddać oglądowi nie tylko rozwój mowy, ale także rozwój niejęzykowych sprawności komunikacyjnych. Brak gestu wskazywania palcem w okresie niemowlęcym i poniemowlęcym stanowić może (między innymi) istotny marker wczesnej diagnozy autyzmu i zespołu Aspergera. Niewystąpienie tego gestu w pożądanym czasie powinno stanowić wskazanie do wywoływania go w procesie stymulacji czy też terapii psychologiczno-logopedycznej [Siudak, Bielenda-Mazur, w przygotowaniu].

Literatura

- Bakeman R., Adamson L.B., 1984, *Coordinating Attention to People and Objects in Mother-Infant and Peer-Infant Interaction*, „Child Development”, vol. 55, no. 4, s. 1278–1289.
- Bauer J., 2008, *Empatia. Co potrafią neurony lustrzane*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Białecka-Pikul M., Stępień-Nycz M., Karwala M., 2014, *Odkrywanie kompetencji komunikacyjnych niemowląt. Skala Wczesnej Komunikacji Społecznej jako przykład narzędzia pomiarowego*, „Psychologia Rozwojowa”, t. 19, nr 3, s. 51–68.
- Bokus B., Shugar G.W., 2007, *Psychologia języka dziecka – stare pytania, nowe dane, nowe hipotezy*, [w:] Bokus B., Shugar G.W. (red.), *Psychologia języka dziecka. Osiągnięcia, nowe perspektywy*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 9–32.
- Butterworth G., Jarrett N., 1991, *What minds have in common is space: Spatial mechanisms serving joint visual attention in infancy*, „British Journal of Developmental Psychology”, vol. 9(1), s. 55–72.
- Cole J., Gallagher S., McNeill D., 2002, *Gesture following deafferentation: A phenomenologically informed experimental study*, „Phenomenology and the Cognitive Sciences”, no. 1, s. 49–67.
- Goldin-Meadow S., 1999, *The role of gesture in communication and thinking*, „Trends in Cognitive Sciences”, vol. 3, no. 11, November, s. 419–429.

- Hellbrugge T., Lajosi F., Menara D., Schamberger R., Rautenstrauch T., 2016, *Monachijska funkcjonalna diagnostyka rozwojowa. Pierwszy rok życia*, Wrocław: Fundacja Promyk Słońca.
- Iverson J.M., Goldin-Meadow S., 2005, *Gesture paves the way for language development*, „Psychological Science”, vol. 16(5), s. 367–371.
- Iverson J.M., Thelen E., 1999, *Hand, Mouth and Brain. The Dynamic Emergence of Speech and Gesture*, „Journal of Consciousness Studies”, www.imprint-academic.com/jcs (dostęp: 20.07.2019).
- Jusczyk P.W., 2007, *Przyswajanie języka: dźwięki mowy i początki fonologii*, [w:] B. Bokus, G.W. Shugar (red.), *Psychologia języka dziecka. Osiągnięcia, nowe perspektywy*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 63–99.
- Kaczorowska-Bray K., Milewski S., 2016, *Specyfika rozwoju umiejętności komunikacyjnych dzieci z uszkodzeniem narządu wzroku*, [w:] Kaczorowska-Bray K., Milewski S. (red.), *Wczesna interwencja logopedyczna*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Uniwersalis, s. 260–283.
- Korendo M., Bielenda-Mazur E., 2016, *Znaczenie kategoryzacji dla rozwoju mowy dziecka*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Logopaedica V”, s. 176–185.
- Korendo M., Bielenda-Mazur E., 2018, *Neurobiologiczne reguły diagnozy i terapii neurobiologicznej*, [w:] B. Szoftysek (red.), *Progres neonatologii a postawa terapeutów wczesnego wspomagania rozwoju*, Tarnów: Tarnowska Szkoła Wyższa, s. 26–35.
- Kurcz I., 1992, *Język a psychologia*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Kurcz I., 2011, *Charakterystyka kompetencji językowej – wytwarzanie i percepcja mowy*, [w:] I. Kurcz, H. Okuniewska (red.), *Język jako przedmiot badań psychologicznych. Psycholingwistyka ogólna i neurolingwistyka*, Warszawa: Wydawnictwo Academica, s. 66–79.
- Kurcz I., Tomaszewski P., 2011, *Powstawanie i ewolucja języka*, [w:] I. Kurcz, H. Okuniewska (red.), *Język jako przedmiot badań psychologicznych. Psycholingwistyka ogólna i neurolingwistyka*, Warszawa: Wydawnictwo Academica, s. 45–65.
- Przezwański R., 1959, *Zjawiska dotykowe i wibracyjne. Wybrane problemy badawcze*, „Zeszyty Problemowe Nauki Polskiej”, z. XVI: *Kompensacja czynności narządów zmysłowych*, s. 165–204.
- Scaife M., Bruner J., 1975, *The Capacity for Joint Visual Attention in the Infant*, „Nature”, no. 253, s. 265–266.
- Siudak A., 2015, *Czy rozumienie ma swoje prenatalne początki?*, [w:] M. Błasiak-Tytuła, M. Korendo, A. Siudak (red.), „Nowa Logopedia”, t. 6, Kraków: Collegium Columbinum, s. 65–78.
- Siudak A., 2018, *Neurobiologiczne podstawy prenatalnej stymulacji narządu słuchu*, [w:] M. Błasiak-Tytuła, A. Siudak (red.), *Neurologopedia*, t. 1, Kraków: Wydawnictwo WiR, s. 63–72.
- Siudak A., 2019, *Fizjologiczne i patologiczne aspekty inwolucji zmysłów – cz. 2: Dotyk, smak i węch*, [w:] B. Kazek, J. Wojciechowska (red.), *Zmysły w procesie starzenia*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 185–208.
- Siudak A., Bielenda-Mazur E., [w przygotowaniu], *Neurorozwojowy wymiar gestu wskazywania palcem – rozwój i stymulacja*.
- Springer S., Deutsch G., 2004, *Lewy mózg, prawy mózg – z perspektywy neurobiologii poznawczej*, Warszawa: Wydawnictwo Prószyński i S-ka.
- Tomasello M., 2002, *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Załaźńska A., 2006, *Niewerbalna struktura dialogu w poszukiwaniu polskich wzorców narracyjnych i interakcyjnych zachowań komunikacyjnych*, Kraków: Wydawnictwo Universitas.
- Zyss T., 2011, *Neurofizjologiczne podłoże procesu mówienia – rola somatosensorycznej kontroli zakrętów zaśrodkowych*, [w:] M. Michalik (red.), „Nowa Logopedia”, t. 2, Kraków: Collegium Columbinum, s. 35–45.

Streszczenie

W niniejszym opracowaniu przedstawione zostały zagadnienia związane z pojawieniem się w rozwoju dzieci gestu wskazywania palcem, który można uznać za kluczową zdobycz tzw. rewolucji dziewiątego miesiąca. Autorki rozpatrują znaczenie gestu w kontekście rozwoju ruchowego, poznawczo-językowego i społecznego. Podkreślając na jego neurobiologiczne podłoże, omawiają rozwój umiejętności komunikacyjnych determinujących pojawienie się gestu wskazywania palcem.

Abstract

The article presents issues related to the emergence of the pointing gesture in children's development, which can be considered the key achievement of the so-called "revolution of the ninth month". The authors discuss the significance of the gesture in the context of motor, cognitive-linguistic and social development. Making a reference to its neurobiological basis, they discuss the development of communication skills that determine the emergence of the pointing gesture.

Michalina Biernacka* 

Fonodydaktyka w kształceniu akademickim przyszłych logopedów i nauczycieli języka polskiego jako obcego/drugiego

Phonodidactics in academic education of speech therapists and teachers of polish as a foreign/second language

Słowa kluczowe: fonodydaktyka, logopedia międzykulturowa, nauczanie wymowy, język polski jako obcy

Keywords: phonodidactics, intercultural speech-language pathology, teaching pronunciation, Polish as a foreign language

Wprowadzenie

Oczekiwania, jakie rynek pracy stawia współczesnym humanistom, ewoluują szybciej niż programy nauczania na uczelniach wyższych (por. refleksje Doroty Ciechanowskiej [2014]). I choć zwykle zmiany te nie są możliwe do przewidzenia, to jednak procesy globalizacyjne i powszechne migracje ludności od wielu lat silnie wpływają na rozwój takich dziedzin jak glottodydaktyka polonistyczna (nauczanie języka polskiego jako obcego/drugiego) czy logopedia międzykulturowa. Ze względu na to, że w obszarze zainteresowań obu nauk znajduje się skuteczne porozumiewanie się w języku polskim osób z doświadczeniem migracji, uznano, iż słuszne będzie otwarcie kształcenia przyszłych lektorów i logopedów na możliwości poszerzania wiedzy oraz uzyskiwania praktycznych umiejętności z zakresu fonodydaktyki polonistycznej¹.

Aby sprostać temu zadaniu, od roku akademickiego 2014/2015 autorka niniejszego artykułu proponuje studentom kilku kierunków na Wydziale Filologicznym

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Lingwistyki Stosowanej i Kulturowej, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: michalina.biernacka@uni.lodz.pl, <https://orcid.org/0000-0002-2414-9745>

¹ Termin rozumiany jako metodyka nauczania języka polskiego jako obcego w zakresie podsystemu fonicznego.

Uniwersytetu Łódzkiego zajęcia z fonetyki korektywnej (wcześniejsza nazwa: trudności w nauczaniu wymowy polskiej cudzoziemców). Przedmiot można wybrać w ramach tzw. bloku B (zajęcia do wyboru) zarówno na filologii polskiej (szczególnie cenne dla studentów w trakcie lub po specjalizacji Nauczanie języka polskiego jako obcego/drugiego), jak i na logopedii (z audiologią). Dodatkowo mogą się na nie zapisać studenci z różnych neofilologii, uczęszczający na specjalizację glottodydaktyczną. Co istotne, do roku akademickiego 2018/2019 ani w ramach wspomnianej specjalizacji, ani na logopedii nie ma programowo zagwarantowanych innych zajęć poruszających wspomniane treści, co wpływa na dużą popularność przedmiotu. Nie jest to czymś nietypowym – przegląd programów nauczania różnych polskich uczelni pozwolił ustalić, że nauczanie wymowy polskiej cudzoziemców jest jednym z wielu aspektów poruszanych raczej w trakcie innych zajęć, na przykład z metodyki nauczania (języka polskiego jako obcego), podsystemów języka polskiego (wymowy, pisowni, gramatyki, słownictwa), w zakresie sprawności nadawczych i odbiorczych (m.in. w ramach studiów lub specjalizacji glottodydaktycznych na Uniwersytecie Jagiellońskim, Uniwersytecie Warszawskim czy Uniwersytecie Gdańskim²). Na kierunkach logopedycznych w Polsce fonodydaktyka polonistyczna ani – czego bardziej można by się spodziewać – logopedia międzykulturowa nie są uwzględniane w planach studiów. Trzeba jednak dodać, że logopedia międzykulturowa jest nową ścieżką rozwoju tej interdyscyplinarnej nauki i niewiele jest osobnych opracowań na ten temat³. Za główne przyczyny takiego postępowania prawdopodobnie uznać należy brak wykształconej w tym zakresie kadry akademickiej oraz konieczność zmieszczenia wszystkich podstawowych przedmiotów, które według osób odpowiedzialnych za powstanie kierunku studiów pozwalają na uzyskanie kwalifikacji zawodowych. W niniejszym tekście podejmuje się jednak próbę udowodnienia, że w obrębie obu dyscyplin koncentrowanie uwagi przyszłych logopedów i glottodydaktyków na zagadnieniach fonodydaktycznych wzbogaca warsztat zawodowych umiejętności o niezwykle cenne obecnie kompetencje służące pracy z osobami z doświadczeniem migracji, a sam przedmiot – jako niezwykle praktyczny – może skutecznie zachęcić studentów do dalszego rozwoju zawodowego.

Zasadne wydaje się wobec tego odniesienie w tym miejscu do spostrzeżenia Kazimierza Denka, który pisze:

Nasze uniwersytety, aby znaleźć się wśród najlepszych tego typu uczelni w Unii Europejskiej, muszą odpowiedzieć na pytania, jak: zwiększyć odsetek studentów z najlepszymi postępami w nauce oraz zmniejszyć różnice w osiągniętych przez nich wynikach; odejść od szablonów;

2 Jako osobny przedmiot wykładane bywało na przykład na Uniwersytecie Marii Curie-Skłodowskiej (nauczanie cudzoziemców wymowy polskiej), Uniwersytecie Śląskim (podstawy fonetyki i poprawnej wymowy polskiej z elementami emisji głosu) czy Uniwersytecie Wrocławskim (nauczanie wymowy polskiej).

3 Mimo wszystko wspomnieć należy ważną pozycję książkową pod redakcją Ewy Czaplowskiej [2018].

wzmocnić swoją obecność w naukowych programach europejskich; konfrontować się z nauką światową; prowadzić zajęcia dydaktyczne na najwyższym poziomie w sensie społecznym, merytorycznym, metodycznym i utylitarnym [Denek, 2013, s. 11],

a także do opinii nauczycieli innych języków obcych, którzy doceniają rolę fonodydaktyki [m.in. Szpyra-Kozłowska, 2013] czy też postulatów *Speech Pathology Australia*, sugerujących powszechną edukację logopedów w kierunku pracy z wielojęzycznymi dziećmi, ich rodzinami i tłumaczami⁴.

Opis zajęć

Głównym celem proponowanych zajęć było poszerzenie wiedzy słuchaczy o informacje dotyczące sposobów nauczania wymowy różnych osób z doświadczeniem migracji: osób niepolskiego pochodzenia, dzieci dwujęzycznych, dzieci reemigrantów. Sytuacja geopolityczna pokazuje bowiem, że w polskich przedszkolach i szkołach każdego szczebla nieustannie przybywa osób potrzebujących specjalistycznej opieki w zakresie polszczyzny, w tym podsystemu fonicznego (osób, których trudności determinowane są również interferencyjnie). Nadal dość rzadko poloniści bądź neofilologowie mają doświadczenie w zakresie nauczania obcokrajowców, dlatego też coraz częściej placówki próbują zatrudniać nauczycieli, którzy odebrali również wykształcenie glottodydaktyczne czy przeszkolonych międzykulturowo logopedów – zakładając, że rozumieją oni nowe wyzwania i potrafią im sprostać. Warto podkreślić, że choć logopedzi nie są nauczycielami języka polskiego jako obcego, to często mając pod swoją opieką osoby dwu- czy wielojęzyczne (którym przecież też zdarzają się różnego rodzaju zaburzenia mowy), zmuszeni są do zapoznania się między innymi z gramatyką funkcjonalną, aby przekazywanie językowej wiedzy było dostosowane do adresata.

Pierwszy cykl zajęć dla obu kierunków miał charakter pilotażowy, sprawdzano bowiem, jakimi formami pracy da się najlepiej i najskuteczniej przedstawić problemy związane z nauczaniem wymowy cudzoziemców (co początkowo – szczególnie logopedom – jawiło się jako coś niestandardowego). Należało przewidzieć nie tylko zróżnicowany układ i tematykę zajęć (osobno dla filologów i logopedów), lecz również proporcje między teorią a praktyką czy typ zaliczenia na koniec semestru. Czym innym jest bowiem wdrażanie zagadnień fonodydaktycznych na kursach języka polskiego, a czym innym dostosowywanie diagnozy i terapii logopedycznej do potrzeb osób niepolskiego pochodzenia. Mimo różnic w podejściu istotne było jednak takie udoskonalenie samego procesu przekazywania wiedzy, aby tematyka zajęć była dla studentów jak najbardziej interesująca i motywująca do własnych metodycznych

4 <https://www.speechpathologyaustralia.org.au/> (za: <http://edukacjadwujezyczna.com/>).

odkryć. Niezwykle ważne jest tu zrozumienie, że mimo wszelkich ograniczeń – czasowych, finansowych, lokalowych itp. – praca z osobami z doświadczeniem migracji, której celem jest przeprowadzenie skutecznego treningu fonetycznego, wymaga ogromnego skupienia na jednostce, zindywidualizowania zarówno procesu nauczania, jak i niezadko samej diagnozy trudności, a generalizacja sposobu postępowania w zasadzie ogranicza się do wprowadzania nielicznych, wyjątkowo lubianych przez metodyka typów ćwiczeń. Niestety, doświadczenia pokazują, że lektorzy języków obcych, także polskiego jako obcego, niechętnie wprowadzają podczas zajęć ćwiczenia fonetyczne, zwykle uznając je za nudne, żmudne lub zbyt czasochłonne. Logopedzi zaś zwykle próbują pozostać przy standardach postępowania, które sprawdzają się w pracy z Polakami. Wobec powyższego stwierdzono, że zapał do wykorzystywania właściwych ćwiczeń percepcyjno-artykulacyjnych należy wzmacniać już na etapie kształcenia akademickiego (nie należy liczyć na jakieś późniejsze szkolenia, w których nauczyciele czy specjaliści mogą przecież nigdy nie wziąć udziału)⁵.

W trakcie kilku lat pracy udało się wyróżnić obligatoryjne treści, które można podzielić na kilka modułów:

Moduł I – System fonologiczny:

- system fonologiczny polszczyzny na tle innych (wybranych) języków świata,
- nieznanne/mniej znane głoski, elementy prozodii, układy sylab, zjawiska fonetyczne itp. w innych językach świata (np. mlaski, tony, faryngalizacja, języki gwizdane).

Moduł II – Tzw. miejsca trudne:

- tzw. miejsca trudne w nauczaniu wymowy polskiej cudzoziemców,
- trudności w zakresie nabywania polskiego systemu, zależne od języka pierwszego uczących się.

Moduł III – Podstawy terminologiczne:

- glottodydaktyczne, np. kompetencja fonologiczna, okres wrażliwy, system foniczny, język pierwszy, drugi, obcy, odziedziczony, fonodydaktyka, fonetyka korektywna, interferencja, zmiana kodów,
- logopedyczne, np. słuch mowny, nawyki artykulacyjne, dentalizacja, kinestezja artykulacyjna.

Moduł IV – Nauczanie wymowy:

- zasady i metody nauczania wymowy języka polskiego jako obcego,
- typy ćwiczeń percepcyjnych i artykulacyjnych (dotyczących prozodii i głosek, grup głosek),

⁵ Motywacja do uczestnictwa w zajęciach była bardzo różna i choć nie przeprowadzono żadnej ankiety, która mogłaby to sprecyzować, już pierwsze dyskusje na zajęciach wykazały znaczące rozbieżności. Studenci deklarowali zarówno zainteresowanie tematem (np. ze względu na licznych znajomych obcego pochodzenia lub bliskich przebywających za granicą i borykających się z podobnymi problemami w trakcie opanowywania innego języka), chęć pogłębienia wiedzy, jak i zwykłą chęć uzupełnienia punktów ECTS nowym przedmiotem.

- logopedyczne metody wywoływania, utrwalania i automatyzacji głosek, akcentu oraz intonacji,
- ludyczność w nauczaniu wymowy.

Moduł V – Lapsologia:

- błąd w glottodydaktyce i fonodydaktyce (klasyfikacje błędów, rodzaje, fosylizacja), norma językowa a glottodydaktyczna,
- sposoby korekty (podejścia do zjawiska błędu, przewidywanie błędów, profilaktyka).

Moduł VI – Bilingwizm:

- dwu- i wielojęzyczność;
- nabywanie systemu języka pierwszego i kolejnych, typowe zjawiska językowe towarzyszące wielojęzyczności, niepokojące zachowania językowe,
- opanowywanie języka polskiego jako obcego, drugiego, odziedziczonego i języka edukacji szkolnej.

Moduł VII – Logopedia międzykulturowa:

- diagnoza osób z doświadczeniem migracji,
- planowanie terapii i jej przeprowadzanie.

Różnice między zajęciami dla logopedów i glottodydaktyków dotyczyły zarówno wyboru treści nauczania (spomiędzy zaproponowanych modułów)⁶, jak i sposobu prezentacji poszczególnych zagadnień czy uzupełniania brakującej wiedzy z określonego zakresu. Tematy umieszczono w tekście artykułu zbiorczo, aby łatwiej było uchwycić ich spektrum (jest to i tak pewien wybór, będący efektem kilkuletniej pracy).

Prawidłowa realizacja zadań praktycznych nie mogłaby mieć miejsca, gdyby nie zajęcia teoretyczne – może nieco mniej ciekawe. Niektóre tematy nie wymagały dodatkowego wsparcia uatrakcyjnającego, ponieważ wydawały się interesujące dla wszystkich. Należały do nich tzw. miejsca trudne w zakresie systemu fonicznego polszczyzny, typy ćwiczeń fonetycznych oraz sposoby korekty błędów. Pierwszy z wymienionych tematów dotyczył prezentacji kłopotliwych samogłosek i ich połączeń (system wokaliczny), spółgłosek i ich połączeń (system konsonantyczny) oraz akcentu i intonacji wraz z odstępstwami (system prozodyczny). Same miejsca trudne są o tyle interesujące, że zwykle studenci intuicyjnie podają na przykład wymowę tzw. samogłosek nosowych i dziwią się, że większe kłopoty może sprawiać szereg [i/ɨ/ɛ]. Egzemplifikacje bywają zaś śmieszne czy dwuznaczne (np. [kurka] zamiast *córka*, [kɔxanka na gas] zamiast *kuchenka*, [ʦɨpko] zamiast *szybko*). Sposoby korekty są natomiast wdzięcznym tematem, gdyż za pomocą odpowiednich przykładów łatwo symulować konkretne sytuacje lekcyjne i prosić o wskazanie właściwej reakcji. Jest to temat bliski studentom – zazwyczaj przywołują oni wtedy swoje wrażenia i doświadczenia z lektoratów i innych zajęć przedmiotowych. Wspólna dyskusja

⁶ Na przykład logopedzi zwykle nie wymagali omawiania metod wywoływania, utrwalania i automatyzacji głosek, akcentu oraz intonacji, a uczestnicy specjalizacji nauczycielskiej nie potrzebowali zajęć na temat diagnozy i terapii logopedycznej.

z łatwością wyjaśnia, które typy poprawy błędów mogą okazać się najskuteczniejsze (które prowadzą do autokorekty, prowokują do refleksji czy też niewystarczająco angażują uczącego się). Aby ta część zajęć nie była jednak oparta jedynie na dyskusji czy wyliczaniu typów korekty, klasyfikacji błędów bądź samych różnic wynikających z odmienności terminologicznych (np. błąd językowy a błąd wymowy, fonetyczny, artykulacyjny, glottodydaktyczny, interferencja a wymowa nienormatywna), wprowadzano różne ćwiczenie warsztatowe⁷. Są one o tyle ciekawe, że pokazują studentom między innymi trudność, jaką jest szybkie i właściwe zareagowanie na popełniony błąd (choć pracują oni w grupach i mają na to około 10 minut, a nie ułamki sekund).

Omawianie ćwiczeń fonetycznych, a właściwie sprawdzanie ich na sobie, ponieważ studenci wcielali się w rolę obcokrajowców i rozwiązywali zadania, okraszane było często śmiechem, a także słuszną niekiedy krytyką poszczególnych technik. Takie samodzielne przetestowanie zadań pozwalało wczuć się w sytuacje, z którymi na co dzień spotykają się obcokrajowcy, a także dostrzec dobre i złe strony poszczególnych technik. Co więcej, uzmysławiało niektórym, że nie wierzą w skuteczność bądź atrakcyjność jakiegoś typu ćwiczenia i nie powinni – lub przynajmniej powinni z większą ostrożnością – z niego korzystać (np. do powszechnie nie lubianych technik należy technika numeru, której stosowanie może okazać się korzystne, lecz jedynie, jeśli prowadzący ćwiczenia nie zniechęci do niej swoim osobistym nastawieniem). Bardzo często słuchacze niemal od razu orientowali się, że niektóre techniki są trudne i mogą zniechęcać (np. ze względu na konieczność nakładania się kilku procesów myślowych podczas ich realizacji, jak wariacje techniki numeru), a inne należy najpierw bardzo dobrze samodzielnie opanować, aby w trakcie zajęć rzeczowo i bez wątpliwości móc z nich szybko skorzystać (m.in. zaczerpnięte z logopedii metody wywoływania dźwięków). Atrakcyjne było również wprowadzanie technik niestandardowych (takich jak rytmogesty i schematy artykulacyjne), zaczerpniętych z metody psychostymulacyjnej Małgorzaty Młynarskiej i Tomasza Smereki [2000], wykorzystywanie elementów programowania neurolingwistycznego (m.in. pisanie historii o głoskach z wykorzystaniem wszystkich zmysłów) czy wprowadzanie elementów wizualizacyjnych, korzystanie z programów bądź platform typu fonem.eu, polfon.upol.cz, wymowapolska.pl.

Jak widać, testowanie rozmaitych technik nauczania, choć oparte na klasyfikacjach i teorii z zakresu glottodydaktyki, jest jednak działaniem praktycznym. Uważa się bowiem, że wyliczanie samych przykładowych technik nauczania nie jest

7 Przykładowo: studenci losowali określone błędy wymawianiowe i musieli na kilka różnych sposobów na nie zareagować (choćby przez przeformułowanie, elicytację, wykorzystanie gestu czy elementu konsternacji), a następnie ustalić najskuteczniejszą reakcję na błąd określonego typu. W tym i wielu innych ćwiczeniach warsztatowych posługiwano się informacjami zgromadzonymi w poradniku metodycznym *Znajdź z polskim wspólny język* [Biernacka, 2016].

wystarczającym sposobem kształcenia przyszłych lektorów czy logopedów. Aby potrafili oni *ad hoc* w ramach potrzeby zastosować właściwe ćwiczenia, muszą – jeszcze przed fazą praktyk – nauczyć się oceniania ich skuteczności i celowości.

Zadania praktyczne

Wszystkie tematy zostały tak opracowane, aby na każdych zajęciach studenci mieli okazję obejrzeć i posłuchać (lub tylko posłuchać) określone typy realizacji polskich dźwięków mowy⁸ oraz struktur prozodycznych. Teoria, która stanowi trzon wiedzy potrzebnej do właściwej pracy z cudzoziemcami, bez empirycznego poznania poszczególnych sposobów wymowy, niewiele wnosi w metodyczny warsztat. Trudność stanowi oczywiście praca na nagraniach, ponieważ do tego potrzebne jest odpowiednie wyposażenie techniczne sal, jednak obecnie tego typu argumenty wydają się już niestosowne⁹. Nie ma wątpliwości, że liczne odsłuchy, do których zachęcani byli studenci (niekiedy wielokrotne wysłuchiwanie jednego wyrazu), najlepiej pokazują, na co warto uczulić ucho, które cechy obcej wymowy są często przesiewane przez sito fonologiczne Polaka i ignorowane, czy też jakie zmiany realizacyjne dość łatwo da się wychwycić audytywnie, a jakie wymagają włączenia percepcji wzrokowej. Warto nadmienić, że wszystkie tego rodzaju ćwiczenia spotykały się z entuzjazmem studentów i mimo znużenia (niekiedy na analizę trzydziestosekundowego nagrania należało poświęcić kilkanaście minut) dawali oni wyraz przekonaniu, że ta część zajęć jest najciekawsza i najwartościowsza. Same nagrania w większości stanowiły archiwum autorki, jednak dostęp do internetu umożliwiał włączanie nagrań dostępnych na YouTubie (np. z programu *Europa da się lubić*). Najbardziej interesujące okazały się jednak analizy nagrań przynoszonych przez studentów, którzy rejestrowali wymowę swoich znajomych czy członków rodziny mieszkających poza Polską. Największy nacisk położono na analizę wymowy osób angielskojęzycznych (zarówno Brytyjczyków, jak i Amerykanów), niemieckojęzycznych, francuskojęzycznych, hiszpańskojęzycznych (powodem była popularność tych języków i to, że często znane były one uczestnikom zajęć), a także Ukraińców i Wietnamczyków, których dość dużo zamieszkuje województwo łódzkie (a więc potencjalnie większe jest prawdopodobieństwo, że w przyszłej pracy zawodowej studenci będą z nimi pracować).

Oglądanie filmów z udziałem cudzoziemców mówiących po polsku było pierwszym etapem w nabywaniu umiejętności dekodowania zmian artykulacyjnych. Wplecenie w program zajęć elementów fonetyki percepcyjnej zdecydowanie ułatwia pierwszy odbiór: usprawnia proces rozpoznawania różnic – choćby przez możliwość

8 Ze względów stylistycznych terminu używa się synonimicznie do *głoski*.

9 Co prawda gmach Wydziału Filologicznego Uniwersytetu Łódzkiego jest dobrze wyposażony, w każdej sali są komputer, nagłośnienie i telewizor lub rzutnik, jednak wydaje się, że laptop z głośnikami w warunkach trudniejszej pracy to coś, co zapewne wszędzie da się zastosować.

antycypowania z kontekstu, sugerowania się mimiką czy gestykulacją, spostrzegania sposobu ułożenia warg czy pracy języka. Kontynuacją procesu rozwoju tych umiejętności były próby dekodowania wymowy i jej zapisu za pomocą alfabetu fonetycznego¹⁰ wyłącznie ze słuchu. I choć sytuacje takie w zasadzie nieczęsto zdarzają się w codziennej pracy (zwykle, gdy lektor czy logopeda proszeni są o konsultację), pomagają skutecznie uczyć na pewne zjawiska. Należy nadmienić, że przyczyną licznych nagrań tylko do odsłuchu były też uwarunkowania prawne (w autorskim archiwum znajdują się też filmy, których bohaterowie podpisali zgody na odtwarzanie nagrań do celów naukowo-dydaktycznych, nie zgodzili się jednak na pokazywanie samych filmów, twarzy). Atrakcyjne było również słuchanie nagrań, na których ten sam fragment tekstu odczytywany był przez osoby różnych narodowości, a następnie porównywanie popełnianych przez nie błędów. Te ćwiczenia prowadzono na podstawie nagrań zgromadzonych przed kilku laty na potrzeby badań empirycznych do pracy doktorskiej (tekst własny, spreparowany tak, aby zawierał wszelkie trudne polskie głoski i połączenia, a także kłopotliwe prozodycznie wyrazy z różną akcentuacją lub intonacją). Co więcej, wspólnie lub indywidualnie próbowano określać – na podstawie usłyszanych błędów – skąd może pochodzić osoba mówiąca lub jakim językiem pierwszym się posługuje.

Wszystkie te działania miały na celu uruchomienie pewnego nowego sposobu postrzegania błędów u osób wielojęzycznych, po pierwsze – uwrażliwienia na labilność interjęzyka, a po drugie – konieczność zrozumienia, że nie ma stałych czy wręcz skostniałych rozwiązań. Wymowa, zarówno w języku pierwszym, jak i w kolejnych, zależy od licznych czynników, takich jak warunki anatomiczno-czynnościowe, wiek, predyspozycje, motywacja, zdolności, słuch fizjologiczny, muzyczny i mowny, pamięć słuchowa i fonetyczna oraz wiele innych. Nie na wszystkie uczący się ma wpływ, zadaniem nauczyciela lub logopedy (w odpowiednich sytuacjach) jest więc poszukiwanie przyczyn określonych różnic w artykulacji względem rodzimych użytkowników języka i takie zaprogramowanie treningu fonetycznego, aby możliwe było osiągnięcie sukcesu (jeśli jest on możliwy¹¹). Uważa się bowiem, że rola

10 Zapis wymowy alfabetem fonetycznym to osobny temat, który wart jest rozwinięcia. Z braku miejsca należy jednak wspomnieć choćby to, że na większości polskich uniwersytetów studenci filologii polskiej i logopedii uczeni są wyłącznie zapisu wymowy za pomocą sławistycznego alfabetu fonetycznego – z rzadka studenci logopedii potrafią również zapisywać realizacje zdeformowane [Porayski-Pomsta i wsp., 2013]. I choć to zazwyczaj wystarcza, uważa się, że logopeda, który chce diagnozować i prowadzić terapię osób niejednojęzycznych, a także nauczyciel języka polskiego jako obcego powinni znać przynajmniej podstawy międzynarodowego alfabetu fonetycznego [Rybka, 2015]. Idealna diagnoza (i niekiedy terapia) jest bowiem dwujęzyczna, spostrzeżenia powinny być zaś zapisane tak, aby dało się odnieść je do polszczyzny (porównywanie realizacji w dwóch czy więcej językach ma charakter relacyjny względem polszczyzny), ponadto tylko zapis międzynarodowy jest w stanie skonsultować specjalista od danego języka obcego (także zagraniczny).

11 W praktyce zdarzają się różni uczący się, na przykład z doświadczeń autorki przywołać warto Kameruńczyka, który – mimo zgryzu otwartego – niemal wzorcowo realizował wszystkie polskie głoski, a także Hinduski, która ze względu na zbyt krótkie wędzidełko podjęzykowe nie mogła artykułować

wykładowcy akademickiego nie polega wyłącznie na przekazywaniu skomplikowanej, specjalistycznej wiedzy, ale również na wskazywaniu dróg dalszego rozwoju i krytycznego podejścia do zgromadzonych faktów.

Samo przekazywanie przez pracownika – nauczyciela akademickiego wiedzy studentowi nie wystarcza, aby należycie wykonywać obowiązki dydaktyczne. Chodzi o to, żeby pracownik naukowo-dydaktyczny kreował właściwe relacje uczestników kształcenia, budził w studencie zdolność bycia aktywnym, kreatywnym i innowacyjnym oraz odpowiedzialnym za swe postępy w nauce. W warunkach coraz łatwiejszego i szerszego dostępu do wiedzy bardziej palącą koniecznością niż jej przekazywanie staje się to, gdzie ją znaleźć, spożytkować i pomnożyć. Skoro student ma dostępną w zasięgu ręki wiedzę, to pracownik naukowo-dydaktyczny ma go skłonić do jej poszukiwania, pomóc mu w ocenie, co jest wartościowe, i ją uporządkować [Denek, 2013, s. 11].

Zaliczenie końcowe

Wymienione zadania, które studenci mieli wykonywać w trakcie całego semestru zajęć (a także inne, których nie sposób wymienić ze względu na ograniczenia tekstu), prowadziły do końcowego zaliczenia. W ciągu kilku lat sposób zaliczenia przedmiotu kilkakrotnie się zmieniał, natomiast efekt uzyskany w roku akademickim 2018/2019 zdaje się wreszcie optymalny. Nie zdecydowano się na żaden test, ponieważ zajęcia z założenia miały być praktyczne i warsztatowe, a teoria to podwalina wiedzy opanowanej i weryfikowanej za pomocą oceny poszczególnych umiejętności¹². Konspekt zajęć fonetycznych też nie byłoby dobrym pomysłem, gdyż nie wszyscy studenci ukończyli specjalizację Nauczanie języka polskiego jako obcego/drugiego, a więc nie wiedzieli, jak tego rodzaju scenariusze pisać. Poza tym w trakcie semestru wielokrotnie udowodniano, że systematyczne i konsekwentne ćwiczenie słuchu i artykulacji przez kilka do kilkunastu minut podczas każdej lekcji¹³ daje lepsze rezultaty niż półtoragodzinne spotkania odbywane co jakiś czas (zwykle nie ma na nie czasu, szkoły nie uwzględniają ich w programach nauczania, a lektor nie chce przez całe lekcje ćwiczyć wymowy, gdyż nie wie jak – nie wspominając o tym, że takie zajęcia bywają po prostu męczące dla obu stron i są niekiedy trudniejsze do przygotowania).

większości spółgłosek (nie tylko dentalizowanych) wyłącznie w języku polskim, po angielsku – dzięki wieloletnim kompensacjom – brzmiała jak rodowita Brytyjka.

12 Przykładowo autorce zajęć zależało na sprawdzeniu, czy student wie, z jakimi trudnościami zwykle mierzą się konkretne narodowości, czy potrafi zaprogramować odpowiedni trening fonetyczny, uwzględniając zarówno percepcję, jak i artykulację, czy wie, jak stymulować rozwój mowy dzieci bilingwalnych czy też w jaki sposób i na jakim poziomie reagować na poszczególne błędy wymowy.

13 Wbrew powszechnym opiniom praca logopedy jest wielotorowa, nie zajmuje się on wyłącznie ćwiczeniami artykulacji, stąd i dla tych studentów taki sposób zaliczenia nie był odpowiedni.

Ostatecznie postanowiono, że zaliczenie będzie mieć charakter dwuetapowego projektu, wymagającego od studentów zastosowania wiedzy z zajęć i odrobiny kreatywności. Pierwszym zadaniem było, po wylosowaniu jakiejś trudności fonetycznej (np. zamiana głoski [ʂ] na [s], zachowywanie dźwięcznego wygłosu obstruentów, stała akcentuacja oksytoniczna), ustalenie, dla jakich narodowości może być kłopotem (i wyjaśnienie dlaczego), a następnie samodzielne wymyślenie co najmniej dwóch różnych ćwiczeń percepcyjnych i dwóch różnych ćwiczeń artykulacyjnych, które mogłyby w danym zakresie usprawnić wymowę obcokrajowców. Drugie zadanie polegało na zdobyciu minutowego nagrania cudzoziemca mówiącego po polsku (studenci mogli korzystać z internetu lub przygotować własne nagrania), sporządzeniu transkrypcji tekstu dowolnym alfabetem fonetycznym, a następnie ocenienie realizacji i opisanie zjawisk fonetycznych, do których najczęściej dochodziło w trakcie wypowiedzi (określenie, co wymagałoby ćwiczeń).

Prace końcowe były na bardzo różnym poziomie, lecz ogólnie uznać trzeba, że wszyscy wykazali się zaangażowaniem, a niektórzy wręcz niesamowitą pomysłowością (wymyślano krzyżówki słowne i obrazkowe, wierszyki czy zadania wykorzystujące ruch). Ocena prac była trudna, ponieważ wymagała wiele czasu. Jednak wysiłek, jaki studenci musieli włożyć w proces przygotowania projektu, wart był podjęcia decyzji o działaniowej formie zaliczenia.

Zakończenie

Jak już wspomniano, nie dość wyraźne eksponowanie zagadnień fonodydaktycznych na specjalizacjach z nauczania języka polskiego jako obcego czy kierunkach logopedycznych nie wynika z ignorowania problemów, jakie determinuje niepoprawna artykulacja, lecz zwykle jest efektem braków kadrowych i dopasowywania się do ograniczonej liczby przedmiotów (a co z tego wynika i punktów ECTS), które zrealizować mogą/muszą studenci. Warto więc podkreślić, że tekst nie ma na celu krytykowania osób odpowiedzialnych za poszczególne specjalizacje czy kierunki na polskich uczelniach¹⁴, sugeruje jednak rozwój akademików również w tym zakresie, aby kształcenie nowych glottodydaktyków i logopedów odpowiadało na aktualne potrzeby.

Warte uwagi wydało się więc naświetlenie problemu, jakim jest brak długofalowego kształcenia w zakresie fonodydaktyki (przykładowo: dwoje zajęć w ramach przedmiotu metodyka nauczania języka polskiego jako obcego daje jedynie możliwość przybliżenia podstawowych zagadnień). Wydaje się też, że braki w kształceniu akademickim w tym zakresie to jedna z przyczyn, dla których lektorzy języka polskiego jako obcego tak często po macoszemu traktują trening fonetyczny w swojej

¹⁴ Autorka, jako opiekun specjalizacji na Uniwersytecie Łódzkim, zdaje sobie sprawę z możliwości i wyzwań organizacyjnych.

praktyce zawodowej (albo wcale takich ćwiczeń nie wprowadzają, uznając, że postępy w wymowie są efektem zalania językiem i nie trzeba poświęcać na to czasu, albo korzystają jedynie z ćwiczeń dostępnych w podręcznikach kursowych – zwykle dobrych, acz niewystarczających¹⁵). Logopedzi zaś – mimo systematycznie rosnącej liczby dzieci i dorosłych wielojęzycznych, którzy pojawiają się w gabinetach – niewystarczająco zapoznani są z różnicami między akwizycją języka a uczeniem się polskiego jako obcego bądź też zbyt wielką wiarę pokładają w jednojęzycznej (polskiej) diagnozie. Jest to temat niezwykle ważny, coraz częściej podkreślany również przez polskich badaczy (analiza błędów powinna być międzyjęzyczna, aby ustrzec się przed ewentualnymi nieprawidłowościami w diagnozie¹⁶). Co więcej, wiedza z zakresu fonodydaktyki może być również wykorzystana poza Polską, choćby dlatego, że Polacy coraz częściej migrują i zdarza się, iż przebywając w innych krajach, potrzebują specjalistów (tak też rozwijają się popularne dziś kursy językowe oraz diagnozy i terapii logopedyczne online).

Istotne jest więc otrzymanie szansy na zdobycie choćby podstawowej wiedzy i umiejętności przed rozpoczęciem praktyki. Sytuacja, w której młody lektor trafia w grupie studentów na kilka osób obarczonych znacznymi trudnościami w opanowywaniu wymowy i przez długi czas nie widzi postępów ani nie potrafi zrozumieć najprostszych wypowiedzi, jest naprawdę trudna. Podobnie logopeda, który nie jest w stanie ocenić, czy popełniane błędy są rezultatem interferencji, czy też głoski w języku polskim są deformowane, może czuć się zdezorientowany i popełniać strategiczne błędy w diagnozie i terapii, przez co również nie będzie skuteczny. Aby uchronić specjalistów przed błędami, których skutki odczuwać będą uczący się czy pacjenci, należy więc działać zawczasu i zadbać o odpowiednio sprofilowaną edukację. Tym bardziej cieszy fakt, że są takie uczelnie w Polsce, które uwzględniają fonodydaktykę w podstawie programowej studiów/specjalizacji glottodydaktycznych, a także że na Uniwersytecie Łódzkim możliwość taką otrzymują również studenci logopedii.

15 Coraz więcej jest publikacji, z których można w tym zakresie korzystać. Należą do nich zarówno poradniki dla lektorów i logopedów [Karczmarszuk, 1987; Tambor, Maciołek, 2012; Biernacka, 2016], jak i podręczniki pełne ćwiczeń [Madelska, 2010; Majewska-Tworek, 2010; Kołaczek, 2017; Bednarska-Adamowicz, Dembińska, Małycka, 2019]. Podręczniki kursowe w tym aspekcie powinny stanowić jedynie pierwsze źródło podstawowych ćwiczeń, przyświeca im bowiem zwykle podejście uniwersalistyczne i nie uwzględniają błędów interferencyjnych, charakterystycznych dla poszczególnych (różnych) narodowości.

16 Zdarza się, że diagnozowane są jakiegoś typu zaburzenia mowy, podczas gdy w mowie dziecka dwujęzycznego zachodzą zmiany charakterystyczne dla osób dwujęzycznych (np. zmiany kodów). Bywa i odwrotnie, przykładowo: dziecko ma zaburzenia fonologiczne lub deficyty słuchu, a jego wymowa oceniana jest jako poprawna, aczkolwiek kształtująca się (za źródło błędów podawana jest wielojęzyczność).

Literatura

- Bednarska-Adamowicz K., Dembińska K., Małycka A., 2019, *Łatwo ci mówić! Ćwiczenia fonetyczne dla obcokrajowców uczących się języka polskiego*, Warszawa: Start Polish.
- Biernacka M., 2016, *Znajdź z polskim wspólny język. Fonetyka w nauczaniu języka polskiego jako obcego*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Ciechanowska D., 2014, *Akademickie kształcenie pokolenia Y w perspektywie zmian w dydaktyce szkoły wyższej*, [w:] Ciechanowska D. (red.), *Perspektywy zmian w praktyce kształcenia akademickiego*, Szczecin: Oddział Regionalny Towarzystwa Wiedzy Powszechnej, s. 177–195.
- Czaplewska E. (red.), 2018, *Logopedia międzykulturowa*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Denek K., 2013, *Uniwersytet. Między tradycją a wyzwaniem współczesności i przyszłości*, „Edukacja Humanistyczna”, nr 1(28), s. 7–21.
<http://edukacjadwujezyczna.com> (dostęp: 10.07.2019).
<http://fonem.eu> (dostęp: 10.07.2019).
<http://polfon.upol.cz> (dostęp: 10.07.2019).
<https://www.speechpathologyaustralia.org.au> (dostęp: 10.07.2019).
<http://wymowapolska.pl> (dostęp: 10.07.2019).
- Karczmarczyk B., 1987, *Wymowa polska z ćwiczeniami*, Lublin: Wydawnictwo Polonia.
- Kołaczek E., 2017, *Testuj swój polski – Fonetyka*, Kraków: Wydawnictwo Prolog.
- Madelska L., 2010, *Posłuchaj, jak mówię (Podręcznik ucznia; Poradnik dla rodziców i nauczycieli; Film dydaktyczny). Materiały do ćwiczenia słuchu i wymowy dla dzieci oraz dla dorosłych, uczących się języka polskiego jako obcego*, Wiedeń: Artjam-studios.
- Majewska-Tworek A., 2010, *Szura, szumi i szeleści. Ćwiczenia fonetyczne nie tylko dla cudzoziemców*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Atut.
- Młynarska M., Smereka T., 2000, *Psychostymulacyjna metoda kształtowania i rozwoju mowy oraz myślenia*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Porayski-Pomsta J., Kwasiborska-Dudek J., Jauer-Niworowska O., Lipiec D., Więcek-Poborczyk I., Golanowska M., Malinowska A., 2013, *Znaki fonetyczne do zapisu poprawnych i zdeformowanych realizacji fonemów języka polskiego w alfabetach międzynarodowym i slawistycznym*, Gdańsk: Przedsiębiorstwo Glottispol.
- Rybka P., 2015, *Międzynarodowy alfabet fonetyczny w slawistyce*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Szpyra-Kozłowska J., 2013, *Sukcesy i porażki fonodydaktyki języka polskiego jako obcego. Uwagi postronnej obserwatorki*, „Poradnik Językowy”, nr 2, s. 7–21.
- Tambor J., Maciołek M., 2012, *Głoski polskie. Przewodnik fonetyczny dla cudzoziemców i nauczycieli uczących języka polskiego jako obcego*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Streszczenie

Celem artykułu jest wykazanie istotnych treści nauczania z zakresu fonodydaktyki polonistycznej, które – jak się uważa – powinny być obowiązkowe na takich kierunkach lub specjalizacjach, jak nauczanie języka polskiego jako obcego/drugiego czy logopedia. Przeobrażający się świat i coraz większa liczba osób wielojęzycznych w Polsce determinują określone zmiany w programach nauczania, które uwzględniają pracę z osobami z doświadczeniem migracji. Na przykładzie autorskich zajęć wymienia się te zagadnienia, które w opinii autorki tekstu powinny być omawiane w trakcie studiów, aby uchronić adeptów obu dyscyplin przed popełnianiem błędów podczas praktyki zawodowej.

Abstract

The aim of this paper is to show relevant teaching topics of Polish language phonodidactics, which, as it is believed, should be obligatory in such majors or specializations as teaching Polish/second language to foreigners or speech-language pathology. The changing world and the growing number of multilingual people in Poland determine specific changes in universities that include work with people with migration experience. The issues in question should be discussed during the course of studies in order to prevent students of both disciplines from making mistakes during their professional practice.

Aneta Domagała* 

Rozpad sprawności leksykalnych u pacjenta z otępieniem umiarkowanym w chorobie Alzheimera a możliwości komunikowania się z otoczeniem

Disintegration of lexical skills and the ability to communicate with the environment in the patient with moderate dementia in Alzheimer's disease

Słowa kluczowe: anomia, choroba Alzheimera, nazywanie konfrontacyjne, wypowiedzi dialogowe, wypowiedzi monologiczne

Keywords: anomy, Alzheimer's disease, confrontational naming, dialogic utterance, monologic utterance

Wprowadzenie

W literaturze przedmiotu powszechnie wskazuje się, że anomia jest wiodącym objawem patologii mowy w chorobie Alzheimera (por. stan badań w przeglądach dokonanych w piśmiennictwie polskim [Marczewska, 1994; Domagała, 2015; Sitek, 2018]). Dokładna ocena zaburzeń leksykalnych, jako punkt wyjścia do projektowania zindywidualizowanych oddziaływań terapeutycznych w aspekcie terapii pośredniej, nie zawsze może jednak zaistnieć w praktyce. W naszym kraju postępowanie diagnostyczne utrudnia/uniemożliwia brak rozwiązań systemowych w stosunku do grupy pacjentów z chorobami otępiennymi; bariery formalne związane z opieką zdrowotną, organizacyjne i ekonomiczne powodują, że zdecydowana większość chorych nie ma dostępu do opieki logopedycznej nawet w wymiarze podstawowym. Dodatkowo z powodu zaburzeń poznawczych i pozapoznawczych wraz z postępem choroby tylko część pacjentów jest

* Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Zakład Logopedii i Językoznawstwa Stosowanego, ul. Sowińskiego 17, 20-040 Lublin, e-mail: aneta.domagala@poczta.umcs.lublin.pl, <https://orcid.org/0000-0001-5955-5164>

zdolna poprawnie funkcjonować w sytuacji diagnostycznej, w roli osoby badanej – poddać się zaplanowanym procedurom [Domagała, 2015]. Samo badanie nie może być długie, męczące dla chorego ani też zbyt obciążające czasowo, organizacyjnie czy ekonomicznie opiekuna. W przypadku choroby Alzheimera (i innych chorób otępiennych) na etapach diagnozy i terapii logopedów przestrzega się ponadto przed działaniami wyzwalającymi u pacjentów silne negatywne emocje: obnażaniem deficytów, konfrontowaniem z brakiem elementarnych sprawności językowych, narażaniem na porażkę.

W artykule podjęto problem ubożenia słownictwa w otępieniu – oceny rozpadu sprawności leksykalnych i ustalania oddziaływań postdiagnostycznych, w kontekście możliwości poprawy komunikowania się pacjenta z otoczeniem w życiu codziennym. Sięgnięto po przypadek z własnej praktyki zawodowej, co do którego możliwe było zgromadzenie odpowiedniego materiału empirycznego dla potrzeb rozpoznania logopedycznego.

Materiał badawczy

W niniejszym artykule wykorzystano materiał badawczy dotyczący pacjenta z chorobą Alzheimera, pozostającego w umiarkowanej fazie otępienia. Siedemdziesięcioletni mężczyzna objęty opieką poradni specjalistycznych (lekarz prowadzący: neurolog) to podopieczny domu dziennego pobytu dla osób z chorobą Alzheimera i chorobami pokrewnymi, ma także stałego opiekuna rodzinnego (córkę). Dzięki zgodzie i zaangażowaniu opiekuna możliwa była w tym przypadku realizacja badań logopedycznych:

- 1) w warunkach domowych (po postawieniu diagnozy choroby Alzheimera mężczyzna kilka lat wcześniej zamieszkał z córką i jej rodziną, jest wdowcem),
- 2) w poradni, w placówce służby zdrowia (w porozumieniu z lekarzem prowadzącym),
- 3) w domu dziennego pobytu, w placówce opiekuńczej (mężczyzna został objęty w placówce opieką długoterminową z uwagi na pracę zawodową córki).

Do celów niniejszego opracowania analizie poddano materiał empiryczny uzyskany w toku:

- 1) badania nazywania konfrontacyjnego – z wykorzystaniem 132 obrazków z kategorii: zwierzęta, owoce, warzywa, przedmioty codziennego użytku (poszczególne kategorie badano osobno w czasie kolejnych spotkań w domu/poradni);
- 2) badania sprawności monologowych – z ukierunkowaniem na opowiadanie i opis jako podstawowe formy wypowiedzi mówionej, z wykorzystaniem materiałów graficznych (dwóch historyjek obrazkowych oraz dwóch ilustracji) oraz bez materiałów pomocniczych (opowiadanie o zdarzeniach z własnego życia, opis sytuacji – wypowiedzi tematyczne podejmowane przez badanego w czasie spotkań w domu/poradni);

3) badania sprawności dialogowych – tematyka podejmowana przez badanego w czasie spotkań w domu/poradni/placówce opiekuńczej, w sytuacjach oficjalnych i nieoficjalnych (różnicowanych na gruncie logopedii [Grabias, 2001], co jest istotne w opisie zachowań językowych w otępieniu [Hamilton, 1994]).

Badania każdorazowo były rejestrowane przy użyciu dyktafonu cyfrowego, następnie cały zgromadzony materiał empiryczny został poddany transkrypcji.

W kontekście możliwości komunikowania się pacjenta z otoczeniem w życiu codziennym obserwacji zachowań pacjenta dokonano w warunkach domowych (z poszerzeniem o informacje od opiekuna) oraz w placówce opiekuńczej, w domu dziennego pobytu (z poszerzeniem o informacje od personelu placówki).

Opisywany tu przypadek odnosi się do choroby Alzheimera o późnym początku. Mężczyzna legitymuje się wykształceniem średnim, przez całe życie był aktywny zawodowo jako pracownik umysłowy w różnych urzędach państwowych. Dzieciństwo i wczesną młodość spędził na wsi, potem zamieszkał w mieście. Rozpoznanie choroby postawiono po zakończeniu pracy zawodowej. W okresie podlegającym ocenie logopedycznej pacjent pozostawał w umiarkowanej fazie otępienia w przebiegu choroby Alzheimera, z ogólnym wynikiem w skali MMSE (ang. *Mini Mental State Examination*) nie niższym niż 15 punktów (zgodnie z dokumentacją medyczną z poradni i dokumentacją z placówki opiekuńczej – badania oceniające orientacyjnie zaawansowanie choroby wykonywano w placówkach kilkakrotnie).

Rezultaty badań. Ocena sprawności leksykalnych

Ocena sprawności leksykalnych na podstawie prób nazywania konfrontacyjnego wskazuje na ubożenie słownictwa czynnego i odpowiada obrazowi zaburzeń mowy w chorobie Alzheimera na etapie otępienia umiarkowanego. Wyniki analizy ilościowej pozwalają odnotować, że dla badanych kategorii leksykalno-semantycznych (tu: zwierzęta, owoce, warzywa, przedmioty codziennego użytku) liczba poprawnych odpowiedzi stanowi ogółem około 39%. Wyniki analizy jakościowej przemawiają za względnie dobrym zachowaniem słownictwa podstawowego, nabywanego w rozwoju osobniczym relatywnie wcześnie (w literaturze przedmiotu stwierdza się, że w otępieniu w chorobie Alzheimera kluczowe znaczenie ma czas akwizycji; wyrazy nabywane w ontogenezie najwcześniej pozostają zachowane najlepiej, niektóre aż do późnego stadium choroby [Cuetos, Gonzalez-Nosti, Martinez, 2005]). Rezultaty badania obrazuje poniższe zestawienie (pogrubioną czcionką zaznaczono poprawne odpowiedzi; brak pogrubienia nazwy oznacza brak poprawnej odpowiedzi dotyczącej desygnatu prezentowanego na obrazku):

1) zwierzęta (około 40% poprawnych odpowiedzi):

pies, kot, krowa, koń, świnia, koza
baran, owca, kogut, kura, kaczka, gęś
królik, indyk, motyl, pająk, osa, mucha

wróbek, ryba, kret, żaba, mrówka, biedronka

wilk, lis, sarna, zając, wiewiórka, jeź

małpa, słoń, lew, tygrys, żyrafa, niedźwiedź

wielbłąd, zebra, osioł, kangur, foka, krokodyl

żółw, ślimak, mysz, chomik, wąż, komar

2) owoce i warzywa (około 33% poprawnych odpowiedzi):

jabłko, gruszka, śliwka, wiśnie, porzeczki, agrest

pomidor, ogórek, cebula, czosnek, kapusta, sałata

marchewka, **pietruszka**, burak, **ziemniak**, por, seler

rzodkiewka, kukurydza, groszek, papryka, dynia, kalafior

3) przedmioty codziennego użytku (około 42% poprawnych odpowiedzi):

łyżka/łyżeczka, **talerz**, miska, łyżeczka, nóż/**nożyk, widelec**

kubek/**garnuszek**, szklanka, filiżanka, dzbanek, słoik, **butelka**

stół, **krzesło**, szafa, łóżko, fotel, kanapa

kuchnia/kuchenka gazowa, lodówka, **kosz**, stółek, fartuch, ścierka

telewizor, **radio**, lampa/**lampka**, biurko, półka, regał

zegar, telefon, obraz, wazon/**dzbanek, stolik**, gazeta

żelazko, **odkurzacz**, szczotka, szufelka, żarówka, nożyczki

parasolka, laska, koszyk, torba, **walizka**, pieniądze/**pieniążki**

młotek, gwóźdź, świeca, **zapałki, igła**, nici

ławka/ławeczka, płot, grabie, łopata, **beczka**, drabina

W celu przybliżenia zjawisk w tabeli 1 zaprezentowano dla kategorii zwierzęta, jako materiał egzemplifikacyjny, wyciąg z badania zawierający zestawienie odpowiedzi pacjenta wraz z komentarzem dotyczącym jego zachowań językowych/reakcji w przypadku zaistnienia trudności z wykonaniem zadania.

Tabela 1. Rezultaty w próbie nazywania konfrontacyjnego – dla kategorii zwierzęta

	Desygnat	Odpowiedź pacjenta
1	pies	<i>piesek</i>
2	kot	<i>kotek</i>
3	krowa	<i>krówka</i>
4	koń	<i>konik</i>
5	świnia	<i>świnka</i> (po dłuższym namyśle: <i>Yyy... to jest świnka</i>)
6	koza	<i>koza</i> (po dłuższym namyśle: <i>No i ta... Jak ona się nazywa... No... koza</i>)
7	baran	<i>baran</i>
8	owca	<i>baran</i> ; potem: <i>pani</i> (po wskazówce: <i>baran i...</i>); potem: <i>ona</i> (po wskazówce: <i>baran i o...</i>); potem: brak reakcji, także po podpowiedzi badającego: <i>ow... ow...</i>
9	kogut	<i>kogut</i>
10	kura	<i>kurka</i>
11	kaczka	<i>kura</i> ; potem: sygnalizacja błędu – <i>To nie kura</i> i natychmiastowe przejście do kolejnego obrazka i podanie poprawnej jego nazwy; potem: <i>kaczka</i> (po chwili, po dopytaniu przez badającego)

	Desygnat	Odpowiedź pacjenta
12	gęś	<i>gęś</i>
13	królik	<i>królik</i>
14	indyk	<i>indyk</i>
15	motyl	<i>Yyy... to jest... mmm...</i> (oznaki zniecierpliwienia, mlaskanie); potem: <i>motyl</i> (po wskazówkach: <i>lata na łące, piękne kolory...</i>); usprawiedliwianie się: <i>A to jakoś... to trudno po-powiedzieć... bo tak teraz... za mało chodziłem.</i>
16	pająk	<i>pluskwy</i> (po wskazówce: <i>chodzi po ścianie...</i>); potem: brak reakcji, także po podpowiedzi: <i>pa...</i> ; potem: brak skojarzeń z wyrazem pajęczyna – jedynie potwierdzenie: <i>Robi pajęczynę</i>
17	osa	<i>osa</i>
18	mucha	<i>mucha</i> (po dłuższym namyśle: <i>A to jest... mucha</i>)
19	wróbel	<i>wróbel</i> (po dłuższym namyśle i przywołaniu hiperonimu: <i>To jest... yyy ten... ptak, ptak, ptak... wróbel</i>)
20	ryba	<i>rybka</i>
21	kret	niemożność przypomnienia sobie nazwy, wycofywanie się: <i>Zapomniałem w tej chwili; To jak on się nazywa?</i> ; po podpowiedziach badającego (np. <i>Ryje pod ziemią...</i>), jedynie potwierdzenie (<i>No, no, ryje, ryje, tak</i>)
22	żaba	<i>żabki</i> ; poprawione na: <i>żabka</i>
23	mrówka	<i>mucha</i> (z wahaniem: <i>To jest mucha... jakaś tam</i>); potem: <i>osa</i> (po dopytaniu przez badającego: <i>Nie, nie, nie, to nie jest mucha... jakaś tam... to jest osa chyba. Prawda?</i>)
24	biedronka	niemożność przypomnienia sobie nazwy, dopiero po podpowiedzi badającego: <i>Bie... biedron...</i> – badany potwierdza: <i>Biedronka, tak.</i>
25	żółw	<i>rybka</i> (z wahaniem: <i>Tu rybka chyba... by... jest</i>); usprawiedliwianie się: <i>Wie pani co, jak ja poszedłem na studia, to nie mówiłem o tym. Nic, tylko nauka, nauka, nauka... Tak mi wyleciało z głowy, wszystko, wie pani...</i> [badający: <i>No, nieraz się zapomina</i>] <i>Pięć, pięć lat, wie pani, studiów, to to tak... jeszcze później ćwiczenia były, jeszcze rok prawda, w Warszawie.</i>
26	ślimak	niemożność przypomnienia sobie nazwy; dopiero po podpowiedzi badającego: <i>Śli... śli...</i> – badany kończy wyraz: <i>Ślimak, ślimak, ślimak</i>
27	mysz	niemożność przypomnienia sobie nazwy, także po podpowiedzi badającego (<i>Kot ją ściga...</i>) – <i>Kot ściga to... ten...</i> ; dopiero po podpowiedzi: <i>Kot łapie... my...</i> – badany kończy wyraz: <i>Myszkę</i>
28	chomik	niemożność przypomnienia sobie nazwy (lub rozpoznania desygnatu), rezygnacja: <i>A to już nie wiem dokładnie, co to jest. Coś takiego...</i>
29	wąż	<i>rybka</i> (z wahaniem: <i>A to jest... to jest... rybka... jakaś taka...</i>)
30	komar	<i>muszka; mucha</i> (z wahaniem: <i>A tu muszka jakaś taka. Mucha</i>)
31	wilk	brak prób wskazania nazwy, milczenie
32	lis	niemożność przypomnienia sobie nazwy, także po podpowiedziach badającego (np. <i>Po kury przychodzi do kurnika; Rudy, chytry...</i>), mimo dużego zaangażowania i wysiłku badanego: <i>Tak, ale jak on się nazywa...</i> ; usprawiedliwianie się: <i>Wie pani, tak z pięć lat... nie miałem, nie miałem styczności, bo tylko studia, studia, ale nie na ten temat, wie pani</i> ; potem: po dopytaniu, czy dawno nie widział lisa, przyznaje, że widział ostatnio i opowiada historię, jaka mu się zdarzyła (po zakończeniu opowiadania sam powraca do nazywania kolejnych obrazków)

	Desygnat	Odpowiedź pacjenta
33	sarna	poszukiwanie nazwy z przywołaniem zaimka: <i>A to jest ta... to jest ta... jak ona się nazywa...</i> ; potem rezygnacja: <i>Właśnie wyleciało mi z głowy.</i>
34	zając	próba omówienia: <i>A ten... coś takie, co łapie... ptaszki łapie... te... jakieś jednostki mniejsze...</i> ; potem: potwierdza, że zwierzę jest podobne do królika; po podaniu nazwy przez badającego robi uwagi: <i>Jakoś tak śmiesznie stoi, wie pani; Tak, tak, stoi na... ten.</i>
35	wiewiórka	<i>wąż</i> ; z próbą omówienia: <i>A to coś podobnego do... ten... tylko, że tu ma długi ogon... A to jest wąż. Nie?</i> (ze wskazaniem podobieństwa do zająca z poprzedniego obrazka i przywołaniem nazwy 'wąż', która pojawiła się już wcześniej); dopiero po podpowiedzi badającego: <i>Wie-wiór...</i> – badany kończy wyraz: <i>Wiewiórka</i>
36	jeź	niemożność przypomnienia sobie nazwy, rezygnacja: <i>A to już nie wiem, to już nie wiem</i> ; po podpowiedziach badającego (np. <i>Z kolcami...</i>), jedynie potwierdzenie (<i>A wiem, widzę, że kolce ma</i>)
37	małpa	<i>papugi</i> (z sygnalizacją błędu i komplikacji wynikających z odmienności leksyki w różnych językach: <i>A to są te... papugi chyba. Jak się nazywa po polsku... mów... się nie mówi po polsku... ten... jako papuga... tylko...</i>)
38	słoń	z próbą omówienia: <i>A to jest ten... no, no, tak wali...</i>
39	lew	<i>wilk</i> (z przywołaniem nazwy, która pojawiła się już wcześniej: <i>To... to są... to jest... wilk</i>)
40	tygrys	poszukiwanie nazwy z przywołaniem zaimka: <i>A tu jest... no jakiś... jakiś...</i> ; potem rezygnacja
41	żyrafa	poszukiwanie nazwy z przywołaniem zaimka: <i>A tu jest ta...</i> ; potem rezygnacja: <i>Ta... ta... hmm... to nie przychodzi nic do tego...</i> ; dopiero po podpowiedzi badającego: <i>Żyra...</i> – badany kończy wyraz: <i>Żyrafa</i>
42	niedźwiedź	rezygnacja, usprawiedliwianie się: <i>To... to już... Wie pani, że już nie oglądam chyba z pięć lat.</i>
43	wielbłąd	niemożność przypomnienia sobie nazwy; po podpowiedziach badającego (np. <i>Ten z garbem; Na pustyni...</i>), jedynie potwierdzenie (<i>Tak, z garbem</i>); dopiero po podpowiedzi badającego: <i>Wiel...</i> – badany kończy wyraz: <i>Wielbłąd</i>
44	zebra	<i>konik</i>
45	osioł	<i>konik</i>
46	kangur	<i>lis</i> (z wahaniem: <i>A to jest lis chyba... nie...</i>); usprawiedliwianie się: <i>Wie pani, dawno nie miałem do czynienia nic... bo stale, stale z czymś innym pracowałem w Warszawie... i... i tak</i>)
47	foka	<i>rybki</i> (z potwierdzeniem: <i>A to są rybki. Rybki</i>)
48	krokodyl	<i>wójt</i> (groźnym tonem: <i>O ten... ten w-wójt. Tak</i>)

Źródło: opracowanie własne

Materiał egzemplifikacyjny zamieszczony w tabeli 1 pozwala rozpoznać trudności leksykalne ujawniające się w próbie nazywania konfrontacyjnego:

1. W kategorii leksykalno-semantycznej zwierzęta jako poprawne można zakwalifikować 19 nazw podanych przez badanego (na 48 wymaganych odpowiedzi). Badany udzielił bezzwłocznie 13 prawidłowych odpowiedzi. Odpowiedzi poprawnych, ale poprzedzonych dłuższym namysłem, także z przywołaniem hiperonimu (*ptak – wróbel*) lub zaimka (*ta – ona – koza*) było pięć, dodatkowo jedna odpowiedź (*motyl*) została podana po udzieleniu przez badającego wskazówek semantycznych.

2. Dobrze utrwalone okazały się nazwy zwierząt domowych, zwłaszcza hodowlanych. Można to wiązać z doświadczeniem osobniczym – badany mężczyzna wychował się w środowisku wiejskim, jego rodzina miała gospodarstwo rolne. W czasie spotkań z logopedą chory chętnie o tym opowiadał. Powszechnie używane nazwy owadów czy drobnych ssaków (typu: *pająk*, *kret*, *mysz*), również stale obecnych w jego doświadczeniu, nie zostały jednakże zaktualizowane. Podobnie nazwy zwierząt leśnych i zwierząt egzotycznych sprawiły choremu poważne problemy – nie uzyskano tu żadnej poprawnej odpowiedzi.
3. Spośród 19 nazw zakwalifikowanych jako poprawne siedem miało formę deminutywną (*konik*, *świnka*, *rybka* itp.). W kategorii leksykalno-semantycznej zwierzęta – z uwagi na tendencję do zdrabniania zaobserwowaną także w kolejnych kategoriach semantycznych – warto zwrócić uwagę na następujące użycia: *kurka* ‘kura’ obok *kura* ‘kaczka’ oraz *mucha* ‘mucha’ obok *muszka*, *mucha* ‘komar’, a także: *konik* ‘koń’ obok *konik* ‘zebra’, *konik* ‘osioł’. Zdrobnienia mogłyby w takich przypadkach sygnalizować, że chory ma poczucie nieadekwatności użytych nazw – to nie *mucha*, tylko (jakaś) *muszka*; to nie *koń*, tylko (jakiś) *konik*.
4. Niepoprawność odpowiedzi wiązała się najczęściej z występowaniem neologizmów semantycznych w formie przeniesienia nazw wskutek podobieństwa znaczeń. W polu leksykalnym zwierzęta odnotowano najwięcej przypadków kohiponimii (łącznie 15 wystąpień), niemniej jednak wypowiedzi pacjenta dowodzą poczucia nieadekwatności przywoływanych przez siebie nazw (tu: cechy prozodyczne, modalność – przykładowo: *A to jest lis chyba... nie... ‘kangur’*). Sygnałów nieadekwatności nie było tylko w jednym przypadku: *rybki* ‘foka’ (z potwierdzeniem: *A to są rybki. Rybki*) – błąd ten może być jednak związany z taksonomią zwierząt w tym obszarze i niewłaściwym wyborem hiperonimu (foka jako ssak przystosowany do życia w wodzie mylnie bywa uważana za rybę). Warto zauważyć, że relacja hiperonimii znalazła odzwierciedlenie w aktualizacji nazw podczas badania i została skutecznie wykorzystana do przywołania hiponimu: *ptak, ptak, ptak... wróbel* (w tym wypadku był to jednak prototypowy egzemplarz kategorii). Poza polem leksykalnym zwierzęta sytuje się jedynie substytut: *wójt* ‘krokodyl’ – uzasadnieniem dla niego może być konotacja semantyczna: ‘ważny, ze szczególną pozycją w określonym środowisku, groźny’ (tu: wypowiedź pacjenta odznacza się charakterystyczną prozodią emocjonalną, groźnym tonem: *O ten... ten w-wójt*).
5. Przeniesienie nazwy wskutek podobieństwa znaczeniowego wyrazów można wiązać z czasowym aspektem badania – w przypadku: *rybka* ‘żółw’; *rybka* ‘wąż’; *rybki* ‘foka’ (a wcześniej prawidłowo: *rybka* ‘ryba’ – por. kolejność wyrazów w tabeli), a także: *lis* ‘kangur’; *wąż* ‘wiewiórka’. Przy ograniczonym już zasobie nazw wyrazy uprzednio zaktualizowane (samodzielnie lub z pomocą badającego) są używane ponownie, zwykle z jednoczesnym sygnalizowaniem

nieadekwatności użytej nazwy. Pacjent wspomaga się słownictwem przywołanym w toku badania, co pozwala postrzegać odnotowane neologizmy semantyczne jako efemeryczne, nie zaś jako stałe zmiany znaczeniowe (należy tu również uwzględnić czynnik interferencji). Nie bez znaczenia pozostaje fakt, że w przypadku trudności z aktualizacją słowa badany wielokrotnie żywo reagował po wskazaniu właściwej nazwy – gdy zdołał ją sobie przypomnieć sam lub gdy podpowiedział mu badający, na przykład: *Wąż, tak, tak, wąż; Tak, komary. Tak, komary; Aaa... no kret, kret; Motyl, motyl, motyl; Koza, koza, koza*. Sytuacja eksperymentalna dawała więc choremu sposobność do przypominania sobie nazw/uczenia się w toku badania.

6. W odniesieniu do neologizmów semantycznych nie stwierdzono przypadków przeniesienia znaczenia na tle podobieństwa nazw. Tylko dwie nazwy podobne pod względem znaczeniowym cechowały się dodatkowo podobieństwem brzmieniowym – by odnotować aliteracje: *pluskowy* ‘pajak’; *mucha* ‘mrówka’.
7. Oprócz neologizmów semantycznych pojawiły się próby omówienia (zob. w tabeli 1 – np. ‘zająć’, ‘słoń’). Zważywszy na to, że deskrypcja wymaga wysokiej sprawności językowej, w sytuacji anomii/dysnomii tego rodzaju próby są nieudolne – przykładowo: *A ten... coś takie, co łapie... ptaszki łapie... te... jakieś jednostki mniejsze... ‘zająć’; A to jest ten... no, no, tak wali... ‘słoń’*. W przypadku otępienia próby deskrypcji mogą odzwierciedlać zarówno trudności ze wskazaniem właściwej nazwy, jak i obniżenie kompetencji metajęzykowej jako podstawy umiejętnego definiowania pojęć (X) czy dezintegrację wiedzy o świecie w umyśle chorego (rozpad pojęć).
8. Podpowiedzi badającego najczęściej były dla pacjenta mało pomocne. Jeśli chodzi o wskazówki semantyczne, chory potwierdzał ich słuszność, często żywo na nie reagował, co pozwala sądzić, że w danym przypadku wiedza pojęciowa pozostała zachowana i obrazek został rozpoznany. Obserwowano zachowania, które przekonywałyby jedynie o niemożności przypomnienia sobie nazwy, przy zachowanym znaczeniu pojęcia – przykładowo: kiedy badający pomaga choremu nazwać obrazek przedstawiający lisa: *Po kury przychodzi do kurnika; Rudy, chytry...*, chory sygnalizuje, że podane informacje są dla niego oczywiste, a problemem pozostaje jedynie nazwa: *Tak, ale jak on się nazywa...* Trzeba jednak podkreślić, że pacjent nie uzupełniał podawanych mu informacji, nie rozwijał ich – w prezentowanym w tabeli 1 materiale nie ma więc ewidentnych dowodów na zachowanie struktury pojęciowej w pełnym stopniu i niezakłócone aktualizowanie wiedzy w wymaganym obszarze. Jeśli chodzi o wskazówki dotyczące formy wyrazu, to ich skuteczność nie była wysoka. Podawanie pierwszej litery wyrazu było bezowocne. Zwykle też nie było pomocne podanie pierwszej sylaby dłuższego słowa – aktualizacja nazwy możliwa była po ujawnieniu przez badającego znacznej części wyrazu, na przykład: *wie-wiór...* ‘wie-wiórka’; *żyra...* ‘żyrafa’. W przypadku krótszych wyrazów takie podpowiedzi

jak: *ow...* (tu: 'owca') czy *pa...* (tu: 'pająk') nie przyniosły pożądanego rezultatu – w tym ostatnim przykładzie nie pomogło również przywołanie podobnego brzmieniowo wyrazu pochodnego ('pająk' – 'pajęczyna'; badany jedynie potwierdził: *Robi pajęczynę*).

9. W podejmowanych przez chorego próbach aktualizacji nazw wielokrotnie obserwowano bezskuteczne wsparcie zaimkami: *ta* 'sarna', 'żyrafa', *ten* 'wróbel', 'krokodyl', 'słoń'; *jakiś* 'tygrys'. Warto jednak zwrócić uwagę, że w takich przypadkach zachowana była zgodność rodzaju gramatycznego zaimka i (poszukiwanego) rzeczownika.
10. Pacjent skłonny był do usprawiedliwiania swoich trudności w prezentowanym materiale na przykład komplikacjami wynikającymi z odmienności leksyki w różnych językach (por. *A to są te... papugi chyba. Jak się nazywa po polsku... mówi... się nie mówi po polsku... ten... jako papuga... tylko... 'małpa'* – w tym przypadku dla substytutu: *papuga* 'małpa' nie można wykluczyć asocjacji znaczeniowej: 'małpować' – 'papugować', 'naśladować').

Wyniki analizy przeprowadzonej na szerszym materiale (dla kategorii: zwierzęta, owoce, warzywa, przedmioty codziennego użytku) pozwalają wskazać nieustające usprawiedliwianie własnych problemów językowych przez pacjenta jako charakterystyczne dla niego zachowanie w toku prób nazywania konfrontacyjnego. Podawane przez chorego powody, dla których przywołanie nazw, nawet tych podstawowych, jest niemożliwe, to: obciążenie nauką na studiach, obciążenie pracą zawodową w obecnym czasie, wyjazdy służbowe, brak aktywności związanych z używaniem określonych nazw w życiu codziennym (niezgodnie ze stanem faktycznym, jako że mężczyzna nigdy nie studiował, jest emerytem, podopiecznym placówki dziennego pobytu, znajduje się pod stałą opieką córki, u której mieszka od śmierci żony, jego rodzice już dawno nie żyją), przykładowo:

No... wie pani, teraz nic nie robiłem, bo tylko jeździłem – 'grabie'

Ze trzy lata już nie miałem, nie miałem okoliczności być nawet w domu, wie pani, kiedy te... o te... – 'agrest'

Wie pani, nie miałem styczności z sałatą, bo to ciągle, ciągle się jest w terenie, wie pani, jest tak, że... – 'sałata' (komentarz po podpowiedzi badającego)

Wie pani, ja teraz ze dwa lata już nic nie byłem w tych, tych o... tych, jak czasem... Jak czasem, jak czasem się przejadę, mamusia mówi: „Idź do ogrodu” czy tam dalej [...] Nie, mówi, że to to a to, to ja już wtedy jak przyjdę tam, to już wiem: „Aha, to to to...” – 'seler'

Wie pani, ze dwa lata, nic nie miałem do czynienia z tym, wie pani? – 'groszek'

A wie pani, nie byłem ze dwa lata w domu. [...] Wie pani, wylatuje się, bo się... yyy... z tym się rozmawia, z tym się rozmawia... – 'kalafior'

Usprawiedliwienia pacjenta są pozbawione sensu. Sygnały, że trudności z podawaniem nazw mogłyby wiązać się z obniżeniem sprawności umysłowych (a nie jakoby wyłącznie z obciążeniem obowiązkami zawodowymi, edukacją, codziennymi

aktywnościami), pojawiają się w komentarzach sporadycznie (chory wskazuje, że słowa „uciekają”, że w danej chwili zapomniał określonej nazwy). Pacjent, bezpośrednio zapytany o to, czy ma trudności z nazywaniem, zaprzecza. Nie ma wglądu we własne deficyty (i szerzej: nie ma świadomości choroby, bycia pacjentem/podopiecznym). Należy jednak zwrócić uwagę na to, że podawane przez pacjenta usprawiedliwienia nie są próbą ucieczki od postawionego przed nim zadania, nie służą zmianie tematu/rodzaju aktywności. Jest on zainteresowany zadaniem polegającym na nazywaniu obrazków, po własnych dodatkowych komentarzach bez przeszkód powraca do oczekiwanej od niego aktywności, stara się sam pilnować właściwej kolejności obrazków (dąży do aktualizacji nazwy w kontakcie z badającym, jest jej ciekawy). To „mocna strona” chorego, dzięki temu podczas badania diagnostycznego dobrze funkcjonuje w roli osoby badanej.

W kontekście oceny możliwości komunikacji z otoczeniem w życiu codziennym, odnosząc się do wyników próby nazywania konfrontacyjnego (dla kategorii: zwierzęta, owoce, warzywa, przedmioty codziennego użytku), warto dodatkowo wyeksponować dwie pozytywne tendencje zaobserwowane u pacjenta, dowodzące ukierunkowania na przekazywanie znaczeń mimo braku pożądanego nazwy:

- 1) wspieranie się komunikacją niewerbalną, zwłaszcza gestami, demonstrowanie przeznaczenia przedmiotu, cech fizycznych desygnatu, wskazywanie w otoczeniu desygnatów prezentowanych na obrazkach lub desygnatów z nimi powiązanych – tego typu zachowania uwypukliły się u chorego podczas badania w warunkach domowych, w znanym otoczeniu, przykładowo:

To jest znowu... to jest ta strona, ta tutaj (pokazuje wersalkę w swoim pokoju), *a to jest ta...* (pokazuje stojący w pokoju fotel) – ‘fotel’ i ‘kanapa’ – desygnaty prezentowane choremu na kolejnych obrazkach;

A tu jest ooo... (rozgląda się po pokoju) *Tu nie ma, w drugim tam* (sygnalizuje gestem, że chodzi o inny pokój) *z... telewizor* (sam przypomina sobie nazwę) – ‘telewizor’;

A to już nie wiem, co to może być z tego... Tu się na szyję zakłada (pokazuje na sobie), *a tu się na pas zakłada* (demonstruje) – ‘fartuch’;

- 2) omówienia jako realizacje zastępcze, mogące być podstawą do ustalenia odnośnego pojęcia i przywołania desygnatu, sygnalizowanie interlokutorowi, jakiej nazwy chorego potrzebuje (również warunkowane w głównej mierze sytuacją użycia języka, uwyrażniające się u chorego podczas badania w warunkach domowych, w znanym otoczeniu), przykładowo:

Tu znowu taka ta... nakręcana jest do tego, do zamykania, jak się robi te kompoty czy co... – ‘słoik’;

Tu mamy znowu taki przyrząd, nazywa się to... na zakupy... – ‘koszyk’;

A tu znowu do wycierania. Może być w kuchni – ‘ścierka’;

Tu mamy ten... proszę pani... no... do tego, co tak gryzie... [...] *Tak, tak się wyrywa ładnie* – ‘cebula’;

*Krze... ten no... do szczo... szczo... żeby czyścić... wie pani, wyleciało mi...
– ‘szczotka’;*

Tu jest ten, do palenia światła – ‘świeca’.

Wyszczególnione wyżej zachowania zależne są od sytuacji badania (w poradni czy w warunkach domowych/w znanym otoczeniu), co pozwala sądzić, że w sytuacji mniej sformalizowanej, w znanych warunkach pacjent może skuteczniej radzić sobie z problemami leksykalnymi, wykorzystując kontekst pozajęzykowy, odwołując się do realiów życia codziennego (na tyle, na ile jest to możliwe z uwagi na tematykę).

Ustalenia poczynione na podstawie prób nazywania konfrontacyjnego zestawiono z wynikami analizy wypowiedzi dialogowych i monologowych pacjenta. O ile nazywanie konfrontacyjne wymusza podanie wymaganej nazwy (jednej, konkretnej), adekwatnej do prezentowanego materiału graficznego, to wypowiedzi dialogowe i monologowe dopuszczają większą swobodę w doborze środków językowych, a także większą różnorodność zachowań adaptacyjno-kompensacyjnych w obliczu doświadczania niepowodzeń leksykalnych (bez konieczności odkrywania własnych niedostatków przed interlokutorem i usprawiedliwiania swoich problemów). Bezpośredniej weryfikacji podlegają przy tym wypowiedzi budowane na podstawie prezentowanych choremu materiałów graficznych, dostępnych jednocześnie badającemu (tu: opowiadanie na podstawie historyjki obrazkowej, opis ilustracji). Co istotne, w przypadku tego typu wypowiedzi badany ma większe możliwości zaradzenia swoim problemom leksykalnym, dzięki doraźnemu korzystaniu z pomocy interlokutora. Ograniczoną możliwość pomocy dają w tym zakresie wypowiedzi spontaniczne, w których chory podejmuje różne tematy i odnosi się do realiów nieznanymi interlokutorowi. Różnice te znalazły odzwierciedlenie w zachowaniach językowych pacjenta.

W wypowiedziach monologowych¹ konstruowanych w odniesieniu do prezentowanych choremu materiałów graficznych uwyraźniły się następujące zachowania językowe podyktowane chęcią przekazywania znaczeń, mimo problemów z przywołaniem konkretnych nazw:

1. Posługiwanie się zastępczo wyrazami o podobnym znaczeniu (tu: użycia nieprecyzyjne/błędne), aby w kontakcie z badającym odnaleźć właściwą nazwę/ poprawić błędy, przykładowo *kij* zamiast *laska*, czy *te rzeczy takie* zamiast *prezenty*²:

P: *No, wyciąga z kałuży... kijem.*

B: *Uhm. Wyciągnął.*

P: *Nie kijem, tylko ten...*

1 Opowiadania i opisy budowane przez chorego zasadniczo miały formę monologu, w trakcie wykonywania zadań obecne były jednak zachowania dialogowe, w związku z pojawiającymi się u pacjenta trudnościami z konstruowaniem dłuższej, samodzielnej wypowiedzi, uwarunkowanymi zaburzeniami w funkcjonowaniu językowym i, szerzej, umysłowym w otępieniu.

2 W cytowanych wypowiedziach wprowadzono następujące oznaczenia: P – pacjent, B – badający.

B: *Uhm. Laską.*

P: *Laską, tak. No i wyciąga ten kapelusz.*

P: *Bo widać tutaj jest o... obok, tutaj o jakieś tam składanki. Tu mamy choinkę. Tu mamy pod choinką tych masę tych rzeczy takich... bez trzy...*

B: *Uhm. Prezentów.*

P: *Tak, prezentów.*

2. Wykorzystywanie nazw podpowiadanych przez badającego w budowanej przez siebie wypowiedzi, po zasygnalizowaniu własnych trudności, przykładowo:

P: *Tu urwał coś... z tego o... Tym... tu... jak to się... te o... Uchwyty, co się nosi, zerwał... zerwał...*

B: *To są buty. Buty.*

P: *Tak, tak, z worka buty wrywa.*

3. Omówienia z objaśnieniami dowodzącymi wiedzy o rzeczywistości w danym zakresie, przykładowo zamiast *mięso/ryba w galarecie*:

P: *Coś świeżo było wlane i zastygło. No to chyba jakaś... wędlina była. Wędlina, ładnie pokrojona, no i czymś podlana chyba była...*

4. Posługiwanie się zaimkami zamiast konkretnymi nazwami, w połączeniu ze wskazywaniem (na obrazku/w najbliższym otoczeniu), informacjami dodatkowymi, przykładowo:

P: *O nie wiem, co tu było jakieś ten... instrument chyba jakiś taki był (w odniesieniu do starszej kobiety robiącej na drutach) [...] A coś, coś, coś robi na tym, w domu raczej, na tym... No tak jakby tutaj o (pokazuje wersalkę w swoim pokoju) na tym.*

B: *Siedzi na kana...*

P: *Siedzi na kanapie i coś yyy coś, coś, coś... ona...*

W wypowiedziach monologowych i dialogowych konstruowanych bez użycia materiałów graficznych uwydatniły się natomiast następujące zachowania językowe w związku z problemami leksykalnymi:

1. Neologizmy strukturalne – indywidualizmy, użycia doraźne, efemeryczne, z perspektywy interlokutora, zwykle o nieokreślonej wartości znaczeniowej, przykładowo:

*Bo na przykład w lecie... kończy się... **widaczek**, tak można powiedzieć już, że już można zbierać, chętne, roślinne i inne.*

*To jest proszę pani zwyczajne... zwyczajne... No, jest dużo... yyy **kwiciarzy**, chętnych..., do pracy, są tacy.*

*Kupę pracy, bo tyle... to... to... W zimie to tych... **tyksusów** po... dzwonili, podchodzili... znaczy dzwonili, i „Proszę czekać, ja przyjadę”, tak mówi, i będzie odpowiadał tam za te wszystkie... grzechy i wypad... wypadki...*

*Już nie pracuję. Nie pracuję, ale idzie na... szkolne **zabaw**... **zabawnictwo**...*

[B: Na jakie?] *Szkolnictwa...*

2. Posługiwanie się zastępczo niektórymi wyrazami w nadmiarze, przy braku możliwości określenia ich znaczenia w danym kontekście na podstawie

wypowiedzi pacjenta, przykładowo: *chętne* (zob. powyżej w dwóch pierwszych przykładach wypowiedzi pacjenta oraz w przykładach poniżej) czy *arsenał* (zob. poniżej):

*Są niektórzy ogromnie... z... ze zbiór tych tych tych **chętnych**. Szukali, szukali i znaleźli.*

*Bardzo dużo **chętnych** zajeżdża do naszej rodziny.*

*Czeka tu taki **arsenał**, już nie będę długo rozmawiał.*

*Przyjeżdżał do nas **arsenał**.*

3. Quasi-nominacja przy użyciu zaimków – bez dążenia do aktualizacji pożądanej nazwy (pacjent posługuje się zaimkiem tak, jakby był on nośnikiem znaczenia, podczas gdy zaimek nie ma wspólnej wartości znaczeniowej dla interlokutorów), przykładowo:

*I leki płacę od razu na **ten**. I jest pomoc w **tym**.*

Zachowania rejestrowane w wypowiedziach monologicznych i dialogowych konstruowanych bez wykorzystania materiałów graficznych wskazują na to, że pacjent, aby móc kontynuować swoje wypowiedzi, starał się sukcesywnie wypełniać schematy składniowe, czynił to jednak w taki sposób, że przekazywanie znaczeń było niemożliwe (tu: nieefektywne są: neologizmy strukturalne, indywidualizmy, zastępcze użycia wyrazów, przy braku możliwości określenia ich znaczenia, quasi-nominacja przy użyciu zaimków). Nadrzędne było realizowanie wypowiedzi, mimo ograniczonych środków leksykalnych.

W odróżnieniu od nieustających (pozbawionych sensu) usprawiedliwień własnych problemów językowych, charakterystycznych dla realizacji prób nazywania konfrontacyjnego, w wypowiedziach monologicznych i dialogowych niedostatki w zakresie słownictwa nie były usprawiedliwiane przez pacjenta w sposób bezzasadny. Sporadycznie pacjent przeproszał za swoje pomyłki i zwracał uwagę na swój zaawansowany wiek, na przykład: *Wie pani, ja mó... tego. Skończyłem lata, lata, to ja skończyłem 75 lat już przeszło* (tu: pacjent ma 73 lata), tak jak często czynią to osoby starsze z otępieniem, szukając przyczyn własnych trudności [Domagała, 2015].

Wskazania postdiagnostyczne

W przypadku takiego obrazu zjawisk, jaki został zaprezentowany u badanego mężczyzny, deficyty leksykalne należy uwzględnić na etapie postępowania postdiagnostycznego, przy ustalaniu pożądanych sposobów komunikowania się z chorym w warunkach życia codziennego i próbach niwelowania barier komunikacyjnych [Powell, 2014; Domagała, 2018a]. Koncentrując się – wybiórczo – na problemach w zakresie słownictwa, na bazie wskazań zawartych w programach FOCUSED [Ripich, b.r.] i WSPIERAM [Domagała, 2008a; 2018a; 2018b] można proponować, aby opiekun:

- 1) powtarzał fragmenty wypowiedzi podopiecznego, zamieniając błędnie użyte słowo na właściwe (np. *Podpiera się kijem* zamiast: *laską – Tak, podpiera się laską*); powtarzał fragmenty wypowiedzi chorego z uzupełnieniem o brakujące słowa lub dokonywał parafrazy z użyciem pożądaných nazw; nie okazywał zniecierpliwienia, nie narzucał się z podpowiedziami, nie pośpieszał, jeśli chory, mimo trudności z wysłowieniem, nie rezygnuje z mówienia; pomagał pokonać trudności z doborem słów, dyskretnie podpowiadając, naprowadzając chorego na właściwe słowo, przedstawiając swoje domysły (np. *Masz na myśli „okulary”?*); dostarczał w swoich wypowiedziach słów, które chory będzie mógł wykorzystać (np. rzeczowników potrzebnych do rozwinięcia aktualnego tematu); uzyskiwał od podopiecznego pomocnicze informacje przy wspólnym szukaniu pożądanego słowa; jako podpowiedzi podsuwał nazwy z nieznacznie uszczuploną strukturą wyrazu, by chory mógł dopełnić je z sukcesem (np. *Ania mieszka na Franciszkań... skiej*); nie stosował jako podpowiedzi nazw ze znacznie uszczuploną strukturą wyrazu (np. w postaci pierwszej głoski/litery – nie jest to pomocne, co potwierdzają badania [Ousset i wsp., 2002]); nie opierał wspólnego szukania pożądanego słowa na wskazówkach semantycznych; zaakceptował u chorego omówienia jako zachowania pomocne przy porozumiewaniu się (np. rezygnował w przypadku omówienia ze wspólnego poszukiwania konkretnej nazwy, gdy podopieczny nie wyraża takiej potrzeby, a także zachęcał chorego, aby – tak jak potrafi, posiłkując się omówieniami, wyjaśnił, o co mu chodzi, gdy w danej sytuacji nie może przywołać konkretnej nazwy); wspomagał chorego informacjami pisemnymi (np. umieścił karteczki z imionami osób bliskich przy fotografiach umieszczonych w widocznym miejscu, podpisy na pojemnikach z żywością); w formule WSPIERAM wskazania te odnoszą się do kategorii zjawisk w sferze komunikacji „R – Radzimy sobie razem: twoje trudności językowe”;
- 2) nie „egzaminował” chorego: unikał kłopotliwych pytań, sytuacji, które w oczywisty sposób prowadzą do wykazania niewiedzy i ograniczeń chorego; zaniechał prób „badania” słownictwa, aby nie konfrontować podopiecznego z deficytami i nie prowokować do bezsensownych usprawiedliwień; w formule WSPIERAM wskazania te odnoszą się do kategorii zjawisk w sferze komunikacji „E – Empatia: twoje problemy są wynikiem choroby”;
- 3) rozmawiając o tym, co znajduje się w zasięgu wzroku, pomagał choremu rozpoznać się w otoczeniu, nazywał przedmioty w pomieszczeniu, za oknem (np. *Zrobimy herbatę z miodem*);
- 4) nazywał osoby uczestniczące w spotkaniu/rozmowie z chorym, zwracał się do nich w sposób umożliwiający identyfikację (np. *Przyszła nasza wnuczka, Ania*); pomagał choremu w rozpoznaniu typu sytuacji komunikacyjnej, dostarczając potrzebnych informacji (np. *Porozmawiajmy z lekarzem*); w formule WSPIERAM wskazania te odnoszą się do kategorii zjawisk w sferze komunikacji „S – Sytuacja komunikacyjna: ja i ty, tu i teraz”;

- 5) posługiwał się znanym słownictwem; używał konkretnych nazw; zadawał pytania, na które można dać odpowiedź *tak* lub *nie*; prosił o proste rozstrzygnięcie, podając choremu dwie możliwości do wyboru (np. *Wolisz mleko czy herbatę?*); słowa kluczowe wypowiadał z naciskiem, dobitnie (np. *Napijesz się herbaty?*); w formule WSPIERAM wskazania te odnoszą się do kategorii zjawisk w sferze komunikacji „P – Powiem ci jasno: język”;
- 6) komunikując się, łączył środki werbalne i niewerbalne (np. zaimki wskazujące z gestem, identyfikowaniem przedmiotów w najbliższym otoczeniu); wykorzystywał w kontakcie z chorym ilustracje, zdjęcia itp. jako bodźce wizualne wspierające aktualizację słów [Shuren, Geldmacher, Heilman, 1993; Ousset i wsp., 2002]; w czasie wypowiedzi chorego zwracał uwagę na przekazywane przez niego komunikaty niewerbalne: przez mimikę, gesty, postawę ciała; wykorzystywał gesty, mimikę do wzmacniania emocjonalnej więzi z chorym także wtedy, gdy nie towarzyszy temu rozmowa lub gdy prowadzenie rozmów nie jest już możliwe; dawał mu poczucie bezpieczeństwa, bliskości; obserwował zachowania niewerbalne chorego także wtedy, gdy chory nie uczestniczy w rozmowie i wykorzystywał je jako źródło wiedzy o samopoczuciu podopiecznego, jego emocjach; w formule WSPIERAM wskazania te odnoszą się do kategorii zjawisk w sferze komunikacji „I – Inne formy komunikowania się: nie tylko język”;
- 7) jeśli w wypowiedzi chorego pojawiają się nieprawdziwe fakty, zmyślenia, nie zwracał na nie zbyt dużej uwagi, rozwijał temat w innym kierunku (np. gdy chory opowiada o odwiedzinach u nieżyjącej matki, można spytać o zachowane wspomnienia z domu rodzinnego); angażować chorego w krótką wymianę zdań o codziennych sprawach (rozmawiać w zwyczajowy sposób, np. o posiłkach, samopoczuciu, pogodzie); w formule WSPIERAM wskazania te odnoszą się do kategorii zjawisk w sferze „A – Aktywność, którą chcę zachować”.

W formule WSPIERAM wskazania związane z ubożeniem słownictwa u chorego będą się sytuowały w różnych kategoriach (R, E, S, P, I, A), odpowiednio do indywidualnych potrzeb chorego.

Zakończenie

W otępieniu ważna jest ocena sprawności leksykalnych z uwzględnieniem szczegółowego rozpoznania deficytów w aspekcie jakościowym, jak również reakcji chorego w sytuacji doświadczania niepowodzeń leksykalnych oraz różnorodnych zachowań adaptacyjno-kompensacyjnych [Domagała, 2008b; 2018c]. Stanowi ona – w odpowiadającym jej zakresie zjawisk w sferze komunikacji – podstawę do projektowania działań pomocowych w zakresie terapii pośredniej, modyfikacji zachowań osób z najbliższego otoczenia pacjenta tak, aby wypracować optymalne sposoby

porozumiewania się z chorym na co dzień. Wskazania dla opiekunów powinny całościowo obejmować sferę komunikowania się, objawy zaburzeń mowy i, szerzej, zaburzeń funkcjonowania poznawczego, zwłaszcza że jednym z zasadniczych problemów w przypadku otępień jest to, że zaburzenia leksykalne pojawiające się u pacjentów mogą mieć u podstaw odmienne deficyty, zdolne interferować z nazywaniem [Newhart i wsp., 2009].

Problematyka anomii jako objawu wiodącego afazji alzheimerowskiej [Herzyk, 2005] ma zasadnicze znaczenie w aspekcie działań pomocowych na każdym etapie otępienia. Dokładne rozpoznanie obrazu narastających trudności leksykalnych staje się też ważne w kontekście możliwości wcześniejszego niż w przeszłości diagnozowania choroby Alzheimerera [Domagała, Sitek, 2018].

Literatura

- Cuetos F., Gonzalez-Nosti M., Martinez C., 2005, *The picture-naming task in the analysis of cognitive deterioration in Alzheimer's disease*, „Aphasiology”, no. 19(6), s. 545–557.
- Domagała A., 2008a, *Choroba Alzheimerera – komunikacja z chorym. Poradnik dla opiekunów*, Wrocław: Wydawnictwo Continuo.
- Domagała A., 2008b, *Lexical skills in Alzheimer's dementia (based on the material of dialogue utterances)*, „Psychology of Language and Communication”, vol. 12, no. 2, s. 89–105.
- Domagała A., 2015, *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Domagała A., 2018a, *Terapia pośrednia w otępieniu. Programy terapii*, [w:] A. Domagała, E. Sitek, *Choroba Alzheimerera. Zaburzenia komunikacji językowej*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 258–281.
- Domagała A., 2018b, *WSPIERAM. Terapia pośrednia w chorobie Alzheimerera*, [w:] A. Domagała, U. Mirecka (red.), *Metody terapii logopedycznej*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 373–385.
- Domagała A., 2018c, *Zaburzenia językowych sprawności systemowych w chorobie Alzheimerera. Charakterystyka na materiale języka polskiego*, [w:] A. Domagała, E. Sitek, *Choroba Alzheimerera. Zaburzenia komunikacji językowej*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 71–99.
- Domagała A., Sitek E., 2018, *Choroba Alzheimerera w świetle aktualnych kryteriów diagnostycznych*, [w:] Domagała A., Sitek E., *Choroba Alzheimerera. Zaburzenia komunikacji językowej*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 26–44.
- Grabias S., 2001, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Hamilton H.E., 1994, *Conversations with an Alzheimer's Patient: An Interactional Sociolinguistic Study*, Cambridge: University Press.
- Herzyk A., 2005, *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Marczewska H., 1994, *Zaburzenia językowe w demencji typu Alzheimerera i demencji wielozawałowej*, [w:] H. Marczewska, E. Osiejuk, *Nie tylko afazja... O zaburzeniach językowych w demencji Alzheimerera, demencji wielozawałowej i przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu*, Warszawa: Wydawnictwo Energeia, s. 7–60.

- Newhart M., Davis C., Kannan V., Heidler-Gary J., Cloutman L., Hillis A.E., 2009, *Therapy for naming deficits in two variants of primary progressive aphasia*, „Aphasiology”, vol. 23(7–8), s. 823–834.
- Ousset P.J., Viillard G., Puel M., Celsis P., Demonet J.F., Cardebat D., 2002, *Lexical therapy and episodic word learning in dementia of the Alzheimer type*, „Brain and Language”, no. 80, s. 14–20.
- Powell J., 2014, *Pomoc w komunikacji w demencji (Polonische Ausgabe von Hilfen zur Kommunikation bei Demenz*” von Jennie Powell. Heft 2 der Reihe – Demenz-Service), Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Ripich D.N., [b.r.], *The FOCUSED Program. A communication guide for Alzheimer’s Disease, Caregiver’s Manual* [archiwum autorki].
- Shuren J., Geldmacher D., Heilman K.M., 1993, *Nonoptic aphasia: Aphasia with preserved confrontation naming in Alzheimer’s disease*, „Neurology”, no. 43, s. 1900–1907.
- Sitek E., 2018, *Mowa w chorobie Alzheimera*, [w:] A. Domagała, E. Sitek, *Choroba Alzheimera. Zaburzenia komunikacji językowej*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis, s. 62–71.
-

Streszczenie

W artykule podjęto – w kontekście możliwości komunikowania się pacjenta z otoczeniem w życiu codziennym – problematykę anomii w chorobie Alzheimera, wiodącego objawu patologii mowy na etapie otępienia. Na przykładzie 73-letniego mężczyzny z otępieniem umiarkowanym omówiono deficyty zarejestrowane w badaniu logopedycznym – w próbach nazywania konfrontacyjnego oraz próbach konstruowania wypowiedzi monologicznych i dialogowych, z jednoczesnym zwróceniem uwagi na charakterystyczne zachowania w sytuacji doświadczania przez osobę chorą trudności językowych. Prezentacja zjawisk uwzględnia bogaty materiał ilustracyjny w postaci pozyskanych próbek mowy. Koncentrując się na problemach w zakresie słownictwa, na bazie wskazań zawartych w programach FOCUSED i WSPIERAM, określono możliwości poprawy komunikowania się pacjenta z anomią z otoczeniem.

Abstract

The article analyzes the issues of anomia in Alzheimer’s disease, the leading symptom of speech pathology at the stage of dementia, in the context of the patient’s abilities to communicate with the environment in daily life. Using the example of a 73-year-old male patient with moderate dementia, the study discusses deficits recorded in logopedic tests, first of all in confrontational naming tests as well as in tests for constructing monologic and dialogic utterances, at the same time highlighting characteristic behaviors in the situations when the patient experiences language difficulties. The presentation of the phenomena takes into account the rich illustrative material in the form of obtained speech samples. Focusing on the lexical problems, the author identifies the possibilities of improving the anomic patient’s communication with his environment on the basis of recommendations contained in the FOCUSED program and WSPIERAM [I SUPPORT] program.

Agnieszka Fatyga, Katarzyna Kilian, Katarzyna Węsierska* 

Mobbing szkolny wśród uczniów z zaburzeniami w komunikowaniu się – percepcja zjawiska i potencjalne kierunki działań

Bullying among students with communication disorders – perception of the phenomenon and recommended actions

Słowa kluczowe: dokuczanie, jękanie, logopeda, mobbing szkolny, nauczyciel, zaburzenia w komunikowaniu się, zapobieganie

Keywords: bullying, stuttering/stammering, speech-language therapist/pathologist (SLT/SLP), teacher, communication disorders, prevention

Wprowadzenie

Mobbing szkolny, inaczej przemoc rówieśnicza, agresja szkolna lub nękanie, bywa też określany czasem jako bullying [Pyżalski, 2012; Węsierska i wsp., 2015]. Kryteria, które pozwalają odróżnić mobbing od innych zachowań agresywnych, to przede wszystkim [Olweus, 2007; Rigby, 2010]:

- 1) powtarzalność – nękanie ofiary powtarza się w czasie;
- 2) nierównowaga sił – mobbing nie jest konfliktem dwóch osób o podobnej sile; w sytuacji mobbingu ofiara stoi zwykle na słabszej pozycji; słabość ta nie polega jedynie na mniejszej sile fizycznej ofiary, w wielu przypadkach nierównowaga sił ma podłoże psychiczne, polega na przykład na braku zdolności do obrony, niższej pewności siebie czy trudnościach w wypowiedzaniu się; dzieci, które

* Uniwersytet Śląski w Katowicach, Wydział Humanistyczny, Instytut Językoznawstwa, pl. Sejmu Śląskiego 1, 40-032 Katowice, e-mail: katarzyna.wesierska@us.edu.pl. Centrum Logopedyczne w Katowicach, e-mail: kwesierska@centrumlogopedyczne.com.pl, <https://orcid.org/0000-0001-6378-9350>

znęcają się nad innymi, używają swojej przewagi do kontroli lub wyrządzenia krzywdy;

- 3) cykliczność zachowań agresywnych – liczba zachowań agresywnych wzrasta, między nimi mogą następować okresy względnego spokoju;
- 4) utrwalone role – w sytuacji mobbingu, w odróżnieniu od incydentalnej agresji, zazwyczaj nie dochodzi do zamiany ról ofiary i agresora.

Można wyróżnić różne formy mobbingu szkolnego [Gebauer, 2007]:

- 1) mobbing fizyczny (ang. *physical*), np. popychanie, kopanie, bicie;
- 2) mobbing werbalny (ang. *verbal*), np. przezywanie, obraźliwy język, wyzwiska;
- 3) mobbing relacyjny (ang. *relational*), np. rozsiewanie plotek, wykluczenie z grupy społecznej, poniżanie;
- 4) mobbing elektroniczny, tzw. cyberprzemoc (ang. *cyber-bullying*), np. wysyłanie SMS-ów, umieszczanie krzywdzących informacji na portalach społecznościowych, wykorzystanie innej technologii, aby anonimowo, bez osobistego kontaktu, wyrządzić krzywdę.

Ze zjawiskiem tym związane są różne podmioty: sprawcy mobbingu, osoby znęcające się (ang. *bullies*), ofiary (ang. *victims*) oraz osoby postronne, świadkowie (ang. *bystanders*). Co ważne, zarówno sprawcy, jak i ofiary mogą występować w podwójnej roli – sprawcy-ofiary (ang. *bully-victims*) [Miller, Lowen, 2012]. Mobbing szkolny jest groźnym zjawiskiem społecznym, które może powodować długofalowe konsekwencje dla wszystkich stron w nim uczestniczących [Card, Hodges, 2008].

Próbie oszacowania skali zjawiska podjęto w międzynarodowych badaniach HBSC (*Health Behavior of School-Children*). W Polsce rozpowszechnienie mobbingu szkolnego analizowano w ramach programu „Szkoła bez przemocy”. Badacze zgadzają się co do tego, że problem ten w sposób bezpośredni dotyka co najmniej kilkunastu procent młodzieży szkolnej [Rigby, 2010]. Chłopcy deklarują bycie ofiarą mobbingu częściej niż dziewczęta, a młodsi uczniowie częściej niż starsi [Ostrowska, Surzykiewicz, 2005]. Jako grupę szczególnego ryzyka wymienia się również dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (SPE). Są one znacznie bardziej narażone na ryzyko mobbingu szkolnego niż dzieci określone jako prawidłowo rozwijające się [Mishna, 2003; Little, 2004; Hershkowitz, Lamb, Horowitz, 2007]. W grupie tej znajdują się między innymi dzieci niepełnosprawne, z całościowymi lub sprzężonymi zaburzeniami rozwojowymi (np. autyzmem, zespołem Aspergera), cierpiące na zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD). Pewne objawy towarzyszące czasem niepełnosprawności (takie jak brak siły fizycznej, izolacja społeczna, zaburzone lub utrudnione relacje z innymi) mogą być potencjalnymi czynnikami sprzyjającymi wiktymizacji [Plichta, 2010].

Pewne czynniki ryzyka mobbingu wiążą się z cechami i zachowaniami dziecka. Należą do nich między innymi: wrażliwość, nieśmiałość, niepewność i ostrożność w kontaktach z innymi, słabe relacje z rówieśnikami, nieumiejętność nawiązywania przyjaźni, wysoki poziom lęku, bierność, uległość, a szczególnie brak umiejętności obrony w sytuacjach przemocy, płacliwość, niska samoocena, negatywne

nastawienie do stosowania przemocy, słabość lub niska sprawność fizyczna, nieśmiałość lub posiadanie jakiejś cechy wyróżniającej dziecko na tle grupy, a także wrażliwość na punkcie cechy [Olweus, 2007; O'Moore, Minton, 2008; Rigby, 2010]. Można zatem założyć, że doświadczanie przez dziecko utrudnień w komunikowaniu się, takich jak na przykład jąkanie, może być potencjalnym czynnikiem wzmacniającym ryzyko stania się ofiarą mobbingu szkolnego. Potwierdziły to wyniki badań prowadzonych między innymi w Australii, Kanadzie, Stanach Zjednoczonych, a także w Polsce [Langevin i wsp., 1998; Blood i wsp., 2010; Erickson, Block, 2013; Węsierska i wsp., 2015]. Udowodniono, że zaburzenia w komunikowaniu się są postrzegane raczej negatywnie przez inne dzieci już na wczesnych etapach edukacji i w związku z tym podlegają społecznej stygmatyzacji. Jak wykazały badania prowadzone w Australii, już dzieci w wieku przedszkolnym bywają przez rówieśników wyśmiewane z powodu ich problemów z wypowiedaniem się [Langevin, Packman, Onslow, 2010]. W szkole podstawowej im dzieci są starsze, tym częściej mogą spotkać się z przejawami dokuczania z powodu zaburzeń w komunikowaniu się (np. takich jak jąkanie, specyficzne zaburzenie rozwoju językowego – SLI czy utrudnienia w komunikowaniu występujące u dzieci ze spektrum autyzmu) [Little, 2001; Davis, Howell, Cooke, 2002; Savage, 2005; Lindsay, Dockrell, Mackie, 2008].

W celu zapobiegania mobbingowi szkolnemu od lat podejmowane są różne działania. Prekursorem antymobbingowych programów poradczych był norweski badacz Dan Olweus. Stworzył on ramowy program zapobiegania zachowaniom agresywnym w szkole, którego celem jest ograniczenie lub całkowite wyeliminowanie mobbingu w środowisku edukacyjnym [Olweus, 1991]. Istotną cechą tego oraz innych, tworzonych na całym świecie programów jest wdrażanie różnych form działań pro- i reaktywnych, polegających między innymi na edukowaniu uczniów, nauczycieli, personelu szkolnego i rodziców na temat mobbingu szkolnego. Pierwszym etapem tworzenia programu przeciwdziałania agresji jest podnoszenie świadomości na ten temat [Rigby, 2010]. Proponuje się na przykład organizację specjalnych dni poświęconych edukacji na temat przemocy w szkole, wzmożonych dyżurów nauczycieli w czasie przerw, a także utworzenie telefonu zaufania ułatwiającego komunikację uczniów z pedagogami i zgłaszanie przypadków mobbingu. Jako istotne formy działań wskazuje się również programy edukacyjne dla rodziców, zwiększające ich kompetencje, uczenie dzieci i nastolatków podstawowych umiejętności psychologicznych i społecznych, prowadzenie przez nauczycieli warsztatów poświęconych relacjom interpersonalnym [Greene, 2014].

W procesie zapobiegania mobbingowi wśród dzieci z problemami logopedycznymi podkreśla się szczególną rolę rodzica. To on zna dziecko najlepiej i może szybko zauważyć niepokojące objawy w zachowaniu, ma też możliwość rozmowy z dzieckiem na temat przemocy w szkole. Dzieci często nie mają wiedzy na temat mobbingu, myślą, że same są winne złego traktowania, że informowanie dorosłych tylko pogłębi problem. Brak wiedzy sprawia, że mobbing jest zbyt późno zauważany,

a ofiara nie wie, gdzie szukać pomocy [Little, 2004]. Bardzo istotne jest szkolenie pedagogów i nauczycieli, aby byli skutecznym wsparciem dla dziecka doświadczającego utrudnień w komunikowaniu się i z tego powodu mogącego paść ofiarą mobbingu szkolnego. W ramach takich kursów nauczyciel opanowuje umiejętności, które umożliwiają przeprowadzanie w odpowiedni sposób rozmów z uczniami. Warto zauważyć, że pedagog jest często wzorem, zwłaszcza dla dorastających i poznających świat dzieci, ważne zatem, aby propagował odpowiednie ścieżki poprawnej komunikacji wśród uczniów [Kuros, Węsierska, 2013].

Problem mobbingu to również problem braku akceptacji dla odmienności. Celem działań pedagogicznych jest zwiększenie świadomości, wrażliwości i budowanie klimatu akceptacji dla inności [Langevin, 2015]. Edukacja społeczeństwa na temat problemów logopedycznych może zwiększyć ich akceptację, a w przypadku zespołu klasowego pozytywnie wpłynąć na jego reakcję, ponieważ daje możliwość bliższego poznania omawianego problemu [Węsierska, 2012]. Przykładem programu antymobbingowego stworzonego z myślą o dzieciach jękających się, ale adresowanego do całej społeczności szkolnych, jest opracowany przez kanadyjską badaczkę i terapeutkę Marilyn Langevin *Teasing and Bullying: Unacceptable Behaviour. The TAB Program* [2000]. Pozwala on wprowadzać zasady edukacji włączającej, wykorzystując jękanie jako formę inności, która nie może być źródłem dyskryminacji. Ostatnie lata przynoszą coraz powszechniejsze zastosowanie tego typu działań prewencyjnych w placówkach edukacyjnych na całym świecie [Smith, Pepler, Rigby, 2004]. Podejmowanie tego typu działań wydaje się jednym z ważniejszych zadań, które powinny być inicjowane w ramach profilaktyki logopedycznej.

W dalszej części artykułu zreferowane zostaną wyniki dwóch projektów badawczych związanych z mobbingiem szkolnym wśród dzieci z problemami logopedycznymi. Pierwszy projekt dotyczył sondowania opinii logopedów i nauczycieli na temat zjawiska dokuczania dzieciom, które zmagają się z jakimkolwiek problemem logopedycznym. Natomiast drugi projekt badawczy odnosił się do możliwości zastosowania warsztatów antymobbingowych dla dzieci jękających się i ich rodziców w celu poprawy jakości funkcjonowania tych dzieci w środowisku edukacyjnym. W podsumowaniu tego artykułu sformułowano wnioski praktyczne na podstawie analizy literatury przedmiotu i wyników uzyskanych w obu projektach badawczych.

Projekt I: Sondowanie opinii nauczycieli i logopedów na temat występowania mobbingu szkolnego wśród uczniów z problemami logopedycznymi

Celem opisywanego poniżej badania sondażowego prowadzonego wśród nauczycieli i logopedów było rozpoznanie ich opinii na temat doświadczeń związanych z mobbingiem szkolnym wśród dzieci zmagających się z zaburzeniami w komunikowaniu

się. Za zaburzenia w komunikowaniu się uznano te, z którymi najczęściej zmagają się uczniowie szkół podstawowych: opóźniony rozwój mowy, wady wymowy, specyficzne zaburzenie rozwoju językowego (SLI), zaburzenia płynności mowy (jąkanie lub gielkot) czy problemy w komunikowaniu się występujące w spektrum autyzmu. W badaniu sondowano umiejętność rozpoznawania pierwszych oznak mobbingu oraz poziom świadomości respondentów na ten temat, a także ich gotowość do podejmowania działań zaradczych w tym zakresie. W badaniu ankietowym wzięły udział dwie grupy respondentów: logopedzi ($n = 59$) i nauczyciele ($n = 53$). Badani respondenci zatrudnieni byli w placówkach edukacyjnych – szkołach podstawowych oraz poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Badania przeprowadzono w formie papierowej wśród osób zatrudnionych w placówkach edukacyjnych oraz elektronicznej, głównie wśród logopedów – pozwoliło to dotrzeć do większego grona specjalistów.

W obu grupach badawczych wśród respondentów dominowały kobiety (98,3% w grupie logopedów i 83% w grupie nauczycieli). Grupę logopedów stanowili specjaliści nieco młodsi (do 35 lat – 52,5%, do 45 lat – 33,9% i do 55 lat – 13,6%, żaden z logopedów nie przekroczył 56 lat). Wśród nauczycieli można było zaobserwować większe zróżnicowanie wiekowe (do 34 lat – 26,4%, do 45 lat – 39,6%, do 55 lat – 26,4% i powyżej 56 lat – 7,5% respondentów). Staż pracy w zawodzie logopedy lub nauczyciela zestawiono w tabeli 1. Respondenci w obu grupach wywodzili się zarówno z terenów miejskich (59,3% logopedów i 77,4% nauczycieli), jak i wiejskich (40,7% logopedów i 22,6% nauczycieli). Badanie prowadzono w dwóch województwach – śląskim oraz małopolskim.

Tabela 1. Staż pracy w obu grupach respondentów ($n = 112$)

Staż pracy	Logopedzi ($n = 59$)		Nauczyciele ($n = 53$)	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Poniżej 5 lat	26	44,1	14	26,4
Od 5 do 10 lat	6	10,2	6	11,3
Powyżej 10 lat	27	45,8	33	62,3

Źródło: badania własne.

Badanie sondażowe przeprowadzono z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety (w dwóch zbliżonych treściowo wersjach – dla nauczycieli i dla logopedów). Podstawowa wersja ankiety (wspólna dla obu grup) składała się z dwunastu pytań: zamkniętych, otwartych oraz jedno- i wielokrotnego wyboru. W ankiecie skierowanej do logopedów znalazło się jedno dodatkowe pytanie na temat reakcji dzieci uczęszczających na terapię, które mogą być ofiarami mobbingu. Z kolei w ankiecie skierowanej do nauczycieli dodano szczegółowe pytania dotyczące obserwacji nauczyciela na temat występowania zjawiska mobbingu w szkole, w której jest zatrudniony.

Większość respondentów w obu grupach przyznała, że spotkała się w swojej praktyce zawodowej ze zjawiskiem mobbingu szkolnego (twierdzącej odpowiedzi w tym zakresie udzieliło aż 84,7% sondowanych logopedów i 86,8% nauczycieli). W grupie logopedów 88,1% przyznało, że uczeń zgłosił im problem dokuczania, znęcania (23,7% oszacowało, że miało to miejsce często, a 64,4% sporadycznie). W przypadku nauczycieli takie zgłoszenia miały miejsce aż u 90,5% respondentów (jako częste zadeklarowało je 24,5% badanych, a jako sporadyczne 66%). Tabela 2 prezentuje trzy najbardziej typowe formy mobbingu szkolnego ze wskazaniem, jak często logopedzi i pedagodzy mieli do czynienia z tymi zjawiskami w swojej praktyce zawodowej.

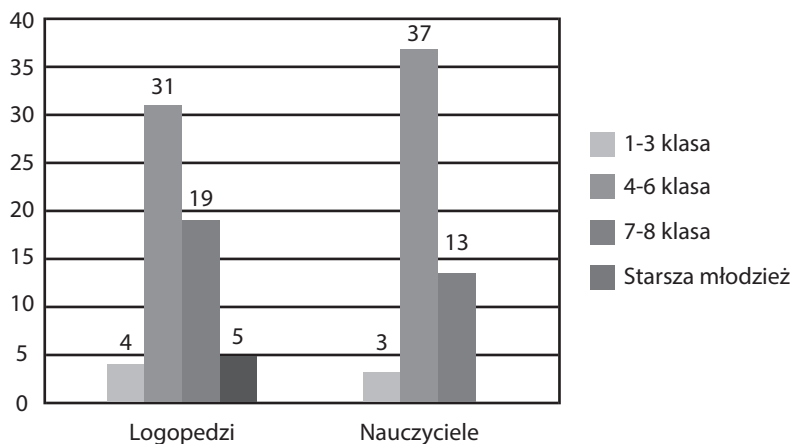
Tabela 2. Rozpowszechnienie poszczególnych form mobbingu szkolnego w percepcji respondentów ($n = 112$)

Formy mobbingu szkolnego	Stopień nasilenia według logopedów – L ($n = 59$) i nauczycieli – N ($n = 53$) (w proc.)							
	Nigdy		Czasami		Często		Bardzo często	
	L	N	L	N	L	N	L	N
Przemoc psychiczna (wyśmiewanie, obrażanie, przezywanie, obgadywanie, izolowanie z życia klasy)	6,8	24,5	66,1	47,2	20,3	28,3	6,8	9,4
Przemoc fizyczna (popychanie, kopanie, szturchanie)	11,9	11,3	74,6	66,0	11,9	22,6	1,7	0,0
Cyberprzemoc (dokuczanie w sieci, wyzwiska rzucone na profilach społecznościowych)	45,8	50,9	47,5	34,0	6,8	15,1	0,0	0,0

Źródło: badania własne.

Odpowiedzi udzielane przez logopedów i nauczycieli wykazały, że najczęściej obserwowana była przez nich przemoc psychiczna, następnie fizyczna, a najrzadziej mobbing w sieci. Analizując z kolei odpowiedzi pod kątem częstości obserwowanych czy zgłaszanych logopedom i nauczycielom form przemocy, należy zwrócić uwagę na duży stopień podobieństwa między grupami. Odpowiedzi udzielane w obu grupach respondentów zostały poddane analizie statystycznej z wykorzystaniem testu zgodności χ^2 . Różnice, które ujawniły się w odpowiedziach między obu grupami, nie były istotne statystycznie ($p > 0,05$).

Respondentów zapytano również o to, w jakim wieku dzieci najczęściej sobie dokuczają (rysunek 1). W obu grupach najpowszechniej wskazywanym przedziałem wiekowym były klasy od IV do VI szkoły podstawowej (ten zakres wskazało 52,5% logopedów i 67,9% nauczycieli). W następnej kolejności wskazano w obu grupach klasy VII–VIII (32,2% logopedów i 24,5% nauczycieli). Okres nauczania wczesnoszkolnego – klasy I–III – wybrało zaledwie 6,8% logopedów i 7,5% nauczycieli. Z kolei grupę określoną w badaniu jako „starsza młodzież” (okres nauki w liceum, technikum) wskazało 8,5% logopedów. Co ciekawe, na nią jako tę, w której najczęściej można zaobserwować zjawisko mobbingu szkolnego, nie wskazał żaden z nauczycieli.



Rysunek 1. Okres szkolny, w którym najczęściej obserwowane jest występowanie mobbingu w opiniach logopedów ($n = 59$) i nauczycieli ($n = 53$)

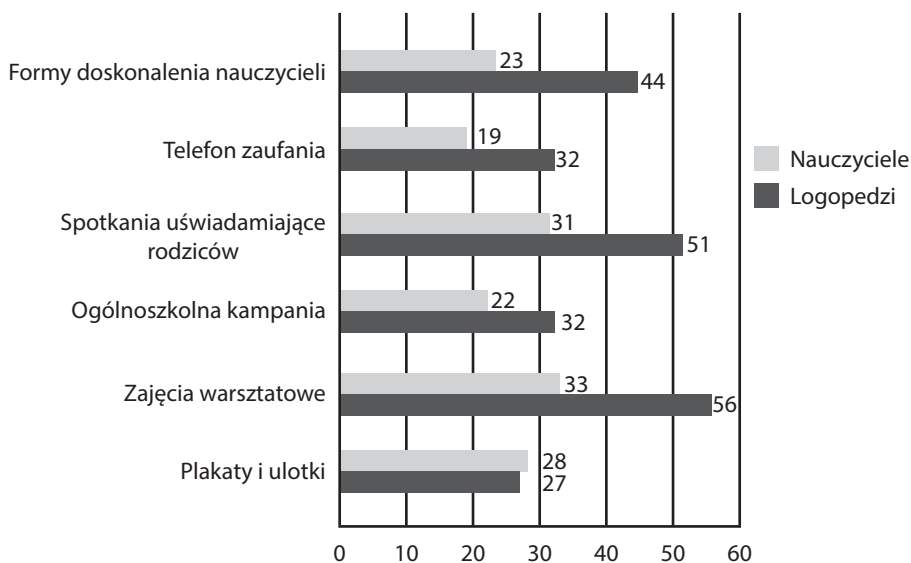
Źródło: badania własne.

Respondenci zostali również poproszeni o wskazanie doświadczeń, z którymi zmagają się dzieci – ofiary mobbingu szkolnego. Do najczęściej wskazywanych odpowiedzi w obu grupach respondentów należały: bycie przedmiotem kpín ze strony innych dzieci, osamotnienie (brak dobrego kolegi, przyjaciela), posiadanie nacechowanych negatywnie przezwisk nadawanych przez rówieśników, bycie szturchanym, popychanym, kopanym czy zaczepianym. Z kolei zachowania, reakcje najczęściej obserwowane w obu grupach respondentów, typowe dla sprawców mobbingu, to: celowe mówienie rzeczy, które mogą zranić innych, wyśmiewanie innych, groźenie im, popychanie, niszczenie przedmiotów należących do innych osób, impulsywność, manifestowanie niskiego progu frustracji oraz buntu i negatywnego nastawienia do szkoły, nauczycieli, znajomych, prezentowanie wysokiego mniemania o sobie, a także innych zachowań świadczących o społecznym niedostosowaniu (np. spożywanie alkoholu i innych używek, wdawanie się w bójkę, kradzieże itp.).

Niepokoić może, że w obu grupach respondentów większość badanych, bo aż 66,1% logopedów i 62,3% nauczycieli, przyznała, że na studiach nie była przygotowywana do radzenia sobie ze zjawiskiem mobbingu i takimi typami zachowań, jak agresja fizyczna, psychiczna czy też cyberbullying. Należy jednak podkreślić, że 61% badanych logopedów i aż 75,5% nauczycieli, którzy wzięli udział w badaniu, potwierdziło, że w placówkach, w których są zatrudnieni, wdrażane są jakieś formy profilaktyki dotyczące zapobiegania mobbingowi szkolnemu. Co więcej, w obu grupach respondentów niemal wszyscy badani wskazali, że w szkołach powinny być wdrażane profilaktyczne programy/kampanie antymobbingowe mające na celu zapobieganie temu zjawisku – takiej odpowiedzi udzielili wszyscy sondowani logopedzi i 96,2% nauczycieli (dwie osoby wskazały odpowiedź negatywną, nie podając uzasadnienia). Respondenci w następujący sposób komentowali i uzasadniali podejmowanie tego typu działań: „dzieci powinny wiedzieć,

że są pewne konsekwencje złego postępowania, a jednocześnie powinny wiedzieć, jak bronić się przed mobbingiem, natomiast nauczyciele i rodzice powinni rozpoznawać dziecko prześladowane i odpowiednio reagować”; „zjawisko to coraz częściej występuje w środowisku szkolnym”; „problem występuje u coraz młodszych dzieci i nasila się”; „każdy uczeń w szkole powinien czuć się bezpiecznie”; „programów antymobbingowych jest zdecydowanie za mało, a problem istnieje”; „uczniowie powinni się nauczyć, że nie są najważniejsi, ale również inne dzieci i ich uczucia”; „lepiej działać profilaktycznie”; „profilaktyka powinna być działaniem długofalowym, a nie jednorazowym”.

Ankietowani zostali również poproszeni o wskazanie, jaką formę powinny mieć programy antymobbingowe. Udzielone przez nich odpowiedzi zaprezentowano na rysunku 2. Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź.



Rysunek 2. Rekomendowane formy działań antymobbingowych w opiniach logopedów ($n = 59$) i nauczycieli ($n = 53$)

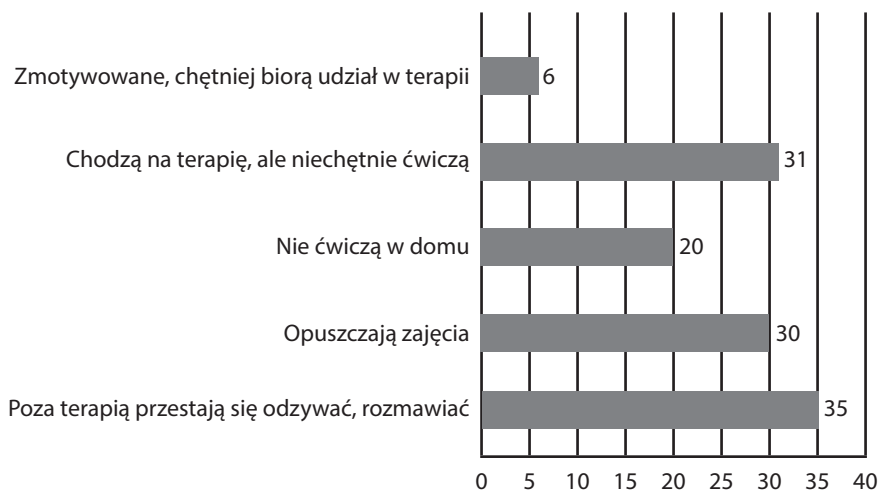
Źródło: badania własne.

Interesująco prezentują się opinie respondentów na temat tego, czy dzieci zmagające się z zaburzeniami w komunikowaniu się częściej niż inne doświadczają mobbingu szkolnego. W tej kwestii ujawniły się najbardziej widoczne różnice (nie są one jednak istotne statystycznie). Na to pytanie pozytywnej odpowiedzi udzieliło 37,3% logopedów i 28,3% nauczycieli. Negatywnie z kolei odpowiedziało 35,5% logopedów i 49,1% nauczycieli. Wyrobionego zdania na ten temat nie miało 27,1% logopedów i 22,6% nauczycieli.

Istotne statystycznie różnice między obu grupami ujawniły się wyłącznie w udzielonych przez nich odpowiedziach na pytania dotyczące stopnia nasilenia poszczególnych form mobbingu szkolnego, którego doświadczają dzieci zmagające się z problemami w komunikowaniu się. Dla przykładu: na pytanie, jak często dzieci **doświadczają**

agresji fizycznej w postaci popychania, przewracania, uderzania itp., logopedzi – mając do wyboru odpowiedzi: *nigdy*, *czasami*, *często*, *bardzo często* – wybierali *czasami*, podczas gdy w grupie nauczycieli najczęściej wybieraną odpowiedzią było *nigdy* ($\chi^2(2) = 15,48$, $p > 0,001$). W przypadku pytania o **obgadywanie** logopedzi wybierali przede wszystkim odpowiedź *często*, a nauczyciele *nigdy* ($\chi^2(3) = 22,61$, $p > 0,001$). Podobne wskazania w obu grupach miały miejsce w przypadku pytania o **przdrzeźnianie** ($\chi^2(3) = 18,37$, $p > 0,001$). Także w pytaniu o to, jak często dzieci z zaburzeniami w komunikowaniu są **przezywane przez inne dzieci**, nauczyciele udzielali przede wszystkim odpowiedzi *nigdy*, podczas gdy logopedzi wybierali odpowiedzi: *czasami*, *często* lub *bardzo często* ($\chi^2(3) = 16,39$, $p = 0,001$). Na pytanie o to, czy dzieci z zaburzeniami w komunikowaniu się są **wysmiewane**, ze strony nauczycieli podały odpowiedzi, że ma to miejsce *czasami*, podczas gdy logopedzi odpowiadali *bardzo często* ($\chi^2(3) = 18,39$, $p = 0,001$). Wydaje się, że te istotne rozbieżności między ocenami logopedów i nauczycieli ujawnione w odpowiedziach udzielanych w tej sekcji pytań mogą mieć związek z rodzajem kontaktów, jakie mają z uczniami logopedzi (najczęściej indywidualne – podczas zajęć logopedycznych) i nauczyciele (najczęściej w grupie – podczas lekcji).

Logopedów zapytano również o to, jaki wpływ na terapię logopedyczną i ogólne zachowanie dziecka może mieć doświadczanie mobbingu szkolnego (rysunek 3). Udzielając odpowiedzi na to pytanie, respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź. Dodatkowo trzech logopedów stwierdziło, że konsekwencją mobbingu może być unikanie logopedy, na przykład na szkolnych korytarzach. Opinie respondentów wyraźnie wskazują, że doświadczanie mobbingu szkolnego może być istotnym czynnikiem utrudniającym osiągnięcie pozytywnych efektów w terapii logopedycznej.



Rysunek 3. Wpływ mobbingu szkolnego na dzieci z zaburzeniami w komunikowaniu się w opiniach logopedów ($n = 59$)

Źródło: badania własne.

Z kolei grupę nauczycieli poproszono dodatkowo o wyrażenie opinii na temat potencjalnych miejsc w zatrudniających ich placówkach, w których zaobserwowali występowanie mobbingu szkolnego. Aż 80,8% ankietowanych potwierdziło, że miało okazję poczynić takie obserwacje. Miejsca, w których zauważyli występowanie zjawiska mobbingu, to najczęściej szkolny korytarz, a także szatnie, toalety, świetlice, boiska szkolne. Najrzadziej takie negatywne zdarzenia miały miejsce w klasach szkolnych, co można tłumaczyć stałą obecnością nauczyciela.

Większość biorących udział w tym badaniu – zarówno logopedów, jak i nauczycieli – uznała, że problem mobbingu w szkołach istnieje, a jego zakres się rozszerza. Z opinii respondentów wynika, że problemy w komunikowaniu się nie są jego najczęstszą przyczyną. W opiniach logopedów i nauczycieli mobbing szkolny jest najbardziej rozpowszechniony wśród uczniów ostatnich klas szkoły podstawowej. Niestety, znaczna większość nauczycieli i logopedów nie była przygotowywana na studiach do radzenia sobie z tym zjawiskiem. W szkołach, w których zatrudnieni byli respondenci, zazwyczaj były wdrażane jakieś formy profilaktyki, jednakże ankietowani podkreślali, że nauczyciele oraz rodzice powinni przejść dodatkowe przeszkolenie mające na celu zapoznanie się ze specyfiką zjawiska, aby byli w stanie w odpowiedni i szybki sposób zareagować na niepokojące objawy u dziecka oraz mu pomóc. Z punktu widzenia skuteczności i jakości opieki logopedycznej na terenie placówek edukacyjnych angażowanie się logopedów w różne formy działań profilaktycznych o charakterze antymobbingowym wydaje się jak najbardziej uzasadnione i potrzebne.

Projekt II: Warsztaty antymobbingowe dla dzieci jąkających się i ich rodziców

Przykładem działania, które może być podejmowane przez logopedów, są warsztaty antymobbingowe dla dzieci jąkających się i ich rodziców, które zostały wdrożone na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach w ramach zajęć LogoLAB¹. Cykl organizowanych comiesięcznie zajęć warsztatowych „Oswajamy jąkanie! Wzmacnianie u dzieci i ich rodziców poczucia sprawstwa w radzeniu sobie z jąkaniem” daje dzieciom jąkającym się i ich rodzicom czy opiekunom możliwość skorzystania z bezpłatnej formy wsparcia logopedycznego w zakresie: rozwijania kompetencji interpersonalnych, poszerzania wiedzy na temat komunikowania się i jąkania, wzmacniania ich samooceny oraz umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach komunikacyjnych, w tym także związanych z mobbingiem szkolnym. Uczestnicy zajęć mogą skonfrontować własne doświadczenia z doświadczeniami innych osób zmagających

1 Więcej informacji na temat LogoLAB oraz samych zajęć warsztatowych dla dzieci jąkających się i ich rodziców można znaleźć na stronie: <http://www.zpm.us.edu.pl/logolab/>

się z podobnymi problemami, a także skorzystać ze wsparcia oferowanego przez specjalistów i innych uczestników procesu grupowego, w tym wolontariuszy (studentów logopedii) oraz osób jękających się (członków grup samopomocowych) i jękających się specjalistów (logopedów, terapeutów).

W ramach tego cyklu spotkań zostały zorganizowane warsztaty antymobbingowe, oddzielnie dla rodziców (17 osób) i dla dzieci jękających się (12 osób). Warsztaty w grupie rodziców polegały na przeprowadzeniu interaktywnej prezentacji „Przeciwdziałanie mobbingowi wśród dzieci jękających się – rola rodzica”. Treści, które zawierała ta prezentacja, to przede wszystkim: najważniejsze informacje o mobbingu szkolnym, charakterystyczne cechy ofiary mobbingu szkolnego, zachowania mogące świadczyć o byciu ofiarą przemocy, techniki zaradcze i zapobiegawcze. Informacje podane w prezentacji zostały wybrane tak, aby rodzice uzyskali możliwie jak najpełniejszą wiedzę o zjawisku, mogli określić, czy ich dziecko znajduje się w grupie ryzyka, poznali, jakie istnieją zależności między jękaniem i mobbingiem szkolnym, a także dowiedzieli się, jak zapobiegać mobbingowi lub – jeśli to konieczne – jak reagować, gdy dziecko doświadcza dokuczania w szkole. Rodzice biorący udział w warsztatach zostali poproszeni o wypełnienie ankiet przed warsztatami i po ich zakończeniu. W ankietach wypełnianych przed warsztatami rodzice deklarowali, że mają niewielkie poczucie sprawczości w zapobieganiu mobbingowi szkolnemu. Jako główne źródła wiedzy na temat przemocy szkolnej wymieniali internet i znajomych. Znaczna większość twierdziła, że nie wie, jak zareagować w sytuacji, kiedy ich dziecko stanie się ofiarą przemocy szkolnej. Z kolei po zakończeniu warsztatów antymobbingowych wypowiedzi rodziców w ankietach uległy zmianie i świadczyły o tym, że zyskali oni większe poczucie sprawczości. Respondenci w tej ankiecie byli w stanie wymienić odpowiednie sposoby reagowania na przejawy mobbingu w szkole oraz potencjalne zasady zapobiegania temu zjawisku. Potrafili poprawnie podać objawy w zachowaniu dziecka, które mogłyby świadczyć, że jest ono ofiarą mobbingu, a także źródła wiarygodnej wiedzy na ten temat. Wydaje się, że taka jednorazowa forma wsparcia dla rodziców może być istotnym czynnikiem zmiany, ponieważ pozwala kształtować u nich postawy proaktywne, przygotowuje ich do umiejętnego reagowania na potencjalny problem i skutecznego wspierania dziecka w momencie, gdy doświadczałoby ono dokuczania ze strony kolegów.

Podobne tematycznie warsztaty przeprowadzono w grupie dzieci z jękaniem. Przedstawiono im krótką, dopasowaną do ich możliwości poznawczych prezentację na temat mobbingu. Zawierała ona podstawowe informacje o mobbingu szkolnym, wyjaśnienie, dlaczego to nie ofiara jest winna przemocy, gdzie dzieci i rodzice mogą szukać pomocy, strategię reagowania na zaczepne zachowania, dostosowane do sytuacji i możliwości dziecka z jękaniem. Dobór informacji w prezentacji miał na celu uwrażliwienie dzieci na przemoc szkolną, uświadamianie o szkodliwości zjawiska, poinformowanie o tym, jak i gdzie szukać skutecznej pomocy. Celem prezentacji było także wyposażenie uczestników w wiedzę o technikach radzenia sobie

z mobbingiem szkolnym i odpowiadania na zaczepki. Następnie uczestnicy warsztatów – dzieci, terapeuci i wolontariusze brali udział w grach dramowych. Miały one na celu zastosowanie zdobywanej wiedzy w praktyce, a także oswojenie się dzieci z trudną tematyką związaną z dokuczaniem. Porównanie odpowiedzi dzieci udzielanych w ankietach rozdanych przed programem i po jego zakończeniu potwierdziło przydatność zastosowania takiej formy wsparcie dziecka z problemem logopedycznym. Znaczna większość uczestniczących w tych warsztatach dzieci potwierdziła, że miała styczność z przemocą w szkole (jako obserwator lub/i ofiara). Przed warsztatami duża część ankietowanych dzieci stwierdzała, że to ofiara jest winna przemocy, po warsztatach wszyscy uczestnicy zaznaczyli, że wina nie leży po stronie ofiary. W pierwszej ankiecie większość uczestników oznajmiła, że nie wie, do kogo zwrócić się o pomoc w sytuacji przemocy, po warsztatach dzieci wskazywały na rodziców i nauczycieli. Na zakończenie tego programu dzieci nabyły wiedzę na temat tego, jak reagować na zaczepki, jak uzyskiwać pomoc czy jak zachować się w sytuacji, gdy jest się świadkiem mobbingu, podczas gdy przed warsztatami nie miały wiedzy na ten temat. Na zakończenie warsztatów zarówno dorośli, jak i dzieci deklarowali wzrost poczucia sprawstwa w związku z dokuczaniem z powodu jąkania, obniżenie poziomu lęku i uczucia bezradności.

Dyskusje przeprowadzone na podsumowanie tych warsztatów w obu grupach – dzieci i rodziców – potwierdziły, że podejmowanie tego typu działań edukacyjnych w przypadku jąkania jest niezwykle istotne. Dzieci zmagające się z problemami w komunikowaniu się w sytuacji mobbingu często czują się bezbronni, a nawet winne tego, że są jego ofiarami. Bardzo często boją się prosić o pomoc osobę dorosłą. Pozostawione same sobie zmagają się ze skutkami wynikającymi z tego niebezpiecznego zjawiska. Długotrwałe doświadczanie mobbingu może wywierać negatywny wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne dziecka, na jego osiągnięcia szkolne, a nawet na stan zdrowia.

Implikacje dla praktyki

Wyniki badania sondażowego przeprowadzonego w grupie logopedów oraz nauczycieli, a także obserwacje poczynione podczas wdrażania programu antymobbingowego w grupie dzieci jękających się i ich rodziców potwierdzają tezę, że istotne jest podniesienie świadomości logopedów i nauczycieli na temat zjawiska mobbingu szkolnego. Skuteczna opieka nad uczniami zmagającymi się z problemami w komunikowaniu się bez wdrażania w placówkach edukacyjnych (szkołach, poradniach psychologiczno-pedagogicznych, ale także przedszkolach) różnych form profilaktyki antymobbingowej wydaje się niewykonalna. Podobny wniosek można wysnuć, dokonując krytycznej analizy literatury przedmiotu [Murphy, Quesal, 2002; Yaruss i wsp., 2004; Langevin, 2015].

Konkludując, autorki postulują następujące formy aktywności logopedów w tym zakresie:

- 1) rutynowe rozpoznawanie, czy uczestniczące w terapii logopedycznej dziecko nie jest ofiarą mobbingu szkolnego (rozmowa z uczniem, nauczycielem – wychowawcą klasy, pedagogiem szkolnym, a także – o ile to konieczne – z rodzicami dziecka)²;
- 2) współdziałanie we wdrażaniu na terenie placówek edukacyjnych kampanii profilaktycznych związanych z mobbingiem szkolnym (plakaty lub ulotki, specjalne dni lub godziny wychowawcze poświęcone na analizę zjawiska, dodatkowe szkolenia dla nauczycieli, telefony kontaktowe, prelekcje dla rodziców i personelu szkolnego), które miałyby na celu rekomendowanie różnych strategii antymobbingowych;
- 3) organizowanie na terenie szkół warsztatów dla uczniów, promujących treści związane z dobrą komunikacją, tolerancją i akceptacją dla inności – najlepiej z aktywnym udziałem ucznia, który korzysta z terapii logopedycznej; ich celem powinno być między innymi upowszechnianie wiedzy na temat różnych zaburzeń w komunikowaniu się oraz promujących wartości antydyskryminacyjne i edukację włączającą [Scott, Guitar, 2012; Węsierska, Krawczyk, 2017]³.

Niezwykle ważne jest również udzielenie bezpośredniego wsparcia dziecku zmagającemu się z mobbingiem szkolnym, aby czuło się ono bezpiecznie w placówce i mogło zaufać nauczycielowi. Logopeda, z racji bardziej indywidualnych relacji z dzieckiem, może być w tych działaniach osobą bardzo wspierającą. Należy przypuszczać, że skuteczne wdrażanie różnych form prewencji nie będzie możliwe bez podjęcia działań w zespołach składających się zarówno z nauczycieli, jak i pedagogów szkolnych, psychologów oraz logopedów, z aktywnym udziałem rodziców. Budowanie wspierającego dziecko środowiska, którego osią jest swoisty team terapeutyczny złożony z nauczyciela, logopedy i rodziców ucznia może znacząco przyczynić się do poprawy funkcjonowania na terenie szkoły uczniów zmagających się z zaburzeniami w komunikowaniu się.

2 W tym celu można wykorzystać polską adaptację testu autorstwa Marylin Langevin [2013], dostępną na stronie <http://centrumlogopedyczne.com.pl/narzedzia/>

3 Przykład zajęć warsztatowych dla uczniów i nauczycieli, podczas których upowszechniana jest wiedza o jękanii, a także treści związane z zapobieganiem mobbingowi szkolnemu, można znaleźć w Boroń i wsp., 2019, s. 30–34.

Literatura

- Blood G., Boyle M., Blood I., Nalesnik G., 2010, *Bullying in children who stutter. Speech language pathologists' perceptions and intervention strategies*, „Journal of Fluency Disorders”, vol. 35(2), s. 92-109.
- Boroń A., Michta A., Sakwerda A., Węsierska K., 2019, *Zajęcia z pomysłem. Scenariusz warsztatów dla nauczycieli. Scenariusz warsztatów dla uczniów*, „Forum Logopedy”, nr 31, s. 30-34.
- Card N.A., Hodges E.V., 2008, *Peer victimization among school children: correlations, causes, consequences, and considerations in assessment and intervention*, „School Psychology Quarterly”, vol. 23(4), s. 451-461.
- Dambach K.E., 2003, *Mobbing w szkole: jak zapobiegać przemocy grupowej*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Davis S., Howell P., Cooke F., 2002, *Sociodynamic relationships between children who stutter and their non-stuttering classmates*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, no. 43, s. 939-947.
- Erickson S., Block S., 2013, *The social and communication impact of stuttering on adolescents and their families*, „Journal of Fluency Disorders”, vol. 38(4), s. 311-324.
- Gebauer K., 2007, *Mobbing w szkole*, Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
- Greene R., 2014, *Trudne emocje u dzieci. Jak wspólnie rozwiązywać problemy w domu i w szkole*, Warszawa: Wydawnictwo Edgard.
- Hershkowitz I., Lamb M.E., Horowitz D., 2007, *Victimization of Children with Disabilities*, „American Journal of Orthopsychiatry”, vol. 77(4), s. 629-635.
- Kuros K., Węsierska K., 2013, *Rola nauczyciela w promowaniu dobrej komunikacji w środowisku szkolnym*, [w:] E. Kochanowska, J. Skibska (red.), *Nauczyciel wobec wyzwań współczesności. Dylematy, poszukiwania i inspiracje*, Bielsko-Biała: Wydawnictwo Naukowe Akademii Techniczno-Humanistycznej, s. 267-277.
- Langvin M., 2000, *Teasing and Bullying. Unacceptable Behaviour. The TAB Program*, Edmonton: Istar.
- Langvin M., 2013, *Dokuczanie i znęcanie się nad jękającymi się dziećmi, kwestionariusz dla dzieci, wersja zaktualizowana (Teasing and Bullying Questionnaire for Children Who Stutter – Revised)*, tłum. K. Węsierska, M. Węsierska, <http://centrumlogopedyczne.com.pl/narzedzia/> (dostęp: 16.06.2019).
- Langvin M., 2015, *Bullying Experienced by Youth Who Stutter. The Problem and Potential Intervention Strategies*, [w:] K.O. St. Louis (red.), *Stuttering Meets Stereotype, Stigma, and Discrimination. An Overview of Attitude Research*, Morgantown: West Virginia University Press, s. 71-90.
- Langvin M., Bortnick K., Hammer T., Wiebe E., 1998, *Teasing/bullying experienced by children who stutter. Toward development of a questionnaire*, „Contemporary Issues in Communication Science and Disorders”, vol. 25, s. 12-24.
- Langvin M., Packman A., Onslow M., 2010, *Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves*, „Journal of Communication Disorders”, no. 43, s. 407-423.
- Lindsay G., Dockrell J.E., Mackie C., 2008, *Vulnerability to bullying in children with a history of specific speech and language difficulties*, „European Journal of Special Needs Education”, no. 23, s. 1-16.
- Little L., 2001, *Peer victimization of children with Asperger spectrum disorders*, „Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, no. 40, s. 995-996.
- Little L., 2004, *Victimization of children with disabilities*, [w:] K.A. Kendall-Tackett (red.), *Health consequences of abuse in family. A clinical guide for evidence-based practice*, Washington: American Psychological Association, s. 95-108.

- Miller C., Lowen C., 2012, *The Essential Guide to Bullying Prevention and Intervention. Protecting Children and Teens from Physical, Emotional, and Online Bullying*, New York: Alpha.
- Mishna F., 2003, *Learning disabilities and bullying. Double jeopardy*, „Journal of Learning Disabilities”, vol. 36(4), s. 336–347.
- Murphy W.P., Quesal R. W., 2002, *Strategies for addressing bullying with the school-age child who stutters*, „Seminars in Speech and Language”, no. 23, s. 205–211.
- O’Moore A.M., Minton S.T., 2008, *Jak opanować przemoc w szkole*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Olweus D., 1991, *Bully/victim problems among school children. Basic facts and effects of a school based intervention program*, [w:] D. Pepler, K. Rubin (red.), *The development and treatment of childhood aggression*, Hillsdale: Erlbaum, s. 411–448.
- Olweus D., 2007, *Mobbing. Fala przemocy w szkole. Jak ją powstrzymać?*, Warszawa: Jacek Santorski & Co.
- Ostrowska K., Surzykiewicz J., 2005, *Zachowania agresywne w szkole. Badania porównawcze 1997 i 2003*, Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- Plichta P., 2010, *Uczniowie niepełnosprawni intelektualnie jako ofiary i sprawcy agresji rówieśniczej – kontekst edukacyjny*, [w:] J. Pyżalski, E. Roland (red.), *Bullying a specjalne potrzeby edukacyjne. Podręcznik metodyczny*, Łódź: Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Łodzi/Centrum Badań Behawioralnych Uniwersytetu Stavanger, moduł 6.
- Pyżalski J., 2012, *Agresja elektroniczna i cyberbullying jako ryzykowne zachowania młodzieży*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Rigby K., 2010, *Przemoc w szkole. Jak ją ograniczyć. Poradnik dla rodziców i pedagogów*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Savage R., 2005, *Friendship and bullying patterns in children attending a language base in a mainstream school*, „Education Psychology in Practice”, no. 21, s. 23–36.
- Scott L., Guitar C., 2012, *Jak mówić w szkole o jękananiu? Podręcznik dla nauczycieli i logopedów*, Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Smith P.K., Pepler D., Rigby K. (red.), 2004, *Bullying in Schools. How Successful Can Intervention Be?*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Way B., 1990, *Drama w wychowaniu dzieci i młodzieży*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Węsierska K., 2012, *Profilaktyka logopedyczna w ujęciu systemowym*, [w:] Węsierska K. (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 1, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 25–47.
- Węsierska K., Gacka E., Langevin M., Węsierska M., 2015, *Sytuacja szkolna dzieci jękających się w Polsce – wstępne wyniki badań i strategie pomocy*, [w:] K. Węsierska (red.), *Zaburzenia płynności mowy: teoria i praktyka*, t. 1, Katowice: Komlogo – Uniwersytet Śląski, s. 221–236.
- Węsierska K., Krawczyk A., 2017, *Wsparcie dziecka jękającego się w środowisku edukacyjnym*, [w:] K.I. Bieńkowska, I. Marczykowska, A. Myszka (red.), *Głos – Język – Komunikacja 4. Funkcjonowanie społeczne dzieci z problemami komunikacyjnymi*, Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, s. 13–30.
- Yaruss J.S., Murphy W.P., Quesal R. W., Reardon N.A., 2004, *Bullying and teasing: Helping children who stutter*, New York: National Stuttering Association.

Streszczenie

W artykule zaprezentowano wyniki dwóch projektów badawczych dotyczących mobbingu szkolnego wobec uczniów z zaburzeniami w komunikowaniu się. Celem pierwszego projektu było sondowanie opinii nauczycieli ($n = 53$) i logopedów ($n = 59$) na temat częstości występowania tego zjawiska, jego przyczyn oraz potencjalnych środków zaradczych. Respondenci byli również proszeni o ocenę, czy dzieci zmagające się z jakimkolwiek problemem logopedycznym częściej stają się ofiarami dokuczania i/lub znęcania w szkole. Rozpoznawano także opinie badanych na temat potencjalnych form przeciwdziałania mobbingowi szkolnemu oraz ich przygotowania do radzenia sobie z tym zjawiskiem na terenie szkoły. W opracowaniu przedstawiono również wyniki pilotażowego projektu badawczego realizowanego w ramach spotkań warsztatowych dla dzieci jękających się i ich rodzin, organizowanych na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach. Podczas tych warsztatów przeprowadzono zajęcia edukacyjne z zakresu praktycznych aspektów radzenia sobie z mobbingiem szkolnym. W warsztatach wzięły udział zarówno dzieci jękające się, jak i ich rodzice/opiekunowie. Autorki omówiły również wyniki sondażu przeprowadzonego wśród uczestników przed warsztatami i po ich wdrożeniu na temat mobbingu szkolnego i potencjalnych strategii radzenia sobie z tym zjawiskiem. W podsumowaniu artykułu zarekomendowano przykładowe formy wsparcia ucznia w radzeniu sobie z przejawami dokuczania lub/i prześladowania w szkole.

Abstract

The article presents the findings from two research projects on bullying among students with communication disorders. The aim of the first project is to survey the opinions of teachers ($n = 53$) and speech-language therapists/pathologists ($n = 59$) on the prevalence of this phenomenon, its causes and potential remedies. Respondents were also asked whether children with speech-language problems were more likely to become victims of bullying at school in their opinion. The study also accounts for the respondents' opinions of potential forms of preventing bullying and preparing students for dealing with this problem in the school setting. In addition, the article presents the results of a pilot study carried out in the framework of workshop meetings organized at the University of Silesia in Katowice. During these workshops, educational activities were carried out with regard to the practical aspects of how to deal with bullying at school. The workshops involved both stuttering children and their parents/caregivers. The authors also discuss the results of a survey conducted among the workshop participants in the form of pre- and post-workshop questionnaires. The paper also includes evaluation of issues such as, bullying at school and potential strategies of dealing with it. The final part of the article, provides examples of strategies of how to support students in dealing with bullying in schools.

Anna Guzy* 

Diagnoza emisji głosu z wykorzystaniem wywiadu ustrukturyzowanego – implikacje praktyczne

Voice emission diagnosis using a structured interview: practical implications

Słowa kluczowe: diagnoza emisji głosu, metody diagnostyczne, wywiad ustrukturyzowany

Keywords: voice emission diagnosis, diagnostic methods, structured interview

Diagnoza emisji głosu

W celu przeprowadzenia wielowymiarowej diagnozy emisji głosu można wykorzystywać kilka różnych metod. Należy tutaj wymienić te, które stosowane są przez specjalistów (lekarzy, foniatorów, laryngologów, logopedów, trenerów emisji głosu itp.), a także te, które może zastosować każda osoba zainteresowana oceną swoich możliwości głosowych. W artykule skupię się na narzędziach/technikach przeznaczonych dla profesjonalistów:

- 1) badaniu przedmiotowym (w szczególności badaniu diagnostycznym cyklu wiibracyjnego fałdów głosowych),
- 2) metodach akustycznego różnicowania zaburzeń głosu,
- 3) arkuszach do diagnozy jakości emisji głosu¹.

Możliwe jest również dokonanie samooceny stanu głosu (zarówno mówionego, jak i śpiewanego) z zastosowaniem testów/arkuszy samoopisowych, w których badani określają występowanie trudności lub potwierdzają brak u siebie poszczególnych nieomogów głosowych. Mogą również samodzielnie wykonać badanie przy

* Uniwersytet Śląski w Katowicach, Wydział Filologiczny, Katedra Dydaktyki Języka i Literatury Polskiej, pl. Sejmu Śląskiego 1, 40-007 Katowice, e-mail: anna.guzy@us.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0002-6713-7293>

¹ Specjaliści do całościowej oceny wykorzystują również wyniki uzyskane ze skal samoopisowych, na przykład VHI.

wykorzystaniu prostego oprogramowania komputerowego, które oceni jakość ich mowy (np. mogą sprawdzić swój maksymalny czas fonacji²).

Europejskie Towarzystwo Laryngologiczne w 2001 roku ustaliło protokół diagnostyczny w przypadku kompleksowej oceny traktu głosowego. Obejmuje on: wywiad, badanie przedmiotowe, ocenę odsluchową głosu, badanie wideolaryngostroboskopowe, ocenę aerodynamiczną, badania akustyczne oraz samoocenę jakości głosu [Dejonckere i wsp., 2001, s. 78–82; zob. także: Niebudek-Bogusz, 2009].

Opracowano również standard postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń głosu [Wysocka i wsp., 2008]. Zaleca się w nim, aby logopeda (niezależnie od wywiadu wykonanego przez laryngologa czy foniatrę) przeprowadził własny wywiad, który pomoże mu uzyskać informacje na temat wcześniejszych trudności głosowych, jak również ich początku, dodatkowych schorzeń, przebiegu terapii. Zwraca się również uwagę na konieczność wykonania testu samooceny niesprawności głosowej. Właściwe badanie logopedyczne powinno obejmować ocenę poszczególnych sfer związanych z funkcjonowaniem głosowym: „postawa ciała, oddychanie, koordynacja oddechowo-fonacyjno-artykulacyjna, motoryka artykulacyjna, czynność rezonatorów nasady, napięcie głosu, wysokość głosu, tempo mowy” [Wysocka i wsp., 2008, s. 244]. W opracowaniu znajdziemy *Kartę badania logopedycznego*, która ułatwi diagnoście dokonanie oceny poszczególnych sprawności [Wysocka i wsp., 2008, s. 252–253].

Oprócz badania przedmiotowego i wywiadu wstępnego dokonywać można wielu obserwacji, jak również szczegółowych analiz, w celu pełnego określenia jakości emisji głosu badanego. Najbardziej precyzyjne metody badawcze wymagają specjalistycznej aparatury pomiarowej do rejestrowania zmian w zakresie pracy wibracyjnej fałdów głosowych. Zygmunt Pawłowski wyróżnia trzy główne metody badawcze w tym obszarze diagnostycznym: metody optyczne (m.in. stroboskopię, wideostroboskopię, wideokymografię, fotoglotografię, elektrolaryngografię), analizy akustyczne głosu (ultrasonografię, ocenę częstotliwości podstawowej, testową ocenę ciśnienia akustycznego głosu, wieloparametrową analizę mowy częstotliwości podstawowej), jak również metody elektryczne (elektrogrotografię) [więcej: Pawłowski, 2005, s. 85-115].

Można wyróżnić kilka metod akustycznego różnicowania zaburzeń głosu. Często stosuje się usystematyzowane skale. Najpowszechniejszą z nich jest opracowana przez Minoru Hirano [1981] skala Japońskiego Towarzystwa Logopedów i Foniatrów – GRBAS. W GRBAS określamy pięć parametrów: stopień chrypki (G – ang. *grade of hoarseness*), szorstkość (R – ang. *roughness*), głos chuchający – powietrze w głosie (B – ang. *breathiness*), osłabienie głosu (A – ang. *asthenic*), napięcie głosu (S – ang. *strained*) w czterostopniowej skali. Skala określa nasilenie danego

2 Por. przykładowo aplikację do prostego badania maksymalnego czasu fonacji: http://old.imp.lodz.pl/emisja_glosu/examinator/wstep_analiza.html# (dostęp: 21.06.2019).

parametru w następujący sposób: 0 – głos normalny, zaburzenie nie występuje, 1 – niewielki stopień nasilenia, 2 – umiarkowany stopień nasilenia, 3 – duży stopień nasilenia. Oprócz skali GRBAS stosuje się również metody oparte na obiektywnych obrazach analizy akustycznej, z wykorzystaniem spektrografu, sonografu czy z zapisem czasowym sygnału mowy [Świdziński, 2000]. Często analizy akustyczne wykonuje się przed i po obciążeniu głosu³. Ocena taka umożliwi opis parametrów fizycznych głosu. Analizie poddaje się kilka różnorodnych parametrów, najczęściej: średnią częstotliwość podstawową (F_0), parametr zmian częstotliwości podstawowej (*jitter*), względną modulację amplitudy (*shimmer*), jak również stosunek szumu do sygnału [Sielska-Badurek, Niemczyk, 2015, s. 14–15; Olszewski, Nowosielska-Grygiel, 2017, s. 95–96].

Do diagnostyki jakości emisji głosu wykorzystuje się również analizę wybranych parametrów. W praktyce są to najczęściej: ocena pojemności życiowej (VC), maksymalny czas fonacji ($MPT[a]$), współczynnik s/z ratio oraz współczynnik DSI (współczynnik nasilenia dysfonii). W tabeli 1 dokonano charakterystyki opisywanych parametrów.

Jak wynika z charakterystyki parametrów, VC może wpływać na różnice w wynikach $MPT[a]$. W celu wyeliminowania nieścisłości pomiarowej zaleca się określenie współczynnika fonacji (PQ). Jest on ilorazem wartości VC (uzyskanej w wyniku badania spirometrycznego) oraz $MPT[a]$. Średnie wartości PQ dla kobiet wynoszą 125,8 ml/s, natomiast u mężczyzn 135 ml/s [Sielska-Badurek, Niemczyk, 2015, s. 14].

Oprócz opisanych metod akustycznych, badania fizykalnego, jak również z zastosowaniem aparatury pomiarowej, możemy wykorzystać skale i narzędzia diagnostyczne. Mogą mieć one charakter samoopisowy lub być wypełniane przez diagnostę – jak *Karta badania logopedycznego czy Arkusz diagnozy emisji głosu*. W praktyce klinicznej najczęściej stosowane są dwie skale: test samooceny niesprawności głosu (*Voice Handicap Index – VHI*) oraz skala dyskomfortu traktu głosowego (*Vocal Tract Discomfort – VTD*). Przyjrzyjmy się bliżej obu tym narzędziom.

VHI posiada wersję do oceny parametrów głosowych osób w mowie i śpiewie. Najpowszechniej stosowaną wersją jest VHI-30 do oceny głosu mówionego. Składa się on z 30 pytań, podzielonych na trzy skale: samoocenę stanu funkcjonalnego głosu (określającą to, w jaki sposób trudności głosowe utrudniają badanej osobie codzienne funkcjonowanie), samoocenę stanu emocjonalnego głosu (w której analizie poddany jest afekt osoby badanej, związany z jej głosem) oraz samoocenę stanu fizycznego głosu (w której oceniane jest występowanie poszczególnych trudności głosowych: zmiana barwy głosu, siła głosu, trudności oddechowe itp.). Badany ustosunkowuje się do każdego z 30 pytań, określając, jak bardzo dane stwierdzenie jest adekwatne do jego osoby. Stosowana jest pięciostopniowa skala, w której 0 oznacza, że nigdy, 1 – prawie nigdy, 2 – czasami, 3 – prawie zawsze, 4 – zawsze. Uzyskanie

3 Obciążenie głosowe polega na czytaniu przez osobę badaną dowolnego tekstu przez pół godziny. W pomieszczeniu, w którym odbywa się badanie, panuje szum biały (hałas) wynoszący 85 dB. Więcej na ten temat: Świdziński, 2000.

0–30 punktów oznacza wynik niski (brak lub występowanie nieznacznych trudności głosowych), 31–60, oznacza, że badany ma średnie trudności ze swoim głosem. Wynik mieszczący się w przedziale 61–120 oznacza występowanie dużych trudności głosowych. W takim przypadku zaleca się natychmiastową wizytę u specjalisty.

Tabela 1. Wybrane parametry oceny jakości głosu i ich charakterystyka

Pojemność życiowa (VC)	Maksymalny czas fonacji (MPT)	Współczynnik s/z	Współczynnik DSI
Nie określa bezpośrednio czasu fonacji, umożliwia jednak oszacowanie powietrza, które może być zużyte podczas fonacji. Średnie wartości pojemności życiowej płuc wynoszą 4800 ml dla mężczyzn oraz 3500 ml dla kobiet. Wartość tego parametru mierzona jest za pomocą spirometru [Wiskirska-Woźnica, 2008, s. 45]. Wartość VC zależy od wieku (u dzieci jest niższa) oraz płci, jak również schorzeń w obrębie dolnych dróg oddechowych [Sielska-Badurek, Niemczyk, 2015, s. 14].	Jest to: „zdolność maksymalnego fonowania samogłoski [a] podczas pełnego wydechu” [Wiskirska-Woźnica, 2008, s. 45]. Wynik MPT podaje się w sekundach. Według różnych autorów wartość MCF wynosi średnio 17,25–34,6 sekund dla mężczyzn oraz 12,1–16,5 sekundy dla kobiet [Halama, Raes, 1998, s. 39–45]. Wartość MPT zależy od pojemności życiowej płuc VC.	Określa stosunek (iloraz) długości czasu fonacji artykulacji głoski bezdźwięcznej [s] do czasu artykulacji głoski dźwięcznej [z]. W celu uwiarygodnienia wyniku próbę fonacji głosek powtarza się dwukrotnie. Aby wyliczyć wartość współczynnika, dzielimy najdłuższy czas fonacji głoski [s] przez najdłuższy czas fonacji głoski [z]. Wynik 1,0 oznacza brak patologii i wskazuje na właściwą zdolność oddechową. Wielkość współczynnika 1,2 i więcej może wskazywać na patologiczny stan fałdów głosowych [Deem, Miller, 2000; McAfee, Shipley, 2009, s. 395].	Współczynnik określa nasilenie dysfonii, a jego wartość uznaje się za obiektywną. Uzyskuje się go z parametrów analizy akustycznej i aerodynamicznej, takich jak: maksymalny czas fonacji, maksymalna częstotliwość głosu (F_{max}), minimalne natężenie głosu (I_{min}) i jitter [więcej na ten temat: Sielska-Badurek, Niemczyk, 2015]. Współczynnik analizuje się następująco: powyżej 4.2 bez cech dysfonii, 1.81–4.2 lekka dysfonia, –1.2–1.8 umiarkowana dysfonia, a wynik niższy lub równy –1.2 oznacza ciężką dysfonię.

Źródło: opracowanie własne.

Skala dyskomfortu traktu głosowego (*Vocal Tract Discomfort* – VTD) składa się z szeregu doznań, które mogą być obserwowane w obrębie gardła i krtani: pieczenia, napięcia, suchości, bólu, drapania, tkliwości (bolesności przy dotyku), podrażnienia oraz uczucia kluski w gardle. Zadaniem badanego jest określenie częstotliwości (od 0 – nigdy do 6 – zawsze) występowania danej trudności oraz stopnia nasilenia (od 0 – brak do 6 – duże nasilenie). Im więcej trudności obserwowanych z większą częstotliwością, tym większa skala dyskomfortu traktu głosowego u badanego [Woźnicka i wsp., 2012a).

Zarówno test VHI, jak i skala VTD stanowią cenne narzędzia diagnostyczne o potwierdzonej wartości diagnostycznej i rzetelności [Niebudek-Bogusz i wsp., 2007].

Oprócz skal samoopisowych do diagnozy wykorzystywane są również autorskie narzędzia przygotowane przez logopedów czy trenerów emisji głosu [np. Guzy, 2012; Kisiel, 2012]. Narzędzia takie stosowane są na ogół do diagnozy indywidualnej. Przykładowo, *Arkusz diagnozy emisji głosu* (ADE) składa się z różnorodnych zadań, należących do dziewięciu sfer: samoocena, postawa, artykulacja, rezonans, oddychanie, fonacja, motoryka aparatu artykulacyjnego, prozodia, głosowe przedstawienie tekstu. Arkusz zawiera ponadto propozycje pytań do wywiadu wstępnego. Badanie z wykorzystaniem tego narzędzia trwa około 20–25 minut [szczegółowy opis narzędzia: Guzy, 2012, s. 120–136].

Mając na uwadze to, że wywiad wstępny stanowi podstawę do dalszej diagnostyki, jest jej niezbędnym i fundamentalnym elementem, proponuję wykorzystanie schematu ustrukturyzowanego wywiadu, który można wykorzystać podczas zbierania wstępnych danych.

Wywiad ustrukturyzowany

Przed zaprezentowaniem mojej propozycji wywiadu, chciałam zaznaczyć, że proponowane narzędzie nie jest wywiadem ustrukturalizowanym, czyli standaryzowanym w klasycznym rozumieniu. Nie wyliczono własności psychometrycznych tego narzędzia, takich jak rzetelność czy trafność [Stemplewska-Żakowicz, 2011, s. 64]. Wywiad w proponowanym kształcie nie jest jedynym narzędziem w przypadku diagnozy emisji głosu, stanowi element wstępny, w odróżnieniu od ustrukturalizowanych narzędzi psychologicznych, przykładowo wywiadu klinicznego do badania całościowego danego parametru [por. First i wsp., 2010]. Wywiad określiłam mianem „ustrukturyzowanego”, ponieważ ma określoną strukturę, na którą składają się różnorodne obszary związane z funkcjonowaniem osoby badanej w kontekście występowania u niej problemów z emisją głosu. Proponowana struktura (w tym także kolejność zadawanych pytań) pozwala na bardziej ekonomiczne dysponowanie czasem podczas rozmowy, ułatwia diagnoście zorientowanie się w kluczowych sferach, które mogą mieć istotny wpływ na jakość emisji głosu u diagnozowanej osoby, a także lepsze zrozumienie natury jej problemów (jeśli takie zgłasza). Ułatwieniem podczas zbierania danych może być uproszczony arkusz zapisu odpowiedzi (por. załącznik 1).

Przy konstruowaniu narzędzia wzięto pod uwagę czynniki zewnętrzne i wewnętrzne, o których wiadomo, że mają wpływ na jakość głosu. Uzupełniono je o poszerzoną grupę czynników psychologicznych. Jak wskazują badania, aż 57% zaburzeń głosu ma tło czynnościowe [Sielska-Badurek, Niemczyk, 2015, s. 12], a zatem podczas zbierania danych (szczególnie wstępnych), nie możemy zapomnieć o pytaniach, które pomogą nam rozważyć, czy objawy nie mają podłoża psychogenne. Z prowadzonych

przeze mnie wśród nauczycieli badań wynika⁴, że takie czynniki, jak lęk (jako cecha i jako stan), stres (poziom odczuwanego stresu w ciągu ostatniego miesiąca), zadowolenie z życia, wypalenie zawodowe, stan zdrowia, samoocena czy zachowania zdrowotne, mają istotny wpływ na jakość emisji głosu badanych. Pytania związane z tymi konstruktami warto zatem wpleść w wywiad wstępny, a dodatkowo pogłębić wywiad w przypadku, gdy badania fizykalne nie będą wyjaśniały powodów występowania u badanej osoby zgłaszanych objawów. Dodatkowym czynnikiem upewniającym nas w czynnościowej etiologii zaburzeń może być wynik testu VHI, jeśli diagnozowany pacjent uzyska najwyższy wynik w skali: samoocena stanu emocjonalnego.

W czasie diagnozy emisji głosu w fazie zbierania danych do wywiadu należy zgromadzić możliwie jak najwięcej informacji z zakresu: danych podstawowych, stanu zdrowia i nawyków zdrowotnych, formy i warunków pracy głosem, zgłaszanych problemów głosowych, jak również zmiennych psychologicznych. Na samym początku warto przeprowadzić krótki (jedno-, dwuminutowy) instruktaż: poinformować o przebiegu całego postępowania, jak również zmotywować do precyzyjnego odpowiadania na pytania. Zdarza się bowiem, że badani podają bardzo dużo informacji, które na tym etapie mogą utrudniać zebranie potrzebnych danych. Przykładowo możemy rozpocząć następująco:

Za chwilę zadam Pani/Panu szereg pytań dotyczących różnych aspektów Pani/Pana życia: zdrowia, nawyków czy pracy. Informacje te są niezwykle istotnym elementem diagnostycznym. Niektóre pytania mogą wydawać się dziwne, a nawet śmieszne, ale zostały dobrane w taki sposób, aby poznać szereg różnych obszarów Pani/Pana funkcjonowania związanych z emisją głosu. Zależy mi na szczerych odpowiedziach. Pomogą mi one lepiej poznać Panią/Pana oraz obserwowane i odczuwane przez Panią/Pana trudności głosowe. Gdyby coś było niejasne, proszę dopytywać. Czy możemy zacząć? Czy jest Pan/Pani gotowa?

I. Dane podstawowe. W tej części pytamy o wiek, lata pracy w zawodzie (szczególnie, jeśli związany jest ze znacznym wysiłkiem głosowym), wizyty u takich specjalistów, jak foniatra, laryngolog, audiolog, ortodonta. Pytamy również o wyniki badań, jeśli były przeprowadzone, oraz powody wizyt. Dopytujemy o początek trudności głosowych, ewentualne choroby narządu głosu w rodzinie, poprzednie wizyty u logopedy czy trenera emisji głosu.

II. Warunki i higiena pracy. Pytamy o to, ile godzin dziennie badany posługuje się głosem w pracy (także w domu), do ilu osób mówi (czy jest zmuszony mówić głośniejsz niż zwykle), jak długo jest zmuszony mówić bez przerwy lub z niewielkimi przerwami, czy ma nagłośnienie, czy warunki jego pracy nie uległy ostatnio zmianie, jakie ma warunki do pracy głosem: akustyka pomieszczenia, poziom hałasu, nawilżenie powietrza, temperatura w pomieszczeniu (również

⁴ Badania były prowadzone w latach 2012–2017. Indywidualnym diagnozom głosu poddałam około czterystu nauczycieli na różnych etapach kształcenia na terenie województwa śląskiego oraz dolnośląskiego.

czy pracuje w klimatyzowanym pomieszczeniu). Dopytujemy o pracę w szkodliwych warunkach (pyły, związki azbestu itp.).

III. Nawyki zdrowotne. Na początku pytamy o palenie papierosów, zarówno czynne, jak i bierne (dopytujemy, jak długo pali, ile). Pytamy o przyjmowane leki (szczególnie na alergię, diuretyczne, hormonalne), o tryb życia (długość snu, aktywność fizyczną, nawadnianie organizmu, dietę), o to, kiedy w przypadku występowania trudności z głosem, na przykład przy zapaleniu gardła czy chrypce, ankietowany udaje się po pomoc (natychmiast, po kilku dniach czy kiedy uniemożliwi mu to pracę), czy zna i wykonuje ćwiczenia z zakresu emisji głosu, czy nawilża gardło podczas pracy głosem.

IV. Stan zdrowia. Prosimy o dokonanie samooceny stanu zdrowia (przykładowo polecamy, aby diagnozowany ocenił stan swojego zdrowia na skali od 0 do 4, gdzie 0 oznacza bardzo zły stan zdrowia, a 4 idealny). Ponadto dopytujemy o choroby przewlekłe, które mogą mieć największy wpływ na występowanie trudności głosowych (alergie, astma, refluks, nerwica, depresja, choroby endokrynologiczne, problemy z szyjnym odcinkiem kręgosłupa, zabiegi operacyjne, w szczególności związane z narządem głosu, układem oddechowym, słuchem, ale także endokrynologiczne, zabiegi operacyjne w obrębie szyi).

V. Problemy głosowe. Dopytujemy diagnozowanego zarówno o częstość występowania, jak i nasilenie problemów głosowych (ułatwieniem może być zastosowanie skali od 0 do 4, gdzie 0 oznacza wcale/brak, a 4 bardzo często/bardzo silne). Pytamy o każdy element osobno: występowanie chrypki, bezgłosu, załamania się głosu, zmianę barwy głosu, uczucie suchości w gardle/ustach, męczliwość głosu, dyskomfort w gardle i krtani (np. ból, pieczenie).

VI. Zmienne psychologiczne. Również tutaj sugeruję zorientowanie się w zakresie częstości występowania oraz nasilenia, zgodnie ze skalą zaproponowaną do oceny problemów głosowych (od 0 do 4). Dopytujemy o: wypalenie zawodowe/niechęć do pracy, odczuwanie stresu w ciągu ostatniego tygodnia/miesiąca, odczuwanie lęku, zadowolenie z życia. Ponadto pytamy o samoocenę oraz zadowolenie z brzmienia własnego głosu w skali od 0 (bardzo niska/niska) do 4 (bardzo wysoka/pełne zadowolenie z brzmienia głosu).

Rozmowę diagnostyczną możemy zakończyć następująco:

Bardzo dziękuję za cierpliwość, szczerze i wyczerpujące odpowiedzi. Mimo że starałem/starałam się zapytać o wszystkie istotne elementy, być może coś pominąłem/pominęłam. Czy jest coś, co wydaje się jeszcze Pani/Panu ważne? Jeśli nie, bardzo dziękuję. Przejdźmy do dalszego etapu diagnozy⁵.

5 W zależności od potrzeb i możliwości w kolejnym etapie diagnozowany wypełnia kwestionariusze samoopisowe lub są mu wykonywane inne pomiary czy badanie fizykalne.

Interpretacja uzyskanych danych z wywiadu może przebiegać dwutorowo: ilościowo i jakościowo. Parametry IV–VI, a zatem stan zdrowia, problemy głosowe, zmienne psychologiczne, oceniane są na skali od 0 do 4. Im więcej uzyskanych punktów w poszczególnych sferach, tym gorszy stan zdrowia diagnozowanego, większe trudności głosowe (częściej występujące), jak również słabsza kondycja psychiczna (większe odczucie lęku, stresu, zmęczenia pracą, wypalenia), a także mniejsze poczucie zasobów własnych (zadowolenia z życia).

Podsumowanie i wnioski

W praktyce klinicznej można wykorzystywać różnorodne narzędzia diagnostyczne. Niewątpliwie jednym z istotniejszych elementów jest wywiad wstępny. W formie zaproponowanej w artykule może być stosowany przez specjalistów: logopedów, trenerów emisji głosu, foniatorów czy lekarzy laryngologów. W zależności od dalszej diagnostyki i jej celu można wykorzystać go w całości lub w części. W przypadku chęci dokonania dogłębnej analizy zaleca się przeprowadzenie wywiadu w całości, co umożliwi zebranie możliwie pełnych danych diagnostycznych, a następnie projektowanie dalszych działań (na przykład terapii czy prowadzenia rozmowy profilaktycznej).

Załącznik 1. Arkusz ustrukturyzowanego wywiadu wstępnego do diagnozy emisji głosu

Imię i nazwisko:

Data badania:

I. Dane podstawowe

Parametr		Uwagi
Wiek:		
Obecnie wykonywany zawód:		
Lata pracy w zawodzie wymagającym wysiłku głosowego:		
Wizyty u specjalistów: – foniatra – laryngolog – audiolog – ortodonta – logopeda – trener emisji głosu	Tak/Nie Cel wizyty: Tak/Nie Cel wizyty: Tak/Nie Cel wizyty: Tak/Nie Cel wizyty: Tak/Nie Cel wizyty: Tak/Nie Cel wizyty:	
Początek trudności głosowych (kiedy?, czego dotyczyły?)		

Parametr		Uwagi
Największe nasilenie trudności głosowych (kiedy?, czego dotyczyły?)		
Ostatnie trudności głosowe (kiedy?, czego dotyczyły?)		
Choroby narządu głosu w rodzinie	Tak/Nie Jakie?	

II. Warunki i higiena pracy

Parametr		Uwagi
Średnia liczba godzin posługiwania się głosem w pracy oraz w domu	Praca: Do ilu średnio osób: Dom: Do ilu średnio osób:	
Nagłośnienie	Tak/Nie	
Akustyka pomieszczenia	Właściwa/Niedogodna	
Poziom hałasu	Panuje cisza/Optymalny/Zbyt głośno	
Nawilżenie powietrza	Właściwe/Zbyt sucho	
Temperatura powietrza	Odpowiednia/Zbyt zimno/Zbyt ciepło	
Praca w klimatyzowanym pomieszczeniu	Tak/Nie	
Praca w warunkach szkodliwych (pyły, związki azbestu)	Tak/Nie	

III. Nawyki zdrowotne

Parametr		Uwagi
Palenie papierosów	Tak/Nie Jak długo? ____ Ile? ____	
Palenie bierne	Tak/Nie Jak długo?	
Przyjmowane leki (na alergię, diuretyki, hormonalne)		
Choroby endokrynologiczne	Tak/Nie Jak długo? ____	
Średnia liczba godzin snu na dobę		
Średnia liczba wypijanej wody w ciągu doby – nawodnienie organizmu		
Po jakim czasie w przypadku wystąpienia trudności z głosem (chrypka, ból gardła) uda się Pan/Pani do lekarza	Od razu Po kilku dniach Gdy uniemożliwi mi to pracę Inne _____	
Czy zna Pan/Pani ćwiczenia z zakresu emisji głosu (np. rozgrzewkę głosową, ćwiczenia oddechowe itp.)	Tak/Nie	
Czy wykonuje Pan/Pani ćwiczenia z zakresu emisji głosu?	Tak/Nie Jak często? _____	
Czy podczas pracy głosem stara się Pan/Pani regularnie nawilżać gardło (np. pijąc wodę?)	Tak/Nie	

IV. Stan zdrowia

	Parametr					Uwagi
	4	3	2	1	0	
Proszę na skali od 0 do 4 ocenić stan swojego zdrowia, gdzie 0 oznacza bardzo zły stan zdrowia, 4 natomiast idealny	bardzo zły	zły	raczej dobry	bardzo dobry	idealny	
Występowanie alergii	0	1	2	3	4	
	nigdy	czasami	często	bardzo często	zawsze	
Nasilenie alergii	0	1	2	3	4	
	brak	małe	średnie	duże	bardzo duże	
Występowanie astmy	0	1	2	3	4	
	nigdy	czasami	często	bardzo często	zawsze	
Nasilenie astmy	0	1	2	3	4	
	brak	małe	średnie	duże	bardzo duże	
Występowanie refluksu	0	1	2	3	4	
	nigdy	czasami	często	bardzo często	zawsze	
Nasilenie refluksu	0	1	2	3	4	
	brak	małe	średnie	duże	bardzo duże	
Występowanie nerwicy	0	1	2	3	4	
	nigdy	czasami	często	bardzo często	zawsze	
Nasilenie nerwicy	0	1	2	3	4	
	brak	małe	średnie	duże	bardzo duże	
Występowanie alergii/depresji/dystymii/obniżonego nastroju	0	1	2	3	4	
	nigdy	czasami	często	bardzo często	zawsze	
Nasilenie alergii/depresji/dystymii/obniżonego nastroju	0	1	2	3	4	
	brak	małe	średnie	duże	bardzo duże	
Problemy z szyjnym odcinkiem kręgosłupa	0	1	2	3	4	
	nigdy	czasami	często	bardzo często	zawsze	
Nasilenie problemów z szyjnym odcinkiem kręgosłupa	0	1	2	3	4	
	brak	małe	średnie	duże	bardzo duże	

V. Problemy głosowe

	Parametr					Uwagi
	0	1	2	3	4	
Występowanie chrypki	0	1	2	3	4	
	nigdy	czasami	często	bardzo często	zawsze	
Nasilenie chrypki	0	1	2	3	4	
	brak	małe	średnie	duże	bardzo duże	
Występowanie bezgłosu	0	1	2	3	4	
	nigdy	czasami	często	bardzo często	zawsze	
Załamywanie się głosu	0	1	2	3	4	
	nigdy	czasami	często	bardzo często	zawsze	
Nasilenie załamywania się głosu	0	1	2	3	4	
	brak	małe	średnie	duże	bardzo duże	

Parametr						Uwagi
Zmiana barwy głosu	0	1	2	3	4	
	nigdy	czasami	często	bardzo często	zawsze	
Nasilenie zmiany barwy głosu	0	1	2	3	4	
	brak	małe	średnie	duże	bardzo duże	
Występowanie uczucia suchości w gardle	0	1	2	3	4	
	nigdy	czasami	często	bardzo często	zawsze	
Nasilenie uczucia suchości w gardle	0	1	2	3	4	
	brak	małe	średnie	duże	bardzo duże	
Męczliwość głosu	0	1	2	3	4	
	nigdy	czasami	często	bardzo często	zawsze	
Nasilenie odczucia	0	1	2	3	4	
	brak	małe	średnie	duże	bardzo duże	
Występowanie dyskomfortu w obrębie gardła i krtani (np. ból, pieczenie)	0	1	2	3	4	
	nigdy	czasami	często	bardzo często	zawsze	
Nasilenie dyskomfortu	0	1	2	3	4	
	brak	małe	średnie	duże	bardzo duże	

VI. Zmienne psychologiczne

Parametr						Uwagi
Odczucie wypalenia zawodowego/chroniczne zmęczenie pracą	0	1	2	3	4	
	nigdy	czasami	często	bardzo często	zawsze	
Nasilenie odczucia wypalenia zawodowego/chronicznego zmęczenia pracą	0	1	2	3	4	
	brak	małe	średnie	duże	bardzo duże	
Odczuwanie stresu	0	1	2	3	4	
	nigdy	czasami	często	bardzo często	zawsze	
Nasilenie odczuwania stresu	0	1	2	3	4	
	brak	małe	średnie	duże	bardzo duże	
Odczuwanie lęku (np. związanego z pracą oraz codziennym życiem)	0	1	2	3	4	
	nigdy	czasami	często	bardzo często	zawsze	
Nasilenie odczucia lęku	0	1	2	3	4	
	brak	małe	średnie	duże	bardzo duże	
Zadowolenie z życia	0	1	2	3	4	
	brak	małe	średnie	duże	bardzo duże	
Zadowolenie z brzmienia własnego głosu	0	1	2	3	4	
	brak	małe	średnie	duże	bardzo duże	

Literatura

- Deem J., Miller L., 2000, *Manual of Voice Therapy*, Austin: Pro-Ed.
- Dejonckere P.H., Bradley P., Clemente P., Cornut P., Crevier-Buchman L., Friedrich G., Van de Heyning P., Remacle M., Woisard V, 2001, *A basic protocol for functional assessment of voice pathology, especially for investigating the efficacy of (phonosurgical) treatments and evaluating new assessment techniques*, „European Archives of Oto-Rhino-Laryngology”, vol. 258, s. 77–82.
- First M.B., Gibbon M., Spitzer R.L., Williams J.B.W., Smith L., 2010, *Ustrukturalizowany wywiad kliniczny do badania zaburzeń osobowości z osi II DSM-IV*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Guzy A., 2012, *Jak określać problemy emisji głosu? Propozycja wykorzystania Arkusza Diagnozy Emisji Głosu (ADE)*, „Forum Logopedyczne”, nr 20, s. 120–136.
- Halama A.R., Raes J., 1998, *Pomiar maksymalnego czasu fonacji jako prosta próba oceny zaburzenia głosu*, [w:] H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkova (red.), *Zaburzenia głosu – badanie – diagnozowanie – metody usprawniania*, Warszawa: Wydawnictwo DIG, s. 39–45.
- Hirano M., 1981, *Clinical Examination of Voice*, New York: Springer.
- Kisiel M., 2012, *Emisja i higiena głosu w pracy dydaktyczno-wychowawczej nauczyciela*, Dąbrowa Górnicza: Wyższa Szkoła Biznesu.
- McAfee J.G., Shipley K.G., 2009, *Assessment in Speech-Language Pathology*, Clifton Park: Delmar Cengage Learning.
- Niebudek-Bogusz E., 2009, *Postępowanie w dysfoniach zawodowych w krajach Unii Europejskiej i na świecie*, „Medycyna Pracy”, nr 60(2), s. 151–158.
- Niebudek-Bogusz E., Woźnicka E., Kuzańska A., Śliwińska-Kowalska M., 2007, *Ocena zaburzeń głosu u nauczycieli za pomocą wskaźnika niepełnosprawności głosowej (Voice Handicap Index – VHI)*, „Medycyna Pracy”, vol. 58(5), s. 393–402.
- Olszewski J., Nowosielska-Grygiel J., 2017, *Nowe metody diagnostyczne oceny czynności głosu dla potrzeb foniatry i logopedy*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 1, s. 91–99.
- Pawłowski Z., 2005, *Foniatryczna diagnostyka wykonawstwa emisji głosu śpiewaczego i mówionego*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Sielska-Badurek E., Niemczyk K., 2015, *Postępowanie diagnostyczne w zaburzeniach głosu*, „Polski Przegląd Otolaryngologiczny”, t. 4, nr 2, s. 12–18.
- Stemplewska-Żakowicz K., 2011, *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Świdziński P., 2000, *Obiektywna metoda akustycznego różnicowania zaburzeń głosu*, „Nowa Medycyna”, nr 3, <http://www.czytelniamedyczna.pl/1288,obiektywna-metoda-akustycznego-roznicowania-zaburzen-glosu.html> (dostęp: 5.07.2019).
- Wiskirska-Woźnica B., 2008, *Kliniczna ocena czynności narządu głosu*, [w:] A. Obrębowski (red.), *Narząd głosu i jego znaczenie w komunikacji społecznej*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego, s. 42–49.
- Woźnicka E., Niebudek-Bogusz E., Kwiecień J., Wiktorowicz J., Śliwińska-Kowalska M., 2012a, *Applicability of the vocal tract discomfort (VTD) scale in evaluating the effects of the voice therapy of occupational voice disorders*, „Medycyna Pracy”, vol. 63, s. 141–152.
- Woźnicka E., Niebudek-Bogusz E., Wiktorowicz J., Śliwińska-Kowalska M., 2012b, *Applicability of the Vocal Tract Discomfort (VTD) scale in the diagnostics of occupational dysphonia*, „Logopedia Phoniatria”, vol. 37(4), s. 151–157.
- Wysocka M., Skoczylas A., Szkiełkowska A., Mularzuk M., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń głosu*, „Logopedia”, nr 37, s. 243–254.

Streszczenie

W artykule przedstawiono standardy postępowania w przypadku diagnozowania jakości emisji głosu. Omówiono stosowane narzędzia diagnostyczne, między innymi test VHI, skalę dyskomfortu traktu głosowego YTD, odsłuchową skalę GRBAS. Główną część artykułu stanowi opis wywiadu ustrukturyzowanego, który może być stosowany podczas rozmowy (diagnozy) przez specjalistów, między innymi laryngologów, foniatrów, logopedów czy trenerów emisji głosu. Wywiad obejmuje szereg pytań z zakresu: danych podstawowych, warunków i higieny pracy, nawyków zdrowotnych, stanu zdrowia, problemów głosowych, jak również zmiennych psychologicznych. Do wywiadu skonstruowano arkusz, który ułatwia prosty i szybki zapis zgromadzonych wyników.

Abstract

The article presents the standards of conduct in case of diagnosing the quality of voice emission and discusses such diagnostic tools as the Voice Handicap Index (VHI), Applicability of the Vocal Tract Discomfort (YTD scale) or the GRBAS scale. The main part of the article is a description of a structured interview which can be used during a conversation (diagnosis) by specialists: phoniators, speech therapists or voice trainers. The interview includes a number of questions in the field of basic data, occupational health and hygiene, health habits, health status, problems with voice as well as psychological variables. The tool is accompanied by a sheet in which you can record the obtained answers.

Katarzyna Haniszewska, Monika Kaźmierczak* 

Higiena głosu artystów scenicznych Doniesienia z badań

Vocal hygiene in stage artists. Research reports

Słowa kluczowe: głos, higiena głosu, zaburzenia głosu, amatorzy i profesjonalni użytkownicy głosu, aktorzy

Keywords: voice, vocal hygiene, voice disorders, amateur and professional voice users, actors

Wprowadzenie

Możliwość tworzenia głosu w celu komunikacji z innymi za pomocą mowy jest jednym z podstawowych przywilejów gatunku *homo sapiens*. Do wytworzenia komunikatu werbalnego człowiek potrzebuje wielu współpracujących ze sobą mechanizmów i narządów. Na etapie dźwiękowej realizacji wypowiedzi są to aparaty: fonacyjny, artykulacyjny i oddechowy, a także ośrodki oraz drogi nerwowe odpowiedzialne za przekazanie bodźca i wykonanie zaplanowanych czynności. Ich prawidłowe, zsynchronizowane działanie umożliwia człowiekowi tworzenie głosu, bez którego nie mógłby komunikować się werbalnie z innymi. Zjawisko tworzenia głosu jest przedmiotem zainteresowania wielu dziedzin, w tym foniatrii, psychologii czy logopedii – zarówno od strony biologicznej (fizjologii, anatomii i patologii narządu głosu), psychologicznej (wpływu emocji na powstawanie głosu i jego zaburzeń), jak i artystycznej (cech jakościowych głosu oraz higieny głosu) [Kamińska, Milewski, 2016] u osób używających go zawodowo lub hobbystycznie.

Wśród aktorów teatralnych (z dyplomem szkoły artystycznej lub amatorów), dla których głos pozostaje jednym z podstawowych środków wyrazu, szczególnie istotna jest wysoka świadomość dotycząca jego higieny, a obserwacje dowodzą, że objawy dysfonii są niejednokrotnie ignorowane przez osoby zawodowo pracujące głosem

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

[Walencik-Topiłko, 2012]. Przestrzeganie podstawowych zasad higieny głosu warunkuje dobrą jakość mówienia na co dzień oraz podczas występów scenicznych¹, szczególnie że aktorstwo należy do grupy zawodów wymagających specjalnej jakości głosu (według podziału zawodów w zależności od wymagań stawianych narządowi głosu, dokonanego przez ekspertów Unii Europejskiej Foniatorów [Pruszewicz, 1992]). Aktor potrzebuje czegoś więcej niż komunikowania się na poziomie potrzeb – pragnie przekazywać innym swoje myśli, odczucia, przeżycia i emocje, dzielić się swoją wizją świata i przekonaniem, a zaburzenia głosu mogą to znacznie utrudnić², powodując dyskomfort podczas mówienia lub śpiewania. Wiąże się bowiem ze znaczącym obniżeniem walorów estetycznych i jakości pracy artystycznej, niekiedy do tego stopnia, że aktor nie jest w stanie wykonywać jej wystarczająco dobrze i w związku z tym istnieje potrzeba zastąpienia go przez dublera.

Higiena głosu

Przedmiotem zainteresowania higieny jako nauki jest określenie wpływu otoczenia na zdrowie człowieka oraz ludzkie reakcje i postawy względem tego wpływu. Higiena głosu służy w głównej mierze eliminacji nieprawidłowych nawyków, podnoszeniu poziomu wiedzy oraz świadomości dotyczącej budowy i funkcjonowania narządu głosu, zapobiegania chorobom czy też wdrażania działań profilaktycznych i metod rehabilitacji [Rokitiańska, Laskowska, 2003]. Zapobieganie problemom głosowym polega w dużej mierze na przestrzeganiu zasad higieny głosu, która, analizując warunki życia człowieka, identyfikuje czynniki (nie)korzystne dla narządu głosu oraz wskazuje możliwe sposoby unikania tych szkodzących człowiekowi lub przeciwdziałania im [Kubiak, Wiskirska-Woźnica, Demenko, 2006]. Co istotne, higiena głosu może być rozpatrywana w ramach profilaktyki zaburzeń głosu lub jako jedna z technik zapobiegających pogłębianiu problemów z głosem – jako składowa kompleksowego programu rehabilitacji [Behlau, Oliveira, 2009].

Zapobieganie chorobom oraz poprawa całościowego dobrostanu człowieka są szczególnie ważne dla osób zawodowo posługujących się głosem, dla których jest

1 Głos eufoniczny jest czysty, dźwięczny i nośny, a jego brzmienie nie ulega zmianie po wysiłku [Pawłowski, 2005; Cieszyńska, 2016]. Wśród aktorów objawy zaburzenia głosu (np. chrypka) mogą być jednak postrzegane nie za patologiczne, a za pożądane, wyróżniające głos jednostki w środowisku.

2 Skutkiem zaburzeń fonacji jest obniżenie jakości głosu. Jako objawy pojawiają się: chrypka, szum, zmniejszenie dźwięczności, zmatowienie głosu, nieprawidłowe nastawienie, bezgłos, dwugłos, duszność lub załamywanie głosu. Innymi objawami mogą być dolegliwości ze strony narządu głosu, takie jak ból, uczucie ściskania, pieczenia czy drapania w okolicy gardła i krtani, uczucie zalegania, przeszkody, „kluski w gardle” lub gąłki w obrębie szyi (globus), konieczność odkrztuszenia, odchrząkiwania, suchość jamy ustnej i gardła, bóle mięśni szyi czy karku spowodowane zwiększonym ich napięciem, trudności w oddychaniu (duszność lub zmniejszona pojemność oddechowa płuc – uczucie „braku powietrza”) [Obrębowski, 2008; Śliwińska-Kowalska, Niebudek-Bogusz, 2009; Cieszyńska, 2016].

on jednym z podstawowych narzędzi pracy. Wielu autorów podejmuje temat higieny głosu [m.in. Kubiak, Wiskirska-Woźnica, Demenko, 2006; Tarasiewicz, 2006; Śliwińska-Kowalska, Niebudek-Bogusz, 2009; Binkuńska, 2012; Kisiel, 2012; Walencik-Topiłko, 2012] i podaje podobne zalecenia oraz zasady³.

Podstawową kwestią, na którą trenerzy głosu, logopedzi i lekarze specjaliści zwracają uwagę, jest wykonywanie kontrolnych badań lekarskich (laryngologicznych lub foniatrycznych), szczególnie gdy planuje się wybór zawodu stawiającego wysokie wymagania narządowi głosu lub gdy już wykonuje się taki zawód. Ważne, aby na badania zgłaszać się regularnie, w celu wykrycia ewentualnych chorób w jak najwcześniejszym stadium rozwoju, gdy jeszcze nie dają nasilonych objawów. Niezwykle istotne jest też zapobieganie infekcjom górnych dróg oddechowych, gardła i krtani oraz jak najszybsze podejmowanie skutecznego leczenia w przypadku ich wystąpienia, gdyż jest to zespół chorób groźnych, jeśli dojdzie do zaniedbań [Walencik-Topiłko, 2012]. W czasie trwania infekcji należy zachować spokój głosowy, nie narażać narządu głosu na przeciążenia, a w razie potrzeby zwolnić się z obowiązków zawodowych.

Duże znaczenie dla jakości głosu ma dieta i higiena snu. Nie powinno się jeść zbyt pikantnych potraw oraz narażać narządu głosu na bardzo wysokie lub bardzo niskie temperatury (spożywać pokarmy i napoje niezbyt zimne lub gorące, szczególnie na krótko przed wysiłkiem głosowym). Bezwzględnie nie wolno palić tytoniu, dobrze jest znacznie ograniczyć spożycie alkoholu, szczególnie wysokoprocentowego. Zaleca się natomiast zwiększenie spożycia wody, najlepiej pod postacią niegazowanej wody mineralnej lub niskosłodzonych soków owocowych. Powinno się ograniczyć mocną kawę lub herbatę, gdyż oba te napoje wysuszają błonę śluzową. Ostatni lekki posiłek, zjadany minimum trzy godziny przed położeniem się do łóżka, warunkuje dobrą jakość snu i efektywność nocnej regeneracji. Regularny oraz zdrowy tryb życia w istotny sposób wpływa na funkcjonowanie organizmu, a tym samym na jakość komunikacji ustnej.

Na pracę głosem mają wpływ również czynniki zewnętrzne, takie jak warunki w pomieszczeniu, w którym wykonuje się tę pracę. Temperaturę powietrza, w zależności od pory roku oraz podejmowanej aktywności, powinno się utrzymywać w przedziale 15–26°C, przy względnej wilgotności około 40–70% [Gładyszewska-Fiedoruk, 2010]. Dla artystów, podejmujących na scenie dużą aktywność fizyczną wartości te powinny być utrzymywane zimą w przedziale 15–18°C, przy względnej wilgotności powietrza 40–60%, a latem 18–21°C, przy wilgotności 40–70%. Optymalne warunki – około 18–20°C, przy względnej wilgotności 45–50% – dobrze jest wprowadzić w sypialni, gdyż w czasie snu regeneruje się cały organizm, w tym słuzówka krtani.

³ Na podstawie informacji zaczerpniętych z literatury przedmiotu opracowano *Zasady higieny głosu* (załącznik 1), które zostały wykorzystane w badaniach własnych.

Należy również unikać nadmiernego wysiłku głosowego, gdy jest się w złym stanie emocjonalnym, ponieważ wówczas narząd głosu jest mniej odporny na przeciążenia. Dbanie o głos wiąże się też z opanowaniem prawidłowej techniki jego emisji, która zależy od sposobu oddychania, fonacji oraz właściwej artykulacji. Dobrze jest rozpocząć naukę emisji głosu odpowiednio wcześniej przed podjęciem pracy głosem, gdyż proces nabywania i utrwalania nowych nawyków wymaga zaangażowania i systematycznej pracy przez co najmniej kilka miesięcy. Podczas ćwiczeń należy zwrócić szczególną uwagę na wypracowanie prawidłowej postawy ciała, pozwalającej skutecznie realizować każdą aktywność ruchową [szerzej na temat postawy ciała patrz Błaszczyk, 1993].

Metodologia badań własnych

Głównym przedmiotem prowadzonych badań była świadomość⁴ i postawy⁵ artystów scenicznych (aktorów zawodowych – grupa „Z” i amatorów – grupa „A”) względem higieny głosu oraz postrzegania własnego głosu: jego możliwości, ograniczeń czy zmian, jakim podlega podczas wysiłku. Przeprowadzone analizy miały na celu ocenę świadomości i postaw w tym zakresie przed zapoznaniem respondentów z zasadami i zaleceniami dotyczącymi higieny głosu oraz po trzech miesiącach od ich przekazania każdej z grup. Istotna była odpowiedź na pytanie, czy po otrzymaniu zasad ankietowani zapoznali się z treścią dokumentu, co sądzą o własnej higienie głosu w kontekście poznanych zasad, czy któreś udało im się zastosować oraz czy zauważyli jakieś zmiany w brzmieniu swojego głosu lub w komforcie pracy. Wyniki badań ankietowych skonfrontowano z obserwacją i oceną percepcyjną głosu przeprowadzoną przez badacza.

Na postawie wyznaczonych celów i przedmiotu badań sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Jaka jest świadomość aktorów (zawodowych i amatorów) w zakresie higieny głosu?
2. Jakie deklarują postawy względem zasad higieny głosu i jakości własnego głosu?
3. Czy, a jeśli tak, to jakie są różnice w świadomości na temat higieny głosu między aktorami profesjonalnymi i amatorami sztuki aktorskiej oraz w stosowaniu się do poznanych zasad między przedstawicielami obu grup?
4. W jaki sposób aktorzy (zawodowi i amatorzy) dbają o swój głos?

4 Tu w znaczeniu: ‘zdawanie sobie z czegoś sprawy’.

5 Postawa człowieka wobec jakiegoś przedmiotu (fizycznego lub społecznego) jest definiowana jako dyspozycje do zachowania się w określony sposób, co jest związane z jego emocjonalnym lub krytycznym stosunkiem wobec tego przedmiotu oraz odnoszącymi się do niego elementami poznawczymi [por. Nowak, 1973; Marody, 1976].

5. Czy artyści sceniczni (zawodowi i amatorzy) są świadomi konieczności poszerzenia wiedzy z zakresu prawidłowego użytkowania głosu i dbania o niego? Czy w ogóle czują taką potrzebę?
6. Czy po zapoznaniu się z zasadami higieny głosu u aktorów (zawodowych i amatorów) wystąpiła zmiana zachowania wobec higieny głosu oraz poprawiła się jakość głosu badanych?

Można założyć, że duża troska o głos artystów scenicznych występuje niezależnie od tego, czy aktor jest profesjonalistą, czy amatorem. Jednak to aktorzy profesjonalni powinni lepiej orientować się w zasadach higieny głosu, jak również przejawiać większą świadomość własnego głosu niż osoby, które nie ukończyły wyższych studiów na wydziałach aktorskich i – zgodnie z deklaracją w metryczce ankiety – nie przeszły wieloletniego treningu. Można przypuszczać, że aktorzy czują potrzebę poszerzenia wiedzy na temat higieny głosu, a nowe informacje wpłyną na zmianę postaw przynajmniej niektórych badanych, co w efekcie poprawi jakość ich głosu.

Podczas prowadzonych badań wykorzystano:

- 1) internetowe badanie ankietowe – w pierwszym etapie badania każdy respondent samodzielnie wypełniał przesłany mu autorski kwestionariusz pierwszy (załącznik 2), a wypełnioną ankietę odsyłał osobie badającej (przez internet); kwestionariusz drugi (załącznik 3) został przygotowany tak, aby ponownie określić stan higieny głosu badanych (wiele pytań powtórzonych z pierwszego kwestionariusza), jak również subiektywną ocenę swojego głosu (przez umieszczenie pytania otwartego, umożliwiającego podzielenie się opinią i odczuciami względem dbałości o swój głos);
- 2) bezpośrednią ukierunkowaną obserwację podczas spontanicznego mówienia badanych z uwzględnieniem postawy ciała, oddychania, koordynacji oddecho-wo-fonacyjno-artykulacyjnej (o-f-a), motoryki artykulacyjnej, czynności rezonatorów, natężenia i wysokości głosu, tempa mówienia; dyspozycje do obserwacji są zgodne z *Kartą badania logopedycznego* Marty Wysockiej, Anny Skoczylas, Agaty Szkiełkowskiej i Marzeny Mularzuk [2009]⁶;
- 3) ocenę percepcyjną głosu w skali GRBAS – jest to pięcioparametrowa skala odsluchowa, pozwalająca określić stopień nasilenia następujących objawów zaburzeń głosu: G (ang. *grade of hoarseness*) – stopień chrypki, R (ang. *roughness*) – szorstkość głosu, B (ang. *breathiness*) – głos chuchający, A (ang. *asthenic*) – głos słaby, asteniczny, S (ang. *strained*) – głos napięty, hyperfunkcjonalny; każdy z powyższych objawów ocenia się w czterostopniowej skali od 0 do 3, gdzie 0 oznacza brak zaburzenia, 1 – lekkie nasilenie objawu, 2 – mierne nasilenie, 3 – duże nasilenie, znaczną dysfunkcję głosu; na potrzeby tego badania aktorzy wyrazili zgodę na nagranie próbek głosu za pomocą dyktafonu;

6 Ze względu na przedmiot prezentowanych badań dla orientacyjnej oceny wyprofilowano tylko wyniki prawidłowe/nieprawidłowe.

- 4) metodę eksperymentu – eksperyment polegał na przekazaniu każdemu z aktorów wykazu zasad dotyczących higieny głosu (załącznik 1) po zakończeniu pierwszego etapu badań, a po upływie trzech miesięcy powtórzenie badań w celu porównania wyników z obu etapów.

Wyniki badań własnych

Charakterystyka badanej populacji

Badana grupa liczyła 30 aktorów, w tym 15 zawodowych i 15 amatorów⁷. Wszyscy zajmowali się czynnie aktorstwem w różnych łódzkich teatrach i grupach aktorskich: Teatrze Pinokio, Teatrze Chorea, grupie teatralnej Roines przy Uniwersytecie Trzeciego Wieku Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi lub studiowali na kierunkach aktorskich w Warszawskiej Szkole Filmowej czy Akademii Teatralnej im. Aleksandra Zelwerowicza w Warszawie. Badana grupa była zróżnicowana pod względem wieku (od 20 do 77 lat; średnia wieku to 45,3) oraz doświadczenia scenicznego (od 2 do 53 lat). Z danych zawartych w metryczce ankiety wynika, że w chwili badania jeden z aktorów pozostawał pod opieką lekarza foniatry.

Organizacja badań

Badania bezpośrednie, mające na celu ogólną ocenę jakości głosu, były wykonywane w siedzibach wymienionych instytucji lub w miejscach pracy badanych, najczęściej w przerwach między próbami czy spektaklami. Badanie ankietowe aktorzy wykonali samodzielnie w dogodnym dla siebie miejscu i czasie. Wszystkie powyższe czynności zostały przeprowadzone od listopada 2018 roku do kwietnia 2019 roku. Podzielono je na dwa zasadnicze etapy:

- 1) pierwszy etap badań:
 - ocena głosu aktorów przed badaniem ankietowym (z wykorzystaniem skali GRBAS oraz obserwacji),
 - badanie ankietowe (kwestionariusz pierwszy),
- 2) drugi etap badań (po upływie około trzech miesięcy od dnia przedstawienia badanym spisu zasad prawidłowej higieny głosu):
 - badanie ankietowe (kwestionariusz drugi),
 - powtórna ocena jakości głosu aktorów – po badaniu ankietowym (z wykorzystaniem obserwacji oraz skali GRBAS).

⁷ Podziału tego dokonali sami badani w odpowiedzi na pytanie o zawód, zaznaczając odpowiedź „Aktor zawodowy”, „Inny zawód głosowy” lub „Pozostałe”.

Ocena głosu aktorów przed badaniem ankietowym

Aby wysnuć wnioski dotyczące możliwej poprawy jakości głosu badanych (w drugim etapie: po zapoznaniu się aktorów z zasadami higieny głosu i – ewentualnie – zmianie ich zachowań w tym zakresie), należało przeprowadzić pierwszą ocenę głosu aktorów przed badaniem ankietowym.

Na podstawie obserwacji można stwierdzić, że w całej badanej populacji najczęściej, bo u 25 badanych, występowały różnego typu zaburzenia postawy. Zaburzenia koordynacji o-f-a i nieprawidłowy tor oddechowy stwierdzono u 22, natomiast motoryki artykulacyjnej u 21 osób. Nieprawidłowe wykorzystywanie rezonatorów zdiagnozowano u 20 artystów, a u 18 zaburzenia intonacji. W mowie spontanicznej występowały również zaburzenia napięcia głosu i jego wysokości (odpowiednio 19 i 18 badanych). Zaburzenie tempa mówienia odnotowano u 7 artystów.

Podczas oceny głosu aktorów w skali GRBAS, przeprowadzonej przed podaniem zasad higieny głosu, u 11 badanych („Z” – 9, „A” – 2) nie stwierdzono zaburzeń głosu ani niepokojących symptomów podczas mówienia. Łagodne lub mierne nasilenie jednej lub więcej cech patologicznych odnotowano u 19 badanych („Z” – 6, „A” – 13), natomiast u żadnego z aktorów nie stwierdzono znacznego nasilenia dysfunkcji głosu⁸.

Wyniki pierwszego badania ankietowego

Celem pierwszego badania ankietowego była ocena świadomości i postaw aktorów względem higieny głosu, w tym uzyskanie informacji, czy, a jeśli tak, to w jaki sposób dbają o higienę głosu na co dzień. W badaniu ankietowym 4 osoby wykazały się niewielką świadomością dotyczącą zasad higieny głosu, odpowiedzi 12 osób wskazały, że nie przykładają do nich większej uwagi, natomiast 14 osób deklarowało wysoką świadomość dotyczącą zasad higieny głosu i stosowanie się do nich na co dzień (w miarę swoich możliwości).

Obszarem pracy nad głosem, w który aktorzy wyraźnie się angażują, jest wykonywanie ćwiczeń fonacyjnych i oddechowych. Jedynie 4 osoby odpowiedziały przecząco na pytanie: „Czy wykonujesz ćwiczenia usprawniające funkcjonowanie głosu, rozwijające możliwości głosowe, oddechowe?”. Spośród pozostałych 26 osób 4 wykonywały takie ćwiczenia tylko samodzielnie, 14 tylko na próbach, a 8 i na próbach, i samodzielnie. Daje się zauważyć nieco większe zaangażowanie u aktorów profesjonalnych, spośród których wszyscy zadeklarowali wykonywanie ćwiczeń głosowych, podczas gdy w grupie amatorów 11 z 15 badanych ćwiczyło głos⁹. Nikt z grupy „Z”

8 W związku z tym we wszystkich późniejszych analizach pominięto wartości na poziomie „3”, gdyż zawsze ich liczba wynosiłaby 0.

9 Postawione pytanie nie daje odpowiedzi, jak często badani ćwiczą swój głos oraz w jaki sposób to czynią, co oczywiście ma ogromne znaczenie dla skuteczności wykonywanej pracy. Pytanie zostało tak sformułowane, aby dało się ustalić jasne kryteria oceny, co byłoby utrudnione, gdyby miało uwzględniać dodatkowo częstotliwość, rodzaj i jakość wykonywania ćwiczeń.

nie odpowiedział: „Nie, nie przykładam większej uwagi do mojego głosu, po prostu używam go automatycznie, jak ręki czy nogi”, natomiast w grupie amatorów tę odpowiedź wybrało 6 respondentów.

Opisany powyżej aspekt higieny głosu został, na potrzeby uporządkowania pytań w kwestionariuszu, zaliczony do działu „Ciało a głos”, obok takich kwestii, jak dbałość o sprawność fizyczną i prawidłową postawę ciała oraz zapewnienie odpowiedniej temperatury powietrza w miejscu pracy głosem. Analiza odpowiedzi na pytania z tej części wskazuje, że niemal połowa, tj. 14 badanych odpowiedziało: „Zdecydowanie tak” na pytanie: „Czy dbasz o sprawność fizyczną?”, z czego 8 osób to profesjonalści, a 6 amatorzy. Odpowiedź: „Raczej tak” zaznaczyło 10 badanych (po 5 z każdej grupy), a 6 odpowiedziało: „Niezbyt” (5 z grupy „A”, 1 z „Z”). Nikt z badanych nie odpowiedział, że wcale nie dba o sprawność fizyczną.

Innym aspektem higieny głosu, na który badani zwracali dużą uwagę, było szybkie podejmowanie leczenia infekcji górnych dróg oddechowych. Jedynie 8 osób (po 4 w obu grupach) odpowiedziało, że początkowo czeka, aż infekcja „sama przejdzie” i dopiero po kilku dniach podejmuje leczenie, pozostali badani bezzwłocznie podejmowali interwencję – we własnym zakresie lub udawali się do lekarza.

Pytanie, które miało za zadanie doprecyzować zachowanie badanych w czasie niedyspozycji, brzmiało: „Czy zmniejszasz poziom wysiłku głosowego w czasie choroby? Czy oszczędzasz wtedy swój głos?”. Odpowiedzi pokazują, że aktorzy nie zawsze łączą leczenie infekcji i ograniczenie w tym czasie wysiłku głosowego z dbaniem o głos. Tylko jedna osoba odpowiedziała, że zupełnie przerywa wysiłek głosowy w czasie infekcji – to aktor profesjonalny w czasie leczenia foniatrycznego, co na pewno nie pozostaje bez wpływu na takie właśnie zachowanie. Nieco ponad połowa badanych, czyli 16 artystów, zadeklarowała, że ogranicza wysiłek głosowy w czasie infekcji. Pozostałych 13 respondentów odpowiedziało, że nie zmniejsza wysiłku głosowego w czasie choroby górnych dróg oddechowych, a 2 zaznaczyło odpowiedź: „W ogóle nie zwracam na to uwagi”. Zaznaczona przez 11 badanych w tej grupie odpowiedź: „Nie mogę (lub nie chcę) pozwolić sobie na zmniejszenie wysiłku głosowego nawet w czasie choroby” wskazuje na świadomość dotyczącą konieczności ograniczenia wysiłku głosowego w trakcie infekcji, lecz jednocześnie dowodzi, że badani ignorują tę wiedzę lub przedkładają pracę i poczucie obowiązku nad własne zdrowie.

Niezwykle ważnym elementem higieny głosu jest odpowiednie nawodnienie organizmu. Dla zdrowej osoby dorosłej przeciętne zapotrzebowanie na wodę wynosi od 2 do 2,5 litra na dobę¹⁰, w zależności od płci, wieku, masy ciała czy rodzaju wykonywanej aktywności. Zwiększony wysiłek głosowy i fizyczny, na jaki narażony jest aktor w swojej pracy, sprawia, że jego organizm potrzebuje więcej płynów, aby

¹⁰ Podana objętość jest sumą wszystkich płynów dostarczanych do organizmu w ciągu dnia (w napojach, owocach, warzywach oraz innych pokarmach).

narząd głosu funkcjonował sprawnie. Tylko 5 respondentów przyjmowało odpowiednią do swojego zajęcia ilość wody – więcej niż 2,5 litry dziennie, natomiast aż 12 artystów nie spełniało nawet średniej normy wyznaczonej dla osób mniej aktywnych. U 6 osób, które odpowiedziały, że spożywają mniej niż 2 litry wody dziennie, oraz u 6, które spożywają 2–2,5 litra, zaobserwowano lekkie lub mierne zaburzenia głosu (objawy to chrypka, szorstkość głosu, głos chuchający lub napięty).

W kwestionariuszu umieszczono pytanie pozornie niezwiązane z głosem: „Ile czasu zwykle mija od momentu, kiedy zjadasz ostatni posiłek, do chwili, w której kładziesz się do łóżka?”. Odpowiedzi miały wskazać, czy badani narażają się na wystąpienie refluksu żołądkowo-przełykowo-gardłowego, zwykle kojarzonego głównie z pieczeniem i bólem w klatce piersiowej, czyli tak zwaną zgagą. Wiele badań wskazuje, że choroba refluksowa może mieć negatywny wpływ nie tylko na przełyk, ale także na gardło i krtań (szczególnie w typie LPR – refluksie gardłowo-krtańowym). Etiologia tej choroby nie jest do końca znana¹¹, niewątpliwie jednak czynnikiem predysponującym do wystąpienia LPR i znacznie utrudniającym leczenie jest zbyt krótki odstęp między spożyciem posiłku a przyjęciem pozycji leżącej [Zub i wsp., 2018]. Prawidłowo powinien on wynosić więcej niż trzy godziny [Kawalec, Pawlas, 2013]. Przeprowadzone badanie wykazało, że 12 badanych przestrzega tej zasady. Spośród pozostałych aż 9 osób (z czego 6 to profesjonaliści) kładło się po posiłku w czasie krótszym niż dwie godziny, narażając się tym samym na takie dolegliwości, jak uczucie przeszkody w gardle, chrypka, konieczność odchrząkiwania, kaszel, uczucie pieczenia w gardle lub przełyku i inne. Co więcej, aktorzy nie stronią od popularnych używek, mających bardzo negatywny wpływ na narząd głosu – tytoniu i alkoholu. Wyniki wskazują, że amatorzy rzadziej sięgają po papierosy i alkohol niż aktorzy zawodowi.

Prezentacja i analiza wyników drugiego badania ankietowego

W drugim etapie badania zakładano eksperymentalne sprawdzenie, jaki jest stosunek artystów scenicznych do zasad prawidłowej higieny głosu, które zostały przekazane po wypełnieniu pierwszego kwestionariusza ankiety. Z przesłanym plikiem zapoznało się 28 osób, a po trzech miesiącach od jego otrzymania 26 respondentów zadeklarowało poprawę w zakresie dbałości o swój głos, przynajmniej w jednym z aspektów poddawanych ocenie, z czego 5 respondentów w stopniu znaczącym¹². Obszary higieny głosu, w których najwięcej badanych wprowadziło zmiany, to:

- 1) stosowanie dodatkowych środków nawilżających narząd głosu w czasie wzmożonego wysiłku głosowego (9 ankietowanych);

¹¹ Prawdopodobne są dwa mechanizmy powstawania pozaprzełykowych objawów choroby refluksowej: mechanizm bezpośredni (aspiracja treści refluksowej z żołądka) oraz pośredni (nieprawidłowości w przewodnictwie nerwowym) [Zub i wsp., 2018].

¹² Ich odpowiedzi na pytania drugiego kwestionariusza wskazują na zwiększenie dbałości o higienę głosu w czterech, pięciu lub sześciu aspektach.

- 2) ograniczenie wysiłku głosowego w czasie infekcji górnych dróg oddechowych (8 ankietowanych);
- 3) ograniczenie spożywania pikantnych posiłków (5 ankietowanych);
- 4) praca nad prawidłową postawą ciała, dbałość o odpowiednią temperaturę powietrza w miejscu pracy głosem, wykonywanie ćwiczeń oddechowych, fonacyjnych i artykulacyjnych, spożywanie posiłków i napojów o odpowiedniej temperaturze (5 ankietowanych).

Znaczna większość, czyli 25 badanych, odpowiedziała na pytania dotyczące radzenia sobie ze stresem oraz korzystania z pomocy foniatrycznej tak samo jak w pierwszym kwestionariuszu. Z pozostałych 5 badanych, którzy zaznaczyli inną opcję niż poprzednio, tylko jedna osoba zadeklarowała poprawę, a cztery zaznaczyły odpowiedź: „Stres jest dla mnie sporym problemem”, co może sugerować wzrost świadomości odczuwanych emocji, w tym lęku, napięcia lub niepokoju, związanych z szeroko pojętym stresem (wszyscy w pierwszym kwestionariuszu deklarowali, że radzą sobie z nim). Odpowiedzi na pytanie: „Czy od czasu ostatniej ankiety korzystałeś z porad foniatry?” również dowodzą większej refleksyjności tych ankietowanych: jedna osoba odpowiedziała: „Tak”, natomiast pozostałe 4 osoby: „Nie, ale czuję, że taka pomoc by mi się przydała”.

Każdy z badanych mógł opisać odczucia względem własnego głosu w odpowiedzi na pytanie: „Jak myślisz, czy udało Ci się coś zmienić, żeby lepiej dbać o swój głos?”. Nie wszyscy skorzystali z tej możliwości (9 osób nie udzieliło żadnej odpowiedzi), niektórzy stwierdzili, że dobrze dbają o głos i nie potrzebują nic zmieniać (11 osób). Ankietowani, którzy stwierdzili, że po trzech miesiącach lepiej dbają o głos (10 osób), wśród zmian wymieniali między innymi większą świadomość dotyczącą możliwych przyczyn zaburzeń głosu oraz ogólną poprawę komfortu pracy głosem. Zwracali oni szczególną uwagę na częstsze wietrzenie pomieszczeń, korzystanie z nawilżaczy powietrza oraz zwiększenie dbałości o odpowiednie nawodnienie organizmu, zwłaszcza w okresie wzmożonego wysiłku głosowego.

Ocena głosu aktorów po wprowadzeniu zasad higieny głosu

Po trzech miesiącach od przekazania badanym zasad higieny głosu ponowna obserwacja i ocena odsłuchowa głosu wykazały, że wraz ze wzrostem świadomości i modyfikacją zachowań jakość głosu badanych uległa poprawie. W porównaniu z wynikami z pierwszego etapu pozytywne zmiany odnotowano w zakresie postawy ciała (poprawa u 4 artystów podczas rozmowy z badającym, jednak w swobodnych rozmowach między sobą aktorzy często powracali do starych nawyków) oraz techniki mówienia (poprawa u 4 badanych) i emisji głosu (poprawa u 6 artystów). W drugim badaniu odsłuchowym niepokojące symptomy (chrypka, szorstkość głosu, głos chuchający, napięcie głosu) występowały z mniejszym natężeniem i zostały odnotowywane u mniejszej liczby badanych (16 osób: „Z” – 5, „A” – 11). Na takim samym, raczej zadowolającym poziomie pozostała siła głosu aktorów.

Omówienie wyników

Z przeprowadzonych badań wynika, że wielu artystów scenicznych jest świadomych znaczenia higieny głosu dla jakości komunikacji ustnej. Już w pierwszym badaniu ankietowym prawie połowa respondentów (14 osób) deklarowała zarówno wysoką świadomość dotyczącą zasad higieny, jak i ich przestrzeganie. Z trzydziestoosobowej grupy badanej po trzech miesiącach 28 osób poczuło potrzebę lub chociaż ciekawość dotyczącą poznania albo przypomnienia sobie zasad higieny głosu. Co więcej, aż 26 z 28 aktorów, którzy zapoznali się z przesłanym plikiem, zadeklarowało w drugim etapie badań zwiększenie świadomości dotyczącej pracy głosem oraz poprawę jakości głosu po zastosowaniu się do wytycznych. Uzyskane wyniki badań pozwalają też wnioskować o wysokim poziomie świadomości respondentów w kwestii zależności jakości i komfortu pracy głosem od własnego zaangażowania w trening narządów odpowiedzialnych za jego tworzenie, a według Marioli Śliwińskiej-Kowalskiej i współautorów [2003] jedną z głównych przyczyn zapadalności na choroby narządu głosu w tzw. zawodach głosowych jest brak opanowania prawidłowej techniki emisji głosu.

Obszarem pracy nad głosem, w który badani aktorzy wyraźnie się angażują, jest wykonywanie ćwiczeń fonacyjnych i oddechowych. Respondenci obu grup wskazują potrzebę usprawniania czynności fonacyjnych i oddechowych, choć daje się zauważyć nieco większe zaangażowanie u aktorów profesjonalnych, spośród których wszyscy deklarowali wykonywanie ćwiczeń, podczas gdy w grupie amatorów głos doskonaliło 11 z 15 badanych. Część badanych znalazła w sobie chęć i motywację do trwałej zmiany postaw oraz do skorygowania nieprawidłowych zachowań, co dało pozytywny efekt już po trzech miesiącach stosowania się do podstawowych zasad higieny głosu i doskonalenia techniki emisji głosu. Badania Śliwińskiej-Kowalskiej i współautorów [2002] potwierdzają, że już po dwu-, trzymiesięcznym treningu następuje poprawa parametrów głosowych oraz stanu narządu głosu.

W grupie aktorów profesjonalnych odnotowano większe zaangażowanie w dbałość o kondycję ciała, co może być wynikiem konieczności zachowania jej na wysokim poziomie dla utrzymania jak najwyższej jakości wykonywanej pracy scenicznej (nie tylko głosowej). Mimo deklarowanej świadomości dotyczącej higieny głosu postawy respondentów z grupy „Z” częściowo podawały w wątpliwość przestrzeganie podstawowych jej zasad na co dzień. Wśród profesjonalistów było więcej osób, które nie zachowywały wystarczająco długiego czasu między ostatnim posiłkiem a przyjęciem pozycji leżącej. Być może takie zachowanie jest efektem nieregularnego trybu życia, złego nawyku jedzenia kolacji tuż przed snem lub nieświadomości konsekwencji. Zachowanie aktorów zawodowych może też być spowodowane dezorganizowanym trybem życia, jaki często prowadzą, nie mając wpływu na czas trwania prób czy porę granych spektakli, nierzadko kończących się późnym wieczorem lub wręcz w nocy.

Deklarowana częściej przez profesjonalistów ekspozycja na stres (wszyscy badani w grupie „Z” zarówno w pierwszym, jak i drugim badaniu ankietowym odpowiedzieli, że odczuwają treść przed występami), z którym nie zawsze potrafią sobie radzić, może sprzyjać sięganiu po używki, podobnie jak swego rodzaju moda – niektórzy nadal uznają alkohol czy papierosy za atrybut wyzwolonego, atrakcyjnego społecznie artysty. Wśród czynników niekorzystnie wpływających na funkcjonowanie narządu głosu Bożena Wiskirska-Woźnica i współautorzy [2004] oraz Ewa Niebudek-Bogusz i Ewelina Woźnicka [2011] wymieniają przede wszystkim palenie papierosów, które uszkadza transport śluzowo-rzęskowy w drogach oddechowych, co w efekcie prowadzi do przekrwienia, wysuszenia oraz stanu zapalnego błony śluzowej dróg oddechowych, powoduje też zmiany obrzękowe w przestrzeni Reinckego. Nadużywanie alkoholu nie tylko wysusza błonę śluzową dróg oddechowych (podobnie jak papierosy, mocna kawa i herbata oraz stosowanie ostrych przypraw), ale podrażnia też błonę śluzową gardła [Kubiak, Wiskirska-Woźnica, Demenko, 2006]. Z deklaracji badanych aktorów wynika, że po zapoznaniu się z zasadami higieny głosu 5 osób ograniczyło spożywanie pikantnych potraw, a jedna z nich zrezygnowała z palenia tytoniu.

Za pozytywne zmiany w trakcie eksperymentu należy uznać stosowanie przez większą liczbę aktorów dodatkowych środków nawilżających narząd głosu oraz większą troskę o wilgotność i temperaturę powietrza w pomieszczeniu. Z pierwszego badania ankietowego wynikało, że aktorzy nie zdawali sobie sprawy z konsekwencji i ponad połowa z nich nie dbała o właściwe nawilżenie gardła i krtani, a przecież zmiany w drganiach fałdów głosowych mogą wystąpić już po kilku minutach oddychania suchym powietrzem. Niedostateczne nawodnienie organizmu stanowi istotny czynnik ryzyka zaburzeń głosu nie tylko wśród aktorów, ale również w innych tzw. zawodach głosowych [Śliwińska-Kowalska i wsp., 2006; Behlau, Oliveira, 2009].

Ograniczenie wysiłku głosowego podczas infekcji górnych dróg oddechowych, które w drugim badaniu zadeklarowało 8 aktorów, wskazuje na zwiększenie świadomości oraz zmianę postaw badanych. Obciążanie głosu podczas infekcji w tzw. zawodach głosowych jest często odnotowywane nie tylko wśród artystów scenicznych, ale również wśród nauczycieli – badania wskazują, że zdecydowana większość ankietowanych pracuje głosem podczas infekcji, a zaledwie kilku unika pracy głosem w tym czasie [Koszyła-Hojna i wsp., 2008].

Odpowiedzi udzielone przez ankietowanych z obu grup nie różnią się w aż tak dużym stopniu, jak przypuszczano. Zarówno łagodnie, jak i miernie nasilone objawy zaburzeń głosu, które wystąpiły w obu badanych grupach, wymagają dalszej specjalistycznej diagnostyki foniatryczno-logopedycznej. Większa świadomość aktorów zawodowych względem własnego głosu może wynikać zarówno z kształcenia podczas studiów, bardziej ukierunkowanej samoobserwacji, jak i z aktywnego poznawania siebie oraz swojego głosu, rozumianego nie tylko jako narzędzie pracy, ale również jako cecha osobowości i element tożsamości człowieka – w tym przypadku tożsamości aktorskiej [por. Łastik, 2014].

Wnioski

W badaniach część autorów potwierdza skuteczność edukacji w zakresie higieny głosu [Chan, 1994; Sapir, Mathers-Schmidt, Larson, 1996; Roy, Ryker, Bless, 2000], inni wskazują na niewielkie efekty takich działań [Broadus-Lawrence i wsp., 2000; Timmermans i wsp., 2002; Yiu, Chan, 2003]. Przeprowadzone badania własne prowadzą do następujących wniosków:

1. Podnoszenie świadomości w zakresie higieny głosu prowokuje do bardziej krytycznej (auto)refleksji i samooceny w zakresie głosu i jego zaburzeń – przyczyn oraz objawów.
2. Artyści sceniczni są świadomi, że utrzymanie higieny narządu głosu pomaga w zapobieganiu zaburzeniom głosu oraz przeciwdziała nasilaniu się nieprawidłowości.
3. Aktorzy zawodowi mają większą świadomość własnego głosu niż amatorzy.
4. Wprowadzane w ciągu zaledwie trzech miesięcy zmiany w codziennym zachowaniu, zgodne z zasadami higieny głosu, pozytywnie wpłynęły na komfort pracy głosem.
5. W grupie aktorów profesjonalnych odnotowano z jednej strony większe zaangażowanie w dbałość o kondycję ciała oraz w ćwiczenia z techniki emisji głosu, z drugiej zaś częstsze sięganie po używki i zaburzony rytm dnia, co dowodzi, że świadomość dotycząca higieny głosu nie zawsze współwystępuje z właściwymi postawami i zachowaniami.
6. Osoby pracujące głosem mają potrzebę dokształcania się w celu poprawienia jego jakości, komfortu i efektywności pracy oraz lepszego dbania o zdrowie narządów odpowiedzialnych za tworzenie głosu, jednak konieczny jest bodziec, który skłoni je do podjęcia takich działań. Podczas wprowadzania zmian zgodnych z zasadami higieny oraz prawidłowej techniki emisji głosu mogą wystąpić trudności z samodyscypliną [por. Hackworth, 2007].
7. U osób pracujących głosem większa świadomość dotycząca zaburzeń głosu i zidentyfikowanie patologicznych objawów często okazuje się niewystarczająco skuteczną motywacją do skonsultowania się ze specjalistą (u którego wizyta jest postrzegana jako uciążliwa czasowo i organizacyjnie [por. Weekly i wsp., 2018]).
8. Podczas przygotowania adeptów sztuki aktorskiej do późniejszej pracy zawodowej należy kłaść większy nacisk na profilaktykę zaburzeń głosu (w zakresie wiedzy, świadomości, postaw, zachowań). W przypadku amatorów funkcję edukatora powinna przyjąć osoba prowadząca grupę teatralną, w której uczestniczą.

Załącznik 1. Podstawowe zasady higieny głosu (dla osób pracujących głosem)

1. W miarę możliwości zadbaj o odpowiednią temperaturę i wilgotność pomieszczenia (optymalnie: temperatura: 18–21°C i wilgotność powietrza około 50%).
2. Wietrz pomieszczenia często, krótko i intensywnie, ale nie wyziębiaj ich. Unikaj przeciągów. Unikaj mówienia na zimnym powietrzu.
3. Rozgrzej narząd głosowy oraz rozluźnij całe ciało przed rozpoczęciem pracy.
4. Znajdź swój własny sposób odreagowania stresu. Pamiętaj o relaksacji.
5. Wypijaj w ciągu dnia minimum 2 litry (około 8 szklanek) niegazowanej wody mineralnej, a w okresach intensywnej pracy głosowej nawet więcej. Popijaj ją często, małymi łykami.
6. Unikaj mówienia podniesionym głosem, krzyku; naucz się mówić donośnie bez nadmiernego obciążania narządu głosowego.
7. Mów wyraźniej, a nie głośniej.
8. Dostosuj natężenie głosu do pomieszczenia, w którym pracujesz. Jeśli masz możliwość, korzystaj ze sprzętu nagłaśniającego, zwłaszcza w dużych salach i przestrzeniach.
9. Rób przerwy w czasie pracy, które wykorzystasz na odpoczynek głosowy (milczenie).
10. Podczas mówienia zachowuj wyprostowaną, swobodną postawę ciała, utrzymuj głowę w linii prostej z kręgosłupem.
11. Po dłuższej pracy głosem zachowaj milczenie i pozwól zregenerować się narządowi głosowemu.
12. Oszczędzaj głos, ale nie używaj często półgłosu lub szeptu, nie stosuj też zbyt długich przerw w mówieniu.
13. Nie wysilaj narządu głosu w czasie infekcji i stanów zapalnych krtani.
14. Jeśli jesteś kobietą – nie dopuszczaj do przeciążenia aparatu głosowego na kilka dni przed i w trakcie menstruacji.
15. Unikaj czynnego i biernego palenia papierosów.
16. Ogranicz spożycie kawy, mocnej herbaty na rzecz herbat owocowych i ziołowych, wody, niezbyt gęstych, niskosłodzonych soków. Unikaj też ostrych przypraw, dań i napojów bardzo gorących lub bardzo zimnych, alkoholu (w nadmiarze), ogranicz spożycie soli.
17. Zadbaj o zdrową dietę, bogatą w witaminy, błonnik i białko.
18. Ogranicz spożycie lodów i zrezygnuj z mrożonych napojów, zwłaszcza bezpośrednio przed wysiłkiem głosowym.
19. Dbaj o higienę jamy ustnej i gardłowej, ale nie płucz gardła płynem zawierającym alkohol. Zwracaj uwagę na drożność nosa.
20. Ubieraj się stosownie do temperatury otoczenia, by uniknąć nadmiernego przegrzewania okolicy krtani.

21. Ćwicz regularnie całe ciało; aktywność fizyczną dostosuj do możliwości oraz stanu zdrowia.
22. Nie nadwyrężaj głosu poza pracę – uważaj na głos np. podczas meczów, koncertów, spotkań ze znajomymi w hałaśliwych miejscach.
23. Zapobiegaj chorobom, zwłaszcza dróg oddechowych – dbaj o odporność organizmu.
24. Doraźnie stosuj środki wspomagające funkcjonowanie i higienę narządu głosu (środki oczyszczające, nawilżające śluzówkę jamy nosa, jamy gardłowej).
25. Obserwuj i wsłuchuj się we własny głos, poznaj jego możliwości i własne odczucia.
26. Opanuj prawidłową technikę mówienia i emisji głosu.
27. W miarę możliwości staraj się codziennie wykonać kilka ćwiczeń usprawniających funkcjonowanie narządu głosu oraz rozwijających twoje możliwości głosowe. Ćwicz swobodną artykulację i dobrą dykcję.
28. Wykonuj badania okresowe. Niepokojące objawy ze strony narządu głosu konsultuj z lekarzem foniatrą. Stosuj się do zaleceń lekarza i nie próbuj leczyć dolegliwości głosowych wyłącznie na własną rękę.
29. Jeśli pojawiają się szумы uszne, trudności ze słyszeniem lub rozróżnianiem znaczenia słów, udaj się na badanie słuchu (słabszy słuch powoduje głośniejsze mówienie).

Załącznik 2. Przestrzeganie zasad prawidłowej higieny głosu wśród artystów scenicznych. Kwestionariusz I

Metryczka

1. **Imię i nazwisko:** (Potrzebne jedynie do powiązania kwestionariusza z wynikiem badania jakościowego Twojego głosu.)
2. **Wiek:**
3. **Zawód, główne zajęcie:**
 - a) Aktor zawodowy
 - b) Inny zawód głosowy (np. nauczyciel, śpiewak, pracownik call center i in.)
 - c) Pozostałe (w tym uczeń, student, emeryt)

I. CIAŁO A GŁOS

1. Czy dbasz o sprawność fizyczną?

- a) Zdecydowanie tak
- b) Raczej tak
- c) Niezbyt
- d) Wcale

2. Jak opisałbyś/-ałabyś postawę swojego ciała? (Jeśli masz taką możliwość, zanim zaznaczysz odpowiedzi, stań przed lustrem i popatrz na swoje ciało. Spróbuj nie wartościować tego, co widzisz. Patrz na siebie tak, jak patrzy lekarz na pacjenta).

Zaznacz wszystkie pasujące punkty:

- a) Wyprostowana, kręgosłup bez żadnych krzywizn нефизjologicznych
- b) Zgarbiona (klatka piersiowa lekko wklęsła) lub inne skrzywienia kręgosłupa
- c) Głowa wysunięta lekko w przód lub w tył, przekrzywiona na bok
- d) Barki na jednakowej wysokości
- e) Jeden z barków jest wyżej niż drugi
- f) Postawa swobodna, bez niepotrzebnych napięć mięśniowych
- g) Napięte mięśnie szyi, nieznacznie uniesione barki lub inne napięcia w ciele
- h) Ciężar ciała rozłożony równomiernie
- i) Ciężar ciała (środek ciężkości) przesunięty na bok lub w inną stronę

3. Jak odczuwasz temperaturę powietrza w miejscach, w których najczęściej pracujesz głosem? (Oczywiście jest to uwarunkowane porą roku i innymi czynnikami.)

- a) Zwykle jest mi za ciepło (zbyt mocne ogrzewanie, za ciepły ubiór itd.)
- b) Zwykle jest komfortowo, nie czuję przegrzania ani przechłodzenia
- c) Zwykle jest mi zimno, często muszę ubierać się cieplej niż w innych miejscach, w których przebywam.

4. Czy wykonujesz ćwiczenia usprawniające funkcjonowanie głosu, rozwijające możliwości głosowe, oddechowe?

- a) Tak, na próbach
- b) Tak, samodzielnie
- c) Tak, na próbach i samodzielnie
- d) Nie

II. NAWYKI ŻYWIENIOWE

1. Ile płynów przyjmujesz średnio w ciągu doby? (Wszystkich, wliczając również zupy czy koktajle.)

- a) Mniej niż 2 litry
- b) Około 2–2,5 litra
- c) Więcej niż 2,5 litra

2. Czy pijesz mocną kawę?

- a) Tak, więcej niż jedną w ciągu dnia
- b) Tak, jedną dziennie lub rzadziej
- c) Nie

3. Czy pijesz mocną herbatę?

- a) Tak, więcej niż jedną w ciągu dnia
- b) Tak, jedną dziennie lub rzadziej
- c) Nie

4. Czy jesz pikantnie doprawione posiłki?

- a) Tak, często
- b) Tak, ale rzadko
- c) Nie

5. Czy jesz gorące posiłki i pijesz gorące napoje?

- a) Tak, zwykle nie czekam, aż ostygną na tyle, by nie parzyły mi ust
- b) Czasami
- c) Nie, jem i piję ciepłe, ale nie gorące

6. Ile czasu zwykle mija od momentu, kiedy zjadasz ostatni posiłek, do chwili, w której kładziesz się do łóżka? (Być może, ze względu na tryb życia, każdy Twój dzień wygląda inaczej – w takiej sytuacji postaraj się podać uśredniony czas. Uwaga! Jeśli kładziesz się w ciągu dnia, również to uwzględnij. Licz każde położenie się po posiłku, nie musisz wtedy spać.)

- a) Mniej niż 2 godziny
- b) Około 2–3 godziny
- c) Więcej niż 3 godziny

7. Czy palisz papierosy? (też elektroniczne)

- a) Tak, czynnie
- b) Tak, biernie (wdycham dym, gdy ktoś pali blisko mnie)
- c) Nie

8. Czy pijesz alkohol?

- a) Tak, często
- b) Tak, czasami
- c) Nie

III. CZYNNIKI PSYCHICZNE, EMOCJONALNE

1. Czy obserwujesz swój głos? Czy starasz się go poznawać – jego brzmienie, skalę, możliwości i ograniczenia?

- a) Zdecydowanie tak, stale pracuję nad swoim głosem
- b) Tak, robię to czasami
- c) Nie, nie przykładam większej uwagi do mojego głosu, po prostu używam go automatycznie, jak ręki czy nogi

2. Jak radzisz sobie ze stresem?

- a) Radzę sobie dobrze, sytuacje stresowe nie są dla mnie problemem
- b) Radzę sobie dość dobrze, choć zdarzają się sytuacje, w których chciałbym/-łabym umieć robić to lepiej
- c) Stres jest dla mnie sporym problemem
- d) Czuję, że zupełnie nie radzę sobie ze stresem

3. Czy odczuwasz treść? Jeśli tak, jak wpływa na Twój głos?

- a) Nie odczuwam tremy
- b) Odczuwam treść, ale nie zauważam, by miała jakiś wpływ na mój głos

- c) Odczuwam tremę i zauważam jej niewielki wpływ na mój głos
- d) Odczuwam tremę, która znacząco wpływa na mój głos

IV. WYSIŁEK GŁOSOWY, LECZENIE (Wysiłek głosowy to takie zachowania, które mogą nadwyrężyć głos – mówienie lub śpiewanie przez długi czas, w hałasie, krzyk itp.)

1. Czy dodatkowo nawilżasz narząd głosu w czasie wzmożonego wysiłku głosowego? Czy stosujesz coś więcej niż wodę, np. napar z siemienia lnianego, preparaty apteczne lub inne środki?

- a) Tak
- b) Nie
- c) Czasami

2. Czy zwracasz uwagę na to, by nie pić bardzo zimnych napojów i nie jeść lodów na krótko przed wysiłkiem głosowym?

- a) W ogóle nie zwracam na to uwagi
- b) Mam świadomość, że nie jest to wskazane, ale nie przejmuję się tym
- c) Tak, staram się tego unikać

3. Co robisz, gdy zauważasz u siebie pierwsze objawy infekcji górnych dróg oddechowych?

- a) Od razu staram się temu zaradzić, żeby choroba się nie rozwinęła – natychmiast udaję się do lekarza lub sam/-a próbuję się wyleczyć
- b) Początkowo czekam, aż „samo przejdzie”, po kilku dniach podejmuję leczenie
- c) Nie zwracam uwagi na drobne przeziębienia, zaczynam się leczyć i idę na zwolnienie dopiero, gdy choroba zaczyna mi bardzo utrudniać funkcjonowanie

4. Czy zmniejszasz poziom wysiłku głosowego w czasie choroby? Czy oszczędzasz wtedy swój głos?

- a) Przerywam zupełnie wysiłek głosowy, mówię tylko wtedy, gdy jest to naprawdę konieczne
- b) Ograniczam nadmierny wysiłek głosowy
- c) Nie mogę (lub nie chcę) pozwolić sobie na zmniejszenie wysiłku głosowego nawet w czasie choroby
- d) W ogóle nie zwracam na to uwagi

5. Czy przyjmujesz leki (stale lub doraźnie) mogące negatywnie wpływać na głos? (Jeśli nie wiesz, czy Twoje leki mają taki wpływ, poszukaj na ulotce informacji, czy lek wysusza śluzówkę, odwadnia lub osłabia koordynację ruchową.)

- a) Tak
- b) Nie

6. Czy jesteś pod opieką lekarza foniatri?

- a) Tak
- b) Nie
- c) Teraz nie, ale w przeszłości korzystałem z pomocy foniatri

Załącznik 3. Przestrzeganie zasad prawidłowej higieny głosu wśród artystów scenicznych. Kwestionariusz II

Imię i nazwisko:

INFORMACJE WSTĘPNE

1. Otrzymałem wiadomość z załącznikiem pdf pt. „Podstawowe zasady higieny głosu”

- a) Tak
- b) Nie

2. Zapoznałem się z otrzymanymi zasadami

- a) Tak
- b) Nie

3. Jak myślisz, czy udało Ci się coś zmienić, żeby lepiej dbać o swój głos? (Może zauważyłeś/-aś już jakieś pozytywne zmiany w jego brzmieniu lub w komforcie pracy? Może coś sprawiło Ci trudność lub przyszło z łatwością? A może stwierdziłeś/-aś, że dobrze dbasz o głos i nie potrzebujesz nic zmieniać? Odpowiedz, nawet jeśli nie czytałeś/-aś pliku lub jeśli przeczytałeś/-aś, ale żadnej z zasad nie wprowadziłeś/-aś w życie.)

.....

I. CIAŁO A GŁOS

1. Czy dbasz o sprawność fizyczną?

- a) Zdecydowanie tak
- b) Raczej tak
- c) Niezbyt
- d) Wcale

2. Jak opisałbyś/-ałabyś postawę swojego ciała?

- a) Nie zmieniła się od poprzedniego badania (wciąż jest wyprostowana, swobodna, moje barki są na równej wysokości, a ciężar ciała rozłożony równomiernie)
- b) Nie zmieniła się, chociaż pewnie powinienem/powinnam nad nią popracować (cechuje ją chociaż jedno ze stwierżeń: zgarbiona, spięta, nierównomiernie rozłożony ciężar, barki na różnej wysokości lub uniesione itp.)
- c) Pracowałem nad jej poprawą
- d) Inne:

3. Jak odczuwasz temperaturę powietrza w miejscach, w których najczęściej pracujesz głosem?

- a) Zwykle jest komfortowa, nie czuję przegrzania ani przechłodzenia
- b) Zwykle jest mi za ciepło lub za zimno

4. Czy wykonujesz ćwiczenia usprawniające funkcjonowanie głosu, rozwijające możliwości głosowe, oddechowe?

- a) Tak, na próbach i samodzielnie

- b) Tak, na próbach
- c) Tak, samodzielnie
- d) Nie

II. NAWYKI ŻYWIENIOWE

1. Ile płynów przyjmujesz średnio w ciągu doby?

- a) Mniej niż 2 litry
- b) Około 2–2,5 litra
- c) Więcej niż 2,5 litra

2. Czy pijesz mocną kawę?

- a) Tak, więcej niż jedną w ciągu dnia
- b) Tak, jedną dziennie lub rzadziej
- c) Nie

3. Czy pijesz mocną herbatę?

- a) Tak, więcej niż jedną w ciągu dnia
- b) Tak, jedną dziennie lub rzadziej
- c) Nie

4. Czy jesz pikantnie doprawione posiłki?

- a) Tak, często
- b) Tak, ale rzadko
- c) Nie

5. Czy jesz gorące posiłki i pijesz gorące napoje?

- a) Tak, zwykle nie czekam, aż ostygną na tyle, żeby nie parzyły mi ust
- b) Czasami
- c) Nie, jem i piję ciepłe, ale nie gorące

6. Ile czasu zwykle mija od momentu, kiedy zjadasz ostatni posiłek do chwili, w której kładziesz się do łóżka? (Dla przypomnienia: postaraj się podać uśredniony czas, licz każde położenie się po posiłku, nie musisz wtedy spać).

- a) Mniej niż 2 godziny
- b) Około 2–3 godziny
- c) Więcej niż 3 godziny

7. Czy palisz papierosy? (też elektroniczne)

- a) Tak, czynnie
- b) Tak, biernie
- c) Nie

8. Czy pijesz alkohol?

- a) Tak, często
- b) Tak, czasami
- c) Nie

III. CZYNNIKI PSYCHICZNE, EMOCJONALNE

1. Czy obserwujesz swój głos? Czy starasz się go poznawać – jego brzmienie, skalę, możliwości i ograniczenia?

- a) Zdecydowanie tak, stale pracuję nad swoim głosem
- b) Tak, robię to czasami
- c) Nie, nie przykładam większej uwagi do mojego głosu, po prostu używam go automatycznie, jak ręki czy nogi

2. Jak radzisz sobie ze stresem?

- a) Radzę sobie dobrze, sytuacje stresowe nie są dla mnie problemem
- b) Radzę sobie dość dobrze, choć zdarzają się sytuacje, w których chciałbym/-łabym umieć robić to lepiej
- c) Stres jest dla mnie dużym problemem
- d) Czuję, że zupełnie nie radzę sobie ze stresem

3. Czy odczuwasz treść? Jeśli tak, jak wpływa na Twój głos?

- a) Nie odczuwam tremy
- b) Odczuwam treść, ale nie zauważam, by miała jakiś wpływ na mój głos
- c) Odczuwam treść i zauważam jej niewielki wpływ na mój głos
- d) Odczuwam treść, która znacząco wpływa na mój głos

IV. WYSIŁEK GŁOSOWY, LECZENIE

1. Czy dodatkowo nawilżasz narząd głosu w czasie wzmożonego wysiłku głosowego?

- a) Tak
- b) Nie
- c) Czasami

2. Czy zwracasz uwagę na to, by nie pić bardzo zimnych napojów i nie jeść lodów na krótko przed wysiłkiem głosowym?

- a) Nie, nigdy nie zwracam na to uwagi
- b) Mam świadomość, że nie jest to wskazane, ale nie przejmuję się tym
- c) Tak, staram się tego unikać

3. Co robisz, gdy zauważasz u siebie pierwsze objawy infekcji górnych dróg oddechowych?

- a) Od razu staram się temu zaradzić, żeby choroba się nie rozwinęła – natychmiast udaję się do lekarza lub sam/-a próbuję się wyleczyć
- b) Początkowo czekam, aż „samo przejdzie”, po kilku dniach podejmuję leczenie
- c) Nie zwracam uwagi na drobne przeziębienia, zaczynam się leczyć i idę na zwolnienie dopiero, gdy choroba zaczyna mi bardzo utrudniać funkcjonowanie

4. Czy zmniejszasz poziom wysiłku głosowego w czasie choroby? Czy oszczędzasz wtedy swój głos?

- a) Przerywam zupełnie wysiłek głosowy, mówię tylko wtedy, gdy to naprawdę konieczne

- b) Ograniczam nadmierny wysiłek głosowy
- c) Nie mogę (lub nie chcę) pozwolić sobie na zmniejszenie wysiłku głosowego nawet w czasie choroby
- d) W ogóle nie zwracam na to uwagi

5. Czy teraz przyjmujesz leki mające negatywny wpływ na głos?

- a) Tak
- b) Nie

6. Czy od czasu ostatniej ankiety korzystałeś z porad foniatry?

- a) Tak
- b) Nie
- c) Nie, ale czuję, że taka pomoc by mi się przydała.

Literatura

- Behlau M., Oliveira G., 2009, *Vocal hygiene for the voice professional*, „Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery”, no. 17(3), s. 149–154.
- Binkuńska E., 2012, *Higiena i emisja głosu mówionego*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Błaszczyk J.W., 1993, *Kontrola stabilności postawy ciała*, „Kosmos”, nr 42(2), s. 473–486.
- Broadus-Lawrence P.L., Treole K., McCabe R.B., Allen R.L., Toppin L., 2000, *The effect of preventive vocal hygiene education on the vocal hygiene habits and perceptual vocal characteristics of training singers*, „Journal of Voice”, no. 14, s. 58–71.
- Chan R., 1994, *Does the voice improve with the vocal hygiene education? A study of some instrumental voice measures in a group of kindergarten teachers*, „Journal of Voice”, no. 8, s. 279–291.
- Cieszyńska J., 2016, *Zaburzenia głosu u osób śpiewających*, [w:] B. Kamińska, S. Milewski (red.), *Logopedia artystyczna*, Gdańsk: Harmonia Universalis, s. 288–296.
- Gładyszewska-Fiedoruk K., 2010, *Analiza stanu środowiska wewnętrznego w wybranych przedszkolach ze szczególnym uwzględnieniem dwutlenku węgla*, „Ciepłownictwo, Ogrzewnictwo, Wentylacja”, nr 2, s. 28–30.
- Hackworth R.S., 2007, *The effect of vocal hygiene and behavior modification instruction on the self-reported vocal health habits of public school music teachers*, „International Journal of Music Education”, no. 25(1), s. 21–31.
- Kamińska B., Milewski S. (red.), 2016, *Logopedia artystyczna*, Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Kawalec A., Pawlas K., 2013, *Czynniki środowiskowe wpływające na sen oraz zachowywanie higieny snu*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 94(1), s. 1–5.
- Kisiel M., 2012, *Emisja i higiena głosu w pracy dydaktyczno-wychowawczej nauczyciela*, Dąbrowa Górnicza: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Biznesu.
- Koszyła-Hojna B., Citko D., Milewska A., Rogowski M., 2008, *Analiza występowania zaburzeń jakości głosu u pracowników dydaktycznych Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku*, „Polski Merkurusz Lekarski”, nr 25, s. 236–239.
- Kubiak Sz., Wiskirska-Woźnica B., Demenko G., 2006, *Zarys higieny narządu głosu*, Włocławek: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna.
- Łastik A., 2014, *Poznaj swój głos... twoje najważniejsze narzędzie pracy*, Warszawa: Studio EMKA.

- Marody M., 1976, *Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy. Analiza metodologiczna zasad doboru wskaźników w badaniach nad postawami*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Niebudek-Bogusz E., Woźnicka E., 2011, *Profilaktyka chorób zawodowych narządu głosu*, [w:] M. Śliwińska-Kowalska (red.), *Zasady orzekania o predyspozycjach zawodowych do pracy w narażeniu na hałas lub nadmierny wysiłek głosowy oraz diagnostyka i profilaktyka chorób narządu słuchu i narządu głosu*, Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, s. 157–163.
- Nowak S. (red.), 1973, *Teorie postaw*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Obębowski A., 2008, *Narząd głosu i jego znaczenie w komunikacji społecznej*, Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego.
- Pawłowski Z., 2005, *Foniatryczna diagnostyka wykonawstwa emisji głosu śpiewaczego i mówionego*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Pruszevicz A. (red.), 1992, *Foniatryka kliniczna*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Rokitińska M., Laskowska H., 2003, *Zdrowy głos*, Bydgoszcz: Akademia Bydgoska.
- Roy N., Ryker K.S., Bless D.M., 2000, *Vocal violence in actors; an investigation into its acoustic consequences and the effects of hygienic laryngeal release training*, „Journal of Voice”, no. 14, s. 215–230.
- Sapir S., Mathers-Schmidt B., Larson G.W., 1996, *Singers' and non-singers' vocal health, vocal behaviors and attitudes towards voice and singing: indirect findings from a questionnaire*, „European Journal of Disorders of Communication”, no. 31, s. 193–209.
- Śliwińska-Kowalska M., Fiszer M., Kotyło P., Ziatkowska E., Stębowska M., Niebudek-Bogusz E., 2002, *Ocena wpływu ćwiczeń techniki emisji głosu na stan narządu głosu u uczniów kolegium nauczycielskiego*, „Medycyna Pracy”, nr 53(3), s. 229–232.
- Śliwińska-Kowalska M., Fiszer M., Niebudek-Bogusz E., Ziatkowska E., Kotyło P., Domańska M., 2003, *Ocena skuteczności terapii głosowej w leczeniu zaburzeń głosu u nauczycieli*, „Medycyna Pracy”, nr 54(4), s. 319–325.
- Śliwińska-Kowalska M., Niebudek-Bogusz E., Fiszer M., Łoś-Spychalska T., Kotyło P., Szurowska-Przygocka B., Modrzewska M., 2006, *The Prevalence and Risk Factors for Occupational Voice Disorders in Teachers*, „Folia Phoniatria et Logopaedica”, no. 58, s. 85–101.
- Śliwińska-Kowalska M., Niebudek-Bogusz E. (red.), 2009, *Rehabilitacja zawodowych zaburzeń głosu. Poradnik dla nauczycieli*, Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- Tarasiewicz B., 2006, *Mówię i śpiewam świadomie*, Kraków: Wydawnictwo Universitas.
- Timmermans B., De Bodt M.S., Wuyts F.L., Boudewijns A., Clement G., Peeters A., Van de Heyning P.H., 2002, *Poor voice quality in future elite vocal performers and professional voice users*, „Journal of Voice”, no. 16, s. 372–381.
- Walencik-Topiłko A., 2012, *Głos jako narzędzie. Materiały do ćwiczeń emisji głosu dla osób pracujących głosem i nad głosem*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Weekly E.M., Carroll L.M., Korovin G.S., Fleming R., 2018, *A Vocal Health Survey Among Amateur and Professional Voice Users*, „Journal of Voice”, no. 32(4), s. 474–478.
- Wiskirska-Woźnica B., Obębowski A., Świdziński P., Wojnowski W., Wojciechowska A., 2004, *Wpływ palenia tytoniu na funkcję fonacyjną krtani*, „Przegląd Lekarski”, nr 61(10), s. 1068–1070.
- Wysocka M., Skoczylas A., Szkiełkowska A., Mularzuk M., 2009, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku zaburzeń głosu*, „Logopedia”, nr 37, s. 243–254.
- Yiu E.M., Chan R.M., 2003, *Effect of hydration and vocal rest on the vocal fatigue in amateur karaoke singers*, „Journal of Voice”, no. 17, s. 216–227.
- Zub K., Zatoński T., Morawska-Kochman M., Szydełko U., Kręcicki T., 2018, *Pozaprzelykowe manifestacje choroby refluksowej w laryngologii*, „Lekarz POZ”, nr 4, s. 331–340.

Streszczenie

Higiena głosu jest niezwykle ważna dla aktorów zawodowych i amatorów, gdyż głos jest jednym z podstawowych narzędzi, jakimi posługują się w teatrze. W niniejszym artykule przedstawiono najważniejsze zasady dotyczące higieny głosu oraz wyniki dwuetapowego badania, które miało wykazać, w jakim stopniu i w jaki sposób aktorzy uwzględniają te wytyczne w swoim życiu. Uzyskane dane potwierdziły, że stosowanie się do głównych zasad higieny głosu wpływa na jakość komunikacji w życiu codziennym oraz podczas występów na scenie.

Abstract

Vocal hygiene is extremely important for professional actors and amateurs since their voice is one of the basic tools which they use in the theatre. This article presents the most important principles regarding vocal hygiene and the results of a two-stage study showing to what extent and in what way actors take these guidelines into account in their lives. The obtained data confirmed that adherence to the main principles of vocal hygiene has an impact on the quality of communication in everyday life and during performances on the stage.

Henriette W. Langdon*, HyeKyeung Seung**, Betty Yu***

One or two languages for children on the autism spectrum?¹

Jeden czy dwa języki w komunikacji z dziećmi ze spektrum zaburzeń autystycznych?

Keywords: autism spectrum disorder, bilingualism, special education, SLP, minority

Słowa kluczowe: autyzm, dwujęzyczność, edukacja specjalna, logopeda, mniejszość narodowa

Twenty percent of students attending California schools are English Language learners (ELLs) [Sugarman, Geary, 2018], and in 44.5 percent of homes, a language other than English is spoken, with 18.6 percent reporting they speak the language “less than very well”. Additionally, California has the highest number of persons who are foreign-born [U.S. Census Bureau, 2017].

For three decades, autism spectrum disorder (ASD) has been the fastest growing special education eligibility category for public education across the nation. Variations in percentages depend on many factors, including the methods used in analyzing prevalence studies. Nevison, Blaxill and Zahorodny [2018] found that the

* Henriette W. Langdon, is a professor emerita from San Jose State University. During her retirement she continues to lecture and offer clinical services. She is co-owner of Sunflower Therapies in Rancho Cucamonga with her partner and daughter, Maxine Langdon Star, Ph.D. and MFT.

** HyeKyeung Seung, Ph.D., CCC-SLP, is a full professor and chair of the Department of Communication Sciences and Disorders at California State University, Fullerton. She has been working clinically, teaching and research autism since 1998. Currently she teaches autism seminar for graduate students.

*** Betty Yu, Ph.D. CCC-SLP is an associate professor in the Department of Speech, Language and Hearing Sciences at San Francisco State University and president of the Asian Pacific Islander Speech-Language-Hearing Caucus. Her research focuses of heritage-language maintenance and second-language learning in children of the autism spectrum and their families within bilingual contexts.

1 The first edition of “CSHA Magazine”, Spring 2019, pp. 11–14.

prevalence of ASD in California grew from 0.2 percent in the cohort of five-year-olds born in 1990s to 1.2 percent in a cohort of five-year-olds born in 2012. On average, one in 59 children have been identified as having ASD, and the diagnosis occurs in all racial, ethnic and socioeconomic groups [Center for Disease Control and Prevention, 2018]. Children of the autism spectrum from minority and low-income communities may be diagnosed significantly later, show more severe symptoms and demonstrate a higher risk of being misdiagnosed with an adjustment or conduct disorder [Center for Disease Control and Prevention, 2018]. The term *minority* does not necessarily refer to numerical representation but to socioeconomic, cultural and political status relative to a societally dominant language [Ramaga, 1992].

Becerra et al. [2014] compared the percentage of children from various cultural and linguistic backgrounds diagnosed with ASD between 1998 and 2009 in California (Los Angeles) with a national database. Results indicated that the diagnosis was 76 percent higher in children of foreign-born black mothers, 43 percent higher for Vietnamese, 25 percent higher for Filipinos, 26 percent higher for Central/South Americans, and 13 to 14 percent higher in US-born Hispanics and blacks compared with children of US-born white mothers.

These statistics raise several dilemmas for SLPs working with families from language minority groups whose backgrounds are different from the typical Euro-American background. Speech-language pathologists and the team need to be sensitive and consider their clients' linguistic and cultural backgrounds in their assessments and data evaluations [Ennis-Cole, Durodoye, Harris, 2013; Bauer, Winegar, Waxman, 2016]. Additionally, SLPs should be prepared to provide guidance about language use. One frequent question parents of these students ask is whether they should switch to or add English to the language they speak at home (L1). Some parents may be fluent in both languages, but others may not. Parents often fear confusing their child and/or contributing to delaying overall language development if they do not use English or if they use L1 at home. Many professionals, including SLPs, physicians and other allied professionals continue to counsel them to drop L1 [Kay-Raining Bird, Lamond, Holden, 2012; Drysdale, van der Meer, Kagohara, 2015; Yu, 2016]. Because the SLP and the team might not speak the family's and/or the child's language they may need to collaborate with a trained interpreter. However, this interpreter may assist them in not only interpreting the information but in understanding cultural characteristics that may impact the diagnosis of ASD on a given family [Langdon, Saenz, 2016].

Benefits of bilingualism for typically developing children

More than half the world's population is bilingual or multilingual, and becoming bilingual is a natural human process when individuals have an opportunity to either grow up using two languages or attend a school where another language is used for instruction. Benefits of bilingualism have long been reported by many [Bialystok, 2001; Grosjean, 2010; Paradis, Genesee, Crago, 2011; Baker, Wright, 2017], and include increased working memory, attention and metalinguistic skills. Likewise, there is ample research documenting the benefits of bilingual instruction, in particular the two-way immersion model for both language minority and majority students on their performance in reading and math [Genesee, 1983; Collier, Thomas, 2004; Lindholm-Leary, Howard, 2008; Marian, Shook, Shroeder, 2013]. However, in reality, most developing ELL students or those on the autism spectrum do not attend bilingual programs for a variety of reasons (e.g., insufficient number of programs, not available in the ELL student's language) [Yu, Hsia, 2018].

Application to students on the autism spectrum

Students on the autism spectrum demonstrate varying degrees of challenges in communication. The research supporting the use of two languages with children on the autism spectrum is emerging, and the review presented here is divided into three sections:

- 1) studies comparing monolingual and bilingual children on the autism spectrum on various measures of language and communication skills,
- 2) outcomes of this therapy when therapy is conducted in L1 (only one study) and
- 3) issues regarding language use at home.

Comparing monolinguals and bilinguals on the autism spectrum

Drysdale, van der Meer and Kagohara [2015] conducted a literature search on bilingualism and children on the autism spectrum using specific criteria for their final selection and found that from an original pool of 23 studies, only eight met their criteria. Of those, four studies focused on comparing groups on various measures of linguistic and pragmatic areas [Hambly, Fombonne, 2012; Ohashi et al., 2012; Petersen, Marinova-Todd, Miranda, 2012; Valicenti-McDermott et al., 2013]. Although all four studies implemented a rigorous methodology in matching their samples, each focused on slightly different areas. Specifically, Hambly and Fombonne [2012] compared social abilities and language levels, and Ohashi et al. [2012] compared

the groups according to severity of autism-related communication impairment, age of first words and age of first phrases (receptive language scores, expressive language scores and functional communication scores). Both Petersen, Marinova-Todd and Mirenda [2012] and Valicenti-McDermott et al. [2012] studied overall language skills, but the first group of researchers analyzed receptive and expressive vocabulary and the second group analyzed various communication means, such as facial expression and pretend play. There were other differences among these four studies, such as participant ages, methods of identifying ASD and definitions for simultaneous and sequential bilingualism. None of the studies made comparisons across the various linguistic groups. A more recent study by Reetzke et al. [2015] involving children diagnosed with ASD in China who were exposed to one or more of the five major mutually unintelligible Chinese languages (i.e., Mandarin; Yue, including the Cantonese dialect; Xiang; Hakka and Southern Min). This study was the first conducted outside of the Western world. None of the five studies reported significant differences between the comparison groups in the language or pragmatic skills analyzed, indicating that children on the autism spectrum can acquire two languages. Nevertheless, care needs to be exercised in interpreting these preliminary results, because factors such as consistent exposure and nurturing of L1, as well as collaboration between teaching staff and parents and families, must be accounted for.

Use of therapy in L1

Only one study has considered the use of L1 in therapy in working with children on the autism spectrum. Seung, Siddiqi and Elder [2006] examined the efficacy of treating a bilingual male client on the autism spectrum using his L1, Korean, as the initial language of intervention for approximately one year before gradually transitioning the intervention to English. This study examined the development of receptive and expressive vocabulary over 24 months while receiving speech-language intervention twice weekly, 30 to 45 minutes each session. The client's progress in receptive vocabulary and following simple directions, as well as expressive vocabulary and two-word sentences, was examined every six months. He improved linearly in both receptive and expressive vocabulary in Korean during the first year of intervention in L1 (Korean). He gradually increased his responses to English instructions, his production of English vocabulary terms and the production of simple two-word combinations in English. He used English when he was at the preschool and Korean with his parents at home during the 24-month study period. It should be noted that he made gains in both Korean and English. In the second year of his intervention, when the gradual change from Korean to English intervention was made, his English acquisition emerged. His language age (the length of first exposure to English from preschool and speech-language therapy) was approximately two years and his

English acquisition level was commensurate to his language age, two years, as evidenced by the production of single words (e.g., noun, verbs, some pronouns and adjectives), a vocabulary spurt and two-word combinations. The results of this single-case, longitudinal follow-up study suggest that providing intervention in the client's primary language initially and gradually transitioning into English intervention may be a positive strategy to undertake. This strategy and other issues concerning language use in various contexts are discussed by Seung [2017].

Language use at home

Receiving an ASD diagnosis can be life-changing and stressful for parents, so they often turn to the guidance of experts. The information and advice professionals offer to parents have a tremendous influence on their beliefs about bilingualism, how they speak with their children and the interactional dynamics of the home [Yu, 2013; 2016]. Parents who are told to speak to their children in ways that are incongruent with the needs of their families may experience significant disruptions to everyday communications and affective connections in the home, including the exclusion of their children from participation in meaningful activities [Wharton et al., 2000; Kremer-Sadlik, 2004; Yu, 2016]. Professionals must, therefore, be mindful of the roles they play in advising families and be responsive to families' lived experiences of language use.

Of primary importance is that parents of children on the autism spectrum often feel significant pressure for their children to acquire English, frequently at the cost of losing their home languages. In the United States, heritage language maintenance is an uphill battle for all minority-language families [Fishman, 2006]. Many parents are told and believe that exposure to more than one language will exacerbate their children's developmental and social communication difficulties or hinder their mastery of English [Kay-Raining Bird et al., 2012; Yu, 2013]. Mastery of English is considered a matter of urgency for accessing valuable interventions, many of which are available only in English [Yu, Hsia, 2018]. Although parents overwhelmingly wish to transmit their native languages, studies have demonstrated that most do not pursue this goal if they believe it would get in the way of their children's success [Yu, 2013; Yu, Hsia, 2018]. At the same time, most parents received very little substantive help on how to effectively support their children's English acquisition, especially in ways that promote additive bilingualism [Yu, 2013].

It is important that SLPs and other professionals be sensitive to the fact that families of children on the autism spectrum are particularly vulnerable to heritage-language loss, and make concerted efforts to address the causes of the risk. This includes dispelling assumptions that bilingualism can cause harm. It also means actively encouraging heritage language maintenance and sharing strategies for its success. For

example, parents may not know that their children's heritage language competencies are likely to be quickly overtaken by English unless opportunities for sustained heritage-language learning and growth are made available [Schwartz, Verschik, 2013]. In addition, professionals must collaborate with parents to systematically bridge first- and second-language learning and to build on the foundations of a robust primary language. In 2013, Yu found that parents who felt self-efficacious in their abilities to support the growth of their children on the autism spectrum were more confident that they could do so regardless of what language(s) they spoke.

References

- Baker C., Wright W.E., 2017, *Foundations of bilingual education and bilingualism*, 6th ed., Bristol: Multilingual Matters.
- Bauer S.C., Winegar J., Waxman S., 2016, *How cultural differences affect autism diagnoses*, Scientific American. Guest blog, <https://news.northwestern.edu/stories/2016/04/opinion-scientific-american-autism/> (accessed: 15.11.2018).
- Becerra T.A., Ehrenstein O.S. von, Heck J.E., Olsen J., Arah O.E., Jeste S.S., Rodriguez M., Ritz B., 2014, *Autism spectrum disorders and race, ethnic, and nativity: A population-based study*, "Pediatrics", vol. 134(1), pp. e63–e71, <http://doi.org/10.1542/peds.2013-3928>
- Bialystok E., 2001, *Bilingualism in development: Language, literacy and cognition*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Center for Disease Control and Prevention, 2018, *Autism Spectrum Disorder*, <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html> (accessed: 15.11.2018).
- Collier V.P., Thomas W.P., 2004, *The astounding effectiveness of dual language education for all*, "NABE Journal of Research and Practice", vol. 2(1), pp. 1–20.
- Drysdale H., Meer L. van der, Kagohara D., 2015, *Children with autism spectrum disorder from bilingual families: A systematic review*, "Review Journal of Autism and Developmental Disorders", vol. 2(1), pp. 26–38.
- Ennis-Cole D., Durodoye B.A., Harris H.L., 2013, *The impact of culture on autism diagnosis and treatment: Considerations for counselors and other professionals*, "The Family Journal", vol. 21(3), pp. 279–287.
- Fishman J.A., 2006, *English only: Its ghosts, myths and dangers*, [in:] N.H. Hornberger (ed.), *Language loyalty, language planning and language revitalization: Recent writings and reflections from Joshua A. Fishman*, Clevedon: Multilingual Matters, pp. 179–194.
- Genesee F., 1983, *Bilingual education of majority-language children: The Immersion experiments in review*, "Applied Psycholinguistics", vol. 4(1), pp. 1–46.
- Grosjean F., 2010, *Bilingual life and reality*, Cambridge: Harvard University Press.
- Hambly C., Fombonne E., 2012, *The impact of bilingual environments on language development in children with autism spectrum disorders*, "Journal of Autism and Developmental Disorders", vol. 42(7), pp. 1342–1352, <http://doi.org/10.1007/s10803-011-1365-z>
- Kay-Raining Bird E., Lamond E., Holden J., 2012, *Survey of bilingualism in autism spectrum disorders*, "International Journal of Language & Communication Disorders", no. 47, pp. 54–64, <http://doi.org/10.1111/j1460-6984.2011.00071.x>
- Kremer-Sadlik T., 2004, *To be or not to be bilingual: Autistic children from multilingual families*, Unpublished paper presented at The Fourth International Symposium on Bilingualism, Tempe.

- Langdon H.W., Saenz T. I., 2016, *Working with interpreters and translators. A guide for speech-language pathologists and audiologists*, San Diego: Plural Publishing.
- Lindholm-Leary K.J., Howard E.R., 2008, *Language development and academic achievement in two-way immersion programs*, [in:] T.W. Fortune, D.J. Tedick (eds.), *Pathways to multilingualism: Evolving perspectives od immersion education*, Oxford: Blackwell, pp. 177–200.
- Marian V., Shook A., Schroeder S.R., 2013, *Bilingual two-way immersion programs benefit academic achievement*, “Bilingual Research Journal”, vol. 36(2), pp. 167–186.
- Nevison C., Blaxill M., Zahorodny W., 2018, *California autism prevalence trends from 1931 to 2014 and comparison to national ASD data from IDEA and ADDM*, “Journal of Autism and Developmental Disorders”, vol. 48(12), pp. 4103–4117.
- Ohashi J.K., Mirenda P., Marinova-Todd S., Hambly C., Fombonne E., Szatmari P., Thompson A., 2012, *Comparing early language development in monolingual- and bilingual-exposed young children with autism spectrum disorders*, “Research in Autism Spectrum Disorders”, no. 6, pp. 890–897.
- Paradis J., Genesee F., Crago M., 2011, *Dual language development and disorders: A handbook on bilingualism and second language*, Baltimore: Brookes Publishing.
- Petersen J.M., Marinova-Todd S., Mirenda P., 2012, *Brief report: An exploratory study of lexical skills in bilingual children with autism spectrum disorder*, “Journal of Autism and Developmental Disorders”, vol. 42(7), pp. 1499–1503, <http://doi.org/10.1007/s1080-011-1366-y>
- Ramaga P., 1992, *The basis of minority identity*, “Human Rights Quarterly”, vol. 14(3), pp. 409–428.
- Reetzke R., Zou X., Sheng L., Katsos N., 2015, *Communicative development in bilingually exposed Chinese children with autism spectrum disorders*, “Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, vol. 58(1), pp. 813–825, http://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-L-13-0258
- Schwartz M., Verschik A. (eds.), 2013, *Successful family language policy: Parents, children and educators in interaction*, vol. 7, Berlin: Springer.
- Seung H., Siddiqi S., Elder J.H., 2006, *Intervention outcomes of a bilingual child with autism*, “Journal of Medical Speech-Language Pathology”, vol. 14(1), pp. 53–63.
- Seung H.K., 2017, *How to handle bilingual children with autism spectrum disorder*, “CSHA Magazine”, vol. 46(3), pp. 10–13.
- Sugarman J., Geary C., 2018, *English Learners in California: Demographics, outcomes, and state accountability policies*, Washington: Migration Policy Institute.
- U.S. Census Bureau, 2017, *Percent of people 5 years and over who speak a language other than English at home: United States and Puerto Rico Universe: Populations 5 years and over 2016 American Community Survey 1-year estimates*, https://cdn.census.gov/attachments/census-other_than_english.pdf (accessed: 15.11.2018).
- Valicenti-McDermott M., Tarshis N., Schouls M., Galdston M., Hottinger K., Seijo R., Shinnar S., 2013, *Language differences between monolingual English and bilingual English-Spanish young children with autism spectrum disorders*, “Journal of Child Neurology”, vol. 28(7), pp. 945–948, <http://doi.org/10.1177/0883073812453204>
- Wharton R.H., Levine K., Miller E., Breslau J., Greenspan S. I., 2000, *Children with Special Needs in Bilingual Families: A Developmental Approach to Language Recommendations*, [in:] S. I. Greenspan, S. Wieder (eds.), *The Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders Clinical Practice Guidelines*, Bethesda: ICDL, pp. 141–151.
- Yu B., 2013, *Issues in bilingualism and heritage language maintenance: Perspectives of minority-language mothers of children with autism spectrum disorders*, “American Journal of Speech-Language Pathology”, vol. 22, issue 1, pp. 10–24.

Yu B., 2016, *Bilingualism as conceptualized and bilingualism as lived: A critical examination of the monolingual socialization of a child with autism in a bilingual family*, "Journal of Autism and Developmental Disorders", vol. 46, issue 2, pp. 424–435.




Yu B., Hsia S., 2018, *Inclusion of heritage language learners on the autism spectrum: Lessons from second-generation parents*, "International Journal of Applied Linguistics", <https://doi.org/10.1111/ijal.12233>

Abstract

The emerging research comparing verbal and non-verbal development in typical individuals and those on the autism spectrum reveals no differences in the acquisition rate of specific features or concepts. Research on families suggests that what parents need is not to be given advice, but rather to be understood and supported by professionals who are family-centered as well as culturally and linguistically responsive. Choices about language use in families are complex matters that shift dynamically over time. These shifts can include changes in family membership, situational demands, variations in language proficiencies and many other constraints and affordances of family life that require constant adaptation and fluidity. Which language parents choose to speak with their children comes from deeply personal decisions that are neither right nor wrong, but those decisions are often constrained under the weight of fear and misinformation. Speech-language pathologists play an indispensable role in lifting this weight so that families feel the freedom to arrive at ways of speaking that promote their families' wellness and goals.

Streszczenie

Najnowsze badania mające na celu porównanie poziomu rozwoju werbalnego i niewerbalnego dzieci w normie rozwojowej i dzieci ze spektrum autyzmu nie ujawniły różnic w możliwości nabywania języka angielskiego przy zachowaniu języka ojczystego jako L1. Badania prowadzone wśród rodziców dzieci ze zdiagnozowanym autyzmem sugerują, że logopedzi nie powinni proponować nauczania tylko w języku angielskim (w nim prowadzona jest większość programów terapeutycznych) czy tylko ojczystym. Zadaniem logopedów i innych specjalistów jest zaplanowanie terapii w taki sposób, aby zachować szacunek dla kultury i języka swoich pacjentów. Wybór języka to złożona kwestia, uzależniona od struktury rodziny, wymagań sytuacyjnych, różnic w biegłości językowej oraz wielu innych ograniczeń i możliwości życia rodzinnego. To, w którym języku rodzice zdecydują się rozmawiać z dziećmi, powinno wynikać z ich osobistych decyzji. Decyzje te nie są ani dobre, ani złe, są jednak często podejmowane błędnie z powodu mylnego przekonania na temat negatywnego wpływu nauki dwóch języków na dzieci ze spektrum zaburzeń autystycznych. Logopedzi odgrywają ważną rolę w promowaniu wiedzy na ten temat – dzięki ich działalności rodziny mogą swobodnie korzystać z języka, który dobrze wpływa na samopoczucie i cele rodzin (utrzymanie języka dziedzicznego).

Marzena Mielczarek* , Hanna Zielińska-Bliźniewska** ,
Jurek Olszewski*** 

Paradoksalne ruchy fałdów głosowych jako czynnościowa przyczyna duszności krtaniowej i chrypki

Paradoxical vocal fold movements as a functional cause
of laryngeal dyspnoea and hoarseness

Słowa kluczowe: paradoksalne ruchy fałdów głosowych, duszność krtaniowa, chrypka, stridor, zaburzenia psychosomatyczne

Keywords: paradoxical vocal fold movements, laryngeal dyspnoea, hoarseness, stridor, psychosomatic disorders

Wprowadzenie

Zaburzenia psychosomatyczne dotyczą kilkunastu procent społeczeństwa. W podstawowej opiece zdrowotnej ich częstość szacuje się na 10–25% [Faravelli i wsp., 1997, s. 24–29; de Waal i wsp., 2004, s. 470–476; Roca i wsp., 2009, s. 52–58]. Efektorami są najczęściej: układ pokarmowy, sercowo-naczyniowy, nerwowy, oddechowy. Wśród objawów konwersyjnych w zakresie narządów laryngologicznych typowe są: tzw. *globus hystericus* oraz dysfonia lub afonia psychogenna. Paradoksalne ruchy fałdów głosowych (ang. *paradoxical vocal fold movements* – PVFM) to kompleksowy, heterogeny zespół objawów o zróżnicowanej etiologii i manifestacji klinicznej. Jest

* Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Klinika Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii, ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź; e-mail: marzena.mielczarek@umed.lodz.pl, <https://orcid.org/0000-0001-5400-6094>

** Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Klinika Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii, ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź, e-mail: hanna.zielinska-blizniewska@umed.lodz.pl, <https://orcid.org/0000-0001-8311-5513>

*** Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Klinika Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii, ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź; e-mail: jurek.olszewski@umed.lodz.pl, <https://orcid.org/0000-0002-8868-9679>

to zaburzenie czynnościowe, które oznacza patologiczne przywiedzenie fałdów głosowych w fazie wdechowej i/lub wydechowej, co skutkuje obturacją dróg oddechowych i dusznością. Inną najczęściej spotykaną w literaturze nazwą jest *dysfunkcja fałdów głosowych* (ang. *vocal cord dysfunction*) [Christopher i wsp., 1983, s. 1566–1570]. Jednostka ta może być klinicznie skrajną postacią psychosomatyzacji, w zakresie laryngologicznym prowadzącą do objawów zwężenia głośni. Pacjent prezentuje wówczas obraz obustronnego porażenia krtani, przebiegającego ze świstem krtaniowym (stridorem), z którego powodu wykonywana jest tracheotomia w trybie nagłym.

Pierwsze doniesienia na temat PVFM pochodzą z XIX wieku i określają tę patologię jako „fałszywy krup” [za Bahrainwala, Simon, 2001, s. 8–13]. W 1842 roku została ona opisana jako skurcz krtani dotyczący histerycznych osobników żeńskich, później sklasyfikowano ją jako stridor Munchausena [Patterson, Schatz, Horton, 1974, s. 307–310]. Roy Patterson, Michael Schatz i Mark Hormon opisali przypadek trzydziestotrzyletniej pacjentki hospitalizowanej piętnaście razy z powodu duszności wdechowej ze stridorem, nieuzasadnionej patologią organiczną. Inne pojawiające się w literaturze określenia to: *czynnościowa obturacja dróg oddechowych*, *stridor psychogenny*, *spastyczny krup* [Appelblatt, Baker, 1981, s. 305–306; Collett, Brancatisano, Engel, 1983, s. 500–504; Skinner, Bradley, 1989, s. 383–385; Patel i wsp., 2015, s. 566–584].

Epidemiologia

Częstość występowania tego zaburzenia pozostaje nieoszacowana między innymi ze względu na brak jednoznacznych kryteriów diagnostycznych oraz – mimo upływu wielu lat od pierwszego doniesienia – wciąż ograniczonej wiedzy w tym zakresie. Co ciekawe, częstość występowania PVFM w grupie pacjentów zgłaszających się po pomoc doraźną do szpitala z objawami duszności lub zaostrzenia astmy oszacowana została na 1,7–22% [Ciccolella i wsp., 1997, s. 155; Kenn, Schmitz, 1997, s. 14–18; Jain i wsp., 2006, s. 207–212]. Literatura wydaje się raczej zgodna co do większej częstości PVFM u dorosłych niż u dzieci (71% a 29%) oraz u kobiet niż u mężczyzn (2 lub 3 : 1) [Brugman, 2003, s. 167; Morris, Allan, Perkins, 2006, s. 73–86]. Co więcej, uważa się, że wykonywany zawód może być czynnikiem modyfikującym częstość występowania PVFM. Predysponowane są kobiety pracujące w sektorze ochrony zdrowia, atleci oraz osoby w trakcie aktywnej służby wojskowej [Martin i wsp., 1987, s. 332–337; Newman, Mason, Schmalig, 1995, s. 1382–1386; Morris i wsp., 1999, s. 1676–1682; Rundell, Spiering, 2003, s. 468–474; Rhodes, 2008, s. 608–613].

Etiologia

Mimo zidentyfikowania różnorodnych czynników współistniejących z PVFM nie wyróżniono dotychczas tego, który byłby bezpośrednio odpowiedzialny za to zaburzenie. W literaturze podawanych jest kilka klasyfikacji PVFM ze względu na prawdopodobny czynnik etiologiczny. James Koufman wskazuje sześć grup przyczyn tego zaburzenia [Koufman, Block, 2008, s. 327–334]. Najczęstszą jest według niego refluks gardłowo-krtaniowy (ang. *laryngopharyngeal reflux* – LPR). PVFM trwa wówczas minuty lub godziny, rzadziej dni, na ogół nie wymaga interwencji na drogach oddechowych, występuje jako przejściowa reakcja chemoreceptorów nadgłośni (zależna od nerwu błędnego) na kontakt z treścią żołądkową. Paradoksalne przywiedzenie fałdów głosowych pojawia się po posiłku, w trakcie ćwiczeń fizycznych, schylania, w nocy (czasem nawet wybudza pacjentów ze snu). W tej grupie pacjentów LPR manifestuje się na ogół uczuciem zgagi, trudnościami w przełykaniu, pochrząkiwaniem, kaszlem, uczuciem „kuli” w gardle i spływania wydzieliny po tylnej ścianie gardła, może przebiegać w sposób niemy lub z przemijającą chrypką. Christopher Loughlin i James Koufman zaobserwowali całkowite ustąpienie objawów po włączeniu farmakoterapii (dwa razy dziennie inhibitor pompy protonowej) [Loughlin, Koufman, 1996, s. 1502–1505].

Wśród innych czynników sprzyjających nadreaktywności krtani, a tym samym nieprawidłowemu, odruchowemu przywiedzeniu fałdów głosowych, wymieniane są: infekcje wirusowe górnych dróg oddechowych, alergie, czynniki drażniące (tj. dym tytoniowy, alkohol, kofeina, kurz, suche powietrze, mówienie, opary chemiczne) [Dunn, Katial, Hoyte, 2015]. W literaturze PVFM określane jest także jako zespół nadwrażliwej krtani [Morrison, Rammage, Emami, 1999, s. 447–455].

Dystonia krtaniowa o typie oddechowym i dysfonia spastyczna należą do tego samego kręgu dystonii krtaniowych, jednak rzadko współistnieją. Obie postaci manifestują się zaburzeniami oddychania, jednak ta pierwsza pojawia się w trakcie dnia, nie daje dolegliwości w nocy, pacjent zgłasza uczucie relatywnego upośledzenia drożności dróg oddechowych trwające cały dzień, nasilające się w trakcie czynności wymagających głębokiego oddychania. Spastyczna manifestuje się zaś zaburzeniami oddechowymi w trakcie mówienia. Ulgę przynosi podanie toksyny botulinowej do fałdu głosowego.

Mechanizm wystąpienia PVFM w przebiegu astmy nie jest do końca poznany, choć opisywany jest wysoki wskaźnik (56%) jej współistnienia u osób w PVFM [Newman, Mason, Schmalings, 1995, s. 1382–1386]. Brana jest pod uwagę dysfunkcja odruchów zależnych od nerwu błędnego, jak również same zmiany głośni w przebiegu astmy [Collett, Brancatisano, Konno, 1983, s. 719–723]. Szczególne znaczenie dla diagnostyki różnicowej PVFM w przebiegu astmy ma wystąpienie duszności wdechowej, która jest typowa dla obturacji górnych dróg oddechowych, nie dla astmy.

PVFM uwarunkowane nieprawidłowościami w pniu mózgu mogą być związane wyłącznie z patologią ośrodkową (np. urazem głowy, udarem tylnego dołu czaszki)

lub mogą współistnieć z obustronnym porażeniem mięśni odwodzących krtani, epizodami bezdechów lub zespołem bezdechów ośrodkowych. Tak uwarunkowane objawy obturacji dróg oddechowych współistnieją z innymi objawami neurologicznymi, występują także we śnie i wymagają interwencji chirurgicznej.

W literaturze PVFM opisuje się jako reakcję polekową na niektóre neuroleptyki (np. haloperidol, chlorpromazynę) lub leki stosowane do znieczulenia ogólnego [Koek, Pi, 1989, s. 359–364]. Stridor indukowany lekami z grupy neuroleptyków na ogół współistnieje z objawami pozapiramidowymi (np. sztywnością mięśni, zaburzeniami ruchowymi) i ustępuje po podaniu leków antycholinergicznym [Stoelting, 1987].

W wyniku zaburzeń psychiatrycznych i psychogennych stridor występuje rzadko. Możliwe psychogenne przyczyny PVFM to: ciężki stres u atletów (związany z uczestnictwem w zawodach), wykorzystywanie seksualne, fizyczne lub emocjonalne. Z kolei najczęstsze zaburzenia psychiatryczne to: lęk, depresja, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, hipochondria, zaburzenia osobowości i zaburzenia konwersyjne [Ramírez, León, Rivera, 1986, s. 716–721; Brown, Merritt, Evans, 1988, s. 308–310; Freedman, Rosenberg, Schmaling, 1991, s. 295–298; Lacy, McManis, 1994, s. 213–223; Tajchman, Gitterman, 1996, s. 105–108; Powell i wsp., 2000, s. 29–34; Lawrence, 2007, s. 96–104; Koufman, Block, 2008, s. 327–334]. Pacjenci z dodatnim wywiadem psychiatrycznym prezentują niestałe objawy, które nagle pojawiają się i ustępują. Koufman podaje przykład normalizacji funkcji krtani pacjenta i ustąpienia stridoru w trakcie czytania na głos dłuższego tekstu. Kładzie nacisk na konieczność wykluczenia innych przyczyn przed postawieniem diagnozy psychogennych PVFM oraz powołanie wielospecjalistycznego zespołu diagnostycznego, w którego skład wchodzi: otolaryngolog, logopeda, psycholog i psychiatra [Koufman, Block, 2008, s. 327–334].

Symptomatologia

PVFM to heterogenna grupa także pod względem prezentacji objawów klinicznych. Pacjenci na ogół skarżą się na brak tchu, duszność, niemożność wdechu, skrócenie oddechu i duszność wysiłkową, dławienie, uczucie ucisku w obrębie szyi, z niemożnością nabrania powietrza, uczucie duszenia (które może wywołać atak paniki i wtórne nasilenie zaburzeń oddychania). Dodatkowo objawom mogą towarzyszyć świsty, gwizdy oddechowe, stridor, kaszel, zmiany głosu, uczucie ucisku w klatce piersiowej [Newman, Mason, Schmaling, 1995, s. 1382–1386; Brugman, 2003, s. 167].

Diagnostyka

W literaturze zwraca się uwagę na trudności diagnostyczne PVFM. W związku z niejednokrotnie dramatyczną manifestacją objawów pacjenci są przyjmowani do szpitala w trybie nagłym. W początkowym okresie choroby w takich warunkach zalecana jest diagnostyka i leczenie. Z drugiej zaś strony – z powodu epizodycznego przebiegu – objawy nie zawsze są możliwe do uchwycenia w trakcie badania. W takiej sytuacji można podjąć próbę prowokacji objawów przez forsowne zachowania, tj. szybkie oddychanie, naprzemienną fonację samogłosek i pociągnięcie nosem, kaszel, pochrząkiwanie, głośną fonację lub wysiłek fizyczny z użyciem bieżni czy roweru stacjonarnego [Koufman, Block, 2008, s. 327–334]. Warto także zauważyć, że – w związku z czynnościowym charakterem zaburzenia – prawidłowy obraz krtani i brak objawów w trakcie badania nie wyklucza PVFM [Landwehr i wsp., 1996, s. 971–974].

Klasyczna laryngoskopia pośrednia w sytuacji nagłej duszności może być trudna do wykonania, co więcej – istnieje możliwość wyindukowania objawów PVFM [Ng, 2017, s. 19–22]. Preferowanym badaniem jest zatem endoskopia krtani przez nos (nasofiberoskopia), w której typowo obserwuje się przywiedzenie fałdów głosowych w fazie wdechowej (medializację fałdów głosowych powyżej 50%) z niedomykalnością w tylnym odcinku głośni [Mathers-Schmidt, 2001; Koufman, Block, 2008, s. 327–334]. Klinicznie pacjent prezentuje objawy duszności w związku z obturacją dróg oddechowych na poziomie głośni. Mimo to zwraca się uwagę na częste mylenie i konieczność różnicowania tej jednostki patologicznej z astmą. Czynnikiem różnicującym jest tu brak reakcji na leki rozszerzające oskrzela oraz negatywne bądź niespójne wyniki prób prowokacyjnych. Dodatkowo badania obrazowe dolnych dróg oddechowych nie wykazują patologii, a poziomy saturacji pozostają niezmiennione [Franca, 2014, s. 2169–2173]. Badania akustyczne głosu wykazują niespecyficzne zmiany, tj. skrócenie czasu fonacji, zawężenie zakresu głosu, podwyższenie wskaźników *jitter* i *shimmer* [Zelcer i wsp., 2002, s. 601–608; Vertigan i wsp., 2008, s. 210–216]. W badaniach biochemicznych krwi uzyskuje się wartości prawidłowe, choć z powodu często prezentowanej hiperwentylacji może wystąpić hipo- lub hiperkapnia [Niven i wsp., 1992, s. 513–516].

W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić obustronne porażenie fałdów głosowych, laryngospazm, dysfonię spastyczną, aspirację ciała obcego, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, nowotwór krtani, dystonię krtani. W celu wykluczenia patologii ośrodkowego układu nerwowego wykonuje się badanie MRI.

Postępowanie terapeutyczne

Postępowanie można podzielić na właściwe dla ostrej fazy choroby oraz długoterminowe. Prawidłowe leczenie uzależnione jest każdorazowo od trafnej diagnozy. Niestety, u pacjentów z PVFM prezentujących nagłą duszność krtaniową ze stridorem

niejednokrotnie wykonywana jest tracheotomia. W sytuacji rozpoznania PVFM pacjenta należy upewnić o łagodnej naturze objawów oraz o prawidłowych poziomach tlenu we krwi, mimo odczuwanej duszności [Vertigan i wsp., 2008]. Inną propozycją jest wizualizacja funkcji krtani w wideolaryngoskopii, tak aby pacjent mógł zaobserwować przywiedzenie fałdów głosowych w trakcie wystąpienia duszności [Vertigan i wsp., 2008]. W celu otwarcia głośni Scott Kramer i współautorzy zalecają także zadania niewokalne, takie jak wężanie, wdech nosem, wydech z zaciśniętymi ustami. Techniki relaksacyjne mają na celu kontrolę mentalną nad oddychaniem, jak również redukcję stresu [Kramer i wsp., 2017, s. 1531–1537]. Co więcej, uważa się, że mogą pomóc pacjentowi kontrolować sytuacje zaostżenia objawów PVFM, na przykład w trakcie infekcji lub niepokoju i lęku. W tym samym celu można stosować benzodiazepiny, oddychanie mieszką tlenu i helu czy nebulizację z lidokainy, która wpływa na zmniejszenie wysiłku oddechowego i przynosi ulgę pacjentom z PVFM [Ibrahim i wsp., 2007, s. 164–172].

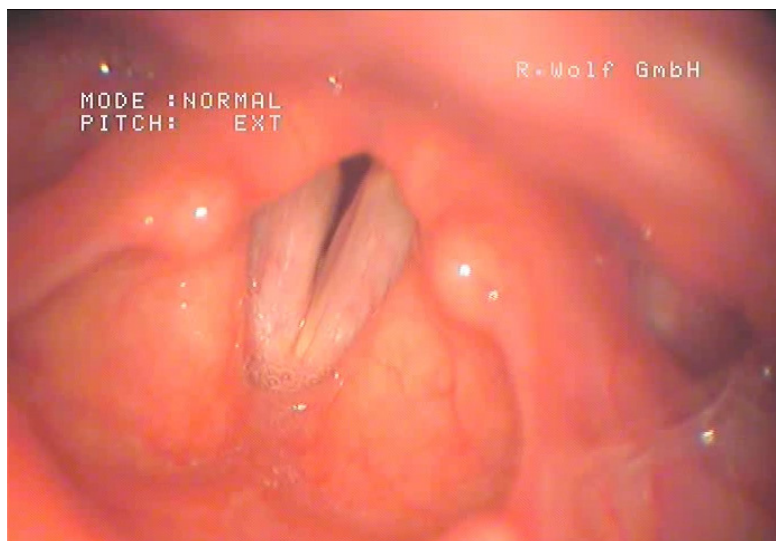
Postępowanie długoterminowe jest wielodyscyplinarne. Obejmuje farmakoterapię, psychoterapię, leczenie psychiatryczne oraz rehabilitację mowy i głosu. Leczenie farmakologiczne, oprócz relaksacji i leczenia psychiatrycznego, dotyczy także czynników współistniejących (np. refluksu, alergii, zapalenia zatok, astmy, lęku). Zakres postępowania logopedycznego obejmuje ocenę kliniczną pacjenta, diagnozowanie, edukację, poradnictwo, terapię głosu i trening panowania nad objawami oddechowymi. Logopeda prowadzi terapię panowania nad krtanią (ang. *laryngeal control therapy* lub *respiratory retraining therapy*). Wykorzystywane są do tego techniki pośrednie i bezpośrednie. Bezpośrednie skupiają się na poszczególnych komponentach narządu głosu, a na celu mają rehabilitację głosu, utrzymanie prawidłowej drożności dróg oddechowych, relaksację gardła, ćwiczenia sapania (dyszenia) i *biofeedback*. W literaturze wymienia się: ćwiczenia koncentracji na wydechu, relaksację mięśni jamy ustnej i gardła, edukację pacjenta i zapewnienie o tym, że kondycja PVFM znajduje się pod kontrolą, ćwiczenia oddychania przeponowego, szerokiego oddychania, skoordynowanego oddychania piersiowo-brzusznego, *biofeedback*, psychoedukację i poradnictwo, trening mięśni wdechowych [Jain i wsp., 2006].

Pośrednie techniki rehabilitacji głosu mają z kolei prowadzić do modyfikacji zachowań wpływających na głos, na przykład przez edukację pacjenta, zapewnienie go o łagodnej naturze dolegliwości, relaksację, higienę głosu.

Prezentacja przypadku

Trzydziestotrzyletnia kobieta została przyjęta do Kliniki Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w trybie nagłym z powodu wdechowej duszności wysiłkowej przebiegającej ze stridorem. Z wywiadu wynikało, że wyżej wymienione objawy występowały od dwóch tygodni, tj. od czasu

zdiagnozowania u chorej zapalenia płuc. Ponadto była leczona z powodu epilepsji od około piętnastu lat. Pacjentka nie zgłosiła innych chorób i stosowania leków na stałe. Przy przyjęciu w laryngoskopii pośredniej oraz w badaniu wideolaryngostroboskopowym (VLS) stwierdzono obustronne porażenie fałdów głosowych, z ich przypośrodkowym ustawieniem. Głos był ochryply w stopniu G2 (umiarkowana chrypka).

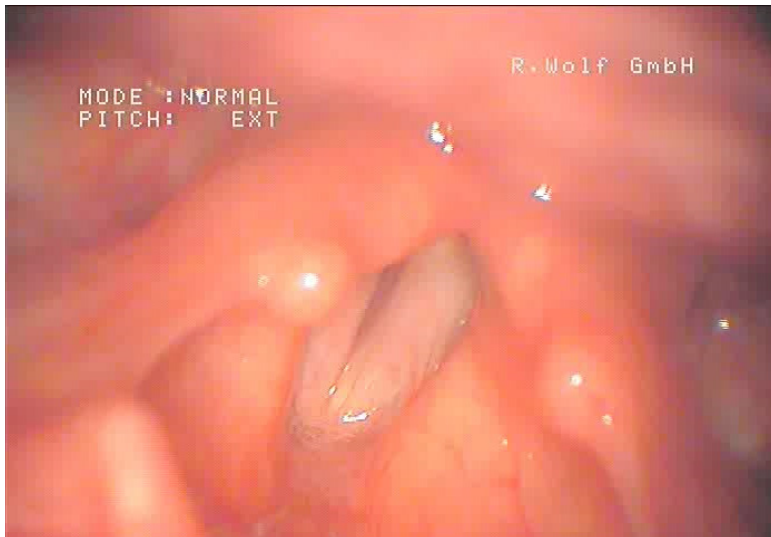


Rysunek 1. Obraz wideolaryngoskopowy przy przyjęciu do szpitala; faza oddechowa; fałdy głosowe w pozycji przywiedzionej; szpara głośni wąska

Źródło: badania własne

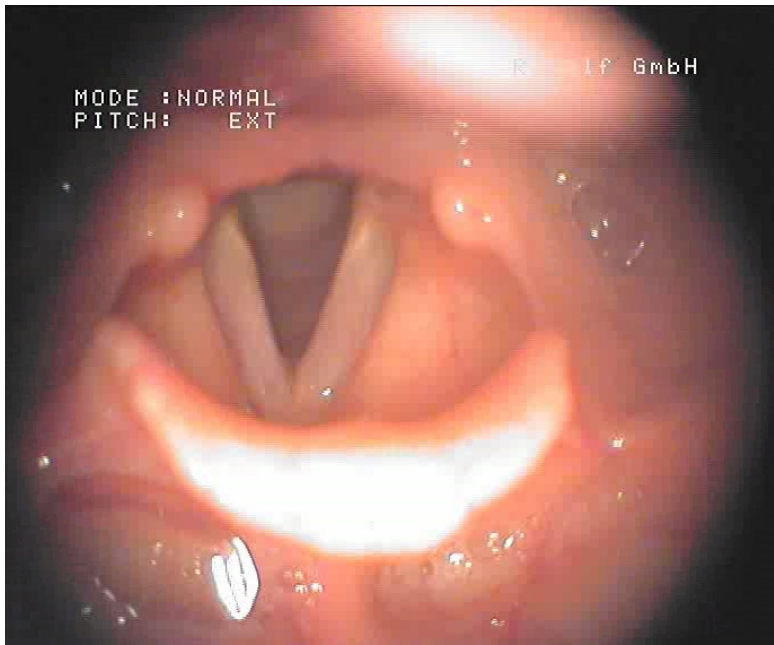
W klinice w trybie pilnym przeprowadzono diagnostykę obrazową (CT z kontrastem) szyi i klatki piersiowej, wykluczając patologie organiczne, mogące być przyczyną obustronnego porażenia fałdów głosowych. Badania laboratoryjne (morfologia krwi, wskaźniki stanu zapalnego, gospodarka wapniowa) nie wykazały istotnych odchyłeń od stanu prawidłowego.

W związku z dobrym i stabilnym stanem klinicznym chorej postanowiono włączyć intensywne leczenie farmakologiczne, odracząc decyzję o tracheotomii. W drugiej dobie hospitalizacji objawy prezentowane przez chorą nie uległy zmianie. W laryngoskopii pośredniej chora prezentowała taki sam obraz jak w dniu poprzednim, jednakże ze stridorem słyszalnym wyłącznie w fazie wydechowej. Powtórzono badanie wideolaryngoskopowe, poprzedzając je badaniem podmiotowym. W trakcie rozmowy pacjentka była spokojna, ale płaczliwa, poinformowała lekarza, że od dwóch lat leczy się z powodu depresji – bez poprawy nastroju. W trakcie rozmowy słyszalny wcześniej stridor stopniowo ustąpił. W VLS uzyskano pełne odwiedzenie fałdów głosowych w fazie oddechowej i niepełne zwanie fonacyjne w 1/2 tylnej części głośni w fazie fonacyjnej.



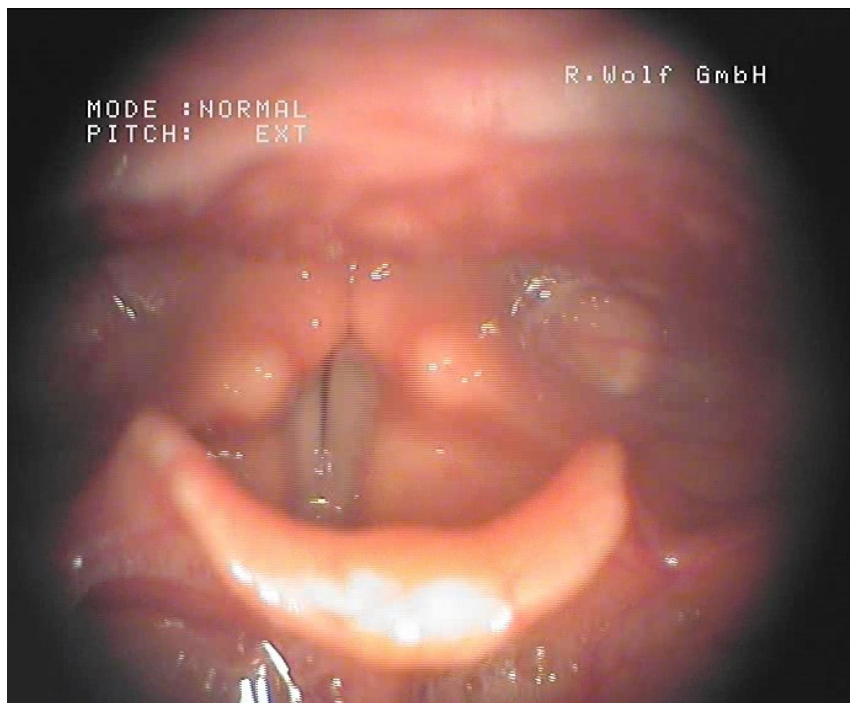
Rysunek 2. Obraz wideolaryngoskopowy przy przyjęciu do szpitala; faza fonacyjna; niepełne zwarcie fonacyjne prawie na całej długości głośni

Źródło: badania własne



Rysunek 3. Obraz wideolaryngoskopowy przy wypisie; faza oddechowa; pełne odwiedzenie fałdów głosowych

Źródło: badania własne



Rysunek 4. Obraz wideolaryngoskopowy przy wypisie; faza fonacyjna; niepełne zwanie fonacyjne w ½ tylnej części głośni

Źródło: badania własne

Pacjentka została skonsultowana psychiatrycznie. Rozpoznano u niej zaburzenia depresyjne i lękowe. Zmodyfikowano leczenie farmakologiczne. Wykonano badanie obrazowe ośrodkowego układu nerwowego (MRI z kontrastem), wykluczając patologię organiczną. Następnego dnia chora nie miała duszności, stridoru, natomiast utrzymywała się u niej chrypka (G2R2B0A0S1/2 – stopień chrypki umiarkowany, szorstkość głosu umiarkowana, napięcie głosu na granicy lekkiego i umiarkowanego, cechy B i A nieobecne)¹. Po okresie obserwacji pacjentka została wypisana z kliniki w stanie ogólnym i miejscowym dobrym. Zalecenia wypisowe obejmowały kontrolę foniatryczną, kontynuację zmodyfikowanego leczenia psychiatrycznego oraz psychoterapię.

1 GRBAS – czterostopniowa (0–3) skala służąca do oceny chrypki (0 – brak cechy, 1 – lekkie nasilenie, 2 – umiarkowane, 3 – cecha w stopniu ciężkim): G (ang. *grade*) – stopień chrypki, R (ang. *roughness*) – szorstkość głosu, B (ang. *breathiness*) – głos chuchający, A (ang. *asthenic*) – głos słaby, S (ang. *strained*) – głos napięty.

Podsumowanie

Zaburzenia psychosomatyczne, będące przyczyną dolegliwości z pogranicza foniatryczno-logopedycznego lub otolaryngologicznych, są dość rzadkie. Najczęściej spotykane w codziennej praktyce ambulatoryjnej i klinicznej są afonia i dysfonia psychogenna. Z kolei duszność jest jednym z najbardziej gwałtownych i relatywnie częstych stanów nagłych w praktyce otolaryngologicznej i wymaga zdecydowanego postępowania lekarskiego. Jednak duszność spowodowana patologicznym przywiedzeniem fałdów głosowych wyłączenie na tle czynnościowym (psychogennym) jest wyjątkowo rzadka. Przypadek kliniczny pacjentki z dusznością, stridorem i chrypką na tle nieorganicznym stanowi skrajną manifestację zaburzeń psychicznych wymagających pilnej interwencji specjalistów psychiatrii. Jednak praktyka pokazuje, że może ona nie wystarczyć do unormowania głosu. W związku z tym pacjenci wymagają – w dalszym etapie lub równolegle prowadzonej – intensywnej, niejednokrotnie długotrwałej i kompleksowej terapii głosu.

Literatura

- Appelblatt N.H., Baker S.R., 1981, *Functional upper airway obstruction*, „Archives of Otolaryngology”, no. 107, s. 305–306.
- Bahrainwala A.H., Simon M.R., 2001, *Wheezing and vocal cord dysfunction mimicking asthma*, „Current Opinion in Pulmonary Medicine”, vol. 7(1), s. 8–13.
- Brown T.M., Merritt W.D., Evans D.L., 1988, *Psychogenic vocal cord dysfunction masquerading as asthma*, „The Journal of Nervous and Mental Disease”, no. 176, s. 308–310.
- Brugman S.M., 2003, *The many faces of vocal cord dysfunction: what 36 years of literature tell us*, „American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine”, vol. 167(7).
- Christopher K.L., Wood R.P., Eckert R.C., Blager F.B., Raney R.A., Souhrada J.F., 1983, *Vocal-cord dysfunction presenting as asthma*, „New England Journal of Medicine”, no. 308, s. 1566–1570.
- Ciccolella D.E., Brennan K.J., Borbely B., Criner G.J., 1997, *Identification of vocal cord dysfunction (VCD) and other diagnoses in patients admitted to an inner city university hospital asthma center. Abstract*, „American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine”, vol. 155: A82.
- Collett P.W., Brancatisano T., Engel L.A., 1983, *Spasmodic croup in the adult*, „The American Review of Respiratory Disease”, no. 127, s. 500–504.
- Collett P.W., Brancatisano T., Konno K., 1983, *Changes in glottic aperture during bronchial asthma*, „American Review of Respiratory Diseases”, no. 128, s. 719–723.
- Dunn N.M., Katial R.K., Hoyte F.C.L., 2015, *Vocal cord dysfunction: a review*, „Asthma Research and Practice”, vol. 1, no. 9.
- Faravelli C., Salvatori S., Galassi F., Aiazzi L., Drei C., Cabras P., 1997, *Epidemiology of somatoform disorders: a community survey in Florence*, „Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology”, no. 32, s. 24–29.
- Franca M.C., 2014, *Differential diagnosis in paradoxical vocal fold movement (PVFM): an interdisciplinary task*, „International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology”, vol. 78(12), s. 2169–2173.

- Freedman M.R., Rosenberg S.J., Schmalting K.B., 1991, *Childhood sexual abuse in patients with paradoxical vocal cord dysfunction*, „The Journal of Nervous and Mental Disease”, no. 179, s. 295–298.
- Ibrahim W.H., Gheriani H.A., Almohamed A.A., Raza T., 2007, *Paradoxical vocal cord motion disorder: past, present and future*, „Postgraduate Medical Journal”, vol. 83(977), s. 164–172.
- Jain S., Bandi V., Officer T., Wolley M., Guntupalli K.K., 2006, *Role of vocal cord function and dysfunction in patients presenting with symptoms of acute asthma exacerbation*, „Journal of Asthma”, vol. 43(3), s. 207–212.
- Kenn K., Schmitz M., 1997, *Vocal cord dysfunction, an important differential diagnosis of severe and implausible bronchial asthma*, „Pneumologie”, vol. 51(1), s. 14–18.
- Koek R.J., Pi E.H., 1989, *Acute laryngeal dystonic reactions to neuroleptics*, „Psychosomatics”, no. 30, s. 359–364.
- Koufman J.A., Block C. (2008), *Differential diagnosis of paradoxical vocal fold movement*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, vol. 17(4), s. 327–334.
- Kramer S., Silva B. de, Forrest L.A., Matrka L., 2017, *Does treatment of paradoxical vocal fold movement disorder decrease asthma medication use?*, „Laryngoscope”, vol. 127(7), s. 1531–1537.
- Lacy T.J., McManis S.E., 1994, *Psychogenic stridor*, „General Hospital Psychiatry”, no. 16, s. 213–223.
- Landwehr L.P., Wood R.P., Blager F.B., Milgrom H., 1996, *Vocal cord dysfunction mimicking exercise-induced bronchospasm in adolescents*, „Pediatrics”, vol. 98(5), s. 971–974.
- Lawrence S.G., 2007, *Laryngeal dyskinesia: An under-recognized condition*, „Emergency Medicine Australia”, no. 19, s. 96–104.
- Loughlin C.J., Koufman J.A., 1996, *Paroxysmal laryngospasm secondary to gastroesophageal reflux*, „Laryngoscope”, no. 106, s. 1502–1505.
- Martin R.J., Blager F.B., Gay M.L., Wood R.P., 1987, *Paradoxical vocal cord motion in presumed asthmatics*, „Seminars in Respiratory Medicine”, no. 8, s. 332–337.
- Mathers-Schmidt B.A., 2001, *Paradoxical Vocal Fold Motion: A Tutorial on a Complex Disorder and the Speech-Language*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, vol. 10(2), s. 111–125.
- Morris M.J., Allan P.F., Perkins P.J., 2006, *Vocal cord dysfunction*, „Obstructive Airways Disease”, no. 13, s. 73–86.
- Morris M.J., Deal L.E., Bean D.R., Grbach V.X., Morgan J.A., 1999, *Vocal cord dysfunction in patients with exertional dyspnea*, „Chest”, no. 116, s. 1676–1682.
- Morrison M., Rammage L., Emami A.J., 1999, *The irritable larynx syndrome*, „Journal of Voice”, no. 13, s. 447–455.
- Newman K.B., Mason U.G., Schmalting K.B., 1995, *Clinical features of vocal cord dysfunction*, „American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine”, no. 152, s. 1382–1386.
- Ng T.T., 2017, *The forgotten cause of stridor in the emergency department*, „Open Access Emergency Medicine”, vol. 16, no. 9, s. 19–22.
- Niven R.M., Roberts T., Pickering C.A., Webb A.K., 1992, *Functional upper airways obstruction presenting as asthma*, „Respiratory Medicine”, vol. 86(6), s. 513–516.
- Patel R.R., Venediktov R., Schooling T., Wang B., 2015, *Evidence-Based Systematic Review: Effects of Speech-Language Pathology Treatment for Individuals with Paradoxical Vocal Fold Motion*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, vol. 24(3), s. 566–584.
- Patterson R., Schatz M., Horton M., 1974, *Munchausen's stridor: non-organic laryngeal obstruction*, „Clinical & Experimental Allergy”, vol. 4(3), s. 307–310.
- Powell D.M., Karanfilov B.I., Beechler K.B., Treole K., Trudeau M.D., Forrest A., 2000, *Paradoxical vocal cord dysfunction in juveniles*, „Archives of Otolaryngology – Head and Neck Surgery”, no. 126, s. 29–34.
- Ramírez R.J., León I., Rivera L.M., 1986, *Episodic laryngeal dyskinesia: Clinical and psychiatric characterization*, „Chest”, no. 90, s. 716–721.

- Rhodes R.K., 2008, *Diagnosing vocal cord dysfunction in young athletes*, „Journal of the American Association of Nurse Practitioners”, vol. 20(12), s. 608–613.
- Roca M., Gili M., Garcia-Garcia M., Salva J., Vives M., Garcia Campayo J., Comas A., 2009, *Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care*, „Journal of Affective Disorders”, no. 119, s. 52–58.
- Rundell K.W., Spiering B.A., 2003, *Inspiratory stridor in elite athletes*, „Chest”, no. 123, s. 468–474.
- Skinner D.W., Bradley P.J., 1989, *Psychogenic stridor*, „Journal of Laryngology and Otology”, no. 103, s. 383–385.
- Stoelting R.K., 1987, *Pharmacology and physiology in anesthetic practice*, Lippincott, Philadelphia.
- Tajchman U.W., Gitterman B., 1996, *Vocal cord dysfunction associated with sexual abuse*, „Clinical Pediatrics”, vol. 35(2), s. 105–108.
- Vertigan A.E., Theodoros D.G., Winkworth A.L., Gibson P.G., 2008, *Acoustic and electroglottographic voice characteristics in chronic cough and paradoxical vocal fold movement*, „Folia Phoniatica et Logopaedica”, vol. 60(4), s. 210–216.
- Waal M.W. de, Arnold I.A., Eekhof J.A., Hemert A.M. van, 2004, *Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders*, „British Journal of Psychiatry”, no. 184, s. 470–476.
- Zelcer S., Henri C., Tewfik T.L., Mazer B., 2002, *Multidimensional voice program analysis (MDVP) and the diagnosis of pediatric vocal cord dysfunction*, „Annals of Allergy, Asthma & Immunology”, no. 88, s. 601–608.
-

Streszczenie

Paradoksalne ruchy fałdów głosowych (ang. *paradoxical vocal fold movements* – PVFM) to kompleksowy, heterogeny zespół objawów o zróżnicowanej etiologii i manifestacji klinicznej. Jest to zaburzenie czynnościowe, które oznacza patologiczne przywiedzenie fałdów głosowych w fazie wdechowej i/lub wydechowej, co skutkuje obturacją dróg oddechowych i dusznością. Jednostka ta może być klinicznie skrajną postacią psychosomatyzacji, w zakresie laryngologicznym prowadzącą do objawów zwężenia głośni. W artykule zaprezentowano przypadek młodej kobiety, która zgłosiła się do szpitala z powodu duszności ze stridorem oraz chrypki. Przedstawiono obraz kliniczny, diagnostykę i postępowanie terapeutyczne.

Abstract

Paradoxical vocal fold movements is a complex and heterogenic syndrome. It is a functional disorder manifesting itself as a pathological adduction of vocal folds in the inspiratory and/or expiratory phase, resulting in airway obstruction and dyspnoea. This pathology may appear as an extreme form of psychosomatization involving otolaryngological organs, leading to dyspnoea and stridor. The paper presents the case of a young woman who was admitted to hospital due to dyspnoea, stridor and hoarseness. The paper presents the clinical picture, diagnostics and therapeutic procedures which were used.

Halina Pawłowska-Jaroń* , Anna Siudak** 

Formy terapii poznawczej i komunikacyjnej w domach pomocy społecznej. Propozycje działań stymulujących i terapeutycznych

Forms of cognitive and communication therapy in Social Welfare Homes. Proposals for stimulating and therapeutic activities

Słowa kluczowe: starzenie się, ageizm, czynniki protekcyjne, zinstytucjonalizowana opieka nad seniorami, dom pomocy społecznej

Keywords: aging, ageism, protection factors, institutionalized care for seniors, social welfare home

Wprowadzenie

Wzrost odsetka osób starszych w społeczeństwie sprawia, że z większą ostrością ujawniają się niektóre cechy i problemy starości [Massowska, Więcek, Błędowski, 2012]. Wśród polskich seniorów aż 700 tysięcy osób wymaga stałej, całodobowej opieki, a 1,5 miliona (obecnie 60% wszystkich seniorów w Polsce) potrzebuje pomocy i różnorodnego wsparcia, co przyczynia się do zwiększenia liczby osób zmuszonych zamieszkać w placówkach świadczących usługi bytowe i opiekuńcze. Coraz częściej zwraca się zatem uwagę na sytuację ludzi w wieku starszym i przygotowuje plany rozwojowe poszczególnych regionów Polski na kolejne lata. Uwzględnia się w nich ważny w wymiarze godnego życia seniora aspekt, jakim jest samowykluczanie się z wszelkich aktywności¹. Zła sytuacja materialna, problemy zdrowotne, emocjonalne

* Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, Katedra Logopedii i Zaburzeń Rozwoju, ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków, e-mail: halina.pawlowska-jaron@up.krakow.pl, <https://orcid.org/0000-0002-7077-3469>

** Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, Katedra Logopedii i Zaburzeń Rozwoju, ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków, e-mail: anna.siudak@up.krakow.pl, <https://orcid.org/0000-0002-1986-9078>

¹ Samowykluczanie spowodowane jest problemami komunikacyjnymi, które potęgują swoiste sprzężenie zwrotne: osoby starsze wycofują się z kontaktów, także rodzinnych, z powodu poczucia, że nie

oraz utrwalony społecznie stereotypowy wizerunek seniora przyczyniają się do postępującej izolacji, a w konsekwencji do zamykania się w sobie i rezygnacji z pełnienia dotychczasowych ról społecznych².

Schorzenia i choroby pojawiające się w procesie starzenia tworzą przewlekłe i wieloprzyczynowe zespoły starczej niesprawności. Obok tzw. wielkich problemów geriatrycznych³ u osób w podeszłym wieku pojawiają się często niezdiagnozowane problemy słuchowe i wzrokowe, które przyczyniają się bezpośrednio do zmniejszenia aktywności seniora oraz ograniczenia jego komunikacji [zob. Kurkowska i wsp., 2018; Siudak, 2018; 2019a; 2019b]. Należy również mieć na względzie to, że obok naturalnych objawów starzenia się zmysłów, takich jak zmiany w budowie gałki ocznej czy starcza głuchota⁴, mogą wystąpić także zjawiska patologiczne: choroby oczu (zaćma, degeneracja plamki żółtej, retinopatia cukrzycowa czy jaskra [zob. Kilian, 2012, s. 91-105]) i/lub zakłócenia rozumienia mowy oraz deterioracja funkcji poznawczych⁵, wymagające pogłębienia diagnostyki, o którą trudno w przypadku osób umieszczonych w placówkach opiekuńczych.

Proces starzenia się wpływa na wszystkie układy organizmu, w tym na układ nerwowy i zawiadywane przez niego procesy spostrzegania, uwagi, pamięci, uczenia się, myślenia oraz inteligencji. Tempo oraz stopień upośledzenia zależą od wielu czynników, między innymi od wieku, wykształcenia, aktywności fizycznej i umysłowej, diety, chorób somatycznych i psychicznych [Pawłowska-Jaroń, 2018a; 2018b]. Liczba czynników wpływających na proces starzenia się jest duża. Warto podkreślić już na wstępie, że proces ten jest niezwykle heterogeniczny i wymaga oceny różnic

mają wspólnych tematów do rozmów, nie nadążają za nowinkami technologicznymi, wstydzą się prosić o wyjaśnienia, często nie rozumieją także języka młodego pokolenia [por. Tłokiński, 1990; Milewski, Kaczorowska-Bray, Kamińska, 2016, s. 170–171, 173, 174, 175].

2 Wśród seniorów są osoby, którym trudno jest pogodzić się ze zmienionym obrazem własnego ciała, z postępującymi trudnościami w poruszaniu się, zmianami osobowości. Osoby starsze uważają też, że niektórych rzeczy „nie wypada” im robić, dlatego też często, mimo dużych chęci, rezygnują z podejmowania inicjatyw.

3 Wielkie problemy geriatryczne (ang. *the giants of geriatrics*) to nazwa zbiorcza dla najczęściej występujących chorób osób senioralnych. Należą do nich między innymi nietrzymanie moczu i/lub stolca, zespoły otępienno-depresyjne, unieruchomienie, zaburzenia równowagi i upadki, objawy jatrogenne, a często także zaburzenia funkcji życiowych oraz uszkodzenie zmysłów [zob. Bień, Przydatek, 2000, s. 45–46].

4 *Presbycusis*, czyli głuchota starcza. Jej charakterystyczne objawy to powolne i łagodne narastanie obustronnego pogorszenia słuchu z upośledzeniem słyszenia w zakresie wysokich częstotliwości – najpierw tych powyżej 4000 Hz, później tonów średnich. Najdłużej zachowana zostaje zdolność słyszenia tonów poniżej 1000 Hz. Badania wykazują, że cierpi na nią 58% osób po 69. roku życia, około 74% osób do 80. roku życia i aż 90% osób, które ukończyły 90 lat [za: Solowska, 2014, s. 123–131].

5 Henryk Skarżyński, dyrektor Światowego Centrum Słuchu Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, alarmuje, że u ponad 33% osób po 65. roku życia z uszkodzeniami słuchu stwierdzono także zaburzenia funkcji kognitywnych, problemy z pamięcią przejawiało aż 80% badanych z tej grupy, a u 90% wzrosło prawdopodobieństwo wystąpienia choroby Alzheimera [Skarżyński, 2014, s. 20–21].

jednostkowych, warunkowanych zarówno czynnikami biologicznymi, jak i socjodemograficznymi. Krzysztof Jodzio [2016] podkreśla również znaczenie indywidualnych zachowań kompensacyjnych i optymalizacyjnych. Karolina Byczewska-Konieczny [2016] zwraca uwagę, że heterogeniczność starzenia się dostrzec można także w sposobie funkcjonowania – zmianie celów życiowych, zaangażowaniu się w życie duchowe, koncentrowaniu się na celach społecznych.

Poziom funkcji poznawczych w przebiegu procesu starzenia się zależy jest od czynników modyfikowalnych (aktywności umysłowej, aktywności fizycznej, diety) oraz czynników niemodyfikowalnych, takich jak na przykład płeć i wykształcenie [por. Pniewska i wsp., 2011, s. 168; Jopkiewicz, Lelonek, 2014]. Iwona Kołodziejczyk [2007] potwierdza, że podejmowanie aktywności fizycznej obniża ryzyko wystąpienia zaburzeń otępiennych i ogólnego pogorszenia funkcji poznawczych. W odniesieniu do wpływu aktywności mentalnej na spowolnienie procesów starzenia się Małgorzata Kaczmarczyk i Elżbieta Trafiałek [2007] podkreślają, że wysiłek intelektualny stwarza seniorom szansę na lepsze kontakty z otoczeniem, a tym samym zapobiega ich izolacji społecznej. W takim wymiarze wyższa sprawność mentalna, którą zapewniają regularne ćwiczenia intelektualne, podnosi poczucie własnej wartości i jakość życia osób w starszym wieku. Trening umysłowy uważany jest również za czynnik protekcyjny w chorobach neurodegeneracyjnych [por. Ponichtera-Kasprzykowska, Pękala, Sobów, 2013].

Zmiany anatomiczne i fizjologiczne zachodzące w starzejącym się mózgu pociągają za sobą istotne zmiany funkcjonalne odpowiedzialne za komfort i jakość życia starszego pokolenia. Zmiany te dotyczą w istotny sposób sfery intelektualnej. Agata Jopkiewicz i Magdalena Lelonek zwracają uwagę na to, iż:

[...] w zakresie procesów uwagi, aspekty, w obrębie których można stosunkowo szybko dostrzec zmiany regresyjne, to przede wszystkim koncentracja, selektywność, czujność i przerzutowość. Właśnie ta ostatnia składowa pamięci ulega najszybszemu regresowi, polegającemu na niemożności skutecznego realizowania przez osobę w podeszłym wieku zadań równoległych, wymagających jednoczesnej kontroli. Wynika to z faktu, iż starsze osoby skupiają uwagę tylko na jednym z docierających bodźców, inne zaś ignorują lub odbierają je częściowo, fragmentarycznie, co uniemożliwia działanie i rozumienie. Pamięć decydująca o możliwościach uczenia się stanowi najbardziej czuły punkt w samoocenie sprawności poznawczej ludzi w starszym wieku. Największy deficyt występuje w odniesieniu do pamięci mechanicznej i bezpośredniej [Jopkiewicz, Lelonek, 2014, s. 207].

Specyfika zmian w zakresie pamięci polega na tym, że pewne jej rodzaje u osób starszych zostają osłabione (dotyczy to np. pamięci krótkotrwałej i epizodycznej), a inne wzmocnione czy zachowane (np. pamięć semantyczna i proceduralna) [Pniewska i wsp., 2011].

Maria Straś-Romanowska [2016] zwraca uwagę na jeszcze jeden aspekt zmian zachodzących w mózgu, a mianowicie na zmiany osobowościowe i oczekiwania seniorów. Zmniejsza się ich tolerancja na zmiany w najbliższym otoczeniu oraz potrzeba

śledzenia zmian społecznych czy politycznych, gdyż zaburzają one przewidywalność zdarzeń, zmniejszają poczucia bezpieczeństwa, stabilności.

Oslabieniu ulegają [...] funkcje prawej półkuli (co wynika ze stopniowego zaniku istoty szarej w płatach czołowych), odpowiedzialnej za orientację przestrzenną, za odwagę oraz pozytywny nastrój. Konsekwencją tych zmian są trudności w podejmowaniu decyzji, drobiazgowość, skupianie się i faworyzowanie tego, co znane, oswojone, nawet jeśli z racjonalnej perspektywy dostrzegane są zalety innowacji. Rutyna, przyzwyczajenie, odwoływanie się do posiadanej wiedzy i doświadczenia to preferowane przez osoby starsze sposoby radzenia sobie z problemami codzienności. Z kolei funkcje lewej półkuli wykazują w okresie starości znacznie większą sprawność, czemu dodatkowo, niezależnie od czynników biologicznych, sprzyja aktywność poznawcza [Straś-Romanowska, 2016, s. 39].

Reasumując, zmiany w zakresie rozwoju poznawczego mają charakter asynchroniczny, zindywidualizowany, uzależnione są od różnych czynników wewnętrznych i zewnętrznych wpływających na funkcjonowanie jednostki, w tym warunków bytowych, społecznych, emocjonalnych, w jakich przebiega proces starzenia. Modyfikacja warunków umożliwi zmianę tempa i zakresu procesów deterioracji.

Współczesne badania pokazują, że mózg człowieka zmienia się przez całe życie, także w wieku senioralnym [Rutkiewicz-Hanczewska, 2018]. Badania neuroobrazowe wykazały, że mózg seniora i mózg osoby młodej charakteryzują się odmiennymi wzorcami aktywności w trakcie wykonywania identycznego zadania. Mózg osoby starszej uaktywnia też więcej obszarów (aktywacja bilateralna) i niejednokrotnie bardzo dobrze wykonuje zadania (potwierdza to kompensacyjne możliwości mózgu). Wszystkie te fakty uzasadniają potrzebę aktywizacji poznawczej seniorów, zwłaszcza tych przebywających w domach pomocy społecznej (DPS), przez włączenie w rytm opieki propozycji działań stymulujących i terapeutycznych w obrębie sprawności poznawczej i komunikacyjnej.

Problemy komunikacyjne mieszkańców domów pomocy społecznej

Proponowany poniżej projekt, uwzględniający problemy komunikacyjne mieszkańców DPS, polega na zaprojektowaniu zajęć indywidualnych i grupowych w zależności od ich zdiagnozowanych kłopotów językowych i komunikacyjnych. Zajęcia indywidualne dedykowane są pacjentom, u których wystąpiły problemy z porozumiewaniem się o podłożu neurologicznym oraz psychicznym. Dla pozostałych osób przeznaczone zostały zajęcia grupowe, mające na celu zniwelowanie obaw komunikacyjnych oraz integrację mieszkańców sprzyjającą porozumieniu.

Pierwszy etap projektu to przeprowadzenie diagnozy wszystkich mieszkańców, którzy wyrazili chęć uczestniczenia w spotkaniu (część pacjentów nie podjęła próby).

Diagnoza funkcji komunikacyjnych u osób przebywających w DPS

Istotą przeprowadzanej diagnozy jest przesiewowe ustalenie rozpadu umiejętności komunikacyjnych i deterioracja funkcji poznawczych. Badanie powinno być przeprowadzone w przyjaznej i serdecznej atmosferze. Niezwykle istotna jest czujność diagnosty, który nie powinien prowadzić testu w sposób szablony, lecz wykazywać się elastycznością i dostosować poziom zadań do poziomu odpowiedzi pacjenta, na przykład jeśli pytanie o imię i nazwisko jest za trudne, należy pomóc choremu w odpowiedzi (diagnosta ma dostęp do dokumentacji), jeśli zbyt łatwe – przejść do konwersacji. Poniższe zestawienie jest raczej sugestią postępowania diagnostycznego niż kwestionariuszem testowym. Do kolejnego pytania należy przejść dopiero wtedy, gdy pacjent prawidłowo i samodzielnie wykonał zadanie poprzednie. W przypadku nieudzielenia samodzielnej i poprawnej odpowiedzi diagnosta pomija pytania zaznaczone kolorem szarym. Zawsze należy pacjentowi pomóc dokończyć zadanie, jednakże zadania wykonanego z pomocą nie wlicza się do umiejętności pacjenta.

A. Mówienie

Badanie ma na celu rozpoznanie takich zaburzeń, jak afazja i dyzartria. Odnotowuje się tylko próby samodzielного wykonania zadania. Jeśli pacjent nie wykonał zadania, to kolejnego – zaznaczonego na szaro – nie należy z nim rozpoczynać.

1. Jak się pan/pani nazywa?
2. Jak się pan/pani dziś czuje?
3. Proszę policzyć do 10.
4. Proszę policzyć od 10 do 0.
5. Jaki jest dziś dzień tygodnia? (Jeśli pacjent nie wie, liczymy na palcach od początku.)
6. Jaki jest pana/pani zawód? Gdzie pan/pani pracował/-a?
7. Co lubi pan/pani robić w wolnym czasie? (Zainteresowania, hobby)
8. Dialog: Co pan/pani myśli o...? (Temat rozmowy powinien być wynikiem wypowiedzi pacjenta na temat zainteresowań.)

B. Czytanie

Badanie ma na celu ustalenie stopnia aleksji. Jeśli pacjent nie wykona samodzielnie zadania, nie należy przechodzić do zadania kolejnego.

1. Proszę przeczytać:

OKNO

KUBEK STOI NA STOLE

NA STOLE LEŻY ZIELONY DŁUGOPIS, KTÓREGO SZUKAŁ TOMASZ

C. Pisanie

Badanie ma na celu ustalenie stopnia agrafii. Jeśli pacjent nie wykona samodzielnie zadania, nie należy przechodzić do zadania kolejnego.

1. Proszę napisać imię i nazwisko.
2. Proszę przepisać:

DOM

KSIĄŻKA**DZIŚ JEST ŁADNA POGODA**

3. Proszę napisać na kartce, jakie przedmioty znajdują się w łazience.

D. Pamięć

1. Czy pamięta pan/pani, jaki mamy miesiąc?

2. Jaki dziś dzień?

3. Czy pamięta pan/pani, jak poznał swoją/ żonę/swojego męża? Proszę opowiedzieć.

4. Ćwiczenia pamięci sekwencyjnej (2–5 obrazków).

E. Percepcja wzrokowa

1. Proszę poszukać takich samych obrazków (obrazki: 1 – tematyczne: „przedmioty użytku codziennego” i 2 – atematyczne: „abstrakcja” = dwa stopnie trudności).

2. Proszę ułożyć obrazek (obrazki: 1 – tematyczne: postać i 2 – atematyczne: mozaiki = dwa stopnie trudności).

Terapia umiejętności komunikacyjnych

W przypadku wykrycia u pacjenta trudności komunikacyjnych niezbędne będzie podjęcie działań terapeutycznych. W zależności od problemu chorego będą one polegały na programowaniu języka (w przypadku afazji i upośledzenia intelektualnego), ćwiczeniach koordynacji oddechowo-fonacyjno-artykulacyjnych (w przypadku dyzartrii) lub ćwiczeniach komunikacyjnych (przy problemach natury psychicznej). Przy trudnościach poznawczych stymulacja obejmie przede wszystkim procesy spostrzegania, uczenia się, uwagi, myślenia oraz pamięci, natomiast jako ogólny model terapeutyczny w zakresie zakłóceń językowych, w zależności od trudności pacjentów, przyjmuje się schemat przedstawiony w tabeli 1.

Tabela 1. Terapia umiejętności komunikacyjnych

Terapia rozumienia	Terapia nazywania	Terapia czytania	Terapia pisania
1. Rzeczowniki konkretne i abstrakcyjne	1. Rzeczowniki konkretne z otoczenia pacjenta oraz o niższej częstotliwości (w tym abstrakcyjne)	1. Rzeczowniki konkretne i abstrakcyjne	1. Słowa
2. Czasowniki prymarne i o niskiej częstotliwości	2. Czasowniki z otoczenia pacjenta oraz o niższej częstotliwości	2. Samogłoski i sylaby	2. Zdania
3. Przymiotniki, przysłówki i liczebniki	3. Przymiotniki, przysłówki i liczebniki	3. Czasowniki prymarne i o niższej częstotliwości	3. Dzienniki, pamiętniki, listy
4. Zdania	4. Zdania proste i złożone	4. Zdania proste i złożone	
5. Dialogi (na tematy bliskie pacjentowi oraz uniwersalne)		5. Gazety, książki, listy	

Źródło: opracowanie własne.

Zajęcia grupowe jako forma komunikacji

Odbiorcami zajęć grupowych są osoby, u których trudności komunikacyjne mają podłoże lękowe, depresyjne lub psychiczne. Istotą tego panelu jest bowiem z jednej strony stymulacja/terapia sprawności związanych z funkcjonowaniem językowym, a z drugiej motywujących je funkcji poznawczych. Model budowania programu zajęć obejmuje:

- 1) sprawności percepcyjne – pozwalające na opanowanie kompetencji (językowej, komunikacyjnej, kulturowej): słuch fizyczny, fonemowy, muzyczny;
- 2) sprawności realizacyjne – wykorzystujące w procesie komunikacji i poznawaniu rzeczywistości zdobyte kompetencje, w szczególności:
- 3) sprawności systemowe – fonologiczne, morfologiczne, leksykalne, składniowe, pozwalające na budowanie sensownych, poprawnych gramatycznie zdań (np. gry językowe),
- 4) sprawności komunikacyjne – społeczne, sytuacyjne, pragmatyczne, które dadzą możliwość pozytywnego realizowania ról społecznych, budowania zdań adekwatnych do sytuacji i realizowania zamierzonych intencji.

Zajęcia grupowe będą prowadzone metodą projektową, której cele będą bliskie pacjentom (np. poznaj swoje otoczenie – DPS, dzielnicę, miasto itd.), co umożliwi:

- 1) stymulację multisensoryczną,
- 2) wzmocnienie kognitywne (logiczne myślenie, stymulacja pamięci),
- 3) budowanie relacji,
- 4) wzmocnienie kreatywności (podtrzymywanie twórczego myślenia i tworzenie nowych pomysłów),
- 5) trening umiejętności spostrzegania nowych rozwiązań,
- 6) niepoddawanie się rutynie,
- 7) wyrażanie emocji,
- 8) osvajanie lęków wieku senioralnego,
- 9) odblokowanie napięć,
- 10) ćwiczenia oddechowe,
- 11) relaksację,
- 12) ćwiczenia reminiscencyjne,
- 13) podtrzymanie i poprawę funkcji językowych (ćwiczenia wzmacniające kompetencje językowe seniorów, zasób słownictwa, artykulację, płynność mówienia),
- 14) poprawę orientacji w schemacie ciała,
- 15) poprawę orientacji w przestrzeni,
- 16) wzmocnienie uwagi i koncentracji,
- 17) wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa,
- 18) wydłużenie okresu samodzielności,
- 19) poprawę koordynacji ruchowej,
- 20) poprawę koordynacji ruchowo-wzrokowo-słuchowej,
- 21) poprawę nastroju i dobrą zabawę.

Projekty będą przyjmować rozmaite formy, takie jak:

- 1) udział w różnorodnych formach teatralnych,
- 2) terapia oparta na słowie – terapia w formie rozmowy, pogadanek, dyskusji i wyrażania swoich myśli, wspomnień,
- 3) terapia świetlicowa, oparta na udziale w grach i zabawach mieszkańców oraz osób spoza domu,
- 4) ćwiczenie pamięci – terapia polegająca na wykonywaniu łatwych i bardziej skomplikowanych zadań rozwijających pamięć, koncentrację, zapamiętywanie,
- 5) zajęcia plastyczne – malowanie, rysowanie, wydzieranie, wycinanie, wspólne tworzenie obrazu i inne,
- 6) trening twórczości, na przykład „zakończ znaną historię, przypowieść” w zupełnie inny, zaskakujący sposób (np. z innym morałem) lub tworzenie tekstów użytkowych – reklamujących osiedle, lokalny sklep, park itp.,
- 7) wspólne muzykowanie, śpiew⁶,
- 8) taniec i płąsy.

Proponowane aktywności pozwolą na usamodzielnienie, pobudzenie zaradności (wykonywania różnych czynności związanych z codziennym życiem), naukę współżycia w grupie i środowisku, rozwijanie zainteresowań, likwidowanie nudy i jednostajnego trybu życia, a także posłużą integracji, która przekłada się na potrzeby komunikacyjne mieszkańców DPS. Zajęcia muzyczne w powiązaniu z ruchem mają pełnić także funkcję relaksacyjną, dyscyplinującą i poznawczą, podtrzymywać i wzmacniać sprawność ruchową, prowadzić do aktywizacji całego organizmu, a przez to podtrzymywać, czy wręcz budować, poczucie własnej wartości i wzbogacać osobowość seniora.

Podsumowanie

Rozpoznawanie, monitorowanie i wdrażanie strategii niwelujących negatywne skutki patologicznego starzenia coraz częściej stanowią przedmiot zainteresowania środowisk naukowych oraz instytucji oferujących opiekę medyczną, psychologiczną i socjalną. Dlatego w sytuacji, gdy znacząca część nawet aktywnych seniorów wymaga różnych form opieki i wsparcia, niezmiernie ważną kwestią jest dbałość o szerszy zakres zinstytucjonalizowanej opieki także nad pensjonariuszami placówek opiekuńczych dla osób samotnych, dotkniętych różnego rodzaju niepełnosprawnościami.

Integralną część strategii leczenia wielu zaburzeń o charakterze neurodegeneracyjnym stanowią oddziaływania niefarmakologiczne, takie jak terapia zajęciowa, odpowiednia komunikacja z pacjentem (dialog z chorym oraz informowanie

⁶ O znaczeniu muzyki i muzykowania w opiece nad seniorami patrz: Cylkowska-Nowak, Strzelecki, Tobis, 2013; Paszkiewicz-Mes, 2013; Radzińska, 2018.

go o chorobie [por. Krzyżanowski, 2013; Pietraszek-Kusik, 2015; Szumilas i wsp., 2016]), uwzględnienie rytmu dnia, zapewnienie aktywności ruchowej i kontaktów interpersonalnych. Uzasadnione wydaje się zatem twierdzenie, iż wzbogacenie opieki w domach pomocy społecznej o działania z zakresu stymulacji komunikacyjnej i poznawczej pozwoli ograniczyć procesy inwolucyjne u podopiecznych. Prezentowany pilotażowy program ma realne szanse na wdrożenie w szerszym zakresie i tym samym na poprawę jakości życia pensjonariuszy DPS-ów.

Literatura

- Bień B., Przydatek M., 2000, *Wielkie problemy geriatryczne. I. Nietrzymanie moczu*, „Medycyna Rodzinna”, nr 2, s. 45–46.
- Byczewska-Konieczny K., 2016, *Związki sposobów gospodarowania czasem wolnym przez osoby w wieku senioralnym z ich kondycją poznawczą*, [w:] M. Kielar-Rurska (red.), *Starość. Jak ją widzi psychologia*, Kraków: Wydawnictwo WAM, s. 508–521.
- Cylkowska-Nowak M., Strzelecki W., Tobis S., 2013, *Muzykoterapia pacjenta starszego jako wspomaganie oddziaływania konwencjonalnej medycyny*, „Gerontologia Polska”, t. 23, nr 4, s. 138–142.
- Jodzio K., 2016, *Psychologiczna moc leciwych neuronów*, [w:] M. Kielar-Rurska (red.), *Starość. Jak ją widzi psychologia*, Kraków: Wydawnictwo WAM, s. 67–84.
- Jopkiewicz A., Lelonek M., 2014, *Czynniki protekcyjne procesu „poznawczego starzenia się” jako gerontopedagogiczny wymiar okresu późnej dorosłości*, [w:] M. Stawiak-Ososińska, A. Szplit (red.), *Historyczno-społeczne aspekty starzenia się i starości*, Kielce: TOP, s. 202–213.
- Kaczmarczyk M., Trafiałek E., 2007, *Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie*, „Gerontologia Polska”, t. 15, nr 4, s. 116–118.
- Kilian M., 2012, *Naturalne i patologiczne zmiany oczne w starszym wieku i ich subiektywne objawy*, „Niepełnosprawność i Rehabilitacja”, nr 2 (kwiecień–czerwiec), s. 91–105.
- Kołodziejczyk I., 2007, *W zdrowym ciele zdrowy duch? Wpływ aktywności fizycznej na funkcjonowanie poznawcze w starszym wieku*, „Kosmos. Problemy Nauk Biologicznych”, t. 56, nr 3–4(276–277), s. 361–369.
- Krzyżanowski D., 2013, *Zaburzenia otępienne w podeszłym wieku. Interdyscyplinarne spotkania geriatryczne*, Warszawa: Docplayer.
- Kurkowska K., Cybulski M., Łobaczuk-Sitnik A., Krajewska-Kułąk E., 2018, *Jakość życia osób w podeszłym wieku z zaburzeniami słuchu*, „Gerontologia Polska”, t. 26, s. 123–133.
- Massowska M., Więcek A., Błędowski P., 2012, *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Poznań: Termedia.
- Milewski S., Kaczorowska-Bray K., Kamińska B., 2016, *Późna dorosłość z perspektywy logopedii*, „Pogranicze. Studia Społeczne”, t. XXVIII, s. 165–182.
- Paszkiwicz-Mes E., 2013, *Muzykoterapia jako metoda wspomagająca leczenie*, „Hygeia Public Health”, nr 48(2), s. 168–176.
- Pawłowska-Jaroń H., 2018a, *Aktywizacja osób w wieku senioralnym jako forma przeciwdziałania ageizmowi*, [w:] A. Siudak, H. Pawłowska-Jaroń, E. Bielenda-Mazur (red.), *Nowa logopedia, t. 7: Oblicza starości. Zagadnienia teorii i praktyki*, Kraków: Collegium Columbinum, s. 259–272.
- Pawłowska-Jaroń H., 2018b, *Opieka neurologopedyczna nad pacjentami w wieku senioralnym*, [w:] J. Pietrzyk (red.), *Człowiek w zdrowiu i chorobie, promocja zdrowia, pielęgnowanie i rehabilitacja*, Tarnów: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, s. 385–394.

- Pietraszek-Kusik H., 2015, *Demencja. Metody oddziaływań pozafarmakologicznych*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu”, nr 1(42), s. 28–35.
- Pniewska J., Jaracz K., Górna K., Suwalska A., 2011, *Czynniki protekcyjne funkcji poznawczych w procesie starzenia się – przegląd piśmiennictwa*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia”, t. 6, nr 3–4, s. 166–171.
- Ponichtera-Kasprzykowska M., Pękala K., Sobów T., 2013, *Niefarmakologiczne strategie postępowania w zaburzeniach zachowania towarzyszących otępieniu*, „Aktualności Neurologiczne”, nr 13(4), s. 302–307.
- Radzińska M., 2018, *Muzykoterapia dla seniora*, „Gerontologia Polska”, nr 26, s. 226–228.
- Rutkiewicz-Hanczewska M., 2018, *Wiek a mózg*, [w:] A. Siudak, H. Pawłowska-Jaroń, E. Bielenda-Mazur (red.), *Nowa logopedia, t. 7: Oblicza starości. Zagadnienia teorii i praktyki*, Kraków: Collegium Columbinum, s. 17–26.
- Siudak A., 2018, *Inwolucja zmysłów w okresie starzenia w perspektywie logopedycznej*, [w:] A. Siudak, H. Pawłowska-Jaroń, E. Bielenda-Mazur (red.), *Nowa logopedia, t. 7: Oblicza starości. Zagadnienia teorii i praktyki*, Kraków: Collegium Columbinum, s. 43–52.
- Siudak A., 2019a, *Fizjologiczne i patologiczne aspekty inwolucji zmysłów – cz. 1: Wzrok, słuch, narząd równowagi*, [w:] B. Kazek, J.K. Wojciechowska (red.), *Starzenie się zmysłów*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 163–184.
- Siudak A., 2019b, *Fizjologiczne i patologiczne aspekty inwolucji zmysłów – cz. 2: Dotyk, smak i węch*, [w:] B. Kazek, J.K. Wojciechowska (red.), *Starzenie się zmysłów*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 185–208.
- Skarżyński H., 2014, *Znaczenie problemu zaburzeń komunikacji*, [w:] H. Skarżyński, M. Gujski (red.), *Najczęstsze problemy medyczne wieku starszego w Polsce. Materiały prasowe PAN*, Warszawa: Polska Akademia Nauk, s. 20–21.
- Solowska B., 2014, *Centralne zaburzenia przetwarzania słuchowego – przegląd badań w aspekcie biologicznym, psychologicznym, gerontologicznym i diagnostyczno-terapeutycznym*, [w:] M. Michalik (red.), *Nowa logopedia, t. 5: Diagnoza i terapia logopedyczna osób dorosłych i starszych*, Kraków: Collegium Columbinum, s. 123–131.
- Straś-Romanowska M., 2012, *Późna dorosłość*, [w:] J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 326–350.
- Szumilas K., Szumilas P., Kłódka D., Garczyński W., 2016, *Metody oddziaływań niefarmakologicznych u pacjentów z chorobą Alzheimera*, [w:] A.M. Borowicz, M. Osińska (red.), *Horyzonty współczesnej fizjoterapii*, Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji i Terapii, s. 181–193.
- Tłokiński W., 1990, *Mowa ludzi u schyłku życia*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Streszczenie

Celem projektu jest opracowanie wytycznych diagnozy i terapii mieszkańców domów opieki społecznej, którzy z uwagi na sytuację materialną (bytową), poznawczą i społeczną narażeni są na wycofanie z wszelkich aktywności. Wdrożenie modelu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego ma przyczynić się do ustalenia problemów mieszkańców w zakresie poznawczym, komunikacyjnym i językowym. W ramach projektu podjęte zostaną starania o zniwelowanie zdiagnozowanych dysfunkcji w formie terapii indywidualnej i zajęć grupowych, co ma przełożyć się na większą aktywność mieszkańców w sferze komunikacyjnej i społecznej. Omawiany projekt będzie wdrażany pilotażowo w trzech krakowskich domach opieki, które zgłaszają zapotrzebowanie na podjęcie takich działań i obejmują opieką osoby: 1) leżące, ze schorzeniami somatycznymi, 2) pozostające w leczeniu neurologicznym i psychiatrycznym oraz 3) z niepełnosprawnością intelektualną. Pierwszy etap pilotażu zakłada przeprowadzenie diagnozy wszystkich mieszkańców domu opieki (minimum stu osób) i wyłonienie osób z problemami komunikacyjnymi, którym zaproponowane zostaną zajęcia indywidualne. Dla pozostałych przewiduje się zajęcia grupowe, integracyjne, m.in. o profilu muzyczno-teatralnym.

Abstract

The aim of the project is to develop guidelines for the diagnosis and therapy of residents of Nursing Homes who, due to the material (living), cognitive and social situation, are exposed to withdrawal from any activity. The implementation of a diagnostic and therapeutic model will contribute to determining the problems of residents in the cognitive, communication and language areas. As part of the project, efforts will be made to reduce diagnosed dysfunctions in the form of individual therapy and group activities, which will result in greater activity of residents in the communication and social spheres. The discussed project will be implemented on a pilot basis in three Krakow nursing homes which report the need to undertake such activities and include the care of following persons: 1) bedridden patients, 2) staying in neurological and psychiatric treatment, 3) with intellectual disability. The first stage of the pilot study assumes carrying out a diagnosis of all residents of the nursing home (minimum 100 people) and selecting people with communication problems who will be given individual classes. For other people, group integration classes are to be offered, including music and drama classes.

Halina Pawłowska-Jaroń* , Zdzisława Orłowska-Popek** 

Problemy rozwojowe dzieci przedwcześnie urodzonych z perspektywy logopedycznej

Developmental problems of prematurely born children from the perspective of stimulation/speech therapy

Słowa kluczowe: dziecko przedwcześnie urodzone, IUGR, Hbd, skala Apgar, funkcje percepcyjne, funkcje poznawcze, diagnoza rozwojowa, stymulacja, terapia

Keywords: premature baby, IUGR, Hbd, Apgar scale, perceptual functions, cognitive functions, developmental diagnosis, stimulation, therapy

Wprowadzenie

W związku z postępowaniem w zakresie nauk medycznych zwiększyły się możliwości utrzymywania przy życiu dzieci urodzonych przedwcześnie. Prawidłowy rozwój dziecka poza łonem matki jest warunkowany osiągnięciem przez nie określonej dojrzałości w zakresie wielu układów i funkcji narządów wewnętrznych. Anna Stachura [2019] zwraca uwagę, iż jeśli z jakiegoś powodu donoszenie ciąży staje się niemożliwe, medycyna daje szansę uratowania dziecka i stara się stworzyć warunki jak najbardziej zbliżone do wewnątrzmacicznych. Jednak gotowość do podjęcia prawidłowej funkcji przez poszczególne narządy wymaga czasu. Utracone kilka czy kilkanaście tygodni życia w macicznym łonie niejednokrotnie zostaje okupione powikłaniami i trudnościami w dalszym życiu lub nawet prowadzi do nieodwracalnych zmian w stanie zdrowia dzieci. W takiej sytuacji problem wcześniactwa staje się nie tylko problemem medycznym, ale i społecznym, a przede wszystkim problemem rodziców i terapeutów, którzy będą czynnie uczestniczyć w oddziaływaniach

* Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, Katedra Logopedii i Zaburzeń Rozwoju, ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków, e-mail: halina.pawlowska-jaron@up.krakow.pl, <https://orcid.org/0000-0002-7077-3469>

** Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, Katedra Logopedii i Zaburzeń Rozwoju, ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków, e-mail: zdzislawa.orlowska-popek@up.krakow.pl, <https://orcid.org/0000-0002-1770-5889>

stymulujących lub terapeutycznych, w zależności od tego, z jakimi konsekwencjami wcześniactwa będą się mierzyć. Dlatego też terapeuta podejmujący się pracy z dzieckiem przedwcześnie urodzonym powinien mieć wiedzę dotyczącą chorób, powikłań oraz patologii związanych z czynnością oraz anatomiczną niedojrzałością narządów i układów wewnętrznych wcześniaków, a także konsekwencji pobytu na oddziałach intensywnej opieki neonatologicznej (OION).

Z perspektywy medycznej

Wcześniak to noworodek urodzony w wyniku porodu przedwczesnego z ciąży trwającej krócej niż 37 tygodni lub 259 dni. Mianem porodu przedwczesnego, zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia, określa się zatem ukończenie ciąży między 23. a 37. tygodniem jej trwania [Helwich, 2016].

Dzięki ogromnemu postępowi wiedzy i technologii medycznej ratuje się skrajnie niedojrzałe noworodki – nawet te o masie ciała poniżej 1000 g, urodzone z ciąży o czasie trwania krótszym niż 28 tygodni. Autorzy *Standardów opieki ambulatoryjnej nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie* [2018] zwracają uwagę, iż w Polsce odsetek porodów przedwczesnych wynosi obecnie 6%, a co roku rodzi się od 3500 do 4000 dzieci z bardzo małą masą ciała [czyli poniżej 2500 g – przyp. auterek]. Przedwczesne zakończenie ciąży stanowi poważny problem, szczególnie w aspekcie dalszych losów dziecka. Krzysztof Czajkowski [2009, s. 165] zwraca uwagę na fakt, iż zagrożenia podlegają jednak pewnej ewolucji wraz z zaawansowaniem ciąży. Każde 100 g masy ciała więcej i każdy następny tydzień ciąży, w którym udało się uniknąć przedwczesnego porodu, poprawia szanse na przeżycie i uniknięcie powikłań wynikających z niedojrzałości płuc, układu krążenia i braku odporności na infekcje [Helwich, 2016]. Poród przedwczesny jest zjawiskiem polietiologicznym, stąd coraz częściej w literaturze przedmiotu pojawia się termin *zespół porodu przedwczesnego* [Leszczyńska-Gorzela, Poniedziałek-Czajkowska, Oleszczuk, 2006, s. 27]. Wśród czynników ryzyka porodów przedwczesnych wyróżnia się przyczyny społeczne i medyczne, między innymi: położniczo-ginekologiczne, infekcyjne czy płodowe – zahamowanie wzrastania wewnątrzmacicznego (hipotrofia/hipoplazja wewnątrzmaciczna/IUGR¹). Przebieg zaburzenia płodowego rozwoju jest bardzo różnorodny. Większość noworodków z IUGR normalizuje wzrost w pierwszym roku życia, niektóre w następnych latach. W czwartym roku życia jeszcze około 15% dzieci urodzonych z IUGR wykazuje niedobór wzrostu, który potem nie zostaje wyrównany [Romer, 2005, s. 500].

1 Najczęściej przyjmowaną granicą rozpoznania hipotrofii wewnątrzmacicznej jest obniżenie masy lub/i długości ciała o dwa odchylenia standardowe w stosunku do średniej. Dzieci z pierwszych ciąż rodzą się z masą ciała mniejszą niż w ciążach kolejnych. Częstość występowania IUGR wynosi około 3–10% wśród noworodków żywo urodzonych w krajach rozwiniętych [por. Jasińska, Wasiluk, 2010].

Janusz Wendorff [2003] wskazuje, iż udowodnionymi konsekwencjami dla rozwoju dzieci hipotroficznycych są zaburzenia rozwoju neurologicznego oraz intelektualnego. Stwierdzono, że dzieci pochodzące z ciąż obciążonych wewnątrzmacicznym ograniczeniem wzrastania wykazują niedobory w rozwoju somatycznym i funkcji poznawczych jeszcze w dziesiątym roku życia. Różnią się one od dzieci eutroficznycych² słabszą koordynacją ruchową oraz wzrokowo-ruchową, częstszymi problemami z koncentracją i wysławianiem, słabszymi osiągnięciami w nauce oraz niższym poziomem intelektualnym zarówno w skali słownej, jak i pozawerbalnej.

Badanie noworodka natychmiast po urodzeniu pozwala ocenić jego zdolności adaptacyjne do życia pozamacicznego. Dokonuje się go na podstawie tzw. skali Apgar³. Procedury opieki nad dzieckiem przedwcześnie urodzonym, obok między innymi diagnostyki poporodowej, wypisu z planem wizyt kontrolnych, edukacją rodziców/opiekunów i zaadaptowaniem się dziecka w środowisku domowym, obejmują także prognozowanie rozwoju [Kowalczykiewicz-Kuta, 2008; Zawitkowski i wsp., 2018]. Przykładowy zakres oceny rozwoju i prognoz przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Ocena rozwoju dziecka przedwcześnie urodzonego

Zakres	Przedmiot oceny/możliwe komplikacje
Rozwój fizyczny	Pomiar masy ciała, długości ciała, odvodu głowy, obwodu klatki piersiowej. Wyniki pomiaru poniżej normy mogą sugerować nieprawidłowości rozwoju.
Żywienie	Brak koordynacji ssania i połykania, alternatywne przyjmowanie pokarmu matki (odżywianie dożołądkowe – enteralne); odżywianie pozajelitowe czy inne formy żywienia wcześniaków mogą powodować zaburzenia toru oddechowego, ograniczenia sprawności artykulatorów, nadwrażliwość w okolicy nosa i warg, co z kolei może utrudniać rozwój artykulacji. Dlatego też absolutnym minimum, jakie trzeba zapewnić wcześniakowi w czasie przygotowania do jedzenia, jest stworzenie optymalnych warunków biomechanicznych, takich jak prawidłowa pozycja z możliwie najlepszą kontrolą całego ciała i żuchwy, odpowiednim ustawieniem głowy w czasie jedzenia, zarówno gdy dziecko karmione jest przez sondę, jak i przez smoczek, a w późniejszym okresie również piersią. Można wpływać na wygaszanie nieprawidłowego rozwoju odruchów oralnych i ułatwiać dojrzewanie prawidłowych mechanizmów jedzenia, normalizując napięcie mięśniowe oraz stosując techniki stabilizacji zewnętrznej pracy żuchwy, policzków i języka.
Układ nerwowy	Wczesne uszkodzenie mózgu noworodków urodzonych przedwcześnie (ubytki tkanki mózgowej, martwica tkanki powstająca w następstwie niedrożności jednej z tętnic mózgu, zaburzenia struktury tkanki nerwowej, zaburzenia dotyczące dojrzewania mózgu [Helwich, 2016], krwawienia śródmózgowe, które najczęściej przybierają charakter krwawienia dokomorowego, okołokomorowego i krwawienia do mięszu mózgu [Szymankiewicz, 2006] zaburzenia niedotlenieniowo-niedokrwiennie związane z zamartwicą ^a) stanowi wysokie ryzyko zaburzeń rozwoju.

2 Dziecko eutroficzne – dziecko o prawidłowej masie ciała w stosunku do wieku (2500–4000 g); w przeciwieństwie do hipotrofii (niedoboru masy ciała) czy hipertrofii (nadmiernej masy ciała płodu).

3 Szerzej o skali – por. Przedpeńska-Winiarczyk, Kułak, 2011.

Tabela 1 (cd.)

Zakres	Przedmiot oceny/możliwe komplikacje
	Nie przesądza jednak w sposób jednoznaczny o trwałych i nieodwracalnych następstwach. Ewolucja zmian może przebiegać różnorodnie, a plastyczność mózgu i kompensacja funkcjonalna mogą prowadzić do złagodzenia klinicznych następstw pierwotnych uszkodzeń mózgu, zwłaszcza w sytuacji intensywnego wsparcia terapeutycznego. Jeśli uszkodzenie mózgu jest rozległe, następstwa kliniczne są bardzo poważne i obejmują zaburzenia w sferze ruchowej, poznawczej, emocjonalnej i społecznej. Dochodzi do zaburzeń rozwoju mowy, niekiedy do zaburzeń ostrości widzenia i słuchu [Szczepański, Kamianowska, Grabowska, 2009].
Układ oddechowy	Najczęstsze komplikacje rozpoznawane u wcześniaków to dysplazja oskrzelowo-płucna, infekcje dróg oddechowych, epizody bezdechu i inne. Prawidłowe oddychanie u wcześniaków jest niezmiernie ważne, ponieważ jeśli zmiany rozwijające się w płucach upośledzą wymianę gazową, dochodzi do kumulacji dwutlenku węgla, co zwiększa przepływ krwi przez mózg noworodka. Ze względu na niedojrzałą architekturę naczyń mózgowia wcześniaka zwiększony przepływ krwi grozi przerwaniem ich ciągłości i wylewem krwi do komór mózgu [por. Helwich, 2002].
Układ pokarmowy	Refluks żołądkowo-przełykowy stanowi istotne zagrożenie nieprawidłowości w zakresie funkcji prymarnych w przestrzeni orofacialnej.
Zaburzenia słuchu	Ponieważ proces słyszenia rozpoczyna się u człowieka od 24. tygodnia ciąży, a czynny okres rozwoju mowy w szóstym–ósmym miesiącu życia dziecka, stąd konieczne jest rozpoznanie i wdrożenie leczenia niedosłuchu w okresie trzeciego–szóstego miesiąca. Pierwszym etapem opieki audiologicznej jest wykonanie skringingu za pomocą otoemisji akustycznej (OEA) ^b na oddziale noworodkowym. U noworodków, u których występowała niewydolność oddechowa wymagająca wspomagania oddechu, uszkodzenia słuchu zdarzają się częściej niż u noworodków bez problemów oddechowych. Ubytek słuchu dotyczy głównie wysokich częstotliwości i może pogłębiać się stopniowo. Dodatkowo przyczyną częstych zaburzeń słuchu jest niedojrzałość narządu słuchu i obszarów mózgu, które są odpowiedzialne za odbiór i opracowanie bodźców słuchowych [por. Walas, 2008; Bałanda, Skurzak, 2009].
Zaburzenia wzroku	Dzieci urodzone poniżej 32 Hbd ^c narażone są na retinopatię wcześniacza ^d . Przedwczesny poród powoduje także zaburzenia w prawidłowym rozwoju widzenia, które nie zawsze zostają wyrównane w dalszym życiu. Dlatego też u dzieci tych częściej występuje zez, krótkowzroczność, oczopląs, zaburzenia widzenia obuocznego oraz brak pełnej ostrości wzroku, mimo że nie stwierdza się u nich zmian anatomicznych w gałce ocznej [por. Helwich, 2002].

^a Zamartwicę definiuje się jako okołoporodowe zaburzenie utlenowania mózgu, którego konsekwencje w postaci różnorodnych objawów neurologicznych obserwuje się w ciągu pierwszych 24 godzin życia noworodka [por. Szczepański, Kamianowska, Grabowska, 2009, s. 225];

^b Otoemisja akustyczna (OAE) – nieinwazyjna, obiektywna i łatwa metoda oceny czynności ślimaka, polegająca na rejestrowaniu odpowiedzi w częstotliwościach innych niż częstotliwość bodźca podanego. Częstość zastosowaniem są badania przesiewowe słuchu u noworodków [por. Kątska, Broda, Niedzielska, 2006; Topczewska-Cabanek i wsp., 2015];

^c Hbd – tydzień życia płodowego;

^d „Retinopatia wcześniaków (*Retinopathy of prematurity*) jest schorzeniem polegającym na uszkodzeniu niedojrzałych, rozwijających się naczyń krwionośnych siatkówki u przedwcześnie urodzonych noworodków. Choroba ta jest uważana za główną przyczynę ślepoty wśród dzieci w Polsce” [Muszyńska, Nadaj, 2001, s. 32].

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Kowalczykiewicz-Kuta, 2008; Pawłowska-Jaroń, 2015, s. 31–32.

Przedwczesny poród, który następuje między 23. a 37. tygodniem życia płodowego w okresie intensywnych przemian histologicznych i morfologicznych w mózgu, powoduje ulokowanie noworodków w całkowicie sztucznym środowisku zewnętrznym. Dzieci te, jeszcze nie w pełni przygotowane do życia poza łonem matki, poddane są w inkubatorze bodźcom dźwiękowym (nieraz aż do 80 decybeli), intensywnym bodźcom świetlnym, są nakłuwane, cewnikowane i intubowane. Jest to cena ich przeżycia. Równocześnie ich ciało spoczywa w sztucznych pozycjach, z dala od wygody i bezpieczeństwa wewnątrzmacicznego. Brak im ruchów matki, regularnego rytmu jej serca i oddychania, naturalnych fluktuacji metabolicznych i hormonalnych jej organizmu. Dla przedwcześnie urodzonych noworodków doświadczenia i informacje pochodzące z otoczenia są więc bardzo odmienne od informacji napływających do prawidłowo wzrastającego płodu w łonie matki [Helwich, 2002, s. 135].

U noworodków urodzonych przedwcześnie występują często nietypowe dla innych pacjentów jednostki chorobowe, których etiologia związana jest z czynnościową i anatomiczną niedojrzałością poszczególnych narządów i układów [Szymankiewicz, 2006, s. 227]. Dziecko przedwcześnie urodzone wykazuje cechy niedojrzałości, wśród nich dostrzegalne w ocenie bezpośredniej: małą aktywność ruchową, ułożenia ciała z kończynami górnymi i dolnymi wyprostowanymi w stawach biodrowych i kolano-wych (wynik obniżonego napięcia mięśniowego), skórę o czerwonym zabarwieniu, pokrytą meshkiem i mazią płodową [Kaczorowska-Bray, Zielińska-Burek, 2012, s. 58–59]. Adaptacja układu oddechowego, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego i innych układów przebiega po urodzeniu według określonego planu. Przedwczesny poród sprawia, że fizjologiczny tor dojrzewania ulega zakłóceniu. Im bardziej skrócony jest okres życia płodowego, tym mniej dojrzałe jest dziecko po urodzeniu i tym mniejsze jego możliwości adaptacyjne do zmienionych warunków otoczenia.

Nie bez wpływu na dalszy rozwój dziecka przedwcześnie urodzonego pozostaje jego pobyt na oddziale intensywnej opieki neonatologicznej (OION). Przebywanie wcześniaka na oddziale intensywnej terapii musi być tak udogodnione, aby stworzyć dla niego optymalne warunki dojrzewania i rozwoju. Hałas, ból, ostre światło są dla dziecka źródłem ogromnego stresu. Mogą przyczyniać się do zwiększenia ryzyka wystąpienia takich powikłań, jak zakłócenia w rozwoju funkcji ruchu, słuchu, wzroku, umiejętności jedzenia, rozwoju nieprawidłowych wzorców zachowania, a nawet poważniejszych zaburzeń natury psychologicznej. Dlatego też należy dbać o to, aby wyeliminować wszystkie czynniki, które mogłyby do takich stanów doprowadzić [Helwich, 2002]. Z logopedycznego punktu widzenia ważnym problemem związanym z narodzinami wcześniaka, a co za tym idzie – przebywaniem na OION-ie, jest rozwijanie się mowy na patologicznej podstawie.

Rozwój komunikacji [...] odbywa się bowiem w nietypowych okolicznościach. Nietypowych, gdyż długotrwały dla wielu dzieci pobyt w szpitalu, konieczność poddania ich wielu zabiegom

lecznicy, w tym i operacyjnym, lęk rodziców o życie dziecka nie tworzą prawidłowej atmosfery, sprzyjającej rozwojowi, negatywnie wpływają na kształtowanie relacji dziecko-rodzice i na pierwsze próby komunikowania się z dzieckiem. Opiekunowie, skupiając uwagę na zaburzeniach i nieprawidłowościach w jego rozwoju, koncentrują się na terapii i rehabilitacji. Patrząc na malucha przez pryzmat swych obaw i jego problemów, często ograniczają spontaniczne kontakty werbalne i zabawy, obawiając się o jego zdrowie [Kaczorowska-Bray, Zielińska-Burek, 2012, s. 91].

Ponadto dzieci przedwcześnie urodzone mogą mieć niewykształcone funkcje niezbędne do prawidłowego rozwoju mowy, chociażby ssanie czy odruch połykania. Z kolei słabo wykształcony narząd słuchu albo uszkodzony przez oddziaływanie mechanicznej wentylacji stosowanej powyżej pięciu dni, uszkodzenia dróg i struktur mózgowych stają się przyczyną trudności w rozumieniu i nadawaniu komunikatów językowych.

Z perspektywy logopedycznej

W takiej sytuacji niezwykle ważne staje się programowanie terapii obejmującej wszystkie sfery rozwojowe, opartej na najnowszych osiągnięciach neurobiologii. Wyniki badań warunkują wybór technik terapeutycznych adekwatnych do potrzeb małego pacjenta i bazują na wnikliwej wieloaspektowej diagnozie. Terapia prowadzona metodą krakowską opiera się na neurobiologicznych fundamentach, a wśród nich najważniejsze są badania dotyczące neuroplastyczności, którą definiuje się jako „zdolność do modyfikacji organizacji [...] połączeń neuronalnych [mózgu] pod wpływem bodźców” [Vetulani, 2014, s. 87]. Proces ten jest najintensywniejszy w pierwszych trzech latach życia dziecka, co jest podstawą do wczesnej interwencji terapeutycznej. W przypadku wcześniaków takie oddziaływania rozpoczynają się po ustabilizowaniu stanu dziecka, kiedy podstawowe funkcje życiowe – oddychanie, krążenie, wydalanie i żywienie – umożliwiają mu funkcjonowanie. Terapia neurobiologiczna opiera się na wykorzystaniu plastyczności mózgu, powodowaniu trwałych zmian odpowiedzi neuronalnych na skutek ćwiczeń, zmianie korowych reprezentacji pod wpływem doświadczeń, a także przyspieszeniu procesu mielinizacji [Cieszyńska-Rożek, 2013], który świadczy o dojrzałości układu nerwowego i warunkuje szybkość przesyłanych między neuronami informacji. Krystyna Rymarczyk podkreśla, że:

[...] neuronalne połączenia są wzmacniane i przekształcane w ramach układów funkcjonalnych dzięki różnym sytuacjom bodźcowym, czyli doświadczeniom. Badania wskazują, że to, czego doświadcza dana jednostka, wpływa na jej indywidualną zdolność uczenia się, a także moduluje neuronalne połączenia [Rymarczyk, 2014, s. 86].

Aby wszystko to mogło się urzeczywistnić, należy pozwolić dziecku być aktywnym, zapewnić mu w ramach zaprogramowanych przez terapeutę oddziaływań jak największą samodzielność działania.

Metoda krakowska składa się z siedemnastu technik, które – zintegrowane w terapii dostosowanej indywidualnie do każdego dziecka – pozwalają na holistyczną stymulację wszystkich funkcji poznawczych. Podstawowe elementy metody krakowskiej to: stymulacja słuchowa, komunikacja ułatwiona, gesty wizualizacyjne i gesty interakcyjne, Manualne torowanie głosek[®], techniki komunikacyjne, programowanie języka, dziennik wydarzeń, Symultaniczno-sekwencyjna nauka czytania[®], terapia funkcji wzrokowych, stymulacja funkcji motorycznych, wybór dominującej ręki, kształtowanie zabawy tematycznej, stymulacja lewej półkuli mózgu, kształtowanie zachowań społecznych, stymulacja poznania wielozmysłowego, stymulacja pamięci, ćwiczenia kategoryzacji, kształtowanie myślenia przyczynowo-skutkowego, logoterapia [Cieszyńska, 2013]. Dzięki takim oddziaływaniom możliwe jest kształtowanie w umyśle dziecka polisensorycznego modelu świata. Kolejność i hierarchię działań podejmowanych przez terapeutów wyznacza znajomość normy rozwojowej. Naśladowanie rozwoju ontogenetycznego, który z kolei „naśladuje” rozwój filogenetyczny, zapewnia etapowość terapii z uwzględnieniem umiejętności prymarnych i sekundarnych. Jest to niezwykle ważne, ponieważ rozwój każdej żywej istoty polega na narastaniu umiejętności, przy czym każde kolejne osiągnięcie rozwojowe nie może zaistnieć bez „rusztowania” w postaci osiągnięcia etapów poprzednich. Takie podejście zapewnia dostosowanie zadań stawianych przed dzieckiem do jego możliwości. Terapeuta zawsze „widzi dalej”, wie, do jakiej umiejętności prowadzi programowane ćwiczenie i na jakich umiejętnościach bazuje sprawność osiągnięta na każdym kolejnym etapie terapii.

W przypadku pracy z dziećmi przedwcześnie urodzonymi istotne jest takie holistyczne podejście, ale to nie znaczy, że u każdego dziecka konieczne będzie zastosowanie wszystkich technik. To terapeuta decyduje, w jakich proporcjach i z jakim nasileniem poszczególne techniki będą wykorzystywane, aby wyrównać deficyty rozwojowe. Im wcześniej dziecko będzie mogło zostać poddane takim oddziaływaniom, tym lepsze będą perspektywy jego rozwoju. Nie ma jednak możliwości prognozowania rozwoju konkretnego dziecka. Podobnie jak w przypadku zdrowych dzieci trudno ocenić, w jakim stopniu rozwiną się ich zdolności i umiejętności w przyszłości, tak niełatwo przewidzieć, w jakim stopniu uda się wspomóc funkcjonowanie wcześniaka w poszczególnych sferach. Biorąc pod uwagę wielość problemów obserwowanych u wcześniaków, należy pamiętać o wyborze czynników wzmacniających rozwój i zapobiegających niepożądanym oddziaływaniom oraz o dużej liczbie powtórzeń poszczególnych ćwiczeń i systematycznym ich wykonywaniu nie tylko na zajęciach terapeutycznych, ale także w domu, żłobku czy przedszkolu.

Z funkcjami pokarmowymi związane jest odpowiednie przełykanie, a także oddychanie, które w przypadku wcześniaków może być utrudnione. W ramach wczesnej

stymulacji logopedycznej specjalista będzie mógł podpowiedzieć rodzicom/opiekunom dziecka, jakie systematyczne działania będą w stanie przygotować aparat artykulacyjny do pierwszych dziecięcych realizacji w postaci samogłosek czy sylab, jak w głużeniu czy gaworzeniu samonaśladowczym, aby możliwe było samodzielne nazywanie i budowanie dialogu w przyszłości. Początkowo jednak trzeba zadbać o prawidłowe odgryzanie, przeżuwanie i połykanie przez dziecko, aby mogły się ujawnić sekundarne funkcje okolicy ustno-twarzowej. Te pierwsze oddziaływania staną się podstawą ćwiczeń narządów mowy już u nieco starszych dzieci, takich, które świadomie będą mogły naśladować. Ćwiczenia praktyki oralnej nie mogą być prowadzone w izolacji i z pewnością warto je wykonywać wraz z oddechowymi, którym towarzyszy fonacja. Odpowiednie są wtedy ćwiczenia powtarzania samogłosek lub sylab. Mogą być one śpiewane, wypowiedane rytmicznie czy też w taki sposób, aby wybrzmiewały jak najdłużej – najpierw w izolacji, a następnie także w sekwencjach. Samogłoski lub sylaby mogą być dziecku prezentowane z odpowiednią intonacją (wznoszącą lub opadającą), z różnym natężeniem czy tempem realizacji, czyli czasem głośno, czasem cicho, szybko lub wolno. Takie ćwiczenia można wykonywać także z wyrazami i zdaniami, w zależności od umiejętności językowych dziecka [Kuśnierz, Orłowska-Popek, w druku].

Kiedy przyswajanie mowy z otoczenia jest utrudnione, terapeuci metody krakowskiej proponują technikę programowania języka połączoną z nauką czytania⁴, a dodatkowo korzystanie z gestów interakcyjnych⁵ i artykulacyjnych⁶, aby ułatwić rozumienie i wspomóc artykulację. Dziecko uczy się pierwszych znaczeń, które może też rozpoznawać globalnie. Czytanie jest też czynnikiem modelującym, wpływającym na kształtowanie dominacji lewopółkulowej [Szeląg, 2012] i na poznawczy rozwój dziecka. Przyczyną trudności w nabywaniu języka niektórych dzieci mogą być bowiem zaburzenia mechanizmów linearno-sekwencyjnych bądź brak dobrej komunikacji między półkulami mózgowymi. Opracowane przez każdą z półkul informacje powinny być przekazywane i łączone ze sobą. Im zdolność wiązania informacji z obu półkul jest sprawniejsza, tym łatwiejsze dla dziecka jest nabywanie systemu języka. W spajaniu informacji o różnych modalnościach, odbieranych i przetwarzanych

4 Symultaniczno-sekwencyjna nauka czytania* – metoda stworzona i opisana przez Jagodę Cieszyńską w książce *Kocham uczyć czytać. Poradnik dla rodziców i nauczycieli* [2006].

5 Gesty interakcyjne stosowane są w celu podtrzymania kontaktu wtedy, gdy dziecko nie posiada jeszcze umiejętności komunikowania się z pomocą samogłosek, sylab czy wyrazów, przekazując znaczenia, na przykład: *tak, nie, dobrze, nie ma, cicho*. Dorosła osoba, prezentując gest, który ma szansę być naśladowany przez dziecko, zawsze powinna te znaczenia przedstawiać językowo.

6 Gesty artykulacyjne są wizualizacjami głosek w sylabach, towarzyszą mowie. Ich zadaniem jest ukazanie sposobu lub miejsca artykulacji, aby w sytuacji zaburzeń komunikacji ułatwić różnicowanie głosek. Jagoda Cieszyńska-Rożek [2013, s. 304] podkreśla, że: „Zanim pojawi się zdolność posługiwania się językiem, konieczne jest uruchomienie naśladownictwa gestów, które będą pełniły funkcję dodatkowych cech dystynktywnych służących różnicowaniu głosek podobnych wizualnie, jak np. p, b, m”.

w odpowiednich półkulach mózgowych, ogromną rolę odgrywają spoidła między-półkulowe. Największym z nich jest ciało modzelowate (*corpus callosum*).

Ponieważ spoidła są po prostu wiązkami włókien nerwowych, nie mogą niczego kontrolować, mogą za to pełnić funkcję kanałów umożliwiających synchronizację działań obu półkul i zapobiegających powielaniu czynności czy współzawodnictwu między nimi [Springer, Deutsch, 1998, s. 63].

Ciało modzelowate jest odpowiedzialne za współpracę półkul. Składa się z włókien łączących obie półkule, a jego główną funkcją jest utrzymywanie ich współdziałania podczas wykonywania skomplikowanych zadań. Jednym z takich zadań jest Symultaniczno-sekwencyjna nauka czytania⁶, a szczególnie etap powtarzania, który włącza do pracy zarówno prawą, jak i lewą półkulę mózgową. Spoidło odpowiada również za szybkość przekazywania informacji z jednej półkuli do drugiej, co ma ogromne znaczenie dla procesów poznawczych.

Ujęcie różnic między cechami bodźców płynących ze wszystkich zmysłów dokonuje się poprzez ujęcie sekwencyjne (linearne), spostrzeżenie podobieństw poprzez odbiór symultaniczny (globalny). Sekwencyjność lewej półkuli mózgu i symultaniczność prawej, wzajemnie się dopełniając, pozwalają człowiekowi rozwijać wszystkie funkcje poznawcze, których ukoronowaniem jest zapisywanie i odczytywanie myśli własnych i innych ludzi także żyjących w czasach odległych o tysiące lat [Cieszyńska, 2009, s. 12].

Symultaniczno-sekwencyjna nauka czytania⁶, jako skomplikowane zadanie edukacyjne i metoda bazująca na wiedzy dotyczącej powtórzenia sekwencji rozwoju mowy, właściwie stymuluje rozwój dziecka. Zgodnie z metodyką postępowania początkowo prezentowane są samogłoski, a potem sylaby⁷, a także wyrażenia dźwiękonaśladowcze – aż po wyrazy i zdania [Orłowska-Popek, 2017a]. Uczący porządkują oddziaływania w trzy etapy znane z rozwoju mowy dziecka: powtarzanie, rozumienie i nazywanie [por. Tomasello, 2002], czyli samodzielne czytanie, a sam proces nauki czytania tą metodą powtarza stadia rozwoju pisma w dziejach ludzkości – od całości, przez zapis sylabiczny, aż do alfabetycznego [Cieszyńska, 2006]. Trudna praca budowania systemu językowego opiera się na technice programowania języka [Cieszyńska-Rożek, 2013; Orłowska-Popek, 2017b], dzięki której terapeuta/rodzic tworzy w umyśle dziecka językowy obraz świata. Wykorzystuje w tym celu specjalnie skonstruowany język (oparty na minimum leksykalnym i gramatycznym) i powoli, systematycznie wzorując się na neurotypowym rozwoju dziecka, krok po kroku, także dzięki pismu, wprowadza język do codziennej komunikacji. Istotne jest to, że w zależności od językowych umiejętności dziecka należy rozpocząć pracę od odpowiedniego poziomu. Etapy zostały wyróżnione ze względu na stopień trudności [Orłowska-Popek, 2017b]. Terapeuta, prezentując samogłoski, wiąże

7 Wyniki badań neurofizjologicznych potwierdzają, że to nie fonem, lecz sylaba jest najmniejszą jednostką percepcyjną [por. Massaro, 1994; Łobacz, 1997].

je z pewnymi sytuacjami, które dziecko ma szansę obserwować w domu. Zawsze zadaje pytania: *kto?*, *co?*, *co robi?* i odpowiada, na przykład: AAA – śpi; UU – boli, leci samolot; EEE – nie podoba mi się, dziecko płacze; OO – co to jest?; YY – daj, hurra!; II – jestem wesoły/wesoła itp. Im więcej różnorodnych znaczeń zostanie przypisanych jednej samogłosce, tym lepiej. W tym samym czasie znaczenia będą przedstawiane dzięki wyrażeniom dźwiękonaśladowczym i sylabom otwartym, na przykład: AM – je, pije; BE – baran, brzydkie; BAM – spadło; HOP – piłka, skacze; HAU – pies, szczeka; PA – cześć, do widzenia. Od początku należy zadawać pytania i formułować odpowiedzi, aby dziecko słuchało, uczyło się je rozumieć i miało możliwość powtarzania. Często bez specjalnych oddziaływań nie jest jednak w stanie powtarzać, a przecież to właśnie dzięki temu, że słyszy własne realizacje, ma szansę szybciej opanować język.

Najmniej trudności przysparza rozpoznanie i zapamiętanie samogłosek, które są opracowywane według strategii globalnej przez prawą półkulę mózgu⁸. Ponadto trwają one około kilkuset milisekund, a każdy z nas może mieć także wpływ na to, jak długo będą wybrzmiewały, ponieważ można je przedłużać podczas artykulacji. Natomiast czas artykulacji spółgłosek zwartych (np. *p, b, k, g, t, d*) jest ściśle określony i wynosi około 40 milisekund [Szeląg, 2000]. Podczas artykulacji nie można ich przedłużać. W związku z tym dla niektórych dzieci różnicowanie dwóch podobnie brzmiących słów nie jest łatwym zadaniem. Nieprawidłowo rozwijające się przedwcześnie urodzone dziecko też może mieć takie trudności. Zważywszy na wyniki badań neurobiologicznych, które dowodzą, że:

Czas trwania różnicy głosek *b* i *p*, *g* i *k* czy *t* i *d* wynosi około 20 milisekund – mało czasu na zaprogramowanie ruchów języka, szczęk i ust z jednej strony i na analizę akustyczną z drugiej strony [Spitzer, 2008, s. 179],

wiele dzieci może mieć problem z realizacją sylab czy wyrazów, bo nie jest w stanie ich odebrać. Aby ułatwić dziecku różnicowanie cech głosek w sylabach, wyrazach i zdaniach oraz polepszyć spostrzeganie następstwa i kolejności [Poppel, 1989; Klawiter, 2006], należy sięgnąć po specjalnie przygotowane nagrania samogłosek, sylab i wyrazów (czas trwania spółgłosek został w studio nagrań wydłużony do czasu trwania samogłosek)⁹.

⁸ Prawa półkula mózgu różni się od lewej zarówno budową, jak i funkcjami. Półkule pracują też według charakterystycznych strategii, jednak wzorzec asymetrii jest bardzo skomplikowany [Grabowska, 2012].

⁹ W programie słuchowym (www.centrummetodykrakowskiej.pl) znajdują się nagrania samogłosek, wyrażen dźwiękonaśladowczych oraz czytanek z książeczek (*Czytanie przez naśladowanie, Gdzie jest A?, Symultaniczno-sekwencyjna nauka czytania – samogłoski, Na wsi, W lesie i na łące, Pojazdy*). Na program *Słucham i uczę się mówić* (www.arson.pl) składają się płyty CD i książeczki – I część: J. Cieszyńska, *Samogłoski i wykrzyknienia*, J. Cieszyńska, *Wyrażenia dźwiękonaśladowcze*; II część:

Kiedy dzieci ćwiczą na czasowo wydłużonych wzorcach, nie tylko uczą się lepiej przetwarzać wzorce treningowe, ale wykazują też znaczącą poprawę zdolności rozumienia normalnej mowy [Spitzer, 2008, s. 182].

Trening słuchowy z wykorzystaniem nagrań, które ułatwiają percepcję, jest jednym z istotniejszych oddziaływań, szczególnie na początku terapii, kiedy chodzi głównie o uruchomienie powtarzania. Jednak to nie jedyne ćwiczenia słuchowe proponowane podczas stymulacji rozwoju dziecka. Najistotniejsze jest prezentowanie zarówno dźwięków werbalnych (samogłosek, sylab, wyrazów, zdań), jak i niewerbalnych (dźwięków instrumentów muzycznych, wydawanych przez różne przedmioty, dźwięków przyrody), którym koniecznie należy nadawać znaczenia, a nie tylko prezentować do słuchania. Jeśli dziecko będzie miało trudności z powtarzaniem sekwencji samogłosek czy sylab, nie będzie możliwe powtarzanie wyrazów, a tym bardziej zdań.

Zakończenie

Dziecko, które przyszło na świat zbyt wcześnie, może rozwijać się nieharmonijnie lub z opóźnieniem. Wczesna interwencja terapeutyczna stwarza szansę, aby także ta grupa dzieci dorównała rówieśnikom. W tym celu trzeba pomóc zniwelować ich deficyty i pokonać pewne trudności. Dlatego ważna jest diagnoza medyczna, otoczenie dziecka specjalistyczną opieką lekarską, przekazanie rodzicom/opiekunom informacji na temat ryzyka i możliwych powikłań, które mogą wystąpić w pierwszych latach życia wcześniaka. Konsekwencje wcześniactwa mogą być różnorodne, ale wczesne rozpoczynanie i systemowe stosowanie stymulacji czy terapii, przy intensywnej współpracy terapeutów (fizjoterapeutów, neurologopedów) i rodziców, pozwala się z nimi zmierzyć i je przezwyciężyć.

Literatura

- Bałańda A., Skurzak A., 2009, *Testy (badania) przesiewowe wykonywane u noworodków*, [w:] A. Bałańda (red.), *Opieka nad noworodkiem*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 101–105.
- Cieszyńska J., 2009, *Dysleksja jako zaburzenie linearnego porządkowania*, „Biuletyn Logopedyczny”, nr 1, s. 11–17.
- Cieszyńska-Rożek J., 2013, *Metoda krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Kraków: Wydawnictwo Omega Stage System.
- Czajkowski K., 2009, *Diagnostyka porodu przedwczesnego*, „Perinatologia, Neonatologia, Ginekologia”, t. 2, z. 3, s. 165–168.

E. Wianecka, *Sylaby i rzeczowniki* (1–4), E. Wianecka, *Trudne głoski*, E. Wianecka, *Sylaby i czasowniki* (1–2); III część: E. Wianecka, *Odmiana rzeczownika*, E. Wianecka, *Przymyki*.

- Grabowska A., 2012, *Lateralizacja funkcji psychicznych w mózgu*, [w:] T. Górńska, A. Grabowska, J. Zagrodzka (red.), *Mózg a zachowanie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 443–488.
- Helwich E., 2002, *Wcześniak*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Helwich E., 2016, *Wczesniactwo*, <https://www.mp.pl/pacjent/pediatrica/choroby/novorodek/79079,wczesniactwo> (dostęp: 18.06.2019).
- Jasińska E.A., Wasiluk A., 2010, *Wewnątrzmaciczne ograniczenie wzrastania płodu (IUGR) jako problem kliniczny*, „Perinatologia, Neonatologia, Ginekologia”, t. 3, z. 4, s. 255–261.
- Kaczorowska-Bray K., Zielińska-Burek M., 2012, *Zaburzenia rozwoju psychoruchowego wpływające na rozwój mowy i języka dziecka*, [w:] I. Nowakowska-Kempna (red.), *Studia z logopedii i neurologopedii*, Kraków: Wojskowa Akademia Medyczna, s. 55–94.
- Klawiter A., 2006, *Elementy kognitywistycznej teorii słyszenia, temporalności*, [w:] W. Dziarnowska, A. Klawiter (red.), *Mózg i jego umysły*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, s. 27–36.
- Kowalczykiewicz-Kuta A., 2008, *Opieka nad wcześniakiem w pierwszych latach życia*, [w:] I. Pirogowicz, A. Steciwko (red.), *Dziecko i jego środowisko. Noworodek przedwcześnie urodzony – trudności i satysfakcje*, Wrocław: Wydawnictwo Continuo, s. 22–33.
- Kuśnierz M., Orłowska-Popek Z. [w druku], *Wczesna stymulacja dzieci z zespołem Downa – budowanie dróg nerwowych podczas ćwiczenia wszystkich funkcji poznawczych*, [w:] H. Pawłowska-Jaroń, E. Bielenda-Mazur, A. Siudak (red.), *Nowa logopedia*, t. 8, Kraków: Collegium Columbinum.
- Leszczyńska-Gorzela B., Poniedziałek-Czajkowska E., Oleszczuk J., 2006, *Czynniki ryzyka przedwczesnego zakończenia ciąży*, [w:] G.H. Bręborowicz, T. Paszkowski (red.), *Poród przedwczesny*, Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych, s. 201–206.
- Łobacz P., 1997, *Nabywanie systemu fonologicznego a świadomość fonologiczna dzieci*, [w:] H. Mierzejewska, M. Przybysz-Piwkowska (red.), *Rozwój poznawczy i rozwój językowy dzieci z trudnościami w komunikacji werbalnej*, Warszawa: DiG, s. 26–40.
- Massaro D.W., 1994, *Psychological aspects of speech perception*, [w:] M.A. Gernsbacher (red.), *Handbook of Psycholinguistics*, San Diego: Academic Press, s. 219–263.
- Muszyńska A., Nadaj A., 2001, *Retinopatia wcześniacza*, „Nowa Pediatria”, nr 2, s. 32–37.
- Orłowska-Popek Z., 2017a, *Nauka czytania jako stymulacja rozwoju dziecka*, [w:] M. Zaorska, A. Grabowski (red.), *Bajka w przestrzeni naukowej i edukacyjnej*, t. 12, Olsztyn: Pracownia Wydawnicza „ElSet”, s. 79–92.
- Orłowska-Popek Z., 2017b, *Programowanie języka w terapii logopedycznej na przykładzie rozwoju języka dzieci niesłyszących*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Pawłowska-Jaroń H., 2015, *Specyfika rozwoju pre- i postnatalnego dzieci ze spektrum FASD. Zaburzenia komunikacji językowej*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Poppel E., 1989, *Granice świadomości*, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Przedpełska-Winiarczyk M., Kułak W., 2011, *Skala Apgar obecnie*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, vol. 92(1), s. 25–29.
- Romer T.E., 2005, *Zaburzenia wzrastania i odżywiania*, [w:] A. Dobrzańska, J. Rzyżek (red.), *Pediatrica – podręcznik do Państwowego Egzaminu Lekarskiego i egzaminu specjalizacyjnego*, Wrocław: Elsevier Urban & Spółka, s. 493–520.
- Rymarczyk K., 2014, *Neurofizjologiczne uwarunkowania rozwoju dziecka – wpływ doświadczenia na rozwój układu nerwowego*, [w:] R. Piotrowicz (red.), *Interdyscyplinarne uwarunkowania rozwoju małego dziecka. Wybrane zagadnienia*, Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, s. 80–109.
- Spitzer M., 2008, *Jak uczy się mózg?*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Springer S.P., Deutsch G., 1998, *Lewy mózg, prawy mózg*, Opole: Wydawnictwo Prószyński i S-ka.

- Stachura A., [w druku], *Zaburzenia poznawcze i językowe u dzieci przedwcześnie urodzonych*, [w:] H. Pawłowska-Jaroń, E. Bielenda-Mazur, A. Siudak (red.), *Nowa logopedia*, t. 8, Kraków: Collegium Columbinum.
- Standardy opieki ambulatoryjnej nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, 2018, Warszawa: Media-Press Sp. z o.o.
- Szczepański M., Kamianowska M., Grabowska M., 2009, *Prognozowanie rozwoju noworodka urodzonego przedwcześnie*, [w:] A.B. Pilewska-Kozak (red.), *Opieka nad wcześniakiem*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 223–237.
- Szeląg E., 2000, *Percepcja czasu kluczem do poznania neuropsychologicznego podłoża mowy człowieka*, „Psychologia – Etologia – Genetyka”, nr 1, s. 145–166.
- Szeląg E., 2012, *Mózgowe mechanizmy mowy*, [w:] T. Górka, A. Grabowska, J. Zagrodzka (red.), *Mózg a zachowanie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 489–524.
- Szymankiewicz M., 2006, *Podstawy patologii noworodka urodzonego przedwcześnie*, [w:] G.H. Bręborowicz, T. Paszkowski (red.), *Poród przedczesny*, Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych, s. 227–240.
- Tomasello M., 2002, *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Topczewska-Cabane A., Gyrczuk E., Kowalska M., Życińska K., Wardyn K.A., Nitsch-Osuch A., 2015, *Analiza wyników badania przesiewowego słuchu u noworodków wybranego oddziału neonatologicznego w latach 2009–2013*, „Forum Medycyny Rodzinnej”, t. 9, nr 3, s. 261–263.
- Vetulani J., 2014, *Mózg: fascynacje, problemy, tajemnice*, Kraków: Wydawnictwo Homo Homini.
- Walas W., 2008, *Bardzo trudne początki, czyli wcześniak w oddziale intensywnej terapii*, [w:] I. Pirogowicz, A. Steciwko (red.), *Dziecko i jego środowisko. Noworodek przedwcześnie urodzony – trudności i satysfakcje*, Wrocław: Wydawnictwo Continuo, s. 7–21.
- Wendorff J., 2003, *Neurologia dziecięca – postępy w pediatrii w roku 2002*, „Medycyna Praktyczna Pediatrya”, nr 2, s. 167–171.
- Zawitkowski P., Przeździeń M., Bednarczyk M., Klimont L., Stobnicka-Stolarska P., Dereń D., Dylewska A., Kmita A., Lipska D., Solecki P., Szozda-Bugajska A., 2018, *Opieka i terapia rozwojowa dla wcześniaków i ich rodzin po wypisie ze szpitala (standard w zakresie fizjoterapii i logopedii)*, [w:] *Standardy opieki ambulatoryjnej nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego*, Warszawa: Media-Press Sp. z o.o., s. 41–66.

Streszczenie

Dzięki ogromnemu postępowi wiedzy i technologiom medycznym ratuje się obecnie skrajnie niedojrzałe noworodki – nawet te o masie ciała poniżej 1000 g, urodzone z ciąży o czasie trwania krótszym niż 28 tygodni. Częstość urodzeń wcześniaków o masie ciała 1000–1500 g z ciąży trwającej 28–32 tygodnie wynosi w Polsce około 1%. Przedwczesne zakończenie ciąży stanowi poważny problem, szczególnie w aspekcie dalszych losów dziecka. Zagrożenia podlegają jednak pewnej ewolucji wraz z zaawansowaniem ciąży. Do powikłań okresu noworodkowego, będących istotnym elementem wpływającym na rokowania dotyczące życia i zdrowia noworodka urodzonego przedwcześnie, należą: uszkodzenia mózgu, zaburzenia oddychania, krążenia, zaburzenia pokarmowe, nieprawidłowości w obrębie narządów zmysłów. W praktyce logopedycznej spotykamy się coraz częściej z problemami dotyczącymi dzieci przedwcześnie urodzonych, dotyczącymi między innymi dysfunkcji analizatorów

zmysłów, co w istotny sposób przekłada się na funkcjonowanie poznawcze, a w konsekwencji na proces nabywania języka. Wcześnieiki wymagają jak najwcześniejszej diagnostyki oraz stymulacji jako profilaktyki zaburzeń poznawczych i komunikacyjnych. Połączenie wczesnej interwencji medycznej i wczesnej stymulacji lub w skrajnych przypadkach konsekwentnie prowadzonej terapii neurobiologicznej zdaje się mieć największy wpływ na szanse rozwojowe i jakość życia tej grupy dzieci i ich rodzin.

Abstract

The enormous progress of knowledge and medical technologies allows now to rescue extremely immature newborns, i.e. those weighing less than 1000 g, born of a pregnancy with a duration of less than 28 weeks. The prevalence of premature babies weighing 1,000–1,500 g from a pregnancy lasting 28–32 weeks is about 1% in Poland. Premature termination of pregnancy is a serious problem, especially in the aspect of the future fate of the child. Threats, however, are subject to some evolution along with the advancement of pregnancy. The diseases and complications of the neonatal period, being an important element affecting the prognosis as to the life and health of the baby born prematurely, include brain damage, breathing disorders, circulatory disorders, digestive disorders and irregularities within the sensory organs. Speech therapists face more and more often problems affecting prematurely born children concerning the dysfunction of sensory analyzers, which in a significant way translates into cognitive functioning and, consequently, the process of language acquisition. Premature babies require diagnostics and stimulation as prevention of cognitive and communication disorders should be implemented as soon as possible. The combination of early medical intervention and early stimulation or, in extreme cases, of consistently conducted neurobiological therapy seems to have the greatest impact on the developmental chances of the quality of life of this group of children and their families.

Anna Stefan* 

Wpływ wypowiedzi polskich youtuberów na kształtowanie się kompetencji językowej u dzieci – zarys problematyki

Influence of Polish YouTubers on the development of children's language competence: introduction to the issue

Słowa kluczowe: youtuber, Minecraft, kompetencje językowe, błędy językowe

Keywords: YouTuber, Minecraft, language competence, language mistakes

Wprowadzenie

Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się niesłabnącą popularność serwisu internetowego YouTube. Każdy może w nim umieszczać tworzone przez siebie nagrania, a ci, którzy robią to regularnie na swoich kanałach, są nazywani youtuberami. Wychowywane w erze cyfrowej młode pokolenie właśnie tutaj odnajduje swoich idoli. Na pytanie, kim jego przedstawiciele chcieliby zostać w przyszłości, wielu bez wahania odpowiada: „Youtuberem!”.

Obserwowanie fenomenu youtuberów i ich wpływu na zachowania językowe współczesnych dzieci stało się inspiracją do powstania tego tekstu. Wypowiedzi dzieci pokazują bowiem, że „niewinne oglądanie” krótkich filmików może mieć na nie duży wpływ. Przedmiotem artykułu jest krótka analiza językowa komentarzy youtuberów na temat popularnej wśród dzieci i młodzieży gry Minecraft. Wypowiedzi te cechują różnego rodzaju odstępstwa od normy językowej, przejawiające się na przykład nagminnym stylem potocznym. Podjęte rozważania językoznawcze chcę odnieść do procesu kształtowania się prawidłowych nawyków językowych u dzieci. Nagrania youtuberów są (niestety!) bardzo popularne wśród dzieci, również w wieku wczesnoszkolnym, a często, jeśli mają one młodsze

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Katedra Filologii Słowiańskiej, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: anna.stefan@uni.lodz.pl, <https://orcid.org/0000-0001-6152-4164>

rodzeństwo, również wśród dzieci w wieku przedszkolnym. Chcę zwrócić uwagę na ich szkodliwość i możliwy negatywny wpływ na kształtowanie się prawidłowych wzorców językowych.

YouTube i Minecraft

YouTube jest otwartym serwisem internetowym założonym w lutym 2005 roku, umożliwiającym bezpłatne umieszczanie, odtwarzanie, ocenianie i komentowanie filmów oraz wszelkiego rodzaju nagrań w internecie. W serwisie wyświetlane są zamieszczane przez użytkowników filmy – zwiastuny filmowe lub telewizyjne, wideoklipy oraz miniprodukcje amatorskie, na przykład wideoblogi. Ponad 1,9 miliarda zalogowanych użytkowników odwiedza co miesiąc YouTube’a, a widzowie oglądają codziennie ponad miliard godzin filmów i generują miliardy wyświetleń [YouTube].

Czym jest Minecraft? Jak czytamy na stronie oficjalnej, jest to „komputerowa gra survivalowa o otwartym świecie, polegająca na układaniu klocków i chodzeniu na przygodę” [Czym jest Minecraft?]. Została stworzona w 2009 roku (w wersji testowej), wydana w 2011 roku i rozwijana przez studio Mojang AB. Jeszcze przed oficjalną premierą zdobyła dużą popularność i liczne nagrody. Sukces gry spowodował, że zaczęto sprzedawać związane z nią przedmioty: książki, zabawki, tematyczne klocki Lego czy ubrania.

Ideą Minecrafta jest budowanie i niszczenie konstrukcji składających się z bloków. Świat gry zbudowany jest z obiektów 3D, głównie sześcianów, ułożonych w stałej strukturze siatki. Od kilku lat mówi się o prawdziwym fenomenie Minecrafta, polegającym na tym, że nie ma w nim niemal żadnych ograniczeń – można tworzyć praktycznie wszystko. Graczy ogranicza tylko wyobraźnia. I choć według znawców gier „grafika jest dość uboga, a uniwersum Minecrafta jest znacznie mniej rozbudowane niż w innych twórcach popkultury, to, że każde dziecko może tworzyć własny świat, okazało się metodą na sukces” [Nowy kwadratowy świat...].

Nie mniejszym zainteresowaniem niż sama gra cieszą się umieszczane w internecie filmiki o niej, mające po kilkaset tysięcy, a czasem nawet kilka milionów odsłon. Znaczącą rolę w popularyzacji Minecrafta odegrały media społecznościowe – YouTube, Facebook czy Reddit. Duża grupa graczy dowiedziała się o grze właśnie z nagrań internetowych. Nagrania te zazwyczaj zawierają przechwycony obraz gry wraz z nałożonym głosem osoby nagrywającej, która komentuje wydarzenia rozgrywające się na ekranie. Gry nie od dziś przenikają do popkultury, tym razem jednak temat trafił na bardzo podatnych odbiorców – dzieci.

Kształtowanie się mowy i kompetencji językowych

W ostatnich latach obserwuje się niesłabnące zainteresowanie mową dzieci. To właśnie na jej przykładzie można zaobserwować proces nabywania kompetencji językowej, która „jest traktowana jako zdolność swobodnego posługiwania się danym językiem, możliwość porozumiewania się w nim i wyrażania za jego pomocą wszystkiego, co chce się wyrazić” [Łuczyński, 2004, s. 39]. Dziecko od urodzenia dysponuje wrodzonym mechanizmem przyswajania języka, który jest przekazywany genetycznie i umożliwia analizę abstrakcyjnych reguł językowych z wypowiedzi otoczenia. Konstruuje poprawne zdania i rozumie wypowiedzi wcześniej niesłyszane. W ten sposób tworzy własne konstrukcje werbalne przez transformację nagromadzonych danych. Jest przy tym aktywnym poszukiwaczem i eksperymentatorem w dziedzinie języka [Stefan, 2016, s. 194].

Pewne komponenty kompetencji językowej, takie jak podstawy biologiczno-fizyczne, mają charakter wrodzony, jednak większość jej elementów zdobywa się przez werbalne obcowanie z otoczeniem i naukę. Kompetencję językową stanowią różne umiejętności, odpowiadające poszczególnym płaszczyznom języka: fonologicznej, morfologicznej, syntaktycznej i semantycznej. Uczenie się mówienia jest ważnym „skokiem intelektualnym” w życiu jednostki, otwiera ono przed dzieckiem nowy świat – pytań, rozumowania, komunikacji społecznej i opinii, które powodują ogromne przyspieszenie wszystkich innych rodzajów uczenia się. Dziecko ucząc się języka, poznaje umowę społeczną, która łączy znaczeniem sekwencję dźwięków (formę językową) z oznaczaną przez nią rzeczą, zjawiskiem, relacją (treścią). Umiejętność językowa jest elementem bardzo ważnym w sprawnym funkcjonowaniu społecznym i nauczaniu szkolnym. Zdolność poprawnego i swobodnego wypowiadania swoich myśli jest wielkim ułatwieniem dla człowieka w każdym okresie jego życia.

W badaniach nad mową dziecięcą wiele uwagi poświęca się aspektowi fonetyczno-fonologicznemu języka. Składa się na niego biegłość artykulacyjna, czyli prawidłowe wymawianie poszczególnych głosek danego języka oraz tworzenie ciągów tych głosek w mowie. Rozwój kompetencji fonetyczno-fonologicznej zależy od przebiegu procesów neurofizjologicznych zachodzących w centralnym układzie nerwowym. Na ich prawidłowość mają wpływ wrodzone indywidualne zdolności dziecka oraz oddziaływanie środowiska. Badacze mowy dziecięcej [Kaczmarek, 1977; Grabias, 1997] są zgodni, że cechą rozwoju fonologicznego jest etapowość. Najbardziej znaczącego podziału na etapy rozwoju mowy dokonał Leon Kaczmarek [1977, s. 49–54].

Współcześnie mowę dziecka traktuje się jak proces nabywania sprawności w komunikowaniu się z otoczeniem za pomocą języka. W jego trakcie dziecko przyswaja nie tylko system językowy i reguły gramatyczne, ale przede wszystkim uczy się odpowiedniego zachowania komunikacyjnego, zależnie od sytuacji, w jakiej komunikowanie się z innymi jest realizowane [Gajda, 2003; Porayski-Pomsta, 2011; Grabias, 2014; 2017]. Rozwój mowy przebiega dzięki kontaktom dziecka z opiekunami posługującymi się

mową; dziecko ma możliwość „zanurzyć się w języku”, poznać dźwięki mowy w różnych kontekstach. Opanowywanie słów jest procesem złożonym i skomplikowanym. Wymaga współwystępowania kilku elementów: plastycznego mózgu, wysokiej wrodzonej wrażliwości na mowę ludzką, środowiska sprzyjającego uczeniu się mowy. Dziecko w trakcie tego procesu – na podstawie komunikatów kierowanych przez otoczenie w jego stronę – poznaje melodię języka, zapamiętuje pojedyncze słowa, orientuje się, że dane słowo odnosi się do ściśle określonego fragmentu rzeczywistości, uczy się łączyć słowa w dłuższe wypowiedzi [Kuszek, 2014, s. 56]. Równocześnie z przyswajaniem systemu fonetyczno-fonologicznego uczy się również reguł gramatycznych.

Tabela 1. Okresy rozwoju mowy dziecka według Leona Kaczmarka

Okres	Wiek	Cecha
Melodii	0.–1. rok życia	Krzyk, głuzenie i gaworzenie, pod koniec 1. roku życia pojawiają się pierwsze wyrazy.
Wyrazu	1.–2. rok życia	Między 1. i 2. rokiem życia dziecko potrafi wypowiadać wszystkie samogłoski z wyjątkiem nosowych [a, ɛ], głoski wargowe [f, v], głoski palatalne [ś, ź, ć, ź] oraz [r, j]. Pod koniec tego okresu pojawiają się pierwsze wypowiedzi dwuwyrzowe, np. [mama da].
Zdania	2.–3. rok życia	Między 2. i 3. rokiem życia ustala się system fonologiczny, dziecko realizuje wszystkie samogłoski (również nosowe) oraz większość spółgłosek. W tym okresie gwałtownie rozrasta się zasób leksykalny.
Swoistej mowy dziecięcej	3.–7. rok życia	Między 3. i 7. rokiem życia, nadal poszerza się zbiór fonemów o głoski [l], [š, ž, č, ž] oraz [r]. Dziecko porozumiewa się za pomocą zdań, jednak zasady ich budowania nie są jeszcze w pełni ukształtowane, stąd takie zjawiska jak: metatezy [<i>masolot</i> > <i>samolot</i>], neologizmy [<i>česovačka</i> > <i>ščotka</i>] czy agramatyzmy [<i>míš čeb'ie</i> > <i>tfui míš</i>]. Stopniowo mowa upodabnia się do mowy osób dorosłych.

Źródło: opracowanie własne.

Niezwykle istotnym systemem językowym nabywanym w procesie akwizycji języka jest system morfologiczny. Według Edwarda Łuczyńskiego opanowanie przez dziecko kategorii przypadku odbywa się według określonej strategii. Dzieci dokonują wyboru tych elementów, które są im potrzebne w mowie, omijają elementy trudniejsze z ich punktu widzenia. Pierwszy system w ramach kategorii przypadku jest trzelementowy i tworzą go mianownik, biernik i wołacz. Jako kolejne pojawiają się w ontogenezie dopełniacz, narzędnik, miejscownik i celownik. W mowie dziecka na przełomie drugiego i trzeciego roku życia nie pojawiają się jeszcze wszystkie elementy systemu przypadku rzeczownika. Nie występują na przykład formy liczby mnogiej, mało licznych wzorców odmiany i wyjątki fleksyjne. W dalszym rozwoju dzieci przyswajają sobie budowę morfologiczną nowo poznanych wyrazów i dzięki temu utralają wiedzę dotyczącą budowy wyrazów znanych, wykorzystują znane formy w nowych funkcjach i opanowują peryferyjne elementy systemu oraz liczne w polszczyźnie wyjątki fleksyjne [Łuczyński, 2004, s. 194–198].

Nie jest jasne, kiedy (i czy w ogóle) dzieci uczą się zasad składni [Clark, 2007, s. 137]. Coraz liczniejsze badania potwierdzają natomiast, że dzieci uczą się właściwości składniowych charakterystycznych dla konkretnych jednostek leksykalnych. Podkreśla się zależność rozwoju składniowego od systemu leksykalnego. Dzieci uczą się form składniowych, które stosuje się do określonych jednostek leksykalnych, i stopniowo powiększają zasób słów, podlegających tym samym przekształceniom.

Wspólną cechą podejmowanych analiz kompetencji językowych u dzieci jest to, że uczą się one języka przez naśladowanie mowy dorosłych, uczestnictwo w rozmowie oraz obserwację zachowań werbalnych i niewerbalnych. Za dostarczenie wzorów poprawnego mówienia jest zatem odpowiedzialne otoczenie. To styl mowy dorosłych, najpierw rodziców, a następnie nauczycieli (a także idoli), kształtuje mowę dziecka. W języku codziennym dzieci często korzystają ze skrótów, uproszczeń. Obok języka literackiego rozwija się język potoczny, często w postaci żargonu szkolnego. Jednak w przypadku, gdy otoczenie dziecka nie dostarcza mu odpowiednich wzorów językowych i nie dba o kulturę języka w codziennych sytuacjach, może się on utrwalić i zgeneralizować na inne sytuacje porozumiewania słownego.

W ostatnich latach różni specjaliści, lekarze, terapeuci mowy czy psychologowie z niepokojem obserwują stopniowe obniżanie umiejętności językowych u dzieci. Współczesne dzieci od najmłodszych lat pozostają pod ogromnym wpływem multimediów, przez co wychowują się w coraz uboższym językowo świecie. Rozwijający się mózg dziecka atakowany jest przez agresywne, szybko zmieniające się bodźce wzrokowe (komputer, telewizja, bilbordy, reklamy, emotikony) przetwarzane w prawej półkuli mózgu. Badania neurobiologów wykazują, że jej wysoka aktywność zwalnia lub nawet hamuje rozwój lewej półkuli, odpowiedzialnej za uczenie się języka mówionego lub pisanego.

Ódpowiednio dobrane treści internetowe prezentowane na urządzeniach mobilnych mogą mieć pozytywny wpływ na rozwój dzieci, jednak zbyt wczesne oraz intensywne korzystanie z tych urządzeń negatywnie wpływa na rozwój psychofizyczny dziecka, rozwój mowy oraz kształtowanie kontaktów interpersonalnych czy rozwijanie więzi społecznych. To, w jaki sposób ograniczyć dostęp dzieci do multimediów, jest ogromnym wyzwaniem cywilizacyjnym i wychowawczym. Jest to bardzo ważne w odniesieniu do niepokojących wyników badań dotyczących korzystania ze sprzętów elektronicznych przez coraz młodsze dzieci (pięcio-, sześćoletnie) i coraz częstszych przypadków ich uzależnienia od internetu czy gier komputerowych. Problem zauważyła również Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), która w roku 2019 wpiisała uzależnienie od gier na listę chorób¹.

1 Takie zarządzenie wprowadziło WHO w trakcie 72. Światowego Zgromadzenia Zdrowia. Zmiany wejdą w życie od 2022 roku. Następna, 11. edycja międzynarodowej klasyfikacji chorób (ICD-11) będzie już zawierać to zaburzenie [WHO oficjalnie uznaje...].

Analizowane filmy o grze Minecraft, nagrywane przez osoby o różnych kompetencjach językowych, dostarczają dzieciom i młodzieży wzorców językowych, które niekoniecznie należy naśladować, jednak częstotliwość ich oglądania i słuchania jest tak duża, że zostawiają one trwałe ślad w ich świadomości.

Cechy języka youtuberów

Filmy i nagrania dotyczące gry Minecraft, udostępniane w serwisie YouTube, trwają od kilku do kilkudziesięciu minut. Na ekranie widzimy obraz gry, a w tle słyszymy komentarz osoby lub osób², które w niej uczestniczą i które najczęściej używają pseudonimów³. Wiele nagrań polega na tym, że uczestnicy podejmują jakieś wyzwanie, na przykład w konkretnym czasie (zazwyczaj bardzo krótkim) budują określony świat lub (częściej) uzyskują założoną liczbę polubień („lajków”), najczęściej bardzo dużą. Takie ograniczenia czasowe narzucają szybkie tempo gry, a co się z tym wiąże – często również szybkie tempo mowy⁴.

Wypowiedzi youtuberów tworzących nagrania o Minecraftcie nie spełniają kryteriów poprawności językowej. Spotyka się w nich różne błędy językowe obejmujące różnorodne zjawiska, choć odznaczające się pewną cechą wspólną – są to nieświadome odstępstwa od obowiązującej normy językowej, czyli takie innowacje, czy szerzej – takie użycia określonych elementów językowych, które nie znajdują uzasadnienia funkcjonalnego [Markowski, 2018, s. 57]. Błędem językowym określa się też taki sposób użycia jakiegoś elementu języka, który razi jego świadomych użytkowników, gdyż pozostaje w sprzeczności z dotychczasowymi przyzwyczajeniami, a nie tłumaczy się funkcjonalnie.

Cechą charakterystyczną wypowiedzi youtuberów jest styl potoczny. Przejawia się on na różnych płaszczyznach – leksykalnej, morfologicznej i składniowej. Do najbardziej widocznych przeobrażeń i właściwości odmiany nieoficjalnej należy przede wszystkim rapizacja, czyli przyspieszanie tempa mówienia, częste używanie skrótów, uproszczona, spłaszczona artykulacja, występowanie potoków składniowych, czyli szeregu zdań niezharmonizowanych, luźno ze sobą powiązanych, niewielka dbałość o poprawność i kształt estetyczny komunikatu, mająca wyraz w obecności anakolutow, czyli przejęczyzeń i wadliwie zbudowanych wypowiedzeń [Romanowski, 2004,

2 W Minecrafta może grać równocześnie kilku graczy i jest to jedna z jego cech pozytywnych, ponieważ gracze pozostają ze sobą w interakcji, a więc na przykład podejmują dialog, a nie tylko „ślepo oddają się grze”.

3 Popularnymi polskimi youtuberami nagrywającymi filmy o grze Minecraft są osoby używające pseudonimów GPlay, LakiYT czy Vito.

4 Szybkie tempo mowy w wypowiedziach kierowanych do dzieci nie jest zjawiskiem pożądanym, ponieważ powoduje między innymi trudności w prawidłowym odbiorze komunikatu, a to często prowadzi do frustracji osób, które za tym komunikatem „nie nadążają”.

s. 128]. Ich przyczyną jest oczywiście szybkie tempo życia, dążność do przekazania jak największej ilości wiadomości w jak najkrótszym czasie i oszczędność wysiłku wkładanego w akt komunikacji. Zdarza się również, że mamy do czynienia z celowym popełnianiem błędów, aby zachować „oryginalność” wypowiedzi (najczęściej spotykane to np. *wogle czy zdanzać*). Innymi często pojawiającymi się błędami fonetycznymi słyszanyymi w nagraniach są różne upodobnienia, jak np. kultowe już *włanczać, gupi, czy ‘trzy’* oraz odnosowienia typu *bede, robie* itd.

W przeciwieństwie do pierwotnych wpływów gwarowych i dialektalnych na język potoczny współcześnie na rozwój tego wariantu duży wpływ ma adaptacja słów obcych, zwłaszcza pochodzących z języka angielskiego. Komentarze do gry są nimi przesycone, cały świat komputerowy oparty jest bowiem na angielszczyźnie. Można tutaj wskazać następujące często pojawiające się przykłady:

- 1) *mamy zatem niezły czelendżyk* (ang. *challenge* ‘wyzwanie’);
- 2) *ale ban* lub *dostać bana* (ang. *to ban* ‘zakazać’) jako określenia pozbawienia prawa do korzystania na przykład z czatu albo jakiejś funkcji gry;
- 3) *slicz* (ang. *switch* ‘wyłącznik’);
- 4) *bookować* (ang. *to book* ‘rezerwować’);
- 5) *debeściak* (ang. *the best* ‘najlepszy’);
- 6) *pigmeny* (ang. *pig* ‘świnia’) – jedni z bohaterów Minecrafta, świnie zombie;
- 7) *świat mi laguje* (ang. *to lag* ‘opóźnić’),
- 8) *wszystko jest na mnie sfokusowane* (ang. *to focus* ‘skupiać’).

Kolejnym procesem zachodzącym w języku potocznym jest onomatopeizacja, czyli zwracanie uwagi na stronę dźwiękową wyrazu. Można zaobserwować, że słowa o łatwym do zapamiętania i przyjemnym brzmieniu szybko zdobywają popularność. Przykładem takiego wyrazu jest powitanie *Elo!*, które – przejęte z różnych źródeł internetowych – w języku dzieci wyparło tradycyjne „Cześć!”. Podobnie jest z wyrazami *Jol!* oraz *lol* (z ang. *laughing out loud* ‘śmiejąc się głośno’ lub *lots of laughs* ‘dużo śmiechu, kupa śmiechu’, ale najczęściej używane w sprzecznym znaczeniu ‘idiota’, ‘kretyn’). Można tutaj przytoczyć również często pojawiające się w trakcie nagrań określenie zachwyty *wow!* lub inne wykrzyknienia typu *ej! czy ojej!*.

Język potoczny charakteryzuje się większą swobodą, niż nakazuje norma poprawnościowa, mniejszą dbałością o staranność, większą troską o skuteczność przekazu, która jest dla nadawcy bardzo ważna, choćby ze względu na ograniczenie czasowe. Wśród cech leksykalnych o zabarwieniu potocznym można wskazać nagminne używanie słownictwa nacechowanego ekspresywnie oraz dużą eufemizację i tolerancję wulgaryzmów. W większości kilkuminutowych nagrań jednego youtubera kilkadziesiąt razy pojawiają się słowa *kurcze* lub *kurde*. Są one bardzo częste, w zasadzie nie ma wypowiedzi, w której by się nie pojawiły, co powoduje, że wrażliwe ucho słuchacza jest nimi zmęczone już po kilku wypowiedziach.

Wśród zjawisk fleksyjnych należy zauważyć bardzo silną tendencję do używania w bierniku rzeczowników nieżywoтных końcówki *-a*. Żywotność, z którą

łączy się ten problem, jest morfologiczną kategorią rzeczowników rodzaju męskiego, przejawiającą się w bierniku liczby pojedynczej końcówką równą dopełniaczowi, najczęściej *-a*. Kategoria żywotności przeniknęła z praindoeuropejszczyzny i zachowała się w językach słowiańskich, w których w bierniku liczby pojedynczej rzeczowników rodzaju męskiego nastąpiło zróżnicowanie: męskie żywotne – męskie nieżywotne. Rzeczowniki męskie żywotne, niezależnie od typu deklinacyjnego, przejęły w tym przypadku końcówkę *-a*, przeniesioną z dopełniacza, na przykład *widzę człowieka, psa*, nieżywotne pozostały przy końcówce równej mianownikowi, na przykład *widzę telefon, zamek* [Stefan, 2017, s. 266]. Istnieje pewna grupa rzeczowników nieżywotnych, które mają w bierniku końcówkę *-a*, jak na przykład nazwy samochodów, tańców, kart, planet itd. W polszczyźnie potocznej produktywność biernika równego dopełniaczowi jest bardzo duża. Jest ona obserwowana zwłaszcza w odniesieniu do różnych technologii elektronicznych oraz wszystkich aktywności czy działań z nimi związanych (np. *pisze maila, bloga, wysła smsa, ma iPhona*). W nagraniach występują jednak skrajne przykłady, które nie mogą być akceptowane. W grze *Minecraft* jednym z zadań graczy jest zbieranie różnych przedmiotów – w związku z tym pojawiają się konstrukcje typu: *mam diamenta; mogę diamenta wylosować; udało Ci się zdobyć szmaragda; weź tego kamienia*. Same nagrania powstają po to, by *zdobyc lajka*, a w zasadzie jak najwięcej *lajków*.

Z odmianą tych wyrazów wiąże się jeszcze jeden problem, a mianowicie dobór odpowiedniej końcówki dopełniacza. Rzeczowniki męskie nieżywotne mogą przybierać końcówki *-a* oraz *-u*, jednak zasady doboru są skomplikowane. Jedna z nich mówi o przyjmowaniu końcówki *-u* przez wyrazy obce, dlatego prawidłowe są formy *bursztynu, diamentu*, natomiast w nagraniach w zdaniach przeczących notorycznie słyszymy: *nie udało Ci się zdobyć diamenta*. Błędy można zaobserwować nie tylko w użyciu dopełniacza i biernika, dotyczą one również innych przypadków, na przykład: *nie tylko ty potrzebujesz pomocy, również inne superbohaterzy*.

Na płaszczyźnie składniowej w nagraniach przeważają zdania pojedyncze nad złożonymi i współrzędnie złożone nad złożonymi podrzędnie. Zdania są krótkie, niepełne, eliptyczne, bardzo często występują równoważniki zdań. Wynika to przede wszystkim z chęci przekazania jak największej ilości treści, ale przy jak najmniejszym wysiłku słownym. Można tutaj wskazać następujące przykłady: *no weź, graj; ja Cię, no co ty* itd. Równocześnie obserwuje się tendencję do wypierania przypadków syntetycznych przez formy analityczne [Nagórko, 2012, s. 26], na przykład: *zobaczcie na to / na mój filmik*. Niepotrzebny jest tutaj przyimek *na* – czasownik *zobaczyć* wymaga bezprzyimkowego biernika. W przypadku konstrukcji *O! jest kamień, który szukamy; to jest diaks, który potrzebujesz* przy czasownikach wymagających rekcji dopełniaczowej użyty jest mianownik. Także w zdaniach przeczących zamiast oczekiwanej formy dopełniacza występuje biernik, na przykład: *żeby nam tylko koło fortuny nie zniszczył*.

Wskazane powyżej przykłady zjawisk uznawanych za błędy językowe pokazują, że odstępstwa od normy, związane z posługiwaniem się językiem, są niejednorodne i dotyczą różnych płaszczyzn języka. Szybko rozwijające się, plastyczne mózgi dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym nie mają jeszcze utrwalonych wzorców poprawnościowych, gdyż dopiero zaczynają proces edukacji. Dlatego bezkrytycznie kopiują one język swoich idoli, śmiało się nim posługując i utralając błędy.

Podsumowanie

Spśród wszystkich kompetencji językowych za najważniejszą uznaje się mówienie. O opanowaniu tej umiejętności przez dziecko nie świadczy ani zdolność rozumienia kierowanych do niego komunikatów, ani zdolność wypowiadania słów. Dopiero kiedy dziecko przekazuje innym powszechnie przyjęte znaczenia, można uznać, że naprawdę posługuje się mową. Jest to najczęściej używana umiejętność we wszelkiego rodzaju kontaktach społecznych. Stanowi ona również podstawę wyższych czynności intelektualnych człowieka.

Dzieci uczą się mowy przez naśladownictwo, kształtują swój język pod wpływem najbliższych, obserwując i wzorując go na otaczającym środowisku, dlatego należy dbać o to, aby od początku dostarczać im właściwych wzorców. Nie należy zatem używać zdrobnień, spieszczeń, a dodatkowo trzeba unikać błędów językowych. Dziecko nieświadomie kalkuje zachowania językowe osób ze swojego najbliższego otoczenia. Dane dostępne na oficjalnej stronie YouTube'a, mówiące o milionowych odsłonach dziennych, udowadniają, że współcześnie trudno ograniczyć dzieciom dostęp do multimedialnych treści. Są one wszechobecne w ich życiu. Jeśli więc dzieci spędzają dużo czasu, oglądając i słuchając swoich internetowych idoli, przyswajają również ich sposób mówienia.

Język youtuberów opowiadających o grze Minecraft jest oparty przede wszystkim na stylu potocznym. Ich błędy językowe najczęściej wynikają z nieznaności zasad obowiązujących w polszczyźnie oficjalnej, ale niektórzy podkreślają, że może to być również zabieg celowy, który ma przyciągnąć uwagę odbiorcy-dziecka, dopiero poznającego normy poprawnościowe. Błędy popełniane przez youtuberów dotyczą różnych płaszczyzn językowych. Najpowszechniejsze są błędy morfologiczne, dotyczące zarówno odmiany słów rodzimych, jak i dostosowywania do polskich standardów fleksyjnych słów obcych. Dzieci powielają te błędy, nie dbając o estetykę wypowiedzi, przez co nie utralają norm poprawnościowych.

Literatura

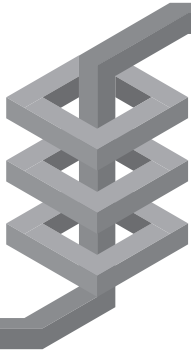
- Clark E.V., 2007, *Przyswajanie języka: słownik i składnia*, [w:] B. Bokus, G.W. Shugar (red.), *Psychologia języka dziecka. Osiągnięcia, nowe perspektywy*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 136–174.
- Czym jest Minecraft?, www.minecraft.net/pl-pl/what-is-minecraft (dostęp: 20.06.2019).
- Gajda S., 2003, *Lingwistyczne podstawy logopedii*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 1, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 11–82.
- Grabias S., 1997, *Mowa i jej zaburzenia*, [w:] T. Gałkowski (red.), *Audiofonologia*, t. X, Lublin: Polski Komitet Audiofonologii, s. 9–36.
- Grabias S., 2014, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [w:] S. Grabias, M. Kurkowski (red.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy. Podręcznik akademicki*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 15–71.
- Grabias S., 2017, *Język w diagnozowaniu umysłu. Terapia logopedyczna a poznawcza i interakcyjna funkcja języka*, [w:] D. Pluta-Wojciechowska, B. Sambor (red.), *Współczesne tendencje w diagnostyce i terapii logopedycznej*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia, s. 35–63.
- Kaczmarek L., 1977, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Kuszek K., 2014, *Kompetencje językowe małego dziecka – zarys problematyki*, „Studia Edukacyjne”, nr 33, s. 45–67.
- Luczyński E., 2004, *Kategoria przypadku w ontogenezie języka polskiego, czyli o wchodzeniu dziecka w rzeczywistość gramatyczną*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Markowski A., 2018, *Kultura języka polskiego. Teoria. Zagadnienia leksykalne*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Nagórko A., 2012, *Podręczna gramatyka języka polskiego*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Nowy kwadratowy świat. Na czym polega fenomen gry MINECRAFT?, www.technologia.dziennik.pl/internet/artykuly/479283,nowy-kwadratowy-swiat-na-czym-polega-fenomen-gry-minecraft.html (dostęp: 20.06.2019).
- Porayski-Pomsta J., 2011, *Zagadnienie periodyzacji rozwoju mowy dziecka*, „Studia Pedagogiczne. Problemy Społeczne, Edukacyjne i Artystyczne”, t. 20, s. 173–198.
- Romanowski R., 2004, *Współczesny język potoczny: analiza i charakterystyka w kontekście aktualnych zjawisk kulturowych*, „Pisma Humanistyczne”, nr 6, s. 128–142.
- Stefan A., 2016, *Substytucje fonetyczne w procesie nabywania kompetencji językowej u dzieci*, [w:] E. Boksa, A. Rosińska-Mamej, J. Senderska (red.), *Język – człowiek – świat. Różne aspekty komunikacji międzyludzkiej*, Kielce: Kieleckie Towarzystwo Naukowe, s. 193–201.
- Stefan A., 2017, *O żywotności rzeczowników nieżywotnych w języku polskim i słoweńskim*, [w:] A. Kołodziej, T. Piasecki (red.), *Słowiańszczyzna dawniej i dziś – język, literatura, kultura. Monografia ze studiów slawistycznych III*, Nakladatelství Pavel Mervart, Červený Kostelec, s. 263–275.
- WHO oficjalnie uznaje uzależnienie od gier wideo za chorobę, www.purepc.pl/rozrywka/who_oficjalnie_uznaje_uzaleznienie_od_gier_wideo_za_chorobe (dostęp: 26.06.2019).
- YouTube, www.youtube.com/intl/pl/yt/about/press (dostęp: 20.06.2019).

Streszczenie

Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się niesłabnącą popularność serwisu internetowego YouTube. Każdy może w nim umieszczać tworzone przez siebie nagrania, a ci, którzy robią to regularnie na swoich kanałach, są nazywani youtuberami. Obserwowanie fenomenu youtuberów i ich wpływu na zachowania językowe współczesnych dzieci stało się inspiracją do powstania tego tekstu. Wypowiedzi dzieci pokazują bowiem, że „niewinne oglądanie” krótkich filmików może mieć na nich duży wpływ. Przedmiotem artykułu jest krótka analiza językowa wypowiedzi youtuberów opowiadających o popularnej wśród dzieci i młodzieży grze Minecraft. Wypowiedzi te cechują różnego rodzaju odstępstwa od normy językowej, przejawiające się na przykład nagminnym stylem potocznym. Podjęte rozważania językoznawcze chcę odnieść do procesu kształtowania się prawidłowych nawyków językowych u dzieci. Nagrania youtuberów są (niestety!) bardzo popularne nawet wśród przedszkolaków. Chcę zwrócić uwagę na ich szkodliwość i możliwy negatywny wpływ na kształtowanie się prawidłowych wzorców językowych.

Abstract

Over the last years, the popularity of the YouTube website has been steadily growing. Everyone can upload the recordings they create, and those who do it regularly on their channels are called YouTubers. The inspiration for this text was observation of the phenomenon of YouTubers and their influence on the linguistic behaviour of modern children. Children's statements show that “innocent watching” of short clips can have a big impact on them. The subject of the article is a short language analysis of YouTuber's statements about the Minecraft game which is popular among children and adolescents. These statements are characterized by various kinds of deviations from the linguistic norm manifested, for example, in the common colloquial style. I want to refer to linguistic considerations to the process of shaping correct language habits in children. YouTuber recordings are (alas) very popular among children, also in early school age, and often if they have younger siblings, also among pre-school children. The paper draws attention to their harmfulness and possible negative impact on the development of correct language patterns.



Recenzje

Małgorzata Ročławska-Daniluk* 

Problemy dysleksji, czyli specyficznych trudności w czytaniu – refleksje na kanwie lektury serii książek Anny Radwańskiej

Problems of dyslexia or specific reading difficulties – reflections based on book series written by Anna Radwańska

Słowa kluczowe: dysleksja, zaburzenia czytania i pisanie, terapia pedagogiczna, glottodydaktyka

Keywords: dyslexia, reading and writing disorders, pedagogical therapy, glottodidactics

Wprowadzenie

Problemy szkolne uczniów na początkowych szczeblach edukacji można analizować z wielu perspektyw. Jedną z najczęściej przyjmowanych w naszym kraju jest tzw. perspektywa dyslektyczna, uznająca za pewnik istnienie zjawiska dysleksji. Badacze reprezentujący ten punkt widzenia odwołują się do prac innych autorów, przez ukanie historii badań nad dysleksją starają się dowieść, jak ważna jest przyjęta przez nich perspektywa i jak istotne jest jej podtrzymywanie. Tymczasem prawdziwe badanie naukowe ma sens tylko wtedy, gdy przedmiot badań – czyli w tym wypadku dysleksja – może być „rozebrany na czynniki pierwsze”, oceniony rygorystycznie, łącznie z możliwością zakwestionowania jego realności, metodologicznych podstaw i ustanowienia nowych paradygmatów badawczych.

Zacznijmy jednak od pytań: „Kto jako pierwszy podjął problematykę lokalizacji mózgowej trudności w czytaniu i pisaniu?”, „Skąd wzięło się zainteresowanie wynikami takich badań i ich praktycznym zastosowaniem?”.

* Uniwersytet Gdański, Wydział Filologiczny, Katedra Logopedii, ul. Bażyńskiego 8, 80-309 Gdańsk, e-mail: malgorzata.roclawska-daniluk@ug.edu.pl, <https://orcid.org/0000-0002-7060-2934>

Dysleksja z perspektywy historycznej

Najdawniejszym zachowanym zapisem dotyczącym umiejscowienia rozmaitych funkcji w mózgu jest „papiirus chirurgiczny” Edwina Smitha, pochodzący ze starożytnego Egiptu, datowany na lata 2500–3000 p.n.e. Jest on uważany za „najstarszy znany dokument naukowy” [Walsh, Darby, 2008, s. 13]. Jego tłumaczenie rozpoczęto dopiero w 1920 roku, podkreślając przy tym niezwykłą dokładność w przedstawianiu urazów różnych części ciała, w tym także głowy i mózgu.

Ustalając chronologię badań mających związek z dysleksją, można zauważyć, iż pierwsze obserwacje dotyczące tego zjawiska datowane są w dostępnych źródłach dopiero na wieki XVIII i XIX. To właśnie wtedy Franz Josef Gall i Johann Spurzheim prowadzili badania dotyczące neuronalnych podstaw różnych funkcji psychicznych. Gall jako pierwszy wskazał na istnienie związku funkcji językowych z rejonem płatów czołowych w mózgu, inspirując Jeana Baptiste’a Bouillauda oraz Paula Broca. Wnikliwe badania mózgow 25 zmarłych osób z objawami afazji zaowocowały koncepcją specjalizacji półkul mózgowych. Po wielu obserwacjach rejon w lewej półkuli mózgu, odpowiedzialny za generowanie mowy, nazwano ośrodkiem Broki, a jego uszkodzenie określono mianem afazji Broki [Robertson, 2001, s. 4]. Znamienny jest fakt, iż już u zarania badań dotyczących mózgowej lokalizacji funkcji językowych pojawiały się próby pseudonaukowych interpretacji zebranych przez Galla danych, dokonywane przez frenologów, którzy – na podstawie kształtu czaszek badanych ludzi – próbowali określać ich talenty i słabości. Kierowali się przeświadczeniem, iż lepiej rozwinięta funkcja psychiczna ma bardziej rozwinięte podłoże neuroanatomiczne, co można dostrzec, przyglądając się uwypukleniom czaszek badanych pacjentów.

Z grona badaczy, którzy zainteresowali się problematyką dysleksji lub inaczej „ślepoty słownej” (ang. *congenital word-blindness*), warto wyróżnić takich lekarzy, jak: okulista i jednocześnie autor określenia *dysleksja* Rudolf Berlin, psychiatra Antonin Heveroch, okulista James Hinshelwood oraz neurolog Samuel Torrey Orton. Ten ostatni w 1949 roku zainicjował powstanie w USA międzynarodowego towarzystwa, znanego pod nazwą Orton Society Dyslexia [Sovak, 1978] lub Towarzystwo Dysleksji im. Ortona [Radwańska, 2017, s. 11].

W Polsce wiedza na temat dysleksji – nazywanej pierwotnie na wzór niemiecki legastenią (niem. *Legasthenie*) – datowana jest na lata międzywojenne. W 1937 roku ukazała się popularnonaukowa broszura Reny Uzdańskiej pt. *Trudności w nauce czytania i pisanie*. Zawarte jest w niej wiele cennych spostrzeżeń dotyczących rodzajów błędów popełnianych w czytaniu przez dzieci, przyczyn występujących trudności, podstawowych metod diagnozy i terapii. Napisana pięknym, choć miejscami nieco już archaicznym językiem, niezwykle komunikatywna i zaskakująco aktualna, powinna nadal być czytana i twórczo wykorzystywana przez rodziców i nauczycieli.

W latach powojennych problematykę dysleksji w naukowy obieg w Polsce wprowadziła Anna Drath, specjalizująca się w psychiatrii dziecięcej. Opublikowała ona w 1959 roku

w czasopiśmie „Szkoła Specjalna” artykuł pt. *Dysleksja*. Jak podaje Marta Bogdanowicz [2016, s. 100], dzięki Drath możliwe było rozpoczęcie terapii z uczniami z trudnościami szkolnymi. W kolejnych latach Drath nie podejmowała już problematyki dysleksji – uwagę skupiła na zagadnieniach dotyczących dzieci nerwicowych [Drath, 1986].

Jednak dopiero prace psycholog Haliny Spionek [1963; 1965] pozwoliły dostrzec w dysleksji pochodną zaburzeń percepcyjno-motorycznych. Szczególną wagę na tym etapie zainteresowania dysleksją przywiązywano do diagnozy zarówno dysleksji, jak i dysgrafii u dzieci, posiłkując się, z braku polskich norm, metodami normalizowanymi we Francji, autorstwa Miry Stambak, Hildy Santucci i René Zazzo. Ocena funkcji językowych w polskojęzycznej populacji była ze zrozumiałych względów bardzo utrudniona, prowadzona bez należytych narzędzi, jedynie na podstawie norm rozwojowych [Bogdanowicz, 2016, s. 100].

Wydanie pierwszego podręcznika do terapii pedagogicznej w Polsce

Nowy rozdział w terapii pedagogicznej w Polsce otworzył podręcznik Barbary Zakrzewskiej pt. *Reedukacja dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu* (wyd. 1976). Opis tej publikacji znajdujemy w pracy Marty Bogdanowicz:

Książka jest pierwszym podręcznikiem w całości poświęconym pomocy uczniom z dysleksją. Zaprezentowano w niej zjawisko dysleksji i terapii pedagogicznej, zajęcia korekcyjno-kompensacyjne: sposób ich przeprowadzania, indywidualne podejście do każdego przypadku oraz specyficzne właściwości stosowanych metod. Modele ćwiczeń wraz z instrukcją (kształcące percepcję i pamięć wzrokową, słuchową, poziom graficzno-motoryczny pisma oraz orientację przestrzenną) stanowią gotowy materiał do pracy z dzieckiem [Bogdanowicz, 2005, s. 123].

Spod pióra Zakrzewskiej wyszło wiele książek adresowanych do przedszkolaków i uczniów szkoły podstawowej. Wśród nich jest pozycja pt. *Trudności w czytaniu i pisaniu. Modele ćwiczeń*, w której autorka opisała trzy skale oceny czytania i pisania, zainspirowane normami czeskimi i austriackimi, odpowiednio zmodyfikowanymi i wzbogaconymi. Jedną z nich jest skala dotycząca techniki czytania. Zgodnie z nią najniżej oceniane „czytanie” to właściwie pseudotechnika czytania [Rocławski, 2005]. Dziecko nieznające większości liter małych i dużych nie powinno jeszcze być oceniane¹, gdyż sytuacja, w której ma za zadanie przeczytać wskazany tekst możliwie jak najlepiej, mogłaby być dla niego zbyt stresująca [Zakrzewska, 1999, s. 199].

¹ Zakrzewska zasygnalizowała w przypisie potrzebę opracowania arkuszy ocen dla zaprezentowanych skal czytania i pisania.

Autorka tego podręcznika w pierwszych zdaniach rozdziału poświęconego najważniejszemu aspektom specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu umieściła ważną deklarację:

Omawianie najważniejszych teoretycznych aspektów problemu specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu (dysleksji) rozpoczniemy od pojęcia prawidłowego czytania i pisania. Bez zrozumienia bowiem istoty umiejętności czytania i pisania nie można przystąpić do analizy ich anomalii i zaburzeń. Nie można też ich przewycięzać i usuwać [Zakrzewska, 1999, s. 15].

Jednak bliższe przyjrzenie się zawartości podręcznika Zakrzewskiej prowadzi do wniosku, że autorka nie zrealizowała swojej wstępnej deklaracji. Poza kilkoma akapitami zawierającymi suche definicje i specjalistyczne określenia w bardzo niewielkim stopniu zdołała wyjaśnić, czym jest czytanie, a w porównaniu z przedwojenną broszurą Uzdańskiej znacznie oddaliła się od wyjaśnienia problematyki czytania. Optymizmem nie napawa także praktykowana przez autorkę zasada dwukrotnego czytania, która ma dawać dziecku poczucie sportowej rywalizacji i zachęcać do przyspieszania tempa, co niestety może przyczynić się do czytania bezrefleksyjnego, będącego w istocie jedynie dekodowaniem (odpoznawaniem) znaków graficznych.

Recenzja serii książek Anny Radwańskiej skierowanych do dzieci z dysleksją

Badania dotyczące dysleksji są intensywnie rozwijane w bardzo wielu ośrodkach w Polsce i za granicą. Ze względu na obszerność takiego zestawienia nie sposób wymienić nawet tych najważniejszych. Pewną orientację w tym zakresie można zyskać, zwracając uwagę na miejsca wydania nowych publikacji, takie jak Instytut Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN w Warszawie, David Fulton Publishers w Londynie czy Gdańskie Wydawnictwo Harmonia.

Wśród wielu różnorodnych podręczników oraz pozycji o charakterze poradnikowym, jakie ukazały się w ostatnich latach w Polsce, znajdują się trzy książki Anny Radwańskiej, opublikowane przez Wydawnictwo Difin². Serię rozpoczyna pozycja pt. *Jak pomóc dziecku z dysleksją. Poradnik dla rodziców i nauczycieli*. Zasadniczą częścią tej publikacji są „ćwiczenia wspomagające naukę czytania i pisania” [Radwańska, 2017, s. 9], usystematyzowane według wieku dzieci, do których są skierowane. Kierując się deklaracją autorki, książka powinna być wyposażona w karty pracy – rodzaj pomocy dydaktycznej często wykorzystywanej w szkołach, a nawet w przedszkolach. Tym razem jednak czytelnik, zamiast nich, musi zadowolić się zbiorem ćwiczeń, z których może samodzielnie ułożyć karty pracy. Jest to niewątpliwie

2 Pełne adresy bibliograficzne znajdują się w literaturze na końcu artykułu.

zgodne z intencją autorki, która wyraźnie zaznacza potrzebę indywidualizacji pracy terapeutycznej z każdym uczniem i być może celowo pozbawia czytelnika tzw. gotowców, skłaniając do poszukiwań odpowiednich materiałów w różnych miejscach poradnika.

Cały siódmy rozdział to bardzo zróżnicowane ćwiczenia – począwszy od wspomagających funkcje wzrokowe, przez ćwiczenia świadomości fonologicznej i pisania, a skończywszy na usprawniających czytanie. W środkowej części siódmego rozdziału znajdują się zasady poprawnej pisowni – niestety, niepozbawione błędów. Należy je więc czytać bardzo uważnie, uwzględnić potrzebę wprowadzenia poprawek na stronach 80–83, w odniesieniu do wyjątków od zasady pisowni „rz” po spółgłoskach (wyraz *wszyscy* nie należy do wyjątków, nie podpada bowiem pod regułę pisowni „rz” po spółgłosce /w/, gdyż wymawiamy go jako /fyszcy/), wymowy „ę” przed spółgłoską /k/ w wyrazie *męka*³, w odniesieniu do pisowni cząstki „chn” na stronie 160, którą trzeba zapisać inaczej w wyrazie *druhna*. Lista pomyłek w zasadach poprawnej pisowni jest dość duża, z konieczności ograniczam się jedynie do zasygnalizowania przykładowych błędów, które nie powinny znaleźć się w publikacji skierowanej do rodziców i nauczycieli.

Zdarzają się autorce także potknięcia świadczące o niedbałej redakcji tekstu, jak te w poniższych przykładach:

Dzieci dotkniętych dysleksją, ja wskazują badania, stanowi od 10–15% wszystkich uczniów, więc każdy nauczyciel w swojej karierze zawodowej spotka się z takim zaburzeniem [...] [Radwańska, 2017, s. 11];

Pamiętaj, że dziecko dyslektyczne może uczyć się w nietypowy sposób, toteż nie należy go nie krytykować (np. ucząc się wiersza na pamięć, może skakać) [Radwańska, 2017, s. 55].

Niepokojące są także błędy w zadaniach skierowanych do uczniów – niektóre ilustracje są zbyt małe, aby można było rozpoznać, co się na nich znajduje (por. rycina na stronie 121), brakuje wyrazów, które uczeń ma odnaleźć w zadaniu (por. strony 140, 141), czy polecenia do ćwiczenia na stronie 109.

Obok tych wyraźnych niedociągnięć w poradniku znajdują się cenne wskazówki, jak na przykład:

Nie obniżaj wymagań edukacyjnych dzieciom dotkniętym dysleksją. Są to osoby z wysokim poziomem inteligencji, trzeba im specjalnych metod nauczania dostosowanych do ich potrzeb, a nie zmniejszania wymagań [Radwańska, 2017, s. 70].

3 Do celów edukacyjnych, aby uniknąć wymowy dwufonemowej /menka/, powinno się analizować z uczniami ten wyraz następująco: /m-ę-k-a/.

W publikacji Radwańskiej na początku została przywołana definicja dysleksji z 1994 roku⁴. Ten słuszny metodologicznie krok miałby swoje uzasadnienie, gdyby autorka wraz z definicją podała sformułowane już przed dziesięcioma laty uwagi do tej definicji, opublikowane w artykule Marty Bogdanowicz [2009, s. 25–27] – skądinał autorki recenzji wydawniczej omawianego poradnika.

Zdaniem Radwańskiej przyczyną specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu jest nieharmonijny rozwój psychomotoryczny dziecka. Warto zauważyć, że są to trudności „specyficzne”, gdyż „występują od początku nauki u dzieci z normalnym poziomem inteligencji, lecz przy nieprawidłowym funkcjonowaniu układu nerwowego” [Radwańska, 2017, s. 12 – podkreślenie M.R.-D.]. W związku z tym wczesne rozpoznanie dysleksji jest zdaniem autorki bardzo ważne. Co więcej, należy pamiętać, aby dysleksji nie diagnozować u dzieci do końca III klasy szkoły podstawowej, ponieważ stopniowo opanowują one i doskonałą umiejętność czytania i pisania [Radwańska, 2017, s. 16]. Spośród nich można jedynie wyłonić grupę tzw. ryzyka dysleksji. W tym celu analizuje się odpowiedzi na 21 pytań skierowanych do opiekunów diagnozowanego dziecka, ustalając stopień zagrożenia dysleksją. Autorka publikuje w całości narzędzie diagnostyczne pt. *Skala ryzyka dysleksji*, przyczyniając się jednocześnie do jego popularyzacji.

Radwańska w wielu miejscach stosuje w swojej publikacji uproszczenia – wprowadza ważne jej zdaniem kwestie w formie wypisów z literatury, haseł lub podpunktów do pobieżnego przeczytania. Potencjalny odbiorca tego poradnika to najprawdopodobniej praktyk, poszukujący raczej materiałów do pracy z dziećmi niż wyjaśnień dotyczących tego, skąd bierze się dysleksja i czym się charakteryzuje. Najprawdopodobniej to założenie towarzyszyło autorce poradnika i może być przyczyną błędów w rozdziałach teoretycznych, takich jak zapisy świadczące o myleniu liter z głoskami na stronie 15 lub niejasne sformułowania dotyczące głosu fonemowego na stronie 17.

W części ćwiczeniowej poradnika autorka propaguje czytanie sylabami lub całościowo (globalnie), niestety, nie wspominając techniki „ślizgania się”, czyli płynnego przechodzenia z głoski na głoskę lub z sylaby na sylabę, z powodzeniem stosowanej już od wielu lat w glottodydaktyce ojczytojęzycznej [Rocławska-Daniluk, 2018]. Słusznie zauważa, że głoskowanie nie powinno się długo utrzymywać, lecz nie wyjaśnia istoty problemu, nie wspomina o czytaniu płynnym, na sposób dorosłego

4 „Dysleksja jest jednym z wielu rodzajów trudności w uczeniu się. Jest specyficznym zaburzeniem o podłożu językowym, uwarunkowanym konstytucjonalnie. Charakteryzuje się trudnościami w dekodowaniu pojedynczych słów, co najczęściej odzwierciedla niewystarczające zdolności przetwarzania fonologicznego. Trudności w dekodowaniu pojedynczych słów są zazwyczaj niewspółmierne do wieku dziecka oraz innych zdolności poznawczych i umiejętności szkolnych: trudności nie są wynikiem ogólnego zaburzenia rozwoju ani zaburzeń sensorycznych. Dysleksja manifestuje się różnorodnymi trudnościami w odniesieniu do różnych form komunikacji językowej, często oprócz trudności w czytaniu (*reading problems*) pojawiają się poważne trudności w opanowaniu sprawności w zakresie czynności pisania (*writing*) i poprawnej pisowni (*spelling*)” [Radwańska, 2017, s. 11–12].

czytelnika. W zamian za to tekst do czytania wyposaża w polecenia „Nauć się pięknie czytać!”, proponując gdzieś tam czytanie naprzemiennie, które wypacza właściwy rytm i powoduje, że dziecko nie chłonie samodzielnie treści, a raczej pilnuje kolejności czytania. Takie zabiegi mobilizują dzieci do kontaktu ze słowem pisanym, lecz nie rozwijają postawy indywidualnego skupienia na odkrywaniu treści, we własnym tempie i w wyznaczonym przez siebie celu.

Zastanawiające jest także przytoczone przez Radwańską stwierdzenie, jakoby dzieci z dysleksją posiadały „nieprawidłowe napięcie mięśniowe narządu mowy”, które może spowodować zmiany głosu w procesie czytania [Radwańska, 2017, s. 36]. Autorka nie podaje źródeł tego poglądu, stąd można wnosić, że kieruje się własną obserwacją dzieci, z którymi pracowała nad usuwaniem zaburzeń czytania i pisania. Pogląd ten z pewnością należałoby poddać wnikliwej ocenie, gdyż sugerowane nieprawidłowości mogą mieć szersze konsekwencje dla dzieci z trudnościami w czytaniu i pisaniu, na przykład w postaci niechęci do słuchania swojego głosu lub mówienia w ogóle.

W drugiej książce z serii – *Jak pomóc dziecku z dysleksją* – wydanej w 2019 roku, Radwańska nie podaje w tytule, iż jej publikacja jest poradnikiem. W podtytule znajduje się jedynie informacja, że są to ćwiczenia dla uczniów klas IV–VI. Z niewiadomych przyczyn w tej części, w porównaniu do części pierwszej, całkowicie pominięto reguły poprawnej pisowni. Zamiast tego z całą mocą podkreślono, jak ważna jest praca korekcyjno-kompensacyjna oraz zaapelowano do rodziców, aby wspomagali nauczycieli i swoje dzieci w osiągnięciu sukcesu edukacyjnego [Radwańska, 2019a, s. 176]. Część teoretyczna tej pozycji jest bardzo skromna, zawiera przedruki i krótkie analizy rozporządzenia Ministerstwa Edukacji Narodowej z 9 sierpnia 2017 roku, zdawkowe omówienia metod: dobrego startu, 18 struktur wyrazowych oraz 7 walezek. Nieco bardziej szczegółowo opisuje metody pracy z dziećmi z dysleksją na poszczególnych przedmiotach szkolnych.

Część praktyczna zawiera szereg ćwiczeń utrzymanych w podobnym stylu jak w pierwszej części poradnika.

W trzeciej publikacji z serii na pierwszy plan wybija się samoocena ucznia. Poradnik jest z jednej strony skierowany do uczniów klas VII i VIII szkoły podstawowej, o czym możemy przeczytać w rozdziale wstępnym, ale z drugiej strony podtytuł zawiera sformułowanie: „poradnik dla rodziców i nauczycieli”. Trudno więc stwierdzić, kto jest jego odbiorcą. Znajdziemy w nim dwa testy zaczerpnięte z publikacji Rickiego Linksmana [2005]: test na style uczenia się oraz test pozwalający ustalić dominującą półkulę mózgową. Wiele zastrzeżeń budzi rycina opublikowana na stronie 28, przypominająca dwie półkule mózgowie, pozbawiona nazwy, za to pełna danych pochodzących z niewiadomego źródła. Są to dane o tyle interesujące, o ile można przypisać jakąś wartość powielanym w wielu publikacjach schematom odnoszącym się do specjalizacji pewnych obszarów naszych mózgów, a zapoczątkowanych już w czasach starożytnych.

Pozostając jeszcze przez chwilę przy problematyce dotyczĄcej myślenia, natrafiamy na następujący fragment opublikowany w rozdziale *Jak myśli uczeń z dysleksją?*:

Myślenie: tematem myślenia mogą być: wydarzenia (obecne, zapamiętane, wyobrażone), rzeczy, problemy; odzwierciedla, analizuje i ocenia sytuacje; może dotyczyć *teraźniejszości, przeszłości i przyszłości* [Radwańska, 2019b, s. 29].

Z tym tematem wiąże się jeszcze jedna zaskakująca informacja, którą Radwańska zaczerpnęła z pozycji pt. *Dar dysleksji. Dlaczego niektórzy zdolni ludzie nie umieją czytać i jak mogą się nauczyć* [Davis, Braun, 2001]. Według jej autorów obrazy w umyśle ucznia z dysleksją pojawiają się z prędkością 32 na sekundę. Radwańska stwierdza dodatkowo, iż „myślenie niewerbalne jest głębsze, całościowe, bardziej wyraziste, ewolucyjne” [Radwańska, 2019b, s. 30].

Część praktyczna zawiera duży zbiór tekstów do czytania, przedrukowanych z różnych źródeł, podanych w dwóch wersjach graficznych: ułatwiającej czytanie osobie z dysleksją oraz tradycyjnej, która według autorki stanowi duże utrudnienie dla uczniów z problemami w nauce czytania. Zagadnienie wielkości czcionki i jej kroju nie zostało omówione w części teoretycznej poradnika, toteż trudno dociec, skąd autorka czerpie prezentowane poglądy, czy zamierza poddać je rzetelnej, naukowej ocenie. Ponieważ jest doświadczonym praktykiem, ponownie można domniemywać, iż odwołuje się do osobistych obserwacji, co byłoby warte odnotowania i skomentowania, chociażby w przypisie. Ponadto w bibliografii brakuje pozycji, do których Radwańska odwołuje się w tekście, takich jak prace Barbary Arusztowicz, Leona Niebrzydowskiego czy Henryka Kulasa. Tego rodzaju niedociągnięć można było uniknąć na etapie dokładnej redakcji tekstu, której w tym wypadku zabrakło.

Zakończenie

Pomoc dziecku z dysleksją nie należy do łatwych zadań. Jest to najczęściej żmudny proces, wymagający zaangażowania wielu osób, a przede wszystkim zmotywowania do pracy samego dziecka. Tylko dobrze przygotowany nauczyciel podoła temu zadaniu, doborze właściwe pomoce dydaktyczne, sięgnie po odpowiednie poradniki i właściwie wykorzysta zawartą w nich wiedzę.

W 1997 roku podczas międzynarodowej konferencji w Grecji, profesor Peter Pumfrey z Uniwersytetu w Manchesterze wypowiedział słowa, które pozostaną na zawsze w mojej pamięci: „Kulturowe i ekonomiczne zubożenie człowieka przeprowadza się na wiele sposobów, jednym z nich jest nazwanie go osobą z dysleksją (dyslektykiem)”. Po wielu latach powracam do tego stwierdzenia, aby zadać pytanie o skutki niepodejmowania właściwych działań, które mogłyby uchronić dzieci przed dysleksją.

Odpowiednie, możliwie zindywidualizowane podejście jest potrzebne każdemu dziecku, na każdym etapie dorastania do samodzielności. Niewystarczające zdolności przetwarzania fonologicznego można zminimalizować, rozwijając między innymi sprawności dzieci w zakresie syntez i analiz, o których wiele mówią wyniki obserwacji glottodydaktycznych [Rocławska-Daniluk, 2007; Harmacińska-Kowalewska, 2018].

Jestem zdania, iż nauczanie czytania i pisania, prowadzone w sposób w pełni przemyślany, może zapobiec wypaczeniom, jakie zawsze pojawiają się tam, gdzie brakuje rzetelności i wiedzy. Może także uciekać się do selekcjonowania dzieci, nadawania im nazw, umieszczania w specjalnych oddziałach. Takie dwie perspektywy są nadal obecne w teorii i praktyce terapeutycznej, stąd warto zadać sobie trud wnikliwej oceny każdej z nich.

Błędem jest podtrzymywanie perspektywy badawczej, zgodnie z którą poglądy na temat dysleksji są powielane w sposób bezkrytyczny. Jak można wnosić z przedstawionych tu analiz, w pracach poświęconych dysleksji da się znaleźć wiele kwestii wymagających dalszych szczegółowych badań, które warto konfrontować z możliwie szerokim kręgiem uczonych – nie tylko teoretyków, lecz także praktyków, borykających się z konkretnymi problemami szkolnymi swoich uczniów.

Literatura

- Bogdanowicz M., 2009, *Fakty, mity i kontrowersje wokół diagnozy dysleksji*, [w:] G. Krasowicz-Kupis (red.), *Diagnoza dysleksji. Najważniejsze problemy*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia, s. 16–39.
- Bogdanowicz M. (red.), 2005, *Terapia pedagogiczna. Przewodnik bibliograficzny*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Bogdanowicz M. (red.), 2016, *Dysleksja w wieku dorosłym*, Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Davis R.D., Braun E.M., 2001, *Dar dysleksji. Dlaczego niektórzy zdolni ludzie nie umieją czytać i jak mogą się nauczyć*, Warszawa: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Drath A., 1959, *Dysleksja*, „Szkoła Specjalna”, nr 4–5, s. 194–201.
- Drath A., 1986, *Jak postępować z dzieckiem nerwicowym*, Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
- Harmacińska-Kowalewska M., 2018, *Pamięć dziecka a syntetyzowanie wyrazów z fonemów na etapie przygotowania do nauki czytania i pisania*, niepublikowana rozprawa doktorska, Wydział Filologiczny Uniwersytetu Gdańskiego, promotor: M. Rocławska-Daniluk.
- Linksman R., 2005, *W jaki sposób szybko się uczyć*, Warszawa: Świat Książki.
- Radwańska A., 2017, *Jak pomóc dziecku z dysleksją. Poradnik dla rodziców i nauczycieli*, Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Radwańska A., 2019a, *Jak pomóc dziecku z dysleksją: ćwiczenia dla uczniów klas 4–6. Część 2*, Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Radwańska A., 2019b, *Jak pomóc dziecku z dysleksją: poradnik dla rodziców i nauczycieli: ćwiczenia praktyczne dla uczniów 7–8 klasy szkoły podstawowej. Część 3*, Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Robertson J., 2001, *Dyslexia and Reading. A Neuropsychological Approach*, London–Philadelphia: Whurr Publishers.
- Rocławska-Daniluk M., 2007, *Rozwój sprawności syntetyzowania wyrazów z fonemów w grupie dzieci 6-letnich*, Gdańsk: Glottispol.

- Ročławska-Daniluk M., 2018, *Czytanie i pisanie. Metodyka zajęc korekcyjno-wyrównawczych*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Ročławski B., 2005, *Badanie tempa i techniki czytania*, Gdańsk: Glottispol.
- Sovak M., 1978, *Logopedie*, Praha: Státni pedagogické nakladatelství.
- Spionek H., 1963, *Rozwój i wychowanie małego dziecka*, Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Spionek H., 1965, *Zaburzenia psychoruchowego rozwoju dziecka*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Uzdąńska R., 1937, *Trudności w nauce czytania i pisania*, <http://pbc.gda.pl/dlibra/doccontent?id=12405> (dostęp: 20.07.2019).
- Walsh K., Darby D., 2008, *Neuropsychologia kliniczna Walsha*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Zakrzewska B., 1999, *Trudności w czytaniu i pisaniu. Modele ćwiczeń*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne SA.
-

Streszczenie

Celem artykułu jest dokonanie przeglądu wybranej literatury dotyczącej dysleksji, opublikowanej w Polsce. Opis ukazuje perspektywę historyczną badań, a jego kulminacyjnym fragmentem jest recenzja serii opublikowanej w Wydawnictwie Difin przez Annę Radwańską w latach 2017–2019 pt. *Jak pomóc dziecku z dysleksją*. Rozważania podsumowuje wskazanie dwóch perspektyw badawczych problematyki zaburzeń czytania i pisania, jakie rozwijane są obecnie w Polsce.

Abstract

The aim of the article is a review of selected literature on dyslexia published in Poland described from the historical perspective. The integral part of the review is devoted to the series *Jak pomóc dziecku z dysleksją* written by A. Radwańska and published by Difin in 2017–2019. This study has identified two scientific perspectives nowadays developed in Poland connected with reading and writing difficulties.

Ewa Gacka* 

Recenzja: Henryk Panusz, *Spacer w zoo: wiersze i zagadki z quizem*, Wydawnictwo Henryk Panusz, Łódź 2018

Na pomoc edukacyjną *Spacer w zoo: wiersze i zagadki z quizem* autorstwa Henryka Panusza składa się książeczka z rymowanymi zagadkami (dotyczącymi mieszkańców tytułowego zoo), quiz sprawdzający wiedzę dzieci na temat wyglądu, środowiska i trybu życia wybranych zwierząt oraz sześć kompletów puzzli z dołączonymi wzorami, na których przedstawiono bohaterów poszczególnych wierszowanych zagadek.

Zestaw jest adresowany przede wszystkim do dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, ale sięgnąć po niego mogą także nieco starsi czytelnicy. Stanowi dobrą okazję do wspólnej lektury i kształcącej zabawy zarówno dla dzieci, jak i ich rodziców czy opiekunów. Podczas zajęć dydaktycznych skorzystać z niego mogą również nauczyciele wychowania przedszkolnego oraz edukacji wczesnoszkolnej. Może on przydać się w pracy terapeutycznej także takim specjalistom jak pedagodzy, psycholodzy czy logopedzi.

Z prezentowanej pomocy można korzystać w całości lub z wybranych jej części – w zależności od wieku, chęci i możliwości psychofizycznych poszczególnych dzieci. I tak w przypadku najmłodszych odbiorców najbardziej zasadne będzie czytanie przez rodziców bądź opiekunów wierszyków i na ich podstawie opowiadanie o zwierzątkach, zadawanie pytań do wysłuchanych przez dzieci treści, rozpoznawanie zwierząt na ilustracjach. Dla starszych atrakcyjne może być układanie puzzli czy rozwiązywanie quizu z pomocą dorosłych. W przypadku najstarszych dzieci (już

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: ewa.gacka@uni.lodz.pl, <https://orcid.org/0000-0001-6444-4506>

czytających i piszących) dobrym pomysłem będzie motywowanie do samodzielnego rozwiązania testu o zwierzętach, a w razie trudności do poszukania niezbędnych informacji w innych książkach bądź na stronach internetowych, do czego zachęca sam autor, podając konkretne adresy.

Rymowane wierszyki-zagadki w atrakcyjnej dla dziecka formie dostarczają podstawowych wiadomości na temat wybranych zwierząt i stanowią przygotowanie do planowanego spaceru po ogrodzie zoologicznym bądź przywołują wspomnienia z wizyty w zoo. Pomagają rozwijać wyobraźnię, pamięć słuchową, a także słownictwo. Mogą stać się punktem wyjścia do rozmów z dziećmi, kształtujących ich umiejętności dialogowe. Stanowią więc doskonały przykład pomocy, którą można wykorzystać w stymulowaniu zdolności językowych dziecka – i to zarówno rozwijającego się prawidłowo, jak i tego z pewnymi deficytami. Układanie puzzli (będących częścią zestawu edukacyjnego) rozwija wyobraźnię przestrzenną, koordynację wzrokowo-ruchową, spostrzegawczość oraz sprawność manualną.

W książeczce znalazło się miejsce na własne notatki lub rysunki dziecka, co sprawia, że zyskuje ona niepowtarzalny, spersonalizowany charakter. Zamieszczony w niej kupon konkursowy, którego prawidłowe wypełnienie (wpisanie odpowiedzi na pytania zawarte w quizie) i przesłanie do wydawnictwa pozwala na udział w losowaniu nagrody, stanowi dodatkową inspirację do zabawy.

Niewątpliwym walorem zestawu jest także to, że zachęca on do wspólnej zabawy i wspólnego spędzenia czasu przez dzieci i rodziców, a także pomaga w rozwoju nawyku czytania u najmłodszych.



Sprawozdania

Mateusz Szurek* , Ewelina Zajac* 

***Interdyscyplinarne aspekty diagnozy
i terapii logopedycznej***
Łódź, 19 października 2019 roku
(sprawozdanie z konferencji naukowej)

W dniu 19 października 2019 roku w Łodzi odbyła się konferencja naukowa zatytułowana *Interdyscyplinarne aspekty diagnozy i terapii logopedycznej*. Została ona zorganizowana przez Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii Uniwersytetu Łódzkiego. Obrady toczyły się w budynku Wydziału Filologicznego UŁ znajdującym się przy ulicy Pomorskiej 171/173. Wydarzenie zostało objęte honorowym patronatem przez Jego Magnificencję Rektora Uniwersytetu Łódzkiego prof. dra hab. Antoniego Różalskiego oraz Prezydent Miasta Łodzi Hannę Zdanowską. Patronat medialny nad konferencją sprawowały TVP3 Łódź oraz Radio Parada.

Konferencję otworzyli: prorektor ds. studenckich dr hab. prof. UŁ Tomasz Cieślak, wicedyrektor ds. naukowych Instytutu Filologii Polskiej i Logopedii dr hab. prof. UŁ Rafał Zarębski oraz kierownik Zakładu Dialektologii Polskiej i Logopedii dr hab. prof. UŁ Irena Jaros.

Tegoroczna konferencja była okazją do spotkania specjalistów różnych dziedzin, w których kręgu zainteresowań znajdują się biologiczne i społeczne uwarunkowania mowy. Wydarzenie dało możliwość ukazania logopedii jako dziedziny o interdyscyplinarnych podstawach oraz przyczyniło się do kontynuacji dyskusji i współpracy

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Instytut Filologii Polskiej i Logopedii, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: mateusz.szurek@uni.lodz.pl, <https://orcid.org/0000-0001-5513-2789>

** 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, <https://orcid.org/0000-0002-5076-8347>

specjalistów zajmujących się pomocą dzieciom i dorosłym z zaburzeniami mowy i języka. Do udziału w dyskusji zaproszeni zostali rozmaici specjaliści: logopedzi, audiologodzy, foniatry, pedagodzy, psychologodzy, ortodenci, fizjoterapeuci, językoznawcy – pozwoliło to na wieloaspektowe spojrzenie na skomplikowane zagadnienie, jakim jest szeroko pojęta komunikacja. Spotkanie specjalistów tak wielu dyscyplin okazało się bardzo konstruktywne – umożliwiło stworzenie wspólnej wielospecjalistycznej przestrzeni dla diagnozy i terapii na miarę XXI wieku.

Konferencja zgromadziła ponad stu uczestników, reprezentujących różne zawody i profesje, między innymi logopedów, pedagogów, psychologów, lekarzy, nauczycieli wychowania przedszkolnego i edukacji wczesnoszkolnej, fizjoterapeutów oraz liczne grono studentów logopedii. Wygłoszonych zostało trzydzieści siedem referatów. Prelegenci reprezentowali następujące ośrodki naukowe i badawcze: Uniwersytet Łódzki (UŁ), Uniwersytet Gdański (UG), Uniwersytet Warszawski (UW), Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie (UMCS), Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu (UMK), Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu (UAM), Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy (UKW), Uniwersytet Śląski (UŚ), Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach (UJK), Uniwersytet Medyczny w Łodzi (UM), Akademię Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie (APS), Państwową Uczelnię im. Stefana Batorego w Skierniewicach, Wyższą Szkołę Pedagogiczną im. J. Korczaka w Warszawie (WSP), Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi (WWCOiT), Grupową Praktykę Stomatologiczną w Bolesławcu, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Gliwicach, Niepubliczną Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną „Świątokrzyska” w Kielcach.

Podczas wystąpień plenarnych, którym przewodniczyła dr hab. prof. UŁ Irena Jaros, wygłoszono cztery referaty. Dr hab. prof. UŁ Danuta Pluta-Wojciechowska przedstawiła logopedię na tle i w kontekście lingwistyki, medycyny, pedagogiki i psychologii. Sformułowała również tezę, że spotkanie różnych metodologii może owocować nowym spojrzeniem na diagnozę i terapię osób z zaburzeniami mowy, jednakże z poszanowaniem charakterystycznych dla poszczególnych dyscyplin sposobów analizy objawów i przyczyn dysfunkcji mowy, a także różnych sposobów pomocy. Przedmiotem referatu dra hab. prof. APS Sławomira Śniatkowskiego był sposób wykorzystania słownictwa specjalistycznego z różnych dyscyplin naukowych (medycyna, psychologia, pedagogika, językoznawstwo) w rozwoju teoretyczno-metodologicznych podstaw diagnozy i terapii logopedycznej oraz ukazanie różnic w sposobie postrzegania przedmiotu logopedii i opisie zagadnień logopedycznych (ujęcia multi-, inter- i transdyscyplinarne). Kolejni referenci reprezentujący Uniwersytet Gdański – dr hab. prof. UG Stanisław Milewski i dr hab. prof. UG Katarzyna Kaczorowska-Bray – zwrócili uwagę na to, że problemy komunikowania się osób w wieku senioralnym są niezwykle złożone i nie w pełni zbadane, a wyodrębnienie się gerontologii wymaga wypracowania szczegółowej metodologii naukowego poznania

zmian w komunikacji, towarzyszących starości zarówno fizjologicznej, jak i powikłanej procesami patologicznymi. Ostatnim referentem podczas wystąpień plenarnych był prof. dr hab. n. med. Jurek Olszewski, reprezentujący Uniwersytet Medyczny w Łodzi, który przedstawił przydatność analizy akustycznej i wydolnościowej w ocenie głosu śpiewaczego.

Po wystąpieniach plenarnych obrady odbywały się w czterech sekcjach. W pierwszej prof. dr hab. n. med. Grażyna Śmiech-Słomkowska (UM) omówiła czynności fizjologiczne jamy ustnej, a lek. stom. Monika Ośko, reprezentująca Grupową Praktykę Stomatologiczną w Bolesławcu, przedstawiła zaburzenia funkcji motorycznych jamy ustnej oraz koncepcję hierarchii funkcji motorycznych według filozofii MFS. Następnie dr hab. Natalia Siudzińska (UW) opisała postępowanie terapeutyczne w pierwszych latach życia dziecka z zespołem van der Woude'a. Jest to zespół wad wrodzonych, wśród których występuje rozszczep podniebienia, mający istotny wpływ na rozwój mowy dzieci dotkniętych tą chorobą. Dr n. med. Janusz Konopacki (WWCOiT) podkreślił w swoim wystąpieniu, że logopedia jest interdyscyplinarna i bez szerokiej współpracy specjalistycznej nieskuteczna. Zwrócił także uwagę na zakres autonomiczności pracy logopedy.

W drugiej sekcji dr Marta Wysocka (UMCS) zaprezentowała autorski program służący usprawnianiu percepcji poszczególnych cech i zjawisk prozodycznych. Jego celem jest systematyzacja działań terapeutycznych umożliwiających osobom z dysprozodią oraz tym, które chcą podnosić poziom swoich umiejętności prozodycznych, opanowanie kompetencji i sprawności niezbędnych do rozumienia zjawisk prozodycznych i adekwatnego ich użycia w komunikacji. Następnie dr Agnieszka Hamerlińska (UMK) opisała zjawisko hiposomii u osób po laryngektomii całkowitej. Z kolei mgr Izabela Buczyńska (Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Gliwicach) omówiła obraz kliniczny dysfagii popromiennej w ujęciu logopedyczno-medycznym oraz model postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oparty na autorskich ankietach, skalach i kwestionariuszach diagnostycznych. Sekcję B zamknął referat lic. Marty Kosickiej (UŁ), w którym przedstawione zostały wyniki badań odnoszących się do wiedzy nauczycieli oraz studentów edukacji wczesnoszkolnej i wychowania przedszkolnego na temat dysfunkcji oraz parafunkcji zespołu ustno-twarzowego.

Sekcję trzecią rozpoczął referat dr hab. Olgi Jauer-Niworowskiej (UW), w którym zostały omówione strategie kompensacyjne stosowane w terapii pacjentów z dyzartycznymi i/lub komunikacyjno-językowymi zaburzeniami mowy w wyniku zaburzeń struktur podkorowych mózgu. Następnie dr Wojciech Lipski (UMCS) wskazał liczne powiązania między psychologią behawioralną a terapią logopedyczną, zwracając szczególną uwagę na stosowaną analizę zachowania (SAZ). Kolejne referentki – dr Justyna Żulewska (APS) i dr Karolina Pożoga (UJK) – przedstawiły wyniki badań, których celem było oszacowanie stopnia wypalenia zawodowego wśród logopedów z oddziałów rehabilitacji neurologicznej oraz poznanie jego przyczyn. Obrady

w sekcji zakończyło wystąpienie mgr Aleksandry Szczygieł z Państwowej Uczelni im. Stefana Batorego w Skierniewicach, w którym przedstawione zostały wyniki badań własnych dotyczących świadomości społecznej na temat potencjalnych zagrożeń związanych z nadużywaniem akcesoriów dziecięcych, a także wnioski dotyczące wagi uwzględnienia problematyki stymulacji przedsionkowej oraz posturalnej w terapii i prewencji rozwoju zaburzeń mowy.

W ostatniej sekcji również wygłoszono cztery referaty. Pierwszy z nich przedstawiła dr Renata Gliwa (UŁ). Omówiła ona fluencję słowną osób z chorobą Alzheimera. W kolejnym wystąpieniu dr Justyna Antczak-Kujawin (UŁ) zaprezentowała wstępne wyniki badań przeprowadzonych przy zastosowaniu kwestionariusza SCAP-A w grupie osób w wieku senioralnym, starzejących się fizjologicznie. Następnie mgr Magdalena Kokot (UG) przedstawiła sposoby wsparcia terapii neurologopedycznej pacjentów po udarze mózgu. Na zakończenie sekcji mgr Justyna Socha (UŁ) zaprezentowała referat poświęcony badaniom empirycznym na temat zaburzeń narracji w otępieniu alzheimerowskim.

Podczas przerw między sekcjami odbywały się sesje posterowe. Plakat dr Urszuli Jęczeń (UMCS) dotyczył roli definicji kognitywnej w procesie diagnozowania kompetencji językowej (na poziomie sprawności semantycznej, leksykalnej i składniowej) dzieci w normie i osób niepełnosprawnych intelektualnie. Mgr Kamila Szpyra (UŚ) na swoim posterze przedstawiła wpływ MPD na kompetencję narracyjną u osób dorosłych, natomiast plakat mgr Aleksandry Jastrzębowskiej-Jasińskiej (WSP) dotyczył zastosowania modelu podatność–stres w programowaniu terapii niepełności mówienia.

Obrady popołudniowe również zostały podzielone na cztery sekcje. W pierwszej swoje wystąpienia zaprezentowali: dr Aneta Wojciechowska (UAM), dr Ewa Gacka (UŁ), dr Maria Faściszewska (UG), mgr Łukasz Kowalczyk (APS) oraz lic. Krystian Manicki (UKW). Wystąpienie pierwszej z referentek miało na celu wskazanie podobieństw i różnic między alalią a zaburzeniem ze spektrum autyzmu, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju mowy. Dr Gacka przedstawiła referat na temat profilaktyki logopedycznej II stopnia skierowanej na dzieci z małą urodzeniową masą ciała. Dr Faściszewska swoje wystąpienie poświęciła zagadnieniom związanym z diagnozą jąkających się dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym wieku szkolnym. Skupiła się na przedstawieniu najczęściej występujących trudności u dzieci jąkających się oraz szczegółowo omówiła problematykę diagnozy i kryteria obserwacji dziecka. Temat kolejnego wystąpienia również dotyczył zagadnienia związanego z jąkaniem. Mgr Kowalczyk przedstawił zmodyfikowaną wersję modelu góry lodowej Sheehana, aby opisać istotę jąkania w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Ostatni referat w tej sekcji, wygłoszony przez lic. Krystiana Manickiego, dotyczył natomiast zaburzeń rozwoju mowy dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym.

Obrady w drugiej sekcji rozpoczęły dr Joanna Zawadka, dr Marlena Kurowska i dr Elżbieta Sadowska (UW), które w swoim wystąpieniu zwróciły uwagę

na wybrane kwestie problemowe związane z właściwym rozpoznaniem złożoności sytuacji językowej dzieci dwujęzycznych w trakcie diagnozy logopedycznej. Autorki przedstawiały także propozycję kwestionariusza przeznaczonego dla logopedów, który umożliwi im bliższe poznanie sytuacji, w jakiej dokonuje się przyswajanie obu języków przez dziecko. Drugi z referatów, autorstwa dr Michaliny Biernackiej (UŁ), także poświęcono glottodydaktyce – jego celem było zaprezentowanie zakresu, w jakim wiedza glottodydaktyczna może przydać się w codziennej pracy logopedy. Dr Joanna Jatkowska (UKW) poruszyła temat zastosowania nowych technologii w terapii logopedycznej dzieci z zaburzeniami mowy, a także omówiła własne doświadczenia dotyczące korzystania z logopedycznej platformy e-learningowej.

Wśród referentów obradujących w trzeciej sekcji znalazły się dr hab. Katarzyna Jachimowska i lic. Paulina Pawłowska (UŁ). Zaprezentowały one referat dotyczący psychologicznych i językowych uwarunkowań nabywania znaczeń wyrazów przez dzieci w wieku przedszkolnym. Następnie dr Monika Kaźmierczak (UŁ) przedstawiła wykorzystanie metody P4C (ang. *Philosophy for Children*) Matthew Lipmana w definiowaniu pojęć przez dzieci w wieku przedszkolnym. Kolejna referentka – dr Izabela Ejsmunt-Wieczorek (UŁ) – wygłosiła referat na temat polisemantyzmów w zasobie leksykalnym dzieci przedszkolnych. W wystąpieniu mgr Anny Karowicz (Państwowa Uczelnia im. Stefana Batorego w Skierniewicach) przedstawione zostały argumenty przemawiające za tym, że kompleksowa diagnoza jest niezbędnym elementem terapii logopedycznej, zwłaszcza dzieci z opóźnionym rozwojem mowy.

W ostatniej sekcji dr hab. prof. UKW Dorota Podgórska-Jachnik poruszyła problem nieśmiałości w odniesieniu do mutyzmu wybiórczego, zwracając uwagę na diagnostykę różnicową i strategię wspierającą funkcjonowanie dziecka. Następnie dr hab. prof. UŁ Renata Marciniak-Firadza omówiła diagnozowanie i metody terapii dziecka/ucznia z mutyzmem wybiórczym, a dr Ewa Kos (UŁ) przedstawiła specyfikę tego zaburzenia w kontekście funkcjonowania dziecka w środowisku pozarodzinym. Wystąpienie mgr Alicji Chilińskiej-Pułkowskiej (UG) dotyczyło komunikacji osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Obrady w sekcji zakończyło wystąpienie mgr Tomasza Wiecha (Niepubliczna Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna „Świętokrzyska” w Kielcach) na temat terapii zaburzeń języka i mowy chłopców z zespołem kruchego chromosomu X.

Podsumowania konferencji dokonała dr hab. prof. UŁ Irena Jaros, która podziękowała prelegentom i słuchaczom za udział w obradach i dyskusjach. Po zakończeniu konferencji uczestnicy wzięli udział w pięciu warsztatach przeprowadzonych przez: dr Agnieszkę Hamerlińską (*Mowa przełykowa i przetokowa, czyli o terapii logopedycznej osób po laryngektomii całkowitej*), mgr Dominikę Kozłowską-Wojnar (*Zaburzenia mowy, zaburzenia przełykania, rurka tracheotomijna u pacjentów po leczeniu onkologicznym nowotworów jamy ustnej*), mgr Aleksandrę Wojciechowską (*Wpływ małej i dużej motoryki na rozwój mowy w aspekcie terapii integracji sensorycznej*), mgr Ewelinę Retelewską-Guc (*Dobór odpowiednich pozycji do karmienia w oparciu*

o metody neurofizjologiczne na podstawie własnych doświadczeń) oraz mgr Monikę Knychalską-Zbierańską (Trening słuchowy, wzrokowy i motoryczny – Metoda Warnkego i jej rola/miejsce w diagnozie i terapii logopedycznej).

Uczestnicy konferencji stworzyli doskonałą atmosferę do wymiany myśli naukowej. Spotkanie stało się także okazją do nawiązania współpracy między specjalistami, którym bliskie są zagadnienia związane z logopedią, podkreślając tym samym jej interdyscyplinarność.

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: a) merytorycznym, zwracając uwagę na zgodność tematyki zgłoszonej pracy z profilem czasopisma, b) 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 (podany 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).

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 Times New Roman 12 pkt; 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 oraz adres e-mail;
 - b) tytuł: wyśrodkowany pogrubioną czcionką Times New Roman 12 pkt;
 - c) marginesy: 2,5 cm;
 - d) wcięcie akapitowe w tekście: 1,25 cm (wcięcia akapitowe należy wykonać przez wprowadzenie stałego wcięcia w oknie *Akapit*; prosimy nie robić wcięć spacjami);
 - e) tekst artykułu oraz przypisy wyrównane do lewego marginesu, bez dzielenia wyrazów;
 - f) czcionka:
 - tekst główny – Times New Roman 12 pkt, interlinia 1,5 pkt,
 - przypisy – Times New Roman 10 pkt, interlinia 1 pkt;
 - g) każdy element graficzny (tabela, wykres, fotografia itp.) w tekście powinien być opatrzony tytułem oraz informacją o źródle;
 - h) cytaty:
 - włączone w tekst (do 3 wersów) w cudzysłowie;
 - dłuższe cytaty (ponadtrzywersowe) – czcionka 10 pkt, wcięcie z lewej 0,5 cm, interlinia 1 pkt.;
 - i) zwroty obcojęzyczne wplecione w tekst polski – kursywą;
 - j) analizowane wyrażenia – kursywą;
 - k) znaczenia omawianych wyrazów w tzw. łapkach ‘ ’;
 - l) wyróżnienia – pogrubione;
 - m) śródtytuły – czcionka 12 pkt pogrubiona;
 - n) uwagi odautorskie (w tym opuszczenia w cytatach) w nawiasach kwadratowych.

Informacje bibliograficzne:

- 1) w tekście głównym, w nawiasach kwadratowych, wg wzoru: nazwisko, rok wydania, strona, np. [Pluta-Wojciechowska, 2011, s. 43];
- 2) do każdego odwołania w tekście głównym należy podać pełny opis bibliograficzny w bibliografii, zamieszczonej po tekście głównym wg następującego wzoru:
 - a) nagłówek: Literatura (12 pkt pogrubione);
 - b) tytuły publikacji zwartych oraz tytuły rozdziałów/artykułów pojawiające się w tekście głównym i przypisach – kursywą, bez cudzysłowów, a w literaturze np. Gacka Ewa, 2014, *Zaburzenia rozwoju mowy u dzieci z porodów przedwczesnych. Diagnoza i efekty oddziaływań terapeutycznych*, Gdańsk: Harmonia Universalis; Marciniak-Firadza Renata, 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 cudzysłowach, antykwą, np. Kaźmierczak Monika, 2016, *Świadomość celu w pracy logopedy i pacjenta z zaburzeniami głosu*, „Pedagogika”, t. XXV, nr 1, s. 87–97;
 - d) adresy stron internetowych antykwą, z hiperłączem; do każdego adresu powinna być podana w nawiasach okrągłych data dostępu do strony, np. www.uke.gov.pl/aktualnosci-800 (dostęp: 10.04.2016);
 - e) odsyłacze w tekście głównym do źródeł internetowych wg wzoru (por. ze wzorami opisu bibliograficznego): nazwisko autora, rok publikacji w Internecie, np. [Bauer, 2009], nazwisko autora, np. [Wierzbicka, b.r.], tytuł publikacji lub skrócony tytuł publikacji i rok publikacji w Internecie, jeśli jest znany, np. [Celebryci trafią na uniwersytety?, 2013], adres strony lub skrócony adres strony, np. [http://filolog.uni.lodz.pl].

Źródła internetowe:

- Bauer Zbigniew, 2009, *Tabloidyżacja*, <http://www.slideshare.net/52zbigi/tabloidyżacja> (dostęp: 12.04.2016).
- *Celebryci trafią na uniwersytety? Wygląda na to, że to nieuniknione*, 2013, <http://www.polskatimes.pl/artykul/1061304,celebryci-trafia-na-uniwersytety-wyglada-na-to-ze-to-nieuniknione,2,id,t,sa.htm> (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.

Stosowane skróty:

- pod tekstem, przed literaturą;
- nagłówek: Wykaz skrótów (czcionka 12 pkt pogrubiona).

Do artykułu należy dołączyć streszczenie (do pół strony) w języku polskim i angielskim oraz słowa kluczowe także w języku polskim i angielskim.

Recenzenci artykułów w bieżącym tomie

prof. Henriette W. Langdon (San Jose)

dr hab. prof. UO Grażyna Jastrzębowska (Opole)

dr hab. prof. UG Katarzyna Kaczorowska-Bray (Gdańsk)

dr hab. prof. US Liliana Konopska (Szczecin)

dr hab. prof. UP Mirosław Michalik (Kraków)

dr hab. prof. UR Agnieszka Myszka (Rzeszów)

dr hab. prof. UG Małgorzata Rocławska-Daniluk (Gdańsk)

dr hab. prof. UZ Ewa Małgorzata Skorek (Zielona Góra)

dr hab. Katarzyna Jachimowska (Łódź)

dr Marta Wesierska (Sheffield)

