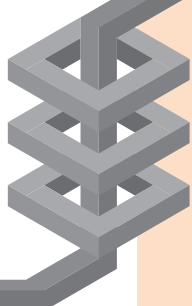


Nr 4 (2020)

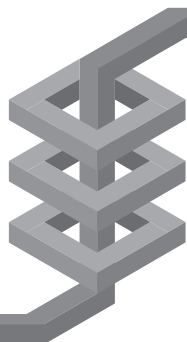


Logopaedica Łódzienia



WYDAWNICTWO
UNIWERSYTETU
ŁÓDZKIEGO

Nr 4 (2020)



Logopaedica Łodziensia



**WYDAWNICTWO
UNIwersYTETU
ŁÓDZKIEGO**

Łódź 2020

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

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

Rada Naukowa

Prof. dr hab. Jacek Bleszyński (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: **Katarzyna Szumska**

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 2020

© Copyright for this edition by Uniwersytet Łódzki, Łódź 2020

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.09594.19.0.C

Ark. druk. 15

Spis treści

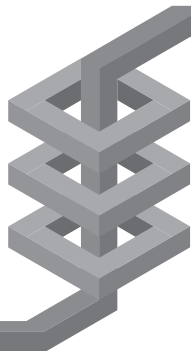
Artykuły

- Honorata Dłużewska-Owczarek, Monika Kaźmierczak
**Language Activity of a 3-Year-Old Child in Interaction with Adults
A Case Study** 9
Aktywność językowa trzyletniego dziecka w interakcji z dorosłymi. Opis przypadku
- Renata Gliwa
**Speech Therapy Case Study of Patient Diagnosed with the Frontal Psychoorganic
Syndrome** 29
Logopedyczne studium przypadku pacjentki z rozpoznaniem zespołu psychoorganicznego czołowego
- Agnieszka Hamerlińska, Jacek J. Błęszyński, Jerzy Rottermund, Andrzej Knapik
Therapeutic Recommendations for Caregivers of People with Dysphagia 47
Zalecenia terapeutyczne dla opiekunów osób z dysfagią
- Katarzyna Jachimowska, Paulina Pawłowska
Psychological Determinants of Meta-Linguistic Skills by Pre-School Children 61
Psychologiczne uwarunkowania sprawności metajęzykowej dzieci w wieku przedszkolnym
- Joanna Jatkowska
Nowe technologie w terapii logopedycznej dzieci z zaburzeniami mowy 73
New Technologies in Speech Therapy of Children with Speech Disorders
- Monika Kaźmierczak
Konceptualizacje głosu 85
Voice Conceptualizations
- Marta Kosicka, Ewa Gacka
**Knowledge of Teachers and Students of Early School Education and Pre-School
Education on the Dysfunctions and Parafunctions of the Orofacial Complex** 97
Wiedza nauczycieli oraz studentów edukacji wczesnoszkolnej i wychowania przedszkolnego na temat dysfunkcji oraz parafunkcji zespołu ustno-twarzowego
- Renata Marciniak-Firadza
Diagnozowanie dziecka/ucznia z mutyzmem wybiórczym 115
Diagnosing Children/Pupils with Selective Mutism

Mirosław Michalik	
Linguistics of Augmentative and Alternative Communication in the Process of Diagnosis of Speech Inability and Speech Non-Occurrence	131
Lingwistyka komunikacji alternatywnej i wspomagającej w procesie diagnozy niemowności oraz niemówienia	
Danuta Pluta-Wojciechowska	
Logopaedics as an Interdisciplinary Science in the Eyes of Speech Therapists Preliminary Research Results	141
Logopedia jako nauka interdyscyplinarna w oczach logopedów. Wstępne wyniki badań	
Danielle Sims	
A Detailed Summary of Speech Pathology Assessment and Intervention of A Minimally Verbal Australian Child with Autism Spectrum Disorder	157
Szczegółowe podsumowanie oceny zaburzeń mowy i terapii logopedycznej prawie niemówiącego australijskiego dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu	
Anna Siudak, Ewa Bielenda-Mazur	
Neurorozwojowy wymiar gestu wskazywania palcem – rozwój i stymulacja	171
Neurodevelopmental dimension of the pointing gesture – significance and therapy	
Paulina Piekacz, Katarzyna Węsierska, Marta Węsierska	
Uwarunkowania skuteczności terapii utrwalonego jąkania w opiniach logopedów i studentów logopedii	187
Determinants of the Effectiveness of Persistent Stuttering Therapy in the Opinions of Speech-Language Therapists and SLT Students	
Marzena Maria Szurek	
Budowa graficzna pisma oraz zaburzenia w strukturze wyrazów na przykładzie wybranych próbek tekstów pisanych przez dorosłe osoby z dysleksją	205
The Graphic Construction of the Handwriting and Disorders in the Word Structure on the Example of Selected Text Samples Written by Adults with Dyslexia	
Tomasz Woźniak	
Postępowanie logopedyczne w przypadku dzieci z niewielkim nasileniem niepełności mówienia	217
Speech-Language Therapist Procedure in Case of Children with Mild Speech Disfluency	

Recenzje

Anna Skoczek	
Recenzja: <i>Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka</i>, tom 2, pod redakcją Katarzyny Węsierskiej i Mikołaja Witkowskiego, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2020, ss. 286	231



Artykuły

Honorata Dłużewska-Owczarek* , Monika Kaźmierczak** 

Language Activity of a 3-Year-Old Child in Interaction with Adults. A Case Study

Aktywność językowa trzyletniego dziecka w interakcji z dorosłymi. Opis przypadku

Keywords: language, communications, interaction, 3-year old child, case study

Słowa kluczowe: język, komunikacja, interakcja, trzyletnie dziecko, studium przypadku

Introduction

In contemporary theories of language acquisition the attention is drawn to the internal mechanism of language acquisition (*Language Acquisition Device* – LAD) identified with language competence distinguished by Noam Chomsky [1957] but also mechanisms conditioning language acquisition through socialization (*Language Acquisition Socialization System* – LASS) as well as a system of supporting the child acquiring a language by adults (*Language Acquisition Support System* – LASS), which refers to the communicative competence as understood by Dell Hymes [1980]. It is primarily in the family and subsequently in the peer and institutional environment that the child's language acquisition takes place accompanied by speech development in its perceptive and expressive aspects (understanding and speaking) as well as the interactive one. This process tends to be occasional in character and lacking in organization in the first years of the child's life, and it often takes places without teleological consciousness of persons from the child's immediate environment [Niesporek-Szamburska, 2010].

* Municipal Kindergarten No. 125, 14/20 Małachowskiego street, 90-158 Łódź; Montessori Nursery, 68 Jaracza street, 90-251 Łódź, e-mail: honorata.dluzewska@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0568-9391>

** University of Lodz, Institute of Polish Philology and Logopaedics, Faculty of Philology, Department of Polish Dialectology and Logopaedics, 171/173 Pomorska street, 90-236 Łódź, e-mail: monika.kazmierczak@uni.lodz.pl, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4396-3627>.

As early as from the age of six months ‘characteristic speech maps are formed in the child’s mind and they include representations of phonetic information typical of the language of the surroundings’ [Bokus, Shugar, 2007, p. 21]. After the phase of babbling this information conditions the acquisition of words out of which the child may construct more extended utterances used in a dialogue at subsequent stages of development (Greek *dia* – ‘through’, *logos* – ‘word’). Learning patterns of *thinking for speaking* [Slobin, 2007] typical of the first language (L1) which takes place in the family environment is based on linguistic and communicative interactions characteristic of this community. These interactions assume the form of certain rituals and customs¹ which give a sense of belonging (the group-forming function of the language). The child learns the first language activities adequate for the given situation in the environment through imitation, i.e. recognition and correct interpretation of intentions, attempts to reproduce purposeful communicative activities of people who surround the child, and later through modelling, focused stimulation as well as transforming or developing the child’s utterances by adults. The communicative competence in interaction is, therefore, gradually complemented by other skills, i.e. system, social and situational linguistic proficiency, which leads to better communication [Grabias, 2019]. Children after their fourth birthday may be expected to display a way of communicating similar to that of adults².

The 3-year-old child, whose phonological subsystem is still developing (children normally develop the full inventory of speech sounds before they turn six), has rich active and passive vocabulary, constructs full sentences, directly manifesting its own thoughts and feelings, is capable of a full-fledged conversation with an adult on topics understandable for the child and suitable for the child’s level of intellectual and emotional maturity [see Porayski-Pomsta, 2015]. One more question may be raised with regard to communicating concerning the way a 3-year-old child co-participates in communicative events and the types of language interactions it demonstrates – this is one of the questions that the authors try to answer in this article.

Communicative language competence

Linguistic performance which constitutes communicative language competence is characterized by changes dictated by the development of man in the biopsychosocial dimension. These changes are particularly dynamic in the first years of life when ‘linguistic and communicative competence [is] acquired in natural interactions

1 In this meaning, a group of language activities repeated in the family environment refers to situations of informal interactions (where principles of behaviour are introduced naturally) rather than ritual ones (where principles of behaviour are set and corrected institutionally) as distinguished by S. Grabias [2019].

2 According to M. Halliday [1980], the ability of adequate and active participation in a dialogue appears approximately at the age of 18 months.

in the family environment' and also peer environment [Niesporek-Szamburska, 2010, p. 103]. Not only does each language use in a speech act provide a picture of the speaking subject but it also manifests its current linguistic knowledge which represents the mental state common to the given social group and conditions intersubjective communication between its members.

Hence communication requires not only common vocabulary organized in a grammatical structure but is also accounts for the principles of suitability, which means that each utterance must be adjusted to the situation in which it appears and which it concerns. The communicative competence relies on the knowledge on differentiating messages and adjusting them to the situation and the recipient [Grabias, 2019]. One acquires and supplements knowledge on the principles of communication functioning in different language groups. In the case of the communicative competence researchers agree on the origins of this knowledge: it is acquired in its entirety in the process of socialization conditioned by the upbringing and experiences of the individual in the given social group [Grabias, 2014].

Communicative competence is marked by the ability to use communicative competences in practice [Grabias, 2014]. This means that the selection of the utterance structure and linguistic means depends on the linguistic experiences of the individual and, consequently, the knowledge on the principles of communication adopted in the given language community. In each particular situation the character of the message will depend on who (sender) speaks, who (recipient or recipients) is spoken to, what the situation is (communicative situation), for what reason the person speaks (accomplishing the sender's intention) and in what way (code, style). Each of the abovementioned components of organizing the message defines a particular skill being part of communicative competence [after: Grabias, 2014]:

- 'who speaks' marks the system capacity representing the biological and intellectual abilities of the speaker;
- 'who is spoken to' defines the social capacity representing the biological and intellectual abilities of the recipient and the recipient's social status;
- 'in what situation the person speaks' refers to the situational capacity, i.e. adjusting the message to the situation which this message refers to;
- 'for what reason the person speaks' marks the pragmatic capacity, i.e. setting the goal which the sender wishes to achieve.

Communicative competence depends on a number of factors, including the frequency, contents and quality of conversations with the surroundings. According to Stanisław Grabias [2014], communicative competence is the product of four different skills, such as:

- system communicative competence which indicates the level of mastering the language system;
- social communicative competence, i.e. the ability to adjust the utterance to the recipient;

- situational communicative competence which conditions the use of utterances appropriate for the communicative situation³;
- pragmatic communicative competence pointing to the degree of accomplishment of the intention and possibility of achieving the intended aim of the utterance.

Types of language interactions

Stimulation of a child in its home environment does not only trigger the process of speech development, but it also largely regulates the pace of ongoing changes and fosters consolidation of acquired linguistic and communicative linguistic proficiency. Initiating, modelling and consolidating transmission and reception activities all take place in interaction which was defined by Stanisław Grabias as ‘a system of two adjacent processes: the process of giving meanings to human behaviours and the process of adjusting one’s own behaviours to those of the members of the given social group’ [Grabias, 2007, p. 358]. One of the pillars of human interaction is the language which apart from its cognitive function may also perform both communicative as well as group- and society-forming functions [Grabias, 2014]. Thus the mutual influence of participants of a communicative event may not be reduced merely to the cause and effect relationship or simple feedback. The interpersonal relationship built in the interaction ‘is something more than just transmission of information [...], verbal communication or enforcement of memorized content’ [Kaźmierczak, 2018, p. 146].

In interpersonal communication the reflexive process with at least one-time use of a verbal factor by one participant of a communicative event does not only prove the purpose of the activities but it also marks the boundaries of communication behavior: from the sender’s intention to the reaction (which will denote the confirmation of the accomplishment of the aim, suggest its modification or point to the necessity to abandon it) as well as to changing or not the attitude of the recipient and the sender. One special component of the communication act is the purpose which corresponds to the accomplishment of the sender’s intention.

Broadly speaking, it is possible to distinguish interactions of cooperative or competitive nature with regard to the attitude adopted by each participant of the communicative event towards the interlocutor or interlocutors and the consequence of (a) symmetrical relations in the accomplishment of the established goals. Anna Granat,

3 Deviations from the principles of adequacy may be caused by different factors, such as lack of or incomplete knowledge on the communication situation or principles of adequacy resulting from (psycho)somatic disorders of the individual or environmental neglect; immaturity of communication competence, being a characteristic feature of the given stage of speech development or having pathological character; violating communication principles intentionally for the purposes of expressing a personal attitude to the situation or for artistic purposes.

who adopted the explanation of the notion of ‘interaction’ after S. Grabias, distinguishes the following types of interaction with regard to the relationship between the communicative aim and the achieved result: conjunctive, alternate, negating and mixed [Granat, 2014, pp. 19–21]⁴.

Conjunctive interactions include such dialogue situations in which the aim of the sender is convergent with the reaction of the recipient, communication acts permeate, forming a coherent process. The conversation includes phrases which perform a phatic function (‘yeah’, ‘yep’, ‘I understand’), interlocutors show each other interest, mutually approve of and confirm the audibility and recognition of utterances which are centred around a common topic and form a semantic sequence of utterances of both the sender and the recipient.

Alternate interactions take place when the intention of the sender harmonizes with the reactions of the recipient who accomplishes his own communicative aim. Despite being different, the intentions of the sender and recipient are accomplished in a dialogue with equal success. The conversation is characterized by changes of topics and their interweaving, with the utterances of the sender and the recipient not being fully coherent.

Negating interactions are characterized by opposing reactions of the recipient to the behaviour of the sender caused by an attempt to accomplish mutually exclusive, contrary, opposite communication aims of both sides of the dialogue. The conversation is clearly modelled by linguistic and non-linguistic elements, such as raised tone of voice, negation, interruptions, attempts to sabotage the continuity of communication through avoiding verbal behaviours, the use of irony or sarcasm, the use of prosody inconsistent with the contents of the utterance.

Mixed interactions represent a combination of the components of the previous types in different configurations.

Methodology

Research concerning interpersonal communication in the family focuses mainly on two aspects: the structure and/or the course of communication process or on the impact of the process of communicating of an individual on him or her and his or her family [Harwas-Napierała, 2008]. Logopedics, which analyzes ‘the role of the language in shaping the minds of individuals (in their diversified biological condition) and building interaction’ [Grabias, 2010/2011, p. 9], draws particular attention to language behaviours⁵, including the ability to construct the message and the way of ac-

4 The current state of research on language interactions with children see A. Granat [2014].

5 According to S. Grabias [2019, p. 42] *language behaviour* consists of ‘every act of using language’, both in external and internal speech.

complishing the communicative intention and different types of skills: dialogue skills, social language skills and others. The subject of the research is the communicative and interaction competence demonstrated by a 3-year-old boy. Analysis included utterances of the child directed to different adults from his immediate environment, in different places and situations as well as the quality of participation in a dialogue.

The aim of the research is to characterize language behaviours of the 3-year-old boy in different types of interactions with adults. An analysis of the obtained results allows to determine if the level of the boy's verbal activity is within the developmental norm and which interaction strategies he uses and how successful he is at this.

The main question which inspired research may be formulated in the following manner: *How does a three-year-old child accomplish communicative intentions in interaction?* An attempt to answer this question gives rise to more detailed problems:

- “Which communication channels does the boy use? Which ones is he willing to use the most?”;
- “What verbal and non-verbal communication means does the boy use? Which ones does he use most often?”;
- “What goals does he accomplish participating in language interactions with the surroundings?”;
- “What is the effect with which the boy communicates with the surroundings?”;
- “How does the communicative efficiency affect the frequency of the boy's utterances?”;
- “What types of interaction may be distinguished in the boy's communication with adults from his immediate environment?”.

In the course of the research particular attention will be drawn to communication efficiency and interaction types used by the boy, bearing in mind that satisfying accomplishment of clearly defined communicative aims enhances verbal activity and encourages to experiment and attempt to express more complex and subtler thoughts.

In speech therapy, which is a relatively new branch of science, scientists resort to research methods used in other disciplines, mainly those whose subject matter and scope of interest overlap with the needs of speech therapy. Case study is one of the qualitative research methods which provides characteristics of some issues important for speech therapy, such as communicative language competence. Its subject ‘does not have to be only a speech disorder. These may be all issues connected with speech (language behaviours), such as a description of normal speech development in ontogenesis’ [Banaszkiewicz, 2015, p. 374]. So as to exclude any irregularities in the child's speech development, the authors conducted a speech therapy interview with the boy's mother, made observations the boy's verbal and non-verbal behaviours, analyzed basic activities in the orofacial area, articulation and specialist documentation before starting the proper research into interactions. The indicated research techniques allowed to gather essential data concerning language and communication competences and skills with the use of suitable tools, including the

original *Communication Competence Examination Questionnaire* (attachment 1) and the original *Speech Therapy Questionnaire* (the course of pregnancy, the course of labour, the postnatal period, first year of the child's life, health and the assistance of specialists) as well as sound recordings and own notes and descriptions.

The authors' own research was conducted in different places the majority of which were surroundings friendly and familiar to the child, i.e. his family home, his grandparents' home, a shop near his place of residence or the playground. It is worth stressing that each of these places has a slightly different character. These are both private and public places yet even within one category one may find differences which decide about the choice of linguistic and non-linguistic means and, therefore, determine the type of communication behavior of the child. An important feature of the research was that the child remained unaware of it. Recordings were made while the child was playing freely in the company of close relatives and in the surroundings he was familiar with. It may be expected that such conditions allowed to obtain research material which is as reliable as possible.

Independent research results

Data from the interview, speech therapy examination and specialist documentation

At the time of the examination the boy was 3 years and 11 months old. He is the only child raised by both parents. He attended kindergarten for 9 months (since 2018). The boy's parents never noticed any alarming signals in either the behaviour or development of their son.

The speech therapy interview was conducted with the mother in the patient's family home. The information which was collected shows that both the pregnancy and the labour were normal. The child was born in due time through natural labour and was given an Apgar score of 10. After the labour, the child displayed natural primitive reflexes, such as the Moro reflex and the sucking reflex. In the second 24 hours the baby underwent neonatal screening for hearing impairment the result of which was within the norm.

In the first weeks of the child's life his mother experienced lactation problems resulting from lack of practice and incorrect breastfeeding technique. They were solved with the help of lactation consultant and a psychologist. The boy was regularly breastfed for the first 12 months. Bottle feeding was an occasional support for a short time. The boy breathed through the nose from the beginning of his life and only breathed through the mouth during infections. The child was vaccinated in accordance with the vaccination schedule.

The boy did not have a strong need to suck, did not use a dummy, he did not suck either his thumb or its equivalents. The process of diversifying his diet proceeded without any serious problems. The boy developed the habit of drinking from an open cup at the age of 8 months, currently he eats and swallows normally, adequately to his age. The boy's motor development proceeded in the following manner: sitting up on his own at the age of 8 months, crawling between 9 and 10 months, while walking on his own at the age of 1 year and 2 months. No precise data was obtained in the interview with regard to babbling and saying the first word. The mother's comments reveal that the boy started to speak early, was willing to experiment with sounds while playing, getting to know the possibilities of his organs of speech.

The boy was raised mainly by his mother before he turned 2, and was looked after by a babysitter in the company of other children of different ages before going to kindergarten. In the period between the boy's birth and the day of the examination the child did not suffer from any illnesses or infectious diseases which could pose a serious threat to his health, no genetic disease was diagnosed, there were no permanent injuries or exposure to acutely toxic substances. The boy is a healthy child who develops normally. The interview shows that physiological breathing is within the norm and the boy does not snore.

After screening tests conducted in the kindergarten in September 2018 the kindergarten speech therapist diagnosed (attachment 2): the interdental articulation of the sound [n], the substitution of a series of sibilant sounds [s, z, c, dź] with a series of postalveolar sounds [ɕ, ʒ, ʦ, dʒ] the substitution of sound [g] with [d]. The boy was not qualified for speech therapy classes in the kindergarten. The boys' parents also did not see any need of speech therapy consultations in a psychological and pedagogical counselling centre.

The observations of the kindergarten speech therapist and data on the boy's current speech development obtained in the interview were verified by the authors' own research [procedure after Pluta-Wojciechowska, 2017]. Spontaneous utterances of the boy were understandable to the researchers. Approximate physical hearing examination was within the norm and no irregularity was diagnosed in the phonemic hearing test (selected tests adjusted to the patient's age and capabilities after Styczek [1982]: the letter test or dictation were, for instance, omitted). In the polysensory (auditory, visual and touch) examination of articulation diagnosis revealed: non-standard realization of phonemes [s, z, c, dz] with a palatal position of the tongue (e.g. *co*: *cio* [what], *do widzenia*: *do widzienia* [good bye]), with correct articulation in other words (e.g. *walizka*: *waliska* [a suitcase], *skarpety*: *skalpety* [socks]), non-standard frontal and dental or palatal realization of the phonemes [ʃ, ʒ, ʧ, dʒi] (e.g. *rzeczy*: *zeczy* [things], *przypomina*: *psypomina* [reminds], *czapkę*: *ciapkę* [a cap]) and non-standard lateral non-vibrating realization of the phoneme [r] (e.g. *obrazku*: *oblasku* [picture], *narty*: *nalty* [skiis], *aparat*: *apalat* [a camera]). The boy does not have any prosody disorders.

The examination of physiological breathing conducted during several meetings showed no irregularities. The boy assumes the correct body posture, he tends to breathe with the nose, in a combined manner. The position of the mandible and the tongue resting position are normal, the boy closes his lips. On a number of occasions it was observed that the boy does not close his lips and breathes through the mouth only when he performs tasks which particularly engage him and attract his attention. A reaction of an adult (shutting the mouth mechanically or requesting to close his mouth) causes a desirable effect of closing the lips, with no unnecessary tensions. Examination through observation and palpation showed that the boy swallows normally. No irregularities were observed in the child's either psychomotor or emotional development.

Language interactions of the 3-year-old boy with adults

Material for the research on communication and interaction was obtained without any disruptions. The boy was willing to cooperate with the speech therapist, initiated conversations with the immediate environment, was eager to take part in a dialogue, demonstrating different language behaviours.

During the examination of social competence it was observed that the boy used polite forms of address and greeting expressions, such as: *cześć* [hi], *pa pa* [bye, bye], *dzień dobry* [good morning]. Encouraged by his parent the boy greeted an unknown adult saying *dzień dobry*. One of the non-verbal means of communication which the subject likes to use is giving 'a high five' to say good-bye and this gesture is accompanied by a smile. In dialogues he often, but not always, displayed his interaction competence which is manifested in his capability of 'initiating, maintaining and ending a conversation' [Skudrzyk, Warchała, 2001, p. 105]. For instance, when the boy saw his uncle working in the garden, he asked him a question: *A co robisz?* [What are you doing?]. His uncle replied that he was working, removing weeds from flowerbeds. The boy asked him another question: *A ja też mogę?* [Can I do it, too?]. His uncle was eager to invite him to join in his activity, showing him which plants were unnecessary. When the boy was not sure if the given plant should be removed, he asked his uncle for confirmation, asking a question: *A to?* [And this?]. The boy spontaneously expressed satisfaction with the undertaken activities in a longer utterance: *Lubie z tobą pracować. Łopatką też lubię się bawić* [I like working with you. And with the spade.]. When he heard an approaching car, he shouted to his uncle: *To chyba mama i tata! Ide!* [It must be mummy and daddy. I'm going!].

While communicating the boy often uses polite expressions: *przepraszam, proszę, dziękuję* [sorry, please, thank you], which point to his good manners. For example, when he wanted to go from one room to another and he came across a dog lying on the doorstep, he turned to it and said: *Przepraszam, Leon* (the dog's name) [Excuse me, Leon]. When the animal failed to react, he repeated in a louder voice and more decidedly: *No, przepraszam, Leon!* [Now, excuse me, Leon!]. This utterance attracted

the attention of adults. It was necessary to call the dog so that the boy could pass. In another situation when the boy and his aunt were doing shopping in a bakery, the aunt gave the child a five-zloty coin and asked him to pay for the bread. The boy was examining the coin for a moment, and then put it on the counter, saying: *Płose* [There you go]. The shop assistant thanked him, gave him the change and packed his shopping. On leaving the shop the boy spontaneously bade farewell to the shop assistant, saying: *Do widzenia* [Good bye]. In another situation the subject exclaimed with glee during lunch: *Pomidolowa! Dziękuję, mamusiu* [Tomato soup! Thank you, mummy], when his mother gave him a plate with the first course.

The boy does not only use polite expressions, but he also communicates his needs and requests efficiently, he tries to give arguments to support his opinion, sometimes expressing his protest or dissatisfaction connected with authoritative recommendations of adults, as in the following example. The boy and his aunt were coming back home from the children's playroom. The aunt informed the boy what would happen later on during the day. Here is the record of the dialogue which ensued.

Aunt: *T., teraz jedziemy do domu na obiad, a później pójdziemy na plac zabaw.* [T., now we're going home for lunch and then we'll go to the playground.]

Boy: *Od razu na plac zabaw!* [Straight to the playground!]

Aunt: *Niestety, nie możemy, najpierw musimy zjeść obiad.* [I'm sorry we can't, first we have to eat lunch.]

Boy (begins to protest): *Ale ja chce!* [But I want to!]

Aunt: *Przykro mi, najpierw obiad.* [I'm sorry, lunch first.]

The boy starts to cry, halts, stands on the pavement.

Aunt: *T., bardzo mi przykro, że nie możemy od razu iść na plac zabaw. Pewnie chciałbyś się dobrze bawić. A jak zjemy obiad, to będziemy mieć siłę do zabawy, wiesz?* [T., I'm very sorry that we can't go straight to the playground. I'm sure you'd like to play. But when we have lunch, we'll have lots of energy for playing, right?] (She takes the boy by the hand and leads him towards the stop.)

Boy (stops crying, pulls a rebellious face, crosses his arms on his chest): *Ja jus mam siłę.* [I have my energy back.]

Aunt: *Och, przypomniałam sobie, że dzisiaj są kluseczki z mozzarellą.* [Oh, now I remember today we'll have noodles with mozzarella.]

The boy starts going.

Aunt: *A jak ładnie zjemy obiad, to możemy pozwolić sobie na deser.* [And after we eat nicely, we can have a dessert.]

Boy (gets animated): *Jaki?* [What dessert?]

Aunt: *Lody.* [Ice-cream.]

Boy: *Takie pysne?* [Delicious ice-cream?]

Aunt: *Takie pyszne.* [Delicious ones.]

Boy: *To idziemy na lody i plac zabaw!* [So let's go for ice-cream and to the playground!]

The aunt (stressing the second word): *Na obiad, lody i plac zabaw*. [For lunch, ice-cream and to the playground.]

Boy: *No, dobra...* [OK, OK...]

In the course of the examination of situational competence the boy communicated freely using linguistic means adequate to the communicative event. When he did not understand the request (the instruction of the speech therapist) he asked additional questions, informing directly about his lack of knowledge and seeking information necessary to solve the problem on his own. For example, when reading a book with his aunt the boy asked her questions concerning the family relationships presented in the plot. Although the research included a text adjusted to the patient's developmental capabilities, it was not enough for the boy to listen to the story once to remember all the details. When he was asked to show a concrete character in the picture (*Misia*), he asked: *A jaka Misia?* [What *Misia*?]. The subject answered the question of the speech therapist: *Kto będzie zajmować się kotem?* [Who will take care of the cat?] after he gave it some thought: *Nie pamiętam* [I don't remember]. The speech therapist provided the answer: *Ciocia* [Aunt]. Interested in one detail in the picture the subject asked: *A co to jest?* [And what is that?]. The speech therapist called the object: *Czapka* [A cap]. The boy used this knowledge later when he was asked to show and name things which should be packed in the suitcase.

During the conversation with the speech therapist the subject was most willing to discuss conversation topics connected with his interests (e.g. friends from his kindergarten, motor games and activities, vehicles, English, counting, listening to stories or watching cartoons), he also reacted with curiosity to topics proposed by adult household members. At the beginning the boy was willing to talk about events and activities in the kindergarten, referring to his friends by their names and describing their common game: *Michał się bawił i Lenka, i ganialiśmy się w belka* [Michał was playing and Lenka too, and we were playing tag]. Asked by his father to show the artwork which he made on his own, the boy fetched it and explained what it presents: *To autko i ma kółka zielone. Jeździ szybko* (onomatopoeia of the sound made by a fast-moving car) [This is a car and it's got green wheels. I drives fast]. He reacted with interest to the question of the speech therapist: *Pobawisz się ze mną obrazkami, które ci przyniosłam?* [Will you play with me with the pictures I brought for you?] and replied: *Tak* [Yes, I will]. He did not come back to the topic from the beginning of the conversation, listening carefully to the instructions for the subsequent tasks. The examined 3-year-old boy is successful at communicating his emotional needs nonverbally, e.g. he hugs spontaneously and he also tries to manipulate adults. When encouraged, he is capable of giving names or paraphrasing his emotions, observations and stimuli which engage his attention at the time of speaking. He is willing to carry out tasks and answer questions of his close relatives or strangers when accompanied by his parents and with their clear consent. It was observed many times that the boy cuddles to his close relatives in different situations, for example saying *hallo* and good

bye to them, while watching a cartoon or playing with them. The boy's activity indicates that this is not a substitute but a natural need. While he was stroking a cat, the boy said: *Psestrasylem się* [I got scared] in the reaction to the animal's defensive behaviour (an attempt to nudge with a paw). When the cat was going away, the subject said: *Uciekła* [She's ran away]. While he was playing at the playground, a stranger asked the boy about his name. The subject did not answer, he was trying to establish eye contact with his mother and it was only after her instruction: *Powiedz pani, jak masz na imię* [Tell the lady your name] that he gave the answer.

The examination of interaction competence showed that the boy is successful at using dialogue speech. The child manifests a strong need to narrate and he addresses adults with an aim of drawing their attention and encouraging them to listen carefully. In a situation when the boy was running to the hall, he was saying: *Padał deszyk, ale i tak pójdziemy na dwóól* [It was raining but we're still going for a walk]. As he was looking for his shoes, his father came in and asked the subject to put on his Wellington boots. The boy jumped excitedly, looked around carelessly, saying: *A ja lubie chodzić po kałużach. Tata, pójdziemy do piasku!* [I like walking into puddles. Daddy, let's go to the sandpit!]. The father gave the boy the shoes, he put them on and carried on with his monologue (a seeming dialogue): *Bende lobit babki. Mokly piasek... Bende lobit ładne babki* [I'll be making sandcastles. Wet sand... I'll be making nice sandcastles]. The subject failed to notice that he was putting his right shoe on his left foot. The father tried to direct the boy's attention to the activity which he was performing, saying: *Nie na tą nogę* [Not this foot]. Initially, the boy did not react and it was not until his father spoke to his son again, saying: *T., nie ta noga!* [T., not this foot!] that the boy corrected his mistake.

In order to go outdoors quicker and reduce the waiting time, the father helped the boy put on his clothes. This is the recording of the dialogue which they had:

Father: *Gdzie masz kurtkę?* [Where is your jacket?]

Boy: *Nie wiem.* [I don't know.] (Pausing to think) *Na wieszaku!* [On the peg!]

(The father gives the boy his jacket, the boy puts it on. He slips one arm into the sleeve, the other one poses a problem to the subject so he asks for help)

Boy: *Tatusz, pomós...* [Daddy, help...]

Father (helping the boy to put on the second sleeve of the jacket): *Proszę.* [Here you go.]

Boy (pointing to the zip): *A zapniesz mi...?* [Can you do it up?]

Father: *Tylko trochę, a dalej ty sam.* [Only a bit, later you do it.]

Boy: *No, dobra...* [OK...]

During the conversation the subject maintains eye contact with the interlocutor and common field of attention. He uses elements of non-linguistic codes in an appropriate way (e.g. mimicry, gestures) in order to complement and illustrate oral production.

All language behaviours recorded during the observation of the boy's language behaviours were mixed interactions. The subject easily assumed the role of the

performer of the line of activity of other people and treated the outcome of the interaction as either his own or common. One situation was observed when the adult assumed the role of the performer of the child's line of activity.

Interactions with the mother demonstrated the child's ability to joke when the subject addressed her as *dziefcynko* [little girl]. The communicative aim of the boy was to draw the parent's attention and amuse her. Alternate constructions appeared when his mother refused to continue the language game and established a boundary. Initially, the boy respected the order yet after some time he came back to the previous strategy, calling his mother *Wampilina Mamusia* [Vampilina Mom]⁶. Readopting this strategy turned out to be successful as his mother abandoned the attempt to take over control and took the role of the performer of the child's line of activity. The observed interaction should be described as conjunctive and alternate.

In the contacts of the boy with his father the researchers observed interactions in which the child accomplishes activity with the adult and treats the outcome as common. While the boy played with his father, interactions were conjunctive until there was negation on his father's part. The adult negated the child's activity as unreal at the same time achieving the effect of diversifying their play and motivating the child to invent a new strategy of action. The boy used alternate interaction, creating a twist. The rest of the play was characterized by full compatibility and conjunctive interactions.

The activity with the uncle represented a field of observation of an interaction in which the child realizes the line of activity of the adult and treats its creation as his own. The beginning of the conversation was alternate in character as the boy demanded concrete information which would enable him to solve the problem. The adult gave the instruction in an indirect manner, motivating the child to look for the right answer on his own. The subject adopted the strategy of the adult, reacting with interest and asking the question again, but this time concerning the way of solving the problem. Having received a positive reply, he continued the interaction of conjunctive character until the selected strategy turned out to be ineffective in the face of a new challenge in the game. Again the adult used alternate interaction, achieving the effect of motivating the child one more time. The uncle's strategy ceased to be effective with the third challenge: the boy reacted non-verbally with impatience, having misinterpreted the clue. The interaction had the character of a negation. The adult adjusted to the needs of the child and gave the clue again, this time communicating the instruction clearly, spurring the boy to try again. The rest of the activity was conjunctive.

Reading a book with his aunt represented a space for observing solely conjunctive interactions in which the child performed the role of a helper in realizing the line

6 *Vampirina* is a character in an American-Irish animated children's television series (produced by Brown Bag Films and Disney Junior) created by Chris Nee based on a series of picture books *Vampirina Ballerina* by A.M. Pace.

of activity of the adult. The aim of the interaction was to explore the child's knowledge about the world as well as engaging the child in activities fostering his development. The child was willing to cooperate, answered the questions, reacted with interest to the text. All utterances of the boy in the interaction with his aunt were conjunctional.

Summary and conclusions

On the basis of the material collected it is possible to conclude that the communicative level (social and pragmatic) of the examined 3-year-old boy is high, similarly as his linguistic level in the lexical, semantic and grammatical aspect. The development of the phonological subsystem proceeds in a way characteristic of the boy's age [see Porayski-Pomsta, 2015].

The examined 3-year-old child is successful at communicating verbally. The boy uses rich vocabulary and attempts to use sentences. His spontaneous utterances are fluent and rich, and he is capable of taking part in a conversation on topics proposed both by the patient and adults. The boy uses elements of prosody, body language, mimicry and gestures in direct communication in a correct way. He easily initiates contact with people from his immediate surroundings, he is willing to start a conversation with people present in the same room. Initially he is reserved towards strangers, yet on getting to know them better he engages in building a relationship and takes an active part in activities.

His interaction skills may be considered well developed, he used phrases initiating, maintaining and ending a conversation very often. In the dialogue the boy used simple sentences, he sometimes made grammatical mistakes which, nonetheless, did not disrupt the communicativeness of his utterances. The occasional grammatical mistakes recorded during the research should be subject to further observation. The material collected so far shows that the mistakes are more likely to be caused by mental effort resulting from handling a new linguistic situation rather than insufficient acquisition of grammatical rules. The pace of utterances and phrasing were suited to the situation. The disruptions of the structure, but not the clarity of the verbal message, were often caused by the emotional engagement in the utterance, particularly the need to give an account of events important to the boy.

The conducted observations allow to conclude that the boy uses different types of language behaviours in interactions. The research material demonstrates that the language behaviours of the examined boy were mostly verbal in character, whereas non-verbal behaviours, such as pointing with the finger, gestures, clear intonation, focusing on the topic interesting for the child, only complemented his utterances. Increased verbal activity results from dynamic cognitive development typical of children at the age of 3 and is used to satisfy the child's natural curiosity and the need to build elementary knowledge about the immediate surroundings.

The boy uses language willingly, demonstrating rich vocabulary. Apparent language experiments (e.g. borrowings from English) point to his interest in the language and exploration of the possibilities of verbal communication. Behaviours such as explaining his activity, naming feelings, using requests and negotiation show that the boy has already discovered the efficiency of verbal communication, which represents an incentive for further use of language as a tool for communicating with the world. The child's rich imagination and his sensitivity but also well-developed pragmatic and interaction language competence are reflected in the verbalization of his own reflections full of expressive prosody, reinforcements in the form of multiple repetitions and diminutives with emotional overtones. The boy uses the language as an element of his strategy of dealing with difficulties, communicating directly the need to have adequate knowledge or asking questions.

The patient is already aware of deep structures of language, which is confirmed by his ability to joke as well as his good manners. Frequent use of polite expressions shows that the boy skillfully uses the knowledge concerning interpersonal contacts and is capable of conforming to the current linguistic situation.

It must be noted that the boy developed communicative competence at a very good level. The boy initiates contact so as to accomplish his own communicative goals, he tries to control the course of the conversation and he regards its outcome as his own creation. In the second dialogue type the adult is the assistant of the child and despite the fact that the adult in reality helps him out, the boy treats the effect of the activity as his own creation (the child in the role of the sender treats the recipient, the adult, as a participant of the activity and the performer of the imposed line of activity). The third type is represented by dialogues in which the child realizes the line of communication of the adult and performs the role of a helper, performer and commentator. The fourth type of interactions includes dialogues in which one of the interlocutors accomplishes the line of activity of the other interlocutor. The fifth type of interactions are speech acts in which the child accomplishes the common line of activity with the adult and treats the effect of communication as their common creation. Importantly, the presented own research confirms that 'the dialogue is not a simple conversation where participants focus on technical skills. The art of dialogue is a search for original ways of establishing interpersonal contacts, leading to the transformation of interactions' [Kaźmierczak, 2018, p. 162]. The presented research confirmed that three-year-old children are already capable of such activities.

References

- Banaszkiewicz A., 2015, *Studium przypadku (case study) jako metoda badań logopedycznych*, [in:] S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (eds.), *Metodologia badań logopedycznych. Z perspektywy teorii i praktyki*, Gdańsk: Harmonia Universalis, pp. 364–379.
- Bokus B., Shugar G., 2007, *Psychologia języka dziecka: stare pytania, nowe dane, nowe hipotezy*, [in:] B. Bokus, G. Shugar (eds.), *Psychologia języka dziecka*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, pp. 9–32.
- Chomsky N., 1957, *Syntactic Structures*, Paris – The Hague: Mouton & Co.
- Grabias S., 2007, *Język, poznanie, interakcja*, [in:] T. Woźniak, A. Domagała (eds.), *Język, interakcja, zaburzenia mowy. Metodologia badań*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, pp. 355–377.
- Grabias S., 2010/2011, *Logopedia – nauka o biologicznych uwarunkowaniach języka i zachowań językowych*, “Logopedia”, no. 39/40, pp. 9–34.
- Grabias S., 2014, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [in:] S. Grabias, M. Kurkowski (eds.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, pp. 15–72.
- Grabias S., 2019, *Język w zachowaniach społecznych. Podstawy socjolingwistyki i logopedii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Granat A., 2014, *Podstawy interakcyjności w komunikacji językowej. Interakcje językowe z udziałem dzieci w wieku przedszkolnym*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Halliday M., 1980, *Learning how to Mean*, [in:] G. Shugar, M. Smoczyńska (eds.), *Badania nad rozwojem języka dziecka. Wybór*, transl. H. Bartoszewicz, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe, pp. 514–556.
- Harwas-Napierała B., 2008, *Komunikacja interpersonalna w rodzinie*, Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- Hymes D., 1980, *Socjolingwistyka i etnografia mówienia*, [in:] M. Głowiński (ed.), *Język i społeczeństwo*, trans. K. Biskupski, Warszawa: Czytelnik, pp. 41–82.
- Kaźmierczak M., 2018, *Binary and Ternary Relation of Participants of the Diagnostic and Therapeutic Process in Speech-language Pathology*, “Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, no. 20, pp. 153–169.
- Niesporek-Szamburska B., 2010, *Język pierwszy dziecka – od nabywania do kształcenia kompetencji językowej i komunikacyjnej*, “Lingwistyka Stosowana”, no. 3, pp. 99–112.
- Pluta-Wojciechowska D., 2017, *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, Bytom: Wydawnictwo Ergo-Sum.
- Porayski-Pomsta J., 2015, *O rozwoju mowy dziecka. Dwa studia*, Warszawa: Dom Wydawniczy ELIPSA.
- Skudrzyk A., Warchała J., 2001, *O kompetencji interakcyjnej, czyli o współtworzeniu tekstów dialogu*, [in:] S. Grabias (ed.), *Zaburzenia mowy. Mowa, teoria – praktyka*, vol. I, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, pp. 99–107.
- Slobin D., 2007, *Od użytkownika języka dziecięcego do użytkownika języka ojczystego*, [in:] B. Bokus, G. Shugar (eds.), *Psychologia języka dziecka*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, pp. 358–385.
- Styczek I., 1982, *Badanie i kształtowanie sluchu fonematycznego*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

Abstract

Verbal communication represents a language skill which is necessary for the individual to function fully and properly in the society. Language acquisition by the child as well as speech development in its perceptive, expressive and interactive aspects tends to take place in the family in the first years of life and is based on linguistic and communicative interactions distinctive of the given community. The paper analyzes verbal interactions of a 3-year-old boy in his home environment in order to establish their kind, frequency and quality. The article also assesses the level of his communication skills in speech against the background of general development of the child.

Streszczenie

Komunikacja werbalna stanowi sprawność językową niezbędną człowiekowi do pełnego i właściwego funkcjonowania w społeczeństwie. Nabywanie języka przez dziecko, rozwój mowy w aspektach percepcyjnym i ekspresywnym oraz interakcyjnym w pierwszych latach życia odbywa się głównie w rodzinie, jest oparte na właściwych dla tej wspólnoty interakcjach językowo-komunikacyjnych. W artykule dokonano analizy interakcji werbalnych trzyletniego chłopca w środowisku domowym w celu ustalenia ich rodzaju, częstotliwości i jakości. Oceniono też poziom opanowania umiejętności komunikowania się w mowie na tle ogólnego rozwoju dziecka.

Attachment 1. Communication Competence Examination Questionnaire of T.K.

General data

Name and surname of the patient: T.K.
Age: 3 years 8 months
Date of examination: 6.03.2019.
Place of examination: patient's family home
Method of data registration: video recording

General examination of communicative competence

		Comments and examples
Does the patient communicate verbally?	YES/NO	Fluent and extensive spontaneous speech. Conversations are both on the topics suggested by the child and the speech therapist.
Does the patient communicate non-verbally?	YES/NO	A wide range of mimicry and gestures.
What channels does the patient use to communicate?		The patient communicates using mostly speech, he correctly uses elements of prosody, body language, mimicry and gestures.
Does the patient initiate contact? Who with?	YES/NO	The patient easily establishes contact with people from his immediate environment.
Under what circumstances?		He keeps distance in contacts with strangers. He communicates actively after getting to know them better.
What means does the patient use to communicate?		Verbal: full sentences, extended, rich vocabulary, both active and passive Non-verbal: gesture, mimicry, body language

Detailed examination of communicative competence

Social skills

		Comments and examples
Does the patient use polite expressions, e.g. for salutation?	YES/NO	<i>Cześć!, Pa pa!, Dzień dobry!</i> [Hi!, Bye, bye!, Good morning!]
Does the patient use polite expressions suited to the status of the interlocutor?	YES/NO	When encouraged he greets an adult with the phrase <i>Dzień dobry!</i> [Good morning!]
Which linguistic means does the patient use?		Verbal: numerous polite expressions, such as <i>dziękuję, przepraszam</i> [thank you, sorry] Non-verbal: shaking hands for salutation, giving 'a high five'

Situational competence

		Comments and examples
Does the patient communicate freely?	<u>YES/NO</u>	
Does the situational context affect the linguistic means used by the patient? In what way?	<u>YES/NO</u>	When the patient does not understand the request, he asks additional questions, or informs directly about his lack of knowledge.
What topics does the patient discuss?		The topics for conversations must concern the child's interests and his immediate environment. The boy also takes part in a conversation on topics proposed by others.

Pragmatic competence

		Comments and examples
Does the patient use variable intonation?	<u>YES/NO</u>	
Does the patient communicate his needs? Which ones? In what way?	<u>YES/NO</u>	The patient makes requests, if necessary, using polite expressions. He communicates his needs non-verbally, e.g. hugging spontaneously.
Does the patient verbally suggest doing something together, e.g. playing?	<u>YES/NO</u>	
Which means does the patient use to accomplish his goals?		He uses mainly verbal means, mostly negotiations and enquiries.
Is the patient willing to answer questions? In what situation?	<u>YES/NO</u>	He is willing to complete orders and answer questions of both his immediate family and strangers in the company of his immediate family and with their clear approval.

Interaction competence

		Comments and examples
Does the patient use monologue?	<u>YES/NO</u>	The patient has a great need to narrate.
Does the patient establish a dialogue?	<u>YES/NO</u>	The patient takes part in a dialogue and is capable of listening when the given linguistic situation requires so.
Is the communication with the patient dominated by monologues or dialogues?		Conversations use both forms to an equal degree.
Does the patient react with gestures and/or mimicry to the messages of the sender?	<u>YES/NO</u>	Example: frowning, half-open lips for a brief moment, focusing the eyes on one point while reflecting on something.
Does the patient keep an eye contact?	<u>YES/NO</u>	

		Comments and examples
Does the patient use body language adequate to the verbal message?	YES/NO	
Does the patient use alternative ways of communicating, e.g. lip reading, cued speech etc.?	YES/NO	

Attachment 2. Patient T.K. – Information concerning speech therapy screening in the 2018/2019 school year

INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZESIEWOWYCH BADAŃ LOGOPEDYCZNYCH
W ROKU SZKOLNYM 2018/2019 W GRUPIE ... I ... W PM ... W ŁÓDŹI:

W wyniku przesiewowych badań logopedycznych przeprowadzonych na terenie Przedszkola Miejskiego nr ... stwierdzono / ~~nie stwierdzono~~ u dziecka T.K. ...
nieprawidłowości w zakresie rozwoju mowy: zastępowanie mrgu / mrgu / mrgu (mrgu) innymi (m, c, sz) X NORMA
+ międzyzębowe realizacja głosek n / realizacja w jakob d' części wydzielnianek, SIA WIEL

Dziecko ~~nie kwalifikuje się~~ / kwalifikuje się do zajęć terapii logopedycznej organizowanych na terenie przedszkola.

Wskazane / ~~niewskazane~~ wyznaczenie terminu spotkania ze specjalistą na terenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr ... w Łodzi celem podjęcia terapii logopedycznej. / P.M. ... T. P. ...

Otrzymałam/-em informację (data) (podpis rodzica)

Information on speech logopaedic screening

In 2018/2019 schoolyear in Group I in the Municipal Kindergarten no. xxx in Łódź.

Following speech logopaedic screening conducted in the Municipal Kindergarten no. xxx, the child was diagnosed with the following anomalies in speech development: the substitution of a series of sibilant sounds [s, z, c, dź] with a series of post-alveolar sounds [ɕ, ʒ, tɕ, dʒ] (normal for children) + interdental articulation of the sound [n] and the substitution of sound [g] with [d] as well as partial devoicing.

The child does not qualify for speech therapy classes organized on the area of the kindergarten.

Renata Gliwa* 

Speech Therapy Case Study of Patient Diagnosed with the Frontal Psychoorganic Syndrome¹

Logopedyczne studium przypadku pacjentki z rozpoznaniem zespołu psychoorganicznego czołowego

Keywords: psychoorganic syndrome (POS), dementia, impaired competence and interaction, communication and language skills

Słowa kluczowe: zespół psychoorganiczny, otępienie, zaburzenia kompetencji i sprawności: interakcji, komunikacyjnych, językowych

Introduction

The psychoorganic syndrome a deviation in the mental state due to damage or dysfunction of the brain structures [see Prusiński, 1998; Kozubski, Liberski, 2014]. It is associated with the occurrence of mental disorders manifested in the behavioral, socio-emotional, cognitive and therefore also communicative sphere [see Bilikiewicz, Strzyżewski, 1992; Olszewski, 2008; Panasiuk, 2015a; 2015b]. According to ICD-10, there are several clinical forms of the syndrome: characteropathic type (F07); mental retardation type (F70–F79) and dementia type, being the subject of this paper [see ICD-10, 2008].

The syndrome includes [see Herzyk, 2005; ICD-10, 2008; Panasiuk, 2015a]:

- dementia in Alzheimer’s disease (F00), with early onset (F00.0) and late onset (F00.1), atypical or mixed type dementia (F00.2), unspecified dementia (F01.9);

* University of Lodz, Faculty of Philology, Department of Polish Dialectology and Logopaedics, 171/173 Pomorska street, 90-236 Łódź, e-mail: renata.gliwa@uni.lodz.pl, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2231-9197>.

1 A reprint of the article in Polish was published in the „Dissertations of Language Committee of Lodz Learned Society” 2020.

- vascular dementia (F01), of acute onset (F01.0), multi-infarct (F01.1), subcortical (F01.2), mixed cortical and subcortical (F01.3), other (F01.8), unspecified (F01.9);
- dementia in other diseases classified elsewhere (F02): in Pick's disease (F02.0), in Creutzfeldt-Jakob disease (F02.1); in Huntington's disease (F02.2), in Parkinson's disease (F02.3), in human immunodeficiency virus [HIV] disease (F02.4), other (F02.8);
- unspecified dementia (F03);
- organic amnesic syndrome, not induced by alcohol and other psychoactive substances.

In the Polish logopedic literature there are few studies devoted to the analysis of communication disorders in the course of psychoorganic syndrome [see Panasiuk, 2015a, pp. 1025–1058; 2015b, pp. 81–112].

The aim of the work

The aim of the paper is to assess the competences as well as interaction, communication and language skills of the patient diagnosed with the psychoorganic syndrome; to indicate psychogenic symptoms determining interaction disorders observed in the subject; to identify the pathomechanism of the disorder.

Methodology

The diagnostic process in the psychoorganic syndrome requires using the qualitative-quantitative approach, it must also account for multi-specialist assessment as the course of disease processes may be diversified and include, to a varying degree, disorders of behaviour control, emotions, cognitive functions and even motor skills [see Panasiuk, 2015a; 2015b].

The speech therapy examination was preceded by getting acquainted with the data concerning the medical history of the patient as well as information from the interview with the guardians of the subject and the subject [see Siuda, Opala, 2012; Panasiuk, 2015a; 2015b].

A *Mini Mental State Examination* and *The Clock Drawing Test* [see Krzysiński, 1995] were used for screening for cognitive impairment. In order to assess the interaction, communication and language competence and skills the researcher used *Skala komunikacji niewerbalnej* (The Scale of Non-verbal Communication) [Pąchalska, 2012]; a test by Szumska included in *Metody badania afazji* (Methods of Examining Aphasia) [Szumska, 1980], tests aimed at assessing the ability to create a narration (autonarration, renarration [Szepietowska, 2000], illustration description [Szumska,

1980)). Other tests which were carried out include a terminology test², tests of understanding metaphors³, tests of understanding situational humour [Goodglass, Kaplan, 1972, tests 7–8], verbal fluency test⁴ (including semantic fluency: names of animals, sharp objects, cities, countries, rivers; formal fluency: *f, k* sounds; as well as fluency with regard to verbs: the task of the subject was to answer the question *what is the man doing?*).

Case description

The patient was 68 years old at the time of conducting the research⁵. She has two children. Nowadays she is taken care of by her family. She obtained secondary education, she was an administration worker. She is right-handed. According to her daughter, she used to have well-developed social relations.

She was diagnosed with the frontal psychoorganic syndrome at the age of 65. The primal disturbing symptoms of the disease were noticed by the family approximately 8 years earlier. Considerable irritability and emotional lability appeared first. According to her daughter, her mother became quarrelsome, sometimes alogical, she gradually withdrew from social relations, she grew suspicious.

The patient's condition worsened considerably about 4 years ago after a fall from her height, she broke the thigh bone, but according to the data she did not suffer from any head injury. After the accident it was observed during physical rehabilitation that she suffered from lack of motivation to undertake any physical and mental effort as well as memory disorders. She was referred to neurological and psychiatric consultation and subsequently she was diagnosed with the psychoorganic syndrome.

A recent CT scan indicates the presence of numerous pathological changes, particularly intensified in the area of the frontal lobes as well as cortical and subcortical atrophy with widening of the ventricular system and CSF spaces. Visible demyelinating areas in the region of the frontal lobes were attributed to chronic ischemic processes. In the opinion of the neurologist, most pathological changes observed in the patient correspond to basal frontal lobe disorder of dementia type.

The patient obtained 15 points in the Barthel Index (BI). Apart from eating she does not perform self-care tasks independently (she does not feel the need to do so).

2 A test elaborated on the basis of proposals by Pąchalska [2012].

3 Tests elaborated on the basis of proposals by Pąchalska [2012]. The task of the subject was to explain the meaning of the following metaphors: *you scratch my back and I'll scratch yours, it is coming down in buckets, heart of stone, diamond cut diamond*.

4 The verbal fluency test was elaborated and assessed with references to the following publication: Szepietowska, Gawda [2011]; Szepietowska, Lipian [2012]; Piskunowicz et al. [2013]; Sitek et al. [2014]. The time to perform a task in each test is 60 seconds [cf. Piskunowicz et al., 2013].

5 The researcher obtained consent to carry out the research.

Characteropathy is manifested in the subject by lack of self-cognition and self-consciousness, insight disorders, false convictions about the external surroundings, lack of awareness of the disease and incomplete consciousness of the objectively existing disorders [see Herzyk, 2005].

The patient displays considerable changeability with regard to behaviour and emotion control, shifting easily from the state of considerable euphoria to short outbursts of anger and aggression. She concentrates on topics connected with sex very often, yet there are a form of verbal aggression, a kind of sexual disinhibition, rather than just jocular comments [see Łuria, 1976; Olszewski, 2008]. In addition, the subject hardly ever undertakes any activity, her behaviour is characterized by lack of drive and spontaneity. She also lacks persistence in performing intentional acts. The subject engages in activities only if she is convinced that they will be successful, and she abandons her task if she anticipates any difficulties, often manifesting quite aggressive behavior at the same time.

The patient fulfils her needs in disregard of the consequences and social rules (leaving any object with her results in a theft). She has a tendency to gluttony [see Olszewski, 2008]. It is also possible to observe disruptions to the cerebral processes of stimulating and inhibiting activities in the patient, e.g. she constantly folds and unfolds a blanket. The subject's thinking is characterized by concretization of her attitude towards reality.

Nowadays the patient spends most of her time in bed. In the opinion of the doctor she is capable of moving on her own. The verticalization of the patient was not possible, however, due to her resistance. According to her daughter, the subject moves on her own during the night (not infrequently different objects were found in her bedsheets in the morning).

The medicines taken by the patient have anticoagulant, anti-bedsores and analgesic effects.

Research results

Autopsychic and allopsychic orientation

The subject was diagnosed with severe dementia on the basis of the MMSE test results (9 points). The patient has impaired autopsychic orientation. She provided only basic information about herself, which anyway was heavily dependent on her mood. She was unable to tell the story of her life but she answered questions concerning her. In her answers she made factual mistakes, omitted important facts, reversed episodes and confabulated (e.g. she maintained that she had no children, on another occasion she mentioned names of her two children, and then of three children) e.g. (*What is your name?*) *My name i... is... yes Jadwiga [...]. (How old are you?) Sorry*

honey? (How old are you?) How old... I haven't counted lately, 'cause they all mixed up and I'd like to apologize... (How old are you more or less?) I can't be more or less, as I am in... an inane girl. (What was your job?) I'm a paramedic, learning education and conversation with the owners, no care... (What did this job involve?) It didn't involve anything, all they did was shit and fart...

She occasionally correctly recalled information concerning her surroundings (allosychic orientation), most of the time, however, her answers were inadequate, e.g. *(What country do we live in?) We used to live! [the subject corrected me] In Russia, reaching some... some specific thinking words which allow to ask for something or apologize, a situation... (What country are we in?) Beloved Poland, born, peed and w... wet...*

The Clock Drawing Test

Many attempts were made to conduct a task concerning clock gnosis, yet all attempts were of no avail. Refusal to do the test may point to the lack of motivation resulting from impairment of executive functions. As the patient tended to refuse to accomplish the tasks which she expected to fail at, it may be assumed that she suffers from disorders in planning, impairment of visual memory, impairment of the ability to visualize and, consequently, visuospatial impairment and disorders in abstract and notion thinking [see Krzyimiński, 1995; Schulman, Shedletsky, Silver, 1997]. This conclusion is confirmed by the subsequent tests (described later in the paper) which point to concretization of the subject's thinking.

Assessment of dialogue skills

The structure of the dialogue co-created by the subject is extremely distorted [see Warchala, 1991; Domagała, 2007]. The patient takes part in the dialogue but rarely initiates it. The dialogue is hardly ever aimed at satisfying her physical needs.

She fills the dialogue with mimicry and gestures adequately to the intonation. She usually does not observe the principle of turn-taking, her utterances tend to be monologues, she does not strive to keep the dialogue going. She asks few questions but she asks them correctly, using adequate intonation. Her answers are sometimes adequate only at the beginning of the utterance, then she loses purpose and strays from the subject, e.g. *(What is it? [a woman's face]) she isn't similar to anyone and she's not pretty, she's got plain eyes... if her eyes were as pretty as yours she'd be a beauty..., I only have eyes for you...* Her replies are riddled with logical, semantic, inflectional and syntactic errors. It is also possible to observe the amnesic loss of words yet despite this no descriptive constructions were noticed. Instead, different types of semantic and phonetic paraphrases appeared. In addition, the utterances of the patient were characterized by the phenomenon of the pressure of speech, i.e. an increase in spontaneous speech as compared to expectations e.g. *(How are you feeling?) So so, like an old person who comes to agreement with history and asks for a bill for*

bad behaviour...; with a simultaneous poverty of content, e.g. (*What did you have for breakfast today?*) *I didn't eat anything, a small cup, not big so that it may go through the throat and not stop in uneaten food in the throat, these are kind...* After a distractor had appeared, the subject did not return to the subject (distracted speech). Her utterances were very often faulted and surprising, e.g. *I have a headache from listening to such nonsense... (are you feeling bad?) I never feel like a stupid one who talks nonsense because of the lamp but people do so.*

In the case of persons who she likes she used greeting formula adequately. In addition, they were often accompanied by great emotional load, e.g. *Good morning, my dear princess!*

Assessment of speech comprehension

The tests whose aim is to assess decoding of speech by the patient revealed slight difficulties in the scope of understanding single words (names of objects, activities, body parts, etc.) and simple sentence constructions, such as: *close your eyes and open your mouth; please point to the floor, ceiling and wall.* The subject accomplished most tasks of this kind correctly (80%). No psychomotor retardation was observed, and this time the patient refrained from commenting on the tasks.

She failed to perform instructions which required understanding complex syntactic, semantic and logical relations between words, such as: *your father's brother is your...*, or *please open the notebook and put a pencil on it.* Hence she had considerable problems with understanding syntactic constructions which encode logical rather than direct relations or sentences containing pronoun constructions. She found it more difficult to understand constructions with the attributive genitive than with the partitive genitive [see Luria, 1976].

The patient did not understand situational humour [Goodglass, Kaplan, 1972, tests 7–8], she explained the presented metaphors in a concrete manner, which suggests global disorders of language functioning. Disorders of this type may be analyzed in the context of executive dysfunctions: the tendency to interpret figurative expressions in a way which is too concrete and literal results not only from the loss of linguistic knowledge but also the inability to block automatic conceptual associations which the subject was incapable of either controlling or inhibiting (a defect of executive control rooted in the language) [see Jodzio, 2008; Domagała, 2015].

Assessment of realization of automated sequences

The subject was not capable of reproducing automated sequences, e.g. names of the days of the week or months, which requires involvement of right-brain strategies [see Szepietowska, Lipian, 2012]. There were several attempts at this, all of which were to no avail, e.g. (*Please name the days of the week.*) *A day of the week, this one that is sitting and writing on the written...* [the subject comments a photograph from the newspaper lying next to her] *That one, a... a nice lady and she's lying on this couch,*

she's early and she's keeping something her paws, and I'm only keeping my paws near the neck... Even in a situation when the researcher began the sequence the subject refused to continue it: *(Please count from 1 to 10.) I don't care a damn about men, they're crappy! Shitty! Stinky! (Let's count from 1 to 10, one, two, three what is next?...) As we count that it is not counted in reality somebody doesn't pay attention to this person... (Please give names of the months, I will start January, February, what is next?) I don't care about Jan... na ry... [clearly distorted words January, February] I mean, shit, she's got an arse and he stinks...*

Assessment of repetition activity

The subject did not do most of the tasks concerning repetition⁶. However, she did not have such significant abnormalities in the relationship between the auditory and kinesthetic analyzer so as to speak of an impairment of the basis of this activity [see Panasiuk, 2013]. There are a number of conditions of efficient repetition: the first one involves the efficient activity of the auditory cortex, the second one – of the postcentral (kinesthetic) cortex conditioning accurate articulation, the third one consists in the possibility of switching from one articuleme to another, which requires plasticity of the premotor area of the left hemisphere, the third one is the possibility of disregard well-established stereotypes and inhibiting peripheral alternatives, which is realized with the direct activity of the frontal lobes [see Luria, 1976, pp. 338–339].

The basic deficit preventing the patient from completing the task was probably related to the inability to understand the instruction and assess its purpose, which is manifested by her specific way of responding to the requests: *(Please repeat 'a'.) A is a, and not b... (Please repeat 'o'.) Oh!... what do you mean, my dear?... (Uuu. Please repeat 'u'.) Do you mean l...loo? (Please repeat 'q'.) A? What is q? A and e? If you repeated yourself this must be hard... (Please repeat 'k'.) K, crap, we don't give a shit! And don't... (Please repeat 'p'.) I don't need any pee! Or any shit...*

During the test of sentence repetition the subject commented on the sentences which she heard but she failed to repeat them, e.g. *(Please repeat: 'The dog barks'.) Every dog in the world barks if some person doesn't appeal to it or it doesn't like him or her, it does not wonder whether to bite the dog in its arse or not, it just snee at it!... (Please repeat 'Mum is cooking lunch'.) So this girl is hungry and she doesn't want to go hungry in her flat, she's going on and on to her mum about how hungry she is and her mum hasn't made lunch yet. (Please repeat: 'A boy is running through the green meadow'.) A silly boy with his silly mother (perseverance to the previous sentence). The subject is, therefore, in capable of copying linguistic symbols.*

⁶ A significant role in the repetition activity is attributed to the arched bundle, which concentrates the associative fibres connecting the front and back of the 'speech area', determines the combination of the sensory and motor aspects of the speaking activity, including repetition [Panasiuk, 2013, p. 50].

Assessment of name-giving

The subject was shown 50 illustrations representing 10 semantic categories and 20 illustrations presenting activities. She gave correct names to 11 nouns and 5 verbs. The subject had, therefore, considerable problems with referring symbols to the external reality. The errors concerned using the name of the higher-function category, e.g. *(a rose) And these... like flowers for a chocolate box...*; an incorrect name but belonging to the same semantic category, e.g. *(shoes) Slippers, legs on the calves...*; an incorrect name but belonging to an adjacent semantic category, e.g. *(a fork) This is an awful ordinary snack after a meal*; an incorrect name related to the correct context, e.g. *(a comb) A bottle to comb your napper...*; *(a bed) A box for sleeping*. Moreover, errors in perception were noted, e.g. *(a watch) Visually, well suggestively all the rings seem sharpened and pun... punctured so that we know which ring shows all the time*. In a situation when the patient lacked a word she used 'paradescriptive' constructions, e.g. *(umbrella) This is protection against an accident or after an accident, going additionally...*

Essentially, all responses were accompanied by pressure of speech, e.g. *(a glass with tea and a spoon) A stupid yob! An empty glass filled with empty! Some empty liquid and a spoon, and the spoon put outside*.

Another quite characteristic phenomenon was that the subject tended to give answers only fragmentarily connected with the presented illustration, e.g. *(chair) The toe is standing on the floor, and in addition you don't need to worry that it won't go to sleep or sit*. The patient tended to have considerable problems with recognizing the designatum, which was related to concretization of the illustrations presented: *(telephone) These are some extras plugged to an ordinary box, to an ordinary box, like such a box in the Spanish language*. The concretization of the reality or perceived images was manifested in the form of fragmentary perception of the designata presented in the illustrations, e.g. *(open notebook) Two separate pieces of rubbish torn separately*. Some kind of perseverations were noted but without giving the name required, e.g. *(hair brush) Some stick* [the subject turns photographs on her own and gives a name the following illustration], *(comb) And here another stick...*

The primary deficit seems to be predominantly connected with disorders of visual perception, to a lesser extent a lack of acoustic model of the word (functions of audio and verbal systems of the left temporal area) or disorders of finding the appropriate wording due to the lack of the ability to inhibit alternative words (connected semantically, morphologically or phonetically, the so-called blockers [see Kielar-Turska, Byczewska-Konieczny, 2014]), the phenomenon related to the weakening of the so-called 'motility' of nervous processes (lower parts of the pre-motor area of the left hemisphere and left frontotemporal area) was relatively rarely observed [see Łuria, 1976].

Assessment of verbal fluency

The subject was not able to accomplish tasks with regard to formal verbal fluency, semantic fluency as well as verb fluency, e.g. (*Please give as many words as possible beginning with 's'.*) *Someone... someone will want to, they'll na... name every word, 'cause they'll cope with no other, 'cause you never know what they'll come up with, maybe some key deposit and twist a c...crazy topic... (Please give as many names of animals as possible.) I don't know animals 'cause I'm not a monkey! Other monkeys are monkeys! A problem... I've got a problem with the name... (What can a man do?) Well... of course they may go out, in a pot, cook in a pot, under, under underlined with centrimetres centri... centrimetres, out of which shit that is...*

There are several reasons for the lack of verbal fluency: firstly, impairment or loss of basic skills: the ability to understand the oral instruction and, secondly, the breakdown of semantic networks and impoverishment of the semantic glossary. Besides, dysfunctions may concern faulty organization and strategy of thinking and these are connected with the loss of general cognitive flexibility, executive disorders, memory and attention disorders [see Jodzio, 2006].

Assessment of the narrative skill⁷

The description of autonarration was provided in the subsection on autopsychic orientation. During the renarration test the patient was asked to listen to two short stories and summarize them. The text of one of them is presented below:

There was a boy who went to a big city to do some shopping. His dog wailed longing for his master and finally it broke off the chain and ran towards the city. When the boy was going out of the shop he saw his dog barking in front of the shop. His dog found him in a big city [Szepietowska, 2000, p. 23].

As the man was go going out of the city he met a big dog and he knew who who the dog belonged to, why this dog lives so close and not..., it is not going anywhere to find anyone, apologize stay with someone so that he doesn't have problems with his heart and with the sorrow that someone judged him unfairly, that misinterpreted his behavior in a few bigger minutes.

The way the subject related the texts which were read to her points to the loss of coherence of the narration, the patient was unable to construct the narrative scene, sustain the narrative line or order the events, she only made fragmentary references to the presented content. The subject was, therefore, incapable of putting phenomena into a structural whole, there is a total lack of pragmatic coherence. The time factor is of key importance here as the subject had a considerable problem with

⁷ The topic of the theory of narration and its description is discussed more broadly by Domagała [2015], Woźniak [2005], see also Grabias [2015].

repeating the sentences. Therefore it comes as no surprise that she was unable to reconstruct more extensive texts which require longer processing time. The main reasons for the disorders include impairments of the working memory and feedback control. The subject lost the data necessary to construct the utterance very quickly and the lack of feedback control together with long processing time made her stray from the subject, which was accompanied by a breakdown of intratextual relations and presence of accidental associations [see Woźniak, 2014].

The aim of the subject in the following test was to say what she can see in the photograph [see Szumska, 1980]: *These are exorbitant situations which show different behavior types to their guys... (Please describe the illustration) Oh, he's got himself in and he's standing there... he's wearing a shirt and pants... as you can see, sir... Madam, I mean [the subject corrected herself] he sees you and he's got to go and stand beside and not walk into him, they warn, they don't warn the queue to be taken.*

Also here the subject fragmentarily built references to the photo presented to her, she did not use the usual formulas to start the description, she tended to notice only one dimension. There is no hierarchical structure in her utterances. The subject was unable to give an overall assessment of the picture, she fails to notice and she does not take into account the principles of presentativeness of events.

Assessment of calculation skills

The patient named 95% of presented numbers correctly, the few mistakes which she made include errors resulting from the wrong order of digits in numbers e.g. (12) *twelve thousand (102) two thousand*. The significant deficit concerned the recognition of symbolic signs: the patient identified the point as the multiplication symbol. e.g. (5.) *five times*, (3.) *three times nine*, (9.) *nine times six*, (6) [...]. She failed to recognize Roman numerals, e.g. (IV) *one quarter*, (VI) *one fifth*. She referred correctly to only one symbol of mathematical operations (+) *uuu a plus*, (-) *unfinished stupidly drawn, I've drawn myself, minus, plus, minus shit...* The subject correctly identified only number 8, she reacted with aggression at another attempt: (*eight*) *Eight... maybe here. (Please point to number 9) [the subject pushed the book away] I need no stinky nine shitting her ass and stinking...*, she did not finish the sentence.

The patient was unable to do text exercises of complex logical, semantic and grammatical structure, although she managed to retain in memory part of the data necessary to accomplish the task, e.g. (*There were 3 books on a shelf and twice as many books on another shelf. How many books were there in total?*) *there were three books on a shelf like three books are three books spinning in a lesson that should be well said and explained, as one monkey is one and the rest is six*. The subject failed to notice the purpose of the operation and the subsequent elements, i.e. the general plan and the executive part requiring quasi-spatial operations, were consequently disintegrated [see Luria, 1976].

Assessment of reading

The subject named correctly most of the letters of the alphabet presented to her (87%), she made several the so-called realization mistakes, giving names which sound similar, e.g. she confused (*f*) with (*v*), or she did not recognize the pattern, confusing (*l*) with (*t*).

There were few phonetic distortions in the texts read by the subject and she did not correct her own mistakes. The pace of reading was normal. In general, no suprasegmental disturbances were observed.

The patient read structural neologisms correctly without disruption. The ability to read them is regarded as a measure of pure phonological processing (the subject may not compensate difficulties with the use of lexical or grammatical knowledge).

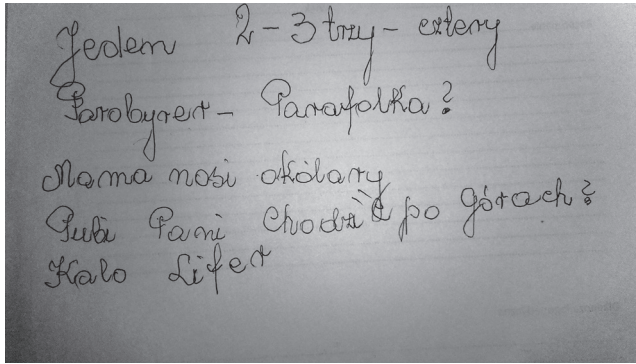
In the test consisting in indicating a correctly written word among the incorrectly written ones, the basic deficiency concerned the understanding of the instruction heard, which is why the subject did not perform the task: (*Please indicate the word which is spelled correctly: arkward, arkwad, awkward*) *Arkward, arkward, what is this arkward? Arkward, arkwad, awkward...* (*Which word is spelled correctly?*) *Well... one after another they are twisted in half, half the situation, this scene they are writing about there...;* (*Please indicate the word which is spelled correctly: ventirator, ventilator, venatalator*): *ventilator, ventilator, ventalator...* (*Which word is spelled correctly?*) *eee... None of these three stupid as a cow on the street.*

There was a clear disproportion between loud reading and reading with understanding, particularly on the level of sentences, short texts or instructions [Marczevska, 1994; Domagała, 2017]. The subject she was slightly better at reading words than texts, which indicates a disturbance of the mechanism of searching word verses with her eyes [see Domagała, 2017].

During the whole diagnostic process the patient was observed to display some kind of user behavior: the subject reads everything (mostly without understanding).

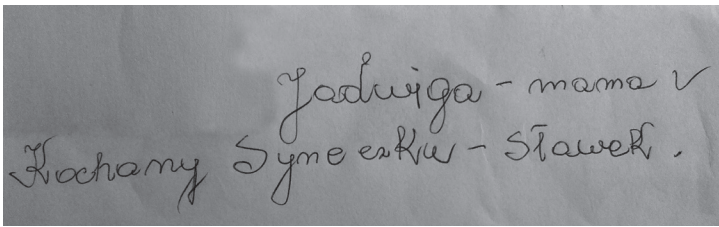
Assessment of writing

The subject was unwilling to complete writing tests, (rewriting, dictation, spontaneous writing and writing automated formula). In general, she did not start the tasks or resigned from completing them in the course of the activity, rejecting the notebook. If attempts to make her write were successful, she did it with great care, which is a sign of her relatively well preserved graphomotor skills (see photographs 1–3). However, there was a noticeable increase in the size of the writing, which may be connected with deterioration of eyesight, less ease and smooth running of the line [see Widła, 1986; Domagała, 2017]. There was no decrease in the legibility of the writing. Graphical and spelling mistakes appeared in words longer than 3 syllables which contained consonant clusters. She mostly used spelling and her writing was non-phonetic (see photograph 1).



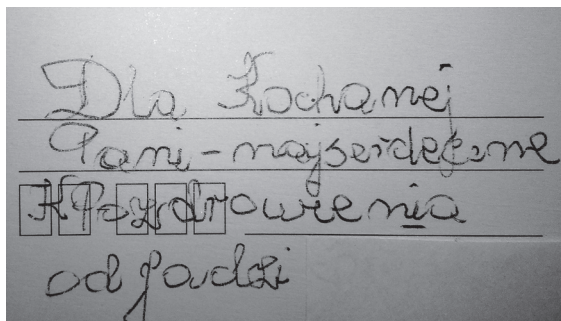
Photograph 1. Writing tests. The first sentence was rewritten by the subject, the second was dictated, below the spelling of the word *kaloryfer* [radiator in Polish]

Syntactical and morphological errors were observed in spontaneous writing⁸. The subject only wrote a short phrase in a test of creative writing.



Photograph 2. A test of spontaneous writing

In the task checking the skill to reproduce formalized texts, the patient constructed correctly only the greeting formula and was not able to use the imposed scheme (a postcard with a place to write greetings and address).



Photograph 3. A test of automated writing

⁸ The correctness of using punctuation was not assessed due to the inability to account for longer text samples of the subject written before the onset of the disease.

The body schema, left-right orientation

No significant disturbances were observed in the recognition of the body schema in the patient⁹. In general, correctly pointed to her own body parts and those in the presented illustration even though she quite often related the instructions to herself, e.g. [the subject was shown an illustration presenting the head of a woman], (*Please indicate her head, where is her head?*) *In her arse, in her arse, in her head...* [at the same time the subject correctly points to her head and bottom]; (*legs*) *I don't know her and show her to believe in stupidities...* [the subject correctly points to her legs]; (*arms*) *She lowered them above the grain level...* [the subject correctly points to her arms]; (*nose*) *She lengthened her nose to her mouth...* (the subject correctly points to her face). The subject did not succeed in recognizing the left and right side.

Assessment of oral praxis

The subject performed only 25% of instructions, she quickly lost motivation and abandoned the subsequent tasks. Example reactions of the patient may be found below: (*Please lick your lips with your tongue*): [the subject did not do the test, she only commented:] *Grossly smelly bang...* (*Please smack*) *I don't play the stupid hag!* In all probability the reason for not doing the task and the aggressive reaction was the lack of motivation as well as disorders in understanding the oral instruction.

Speech therapy diagnosis

The functioning of the subject is determined by disorders in the emotional sphere whereas the lack of efficient motivational mechanisms contributes to the loss of interest in the surroundings and any activities, including speech therapy rehabilitation. The subject is incapable of satisfying her own needs, she is unable to plan basic activities, which points to seriously impaired executive mechanisms. Her functioning is handicapped by concentration disorders, reduced pace of processing information, limited ability to think abstractly on the verbal material and reduced efficiency of learning [see Dominguez, De Strooper, 2002].

Her messages are loud, emphatic, rather fast-paced, sometimes difficult to interrupt. Her utterance include elements of speech which is artificial, pompous, complaisant, excessively formal, at times even preacher's speech, utterances with excessively rigid syntax juxtaposed with vulgar wordings combined with physical aggression.

First of all, the subject's speech is characterized by a breakdown of the coherence of the text (dialogue, narration), illogicality and distraction. She is able to achieve 'the natural ending of the text' only in short 2–4-word sentences. On the level of longer sentences (which the subject does not avoid) the text is broken down often in a way which is inconsistent with grammar rules. The patient formulates sentences

⁹ Disorders in the recognition of the body schema are usually observed in case of parietal lobe damage, they may also concern left-right side assessment [cf. Szumska, 1980].

containing threads which are unconnected with one another and she juxtaposes them without creating logical connections in meaning. Longer sentence structures often lack content words or the so-called gluing words (conjunctions, pronouns). The impression of text deconstruction is exacerbated by the phenomenon of lack of word readiness. The sentences which she constructs are either too abstract or excessively concrete.

Neologisms, semantic and phonetic paraphrases are often used by the subject while descriptive constructions are rather rare. Echolalia was not observed. In the subject's speech there were visible moments of stuttering, repetition of word sounds and vocal paraphrases. The subject, however, does not speak when nobody listens to her.

In addition, the patient displays slight disorders of the motor mechanisms of pronunciation which are probably involuntary in character.

Logopaedic diagnosis

On the basis of an analysis of medical documentation, the interview and logopedic examination of the patient diagnosed with of the frontal psychoorganic syndrome, disorders are found in the area of interaction, communication and language competences and skills.

The assessment of interaction competences and skills of the patient indicated slight disorders of understanding of non-verbal kinetic behavior and significant proximal disorders [see Grabias, 1997]. The subject uses non-verbal communication quite skilfully¹⁰. Considerable dysfunctions can be observed with reference to understanding verbal behaviours.

Pathological changes can be also observed in the area of communication competences and skills. The subject understands and uses social and situational principles to a comparable degree. Considerable impairment can be observed with regard to pragmatic skills and competences, the patient is unable to gain an advantage or reach a goal, using verbal communication.

The assessment of language competences and skills indicated that the patient recognizes the units of the phonological system, is capable of realizing them, she also recognizes and uses prosodic features correctly. Disorders are observed with regard to units of the morphological subsystem (lexis, word formation or inflection). The subject retained the ability to understand and formulate simple syntactic constructions. She is incapable of understanding or conducting metalinguistic operations.

Significant disorders are also observed in other language activities, such as reading comprehension (the ability to read alone has been preserved quite well), performing arithmetic operations on abstract sets or writing.

¹⁰ See *The Scale of Non-verbal Communication* [Pačalska, 2012, p. 397].

Therapeutic programme

For several years, the literature has been questioning the widely accepted view on the irreversibility of organic changes within the brain. Recent studies suggest that the therapy of people with diagnosed organic disorders can have measurable effects [see Wysokiński et al., 2008; Panasiuk, 2015a, pp. 1048–1049].

Taking into account the patient's advanced level of dementia and her old age, the prognosis is not very good yet it cannot be excluded that the therapeutic proceeding will bring measurable effects. It should result in relative normalization of the patient's functioning, primarily in family relations but also in the social context.

Multi-specialist therapeutic effects (as only such effects can bring positive results in the case of the psychoorganic syndrome) should be aimed at stimulating interaction, communication and language behaviours.

The speech therapy should involve improving such aspects of linguistic functioning as: cognitive interpretation of the world, emotional assessment of reality as well as rules of verbal and non-verbal behaviour, taking into account social, situational and pragmatic conditions of communication [see Panasiuk, 2015a, pp. 1049–1050]. In the initial stage it is assumed that restitution and then compensation and adaptation strategies will be used. In order to improve the patient's linguistic functioning, firstly exercises aimed at improving the most disturbed language skills will be introduced, which will be followed by improving these skills in the context of various, either created or spontaneous, life situations [see Panasiuk, 2015a, p. 1050].

Individual therapy is also aimed at preparing the subject for the possible use of group occupational therapy (even though few patients staying in their own homes use such a form of rehabilitation, proposed e.g. by day care homes).

The purpose of indirect therapy is, among other things, to make the family and the closest environment of the patient aware of the actions to be taken in order to support her in overcoming further limitations and how to use everyday situations to achieve therapeutic goals. It is assumed that techniques of a practical nature should be applied so that the patient can use them in her daily activity.

Conclusion

The paper presents a speech therapy case study of a patient diagnosed with the psychoorganic syndrome manifested by disorders in the behaviour and its control, emotional, personality, language and memory disorders as well as disorders concerning criticism and thinking, including reasoning, abstracting and planning. The degree of the changes is so advanced that the subject is no longer capable of taking care of her basic needs. The observed background of the disturbance of interactive communication and language behaviour is psychogenic and neurological.

References

- Bilikiewicz A., Strzyżewski W., 1992, *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Domagała A., 2007, *Zachowania językowe w demencji*, series “Komunikacja Językowa i Jej Zaburzenia”, vol. 20, S. Grabias (ed.), Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Domagała A., 2015, *Narracja i jej zaburzenia w otępieniu alzheimerowskim*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Domagała A., 2017, *Zaburzenia komunikacji pisemnej u osób z chorobą Alzheimera*, [in:] A. Domagała, U. Mirecka (eds.), *Zburzenia komunikacji pisemnej*, Gdańsk: Harmonia, pp. 524–545.
- Dominguez D.I., De Strooper B., 2002, *Novel therapeutic strategies provide the real test for the amyloid hypothesis of Alzheimer's disease*, “Trends in Pharmacological Sciences”, no. 23, pp. 324–330.
- Goodglass H., Kaplan E., 1972, *Boston Diagnostic Aphasia Examination*, Philadelphia: Lea & Febiger.
- Grabias S., 1997, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grabias S., 2015, *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*, [in:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (eds.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, pp. 955–995.
- Herzyk A., 2005, *Wprowadzenie do neuropsychologii klinicznej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- ICD-10, 2008, *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10*, www.csioz.gov.pl/interoperacyjnosc/klasyfikacje (accessed: 28.03.2019).
- Jodzio K., 2006, *Neuropoznawcze korelaty spadku fluencji słownej po udarze prawej półkuli mózgu*, “Studia Psychologiczne”, vol. 44(2), pp. 5–18.
- Jodzio K., 2008, *Neuropsychologia intencjonalnego działania. Konceptje funkcji wykonawczych*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Kielar-Turska M., Byczewska-Konieczny K., 2014, *Specyficzne właściwości posługiwania się językiem przez osoby w wieku senioralnym*, [in:] S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray (eds.), *Biomedyczne podstawy logopedii*, Gdańsk: Harmonia, pp. 429–443.
- Kozubski W., Liberski P.P., 2014, *Neurologia. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Krzywiński S., 1995, *Test rysowania zegara*, “Postępy Psychiatrii i Neurologii”, no. 4, supplement I(2), pp. 21–30.
- Łuria A.R., 1976, *Podstawy neuropsychologii*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Marczewska H., 1994, *Zaburzenia językowe w demencji typu Alzheimera i demencji wielozawałowej*, [in:] H. Marczewska, E. Osiejuk (eds.), *Nie tylko afazja... O zaburzeniach językowych w demencji Alzheimera, demencji wielozawałowej i przy uszkodzeniach prawej półkuli mózgu*, Warszawa: Energeia, pp. 7–60.
- Olszewski H., 2008, *Otępienie czołowo-skroniowe. Ujęcie neuropsychologiczne*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Panasiuk J., 2013, *Afazja a interakcja. Tekst – metatekst – kontekst*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

- Panasiuk J., 2015a, *Postępowanie logopedyczne w przypadku zespołu psychoorganicznego*, [in:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (eds.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, pp. 1025–1058.
- Panasiuk J., 2015b, *Zespół psychoorganiczny w diagnozie logopedycznej*, "Logopedia Silesiana", no. 4, pp. 81–112.
- Pąchalska M., 2012, *Afazjologia*, Warszawa–Kraków: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Piskunowicz M., Bieliński M., Zgliński A., Borkowska A., 2013, *Testy fluencji słownej – zastosowanie w diagnostyce neuropsychologicznej*, "Psychiatria Polska", vol. XLVII, no. 3, pp. 475–485.
- Prusiński A., 1998, *Neurologia praktyczna*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Schulman K.L., Shedletsky R., Silver I.L., 1997, *The Challenge of Time: Clock Drawing and Cognitive Function in the Elderly*, "International Journal of Geriatric Psychiatry" vol. 1, issue 2, pp. 619–627.
- Sitek E.J., Konkel A., Międzobrodzka E., Sołtan W., Barczak A., Sławek J., 2014, *Kliniczne zastosowanie prób fluencji słownej w chorobie Huntingтона*, "Hygeia Public Health", vol. 49(2), pp. 215–221.
- Siuda J., Opala G., 2012, *Diagnostyka różnicowa otępienia*, [in:] M. Zabawa (ed.), *Diagnostyka i leczenie otępień. Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego*, Otwock: MediSfera, pp. 41–49.
- Szepietowska E.M., 2000, *Badanie neuropsychologiczne. Procedura i ocena*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Szepietowska E.M., Gawda B., 2011, *Ścieżkami fluencji werbalnej*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Szepietowska E.M., Lipian J., 2012, *Fluencja słowna neutralna i afektywna u chorych z uszkodzeniem prawej, lewej lub obu półkul mózgu*, "Psychiatria Polska", vol. XLVI, no. 4, pp. 539–551.
- Szumaska J., 1980, *Metody badania afazji*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Warchala J., 1991, *DIALOG potoczny a tekst*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Widła T., 1986, *Cechy płci w piśmie ręcznym*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Woźniak T., 2005, *Narracja w schizofrenii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Woźniak T., 2014, *Zaburzenia mowy w schizofrenii*, [in:] S. Grabias, M. Kurkowski (eds.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, pp. 645–677.
- Wysokiński A., Orzechowska A., Strombek-Milczarek M., Gruszczyński W., 2008, *Odwracalność zaburzeń psychopatologicznych po stłuczeniu mózgu – przypadek kazuistyczny*, "Psychiatria w Praktyce Klinicznej", vol. 1, pp. 46–49.

Abstract

The psychoorganic syndrome is a deviation in the mental state due to damage or dysfunction of the brain structures. It is associated with the occurrence of mental disorders manifested in the behavioral, socio-emotional, cognitive and therefore also communicative sphere. The article describes the case of a 68-year-old patient who was diagnosed with the psychoorganic syndrome. The changes observed in her relate to significant dysfunctions in the areas of competence, interaction, communication and language.

Streszczenie

Zespół psychoorganiczny to odchylenie w stanie psychicznym, uwarunkowane uszkodzeniem lub dysfunkcją struktur mózgu. Wiąże się on z występowaniem zaburzeń psychicznych, przejawiających się w sferze behawioralnej, społeczno-emocjonalnej, poznawczej, a także komunikacyjnej. W artykule opisano przypadek 68-letniej pacjentki, u której rozpoznano zespół psychoorganiczny. Obserwowane u niej zmiany dotyczą znacznych dysfunkcji w zakresie kompetencji i sprawności interakcyjnych, komunikacyjnych i językowych.

Agnieszka Hamerlińska* , Jacek J. Bleszyński** ,
Jerzy Rottermund*** , Andrzej Knapik**** 

Therapeutic Recommendations for Caregivers of People with Dysphagia

Zalecenia terapeutyczne dla opiekunów osób z dysfagią

Keywords: family, disability, dysphagia, therapy

Słowa kluczowe: rodzina, niepełnosprawność, dysfagia, terapia

Introduction

Eating is one of the most important activities of people from the beginning of their life. Feeding, and consequently gaining weight, is the most important factor in the neonatal period and infancy. Appetite in a child is perceived as a desirable phenomenon. The same refers to people who are ill and their willingness to eat is interpreted as coming back to health.

The topic of eating is interdisciplinary. It seems that the very act of eating is simple, quick and pleasant. Yet this is a very complex activity combining the physical, mental and social sphere. The anatomy and functionality of organs responsible for

* Nicolaus Copernicus University in Toruń, Faculty of Philosophy and Social Sciences, Institute of Pedagogical Sciences, 11 Gagarina street, 87-100 Toruń, e-mail: hamer@umk.pl, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9305-5793>.

** Nicolaus Copernicus University in Toruń, Faculty of Philosophy and Social Sciences, Institute of Pedagogical Sciences, 11 Gagarina street, 87-100 Toruń, e-mail: jjbleszynski@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6553-0550>.

*** St. Elizabeth University of Health and Social Work, Náместie 1. mája 1, P.O. BOX 10481000, Bratislava, Slovakia, e-mail: jerzy_rottermund@op.pl, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9629-7800>.

**** Medical University of Silesia in Katowice, School of Health Sciences in Katowice, Chair of Physiotherapy, Department of Adapted Physical Activity and Sport, 15 Poniatowskiego street, 40-055 Katowice, e-mail: aknapik@o2.pl, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6946-9312>.

eating are essential in this process. A suitable diet is also important as well as the role of eating in everyday life, particularly in family life.

Eating food on an independent basis can be difficult in a situation of illness or disability. In such a situation assistance is necessary on the part of family members. It happens that family members are unprepared for this and they find it difficult to adapt to it. They do not know how to help, give food and what feeding position the patient should assume. It is often necessary to change the diet, the food served must have different consistency, some products have to be eliminated. What is more, it is necessary to use other, better adjusted tools: a flat spoon, a less sharp fork or a mug with a special straw.

The aim of the paper is to indicate those activities which may help family members taking care of patients with dysphagia.

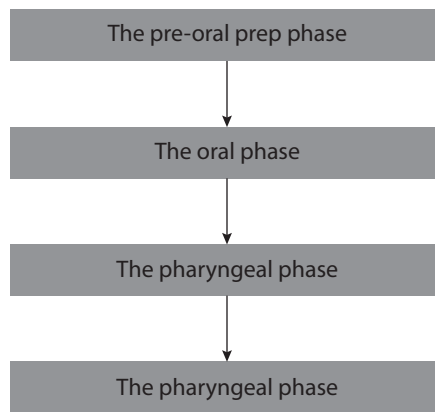
Dysphagia, or swallowing disorder, as one of the symptoms accompanying disability

Dysphagia refers to eating and/or swallowing disorders. It is not connected, however, with psychiatric disorders as it is the case in anorexia, bulimia or obesity. The problem of dysphagia is dealt with by doctors with different specializations, such as neurologists, gastrologists, laryngologists, oncologists as well as physiotherapists and speech therapists. While writing about dysphagia it is necessary to draw attention to their causes: functional disorders (neuroses, esophagitis), neurological disorders (lesion of centres which coordinate swallowing) and mechanical disorders (stricture or closure of the esophageal lumen by a cancer or a foreign body) [Klukowski, Nowotny, Czamara, 2014; cf. Narożny, Szmaj, 2014]. Difficulties in eating may occur at any age and they may be due to several overlapping causes or a single cause.

In order to understand swallowing disorders it is necessary to know the different stages of eating. Eating is dependent, among other things, on the amount of food introduced at a time, the pace of eating or the skill of moving the bolus from the anterior part of the oral cavity to the stomach in a coordinated way. An important element, particularly in children (but not only), is due care during feeding or eating food on an independent basis.

Medical sciences use the division into three stages: the preparatory and proper oral phase, the pharyngeal phase and the esophageal stage [Gadowska-Cicha, Sieroń, Cak, 2004]. In speech therapy there is the additional pre-oral prep phase which allows to check if the patient is able to adjust the kind of food to his swallowing abilities on his own [Hamerlińska-Latecka, 2013]. Subsequently, the first oral stage begins (the oral preparatory phase) which consists of closing the lips, movements of the mandible and the tongue, tightening of the cheeks as well as movement of the anterior palate. Food or liquid mixes with saliva in the anterior part of the oral cavity,

creating a bolus. Elevation of the tongue causes the content to move inside the oral cavity (the proper oral phase). At this point the pharynx begins to react. There are sensory receptors of taste, temperature and bolus volume of the bolus in the pharynx. The pharyngeal stage (the throat stage) begins, including closing the entrance to the nasal cavity (contraction of the superior pharyngeal constrictor muscle innervated by the vagus nerve). Subsequently, the bolus is pushed in the direction of the esophagus as a result of the contraction of the pharynx and the swallowing phase begins. At this stage it is necessary to protect the upper respiratory tract from food contents. This defensive mechanism consists in shutting the vocal folds, inverting the epiglottis and elevating the larynx. Finally, the bolus reaches the stomach [Ganesh, Janakiraman, Sathiyasekaran, 2008; Riquelme et al., 2008; Boksa, 2016] (Picture 1).



Picture 1. Stages of swallowing

Source: Hamerlińska-Latecka, Wójcik, Pyszora, 2013, p. 129.

A person with dysphagia may have problems with taking the food, keeping it in the oral cavity, forming the food into a bolus, then transporting the food inside the oral cavity to the pharynx and later through the esophagus to the stomach. Difficulty in swallowing may occur in each section of the digestive tract. Patients with dysphagia have difficulty primarily in swallowing liquids and then solid food. Even small bites are lodged in the cheeks, many a time already in the phase of chewing. Dysphagia may be manifested by coughing, choking, gag reflexes, lacrimation, sneezing, pain on swallowing and the feeling of retaining food in the esophagus. Eating food becomes increasingly onerous, patients are unwilling to eat and they eat less and less. One symptom observed in patients with dysphagia is choking during the meal as an effect of excessive filling of the oral cavity with the food content or delayed collapse of the pharynx when the food may enter the upper respiratory tract. It is worth stressing, however, that expectoration and cough are a natural physiological reaction and at the same time an attempt to clear the respiratory tract [Riquelme et al., 2016]. Dysphagia as an effect of different dysfunctions may result in malnutrition and

dehydration, which are dangerous for the proper functioning of the organism. This is why the readiness to assist in receiving and swallowing liquids and food by patients is so important for both carers and therapists.

Selected diseases and dysphagia

Many disease entities are accompanied by dysphagia and often enough there are several causes of that. Difficulties in eating solids and liquids may occur in all decades of life, from infancy to very old age. This publication presents only selected diseases accompanied by dysphagia¹.

In the case of patients with infantile cerebral palsy (ICP) two aspects should be discussed: feeding and swallowing disorders. The nature of the disorders and frequency of their occurrence are closely connected with the degree of the dysfunction, limitations with regard to gross and fine motor skills as well as co-occurring intellectual disability [Arvedson et al., 2013]. Damage to the central and/or peripheral nervous system in infants causes delay in acquiring eating skills and the feeding time increases. Neurogenic dysphagia is diagnosed in children with ICP [Litwin, 2009], these children tend to gain weight too slowly and their health problems are exacerbated by recurrent upper respiratory infections.

Calis et al. [2008] examined children with infantile cerebral palsy and intellectual disability using the Dysphagia Disorder Survey (elaborated by Sheppard in 2002) in order to assess the presence, characteristics and severity of dysphagia. Of all participating children, 76% had moderate to severe dysphagia and 15% profound dysphagia. The occurrence of dysphagia did not correlate with the opinion of the examined children's parents on eating difficulty [Calis et al., 2008]. This observation seems essential as it gives an idea of the fact that not all parents (and perhaps also carers and therapists) are aware of feeding problems in children. Symptoms which facilitate diagnosis and may suggest neurogenic dysphagia in children with ICP include [Przeździek, 2016]:

- limited or/and incomplete closure of the lips on the spoon or cup causing the liquid to flow out of the mouth;
- retention of food on the tongue (there are food remains on the tongue after swallowing);
- pocketing food in the oral cavity and long time of forming the bolus;
- delayed swallowing reflex;
- swallowing small portions, with great effort and simultaneous neck muscle tension;

1 A subjective selection of disorders with which dysphagia coexists was made. It results from many years of cooperation in physiotherapy and speech therapy and observation indicating that people with the above-mentioned diseases are undergoing dysphagia therapy.

- choking while eating and coughing, clearing one's throat after the meal;
- passage of food to the nasal cavity due to insufficient palatopharyngeal closure;
- retention of food leftovers in pyriform sinuses due to weakening of the movements of the larynx and hoarseness after the meal;
- aspiration of food to the respiratory tract which may cause aspiration pneumonia;
- frequent pneumonia and/or bronchitis (recurrent infections of the upper and/or lower respiratory tract);
- fear of eating and weight loss;
- cough or fever of unknown etiology.

Difficulties in eating (feeding, swallowing) are present in 80% children with delayed development [Bryant-Waugh et al., 2010], in 90% of those with autism [Ahearn, 2001] and in premature babies. There are several reasons for that, they may differ with regard to their etiology or severity. They include lack of motivation and motor skills, such as sucking, chewing and swallowing [Hoch, Babbitt, Farrar-Schneider, 2001]. Patients with feeding difficulties include patients with neurological disorders, gastrointestinal diseases (food allergies, reflux disease) and its anomalies (esophageal stenosis, cleft palate) as well as in patients with metabolic diseases [Chatoor, 2002]. At the same time it is necessary to distinguish food allergies (conditioned by immune mechanisms) from food intolerance resulting from non-immune mechanisms.

Another cause of dysphagia is cerebral stroke, it occurs in the case of 37–78% of all strokes [Januś-Laszuk et al., 2012]. The paresis of the face and tongue accompanying the stroke exacerbates difficulties in feeding [Starosta et al., 2016]. Difficulties in swallowing solid food and drinking an appropriate amount of liquids result in malnutrition and dehydration of patients, at the same time posing the threat of aspiration pneumonia as a risk factor for death or another disability. It should be mentioned at this point that cerebral stroke also occurs in children, yet far less frequently. The consequences are identical as in adults. The biggest number of incidences occurs between 1 and 3 years of age, ischemic strokes accounting for 50–60% of all strokes in children, half of which are idiopathic strokes [Klisowska et. al., 2012].

The ongoing disease process in patients with multiple sclerosis disrupts the functions and weakens the muscles which take part in swallowing. Dysphagia affects about 33% of patients. The risk of aspiration pneumonia, malnutrition and dehydration is identical as in other groups of patients. In anticipation of the weakening of the oral motor skills in the future, it is necessary to introduce active and passive exercises of the mouth and tongue as preventive and prophylactic measures. The aim of these exercises is to maintain muscle performance and the range of movements performed while eating. The progressing dysfunction process imposes modifications of the diet, meals of mushy or liquid consistency are gradually introduced, the food must be rich in protein and high-energy with an adequate quantity of vitamins and mineral salts [cf. Krupp, Rizvi, 2002; Kesselring, Beer, 2005].

Dysphagia is the second possible symptom of pseudobulbar palsy. The swallowing reflex is controlled by the centres located in the brain stem. Pseudobulbar palsy occurs in, for instance, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, amyotrophic lateral sclerosis, multiple sclerosis, encephalitis, supranuclear palsy, brain tumors (the cerebellopontine angle), Binswanger's disease, Behçet's disease as well as some hereditary diseases and congenital defects. The symptoms of pseudobulbar palsy may also occur as a result of treatment of some diseases and complications of systemic or infectious diseases [Hamerlińska, Grądzka, 2017].

The stage of chewing in patients requiring palliative care takes much more time and the reason for this may be the inefficiency of the lips and tongue. It is not infrequent that they are not capable of swallowing on their own. Then it is necessary to introduce alternative feeding in the form of percutaneous endoscopic gastrostomy or enteral feeding [Brola et al., 2013].

Therapeutic recommendations for caregivers of people with dysphagia

The state of the disease or disability in one family member is an issue of not only an individual but it also affects other family members and is a source of great stress [Białek, 2015]. The whole family is "entangled in a disease", which causes certain consequences for its functioning [Kawczyńska-Butrym, 1995]. The family often has to change the ways of spending free time, reduces social activities or travelling and its members are affected by sleeping or eating disorders. In addition, the family may experience changes in its financial situation [Kawczyńska-Butrym, 1995]. When the child is ill, the relations between the child and its parents and other family members get distorted. Sometimes the disease disorganizes the life of the family and leads to its breakdown, but it may be also a factor which unites and motivates it to cooperate out of concern for the good of the ill family member [Woynarowska, 2010, p. 11].

- It is generally agreed that home is the best place for the patient [de Walden-Gałuszko, 2011]. In a situation of an illness the family provides the basic environment in which the patient stays as [Taranowicz, 2001]:
- it creates the physical space and conditions appropriate for the patient and the situation of being ill;
- it controls the course of the disease, observes its symptoms, gives the first diagnosis, performs simple caring and therapeutic activities, controls the patient's behaviour, puts the recommendations of specialists into practice;
- it is the connector between the patient and the outside world;
- it gives social and emotional support.

Dealing with families with children who suffer from a chronic disease, K. Bialic [2016] analyzed the whole range of activities performed by parents, dividing them

into three categories. The first one includes caring and therapeutic activities aimed at creating proper conditions of development and treatment as well as satisfying the child's needs, and the most important of them include: ensuring medical care and assistance and putting the recommendations of doctors into practice; providing the child with prescribed drugs and other medications as well as their suitable use; ensuring a suitable diet, resting and sleeping conditions; constant monitoring of the well-being and providing adequate assistance during attacks of the disease; satisfying emotional needs in the best possible way and showing emotional support in moments of suffering, pain and fear.

The second category includes educational and therapeutic activities aimed at supporting the child's development and shaping dispositions allowing to gain personal and social independence as well as fulfillment of the child's desires and interests. They include: developing personal and social independence of the child to the best of its capacity; developing in the child self-realization abilities in different forms of activity which are not a contraindication in the given condition; shaping positive features of character in the child; reducing and eliminating disorders in child's development caused by the illness; providing the child with the opportunity to be educated in such forms and directions which are the most suitable for the child.

The third category comprises rehabilitation activities whose aim it to improve the health and general motor skills, such as performing therapeutic exercises in accordance with recommendations of specialists and providing the patient with the necessary rehabilitation aids; teaching self-care activities and self-control which ensure protection from factors and situations which are detrimental to the patient's health, quick recognition and independent prevention of attacks and some disease conditions, observing the diet, adjusting the right amount of physical effort and movement; making efforts to ensure health resort rehabilitation [Bialic, 2016, p. 139].

The family helps in rehabilitation of the ill and disabled. This support is of great importance in a situation when swallowing disorders occur. Doing exercises aimed at facilitating the eating functions should be interwoven into the everyday functioning of the family not only when the therapist pays a visit. Besides, it was also mentioned that the family takes care of the patient's diet. Due to the patient's psychomotor disability the family helps do the shopping, prepares food and serves it. Nowadays there are many speech therapy aids, such as: vibrators, tongue-depressors, teethers, spoons which may be used in everyday exercises which facilitate the activity of swallowing. In addition, it is worth trying anyway not to exclude the person with swallowing disorders from eating meals together or taking part in family meetings because of the difficulty in question. It is possible to prepare a party in such a way that also the patient may enjoy it for a while to the best of their psychophysical abilities.

As it was said before it is natural that it is the family that will support the person with a disability accompanied by swallowing disorders.

It is advisable that persons taking care of their family members with swallowing disorders know the basic principles of rational nutrition [cf. Biernat, 2003; Ryżko, Socha, 2010; Bojanowska, Ciołek, Czeczko, 2015]:

- covering the body's total demand for energy and essential nutrients;
- meals eaten regularly normalize metabolism;
- children should be provided high-quality proteins, carbohydrates and fats in the proportions 12–15%/50–60%/25–30%, yet in the case of proteins the demand varies depending on age, body weight, metabolic condition and intensity of growth and regeneration of the body;
- sources of proteins include products of animal and plant origin;
- sources of fat include butter, lard, beef tallow, olive oil and all kinds of oils;
- sources of carbohydrates include wholegrain products (bread, groats, rice, bran), brown rice, buckwheat, oat bran, corn flour), fruit and vegetables;
- purchased products should contain a lot of vitamins, calcium, phosphorus and iron;
- it is important to drink large quantities of still water, especially in the summer and in the heating season;
- the salt intake should be reduced;
- setting the menu and preparing meals together are a good incentive to eat;
- the so-called unhealthy food should be completely eliminated from the diet;
- patients should be provided with the opportunity to have some physical activity, preferably in the open-air which should be suited to the psycho-physical possibilities of the patient, which in turn will improve the appetite.

Before a meal is prepared, each patient with difficulty in swallowing should be examined in order to determine which food consistency is safe for them and does not carry a risk of complications. It is possible to distinguish the following types of food consistency [Chmielewska et al., 2016]:

- a blended diet – a homogeneous consistency with a smooth structure, food may be eaten from a cup or with a spoon, it does not require biting or chewing;
- a pureed diet – a homogenous consistency, with no lumps, it may not be sticky, usually eaten with a spoon or a fork, it also does not require biting or chewing;
- a soft diet and a moist food – it has a consistency which is easy to squash with the fork, eaten with a fork or a spoon;
- a soft diet – its consistency does not require a knife to cut, eaten with a fork or a spoon, it is necessary to chew the food before swallowing, which is why it requires good performance and strength of the tongue to form a bolus in the oral cavity;
- a normal diet without any exclusions – everyday ordinary food.

Thicker and homogenous consistency makes the process of swallowing easier and safer. Liquids move in the direction of the esophagus very quickly, the risk of aspiration or penetration increases in patients with difficulty in swallowing, e.g. with

elevation of the larynx. This is why it is recommended to give patients with dysphagia food and liquids of homogenous thick consistency, moist and at the same time not sticky. Thickened food and liquids allow some time for physiological swallowing reflex, the patient does not lose control over the content in the mouth and work of muscles involved in the process of chewing and swallowing. Hence the consumption of solid food of heterogeneous structure (e.g. goulash with meat, broth with noodles) increase the risk of dysphagia. Water in the food becomes “drained” quicker than the solids which require longer treatment and creation of the bolus in the oral cavity. Both water and solid food increase the risk of aspiration.

Parents of children or caregivers should not worry if the meals are served in the form of “mush” as mixed products give a greater guarantee of safe consumption and are easier absorbed. In addition, children may have problems with products of diversified texture which they did not know before. What is more, the ability to feel flavours may be delayed in some children. In turn, some children may be physically addicted to certain foods and in a situation of their complete exclusion from the diet they may suffer from withdrawal symptoms manifested by increased irritability, anger, and sometimes also attacks of fury. Temporary developmental regression may even occur in some situations [Compact, Laake, 2015]. Feeding, particularly in children, may be accompanied by the negative reaction of withdrawing the tongue or not opening the mouth which become a habit if they are perpetuated for months or years. Such an incorrect pattern later causes difficulty in eliminating it. In addition, feeding with the bottle for too long distorts the physiological “chewing-biting-swallowing” mechanism [Sołtys, 2016].

There are some guidelines necessary while feeding persons with dysphagia which contribute to safer consumption of meals and which may be used by their family or carers. They include [Fraser, Steele, 2012; Dzierżanowski, Rydzewska, 2017]:

- keeping the right body posture while feeding: the sitting position, with the straight neck and the chin drawn to the chest (this prevents aspiration); in patients with paresis it is necessary to turn the head to the paretic side, the turn “will close the larynx”;
- after the meal the patient should remain in a high position for at least 15–30 minutes;
- the consistency of food should be adjusted to the possibilities of the patient, served in small portions; it is necessary to control chewing and swallowing at all times and check if the bite is not too big and if it does not make the patient choke;
- it is necessary to avoid food which is powdery or crumbling (biscuits, cakes, bread) as it may make the patient choke;
- before and during the meal it is necessary to check the denture fixing (if the patient has them) so as to prevent them from moving in a dangerous way while feeding;

- both solid food and liquids have to have a distinct flavour (sensorial simulation of the oral cavity) and the right temperature;
- it is always necessary to check the patient after feeding if there is nothing left in the oral cavity; it is necessary to clean the teeth and the oral cavity after the meal;
- the patient is asked to do movement exercises of the lips, tongue, larynx and mandible during the daily hygiene similar to exercises with the physiotherapist or speech therapist; in addition breathing exercises are recommended.

Even if all the rules and principles are observed, aspiration and/or choking may still occur. In this event immediate reaction is necessary as longer obstruction of the respiratory system causes death. If there is liquid in the respiratory tract, it will be the easiest to lower the head below the line of the shoulders, the child should be put over the knee and patency of the respiratory system may be restored by hitting the child on the back in the interscapular region with the hand, using the gravitation force. The problem is more complicated in older persons, it is best to stand behind that person, lean the thorax forward and restore the ability to breathe by hitting the interscapular region. In the case of choking the action is similar as that used in order to get rid of a foreign body (a bite of food). In addition, the Heimlich maneuver may be performed in the case of adults, consisting in an abrupt thrust from the back of the lower region of the chest and epigastrium and emptying the respiratory tract. In a situation of persistent closure of the respiratory tract, it is necessary to call for medical help immediately².

Summary

Safe food intake represents a major challenge both for carers and teams of therapists dealing with health improvement of patients with difficulty in swallowing. This is why cooperation of the family, carers and therapists is so important. Mutual interdisciplinary communication is aimed at increasing the knowledge and access to the most effective forms of assistance and preventing complications following incidents related to dysphagia in the subsequent years of their life. The family provides a person with swallowing disorders not only with moral, information and social support but also care and rehabilitation assistance [Bialic, 2016].

² It is worthwhile for caregivers to stay in touch with physiotherapists and speech therapists. Professionals can support the rehabilitation process with appropriate swallowing maneuvers, which can then be repeated with the support of caregivers.

References

- Ahearn W.H., 2001, *Help! My son eats only macaroni and cheese: Dealing with feeding problems in children with autism*, [in:] C. Maurice, G. Green, R.M. Foxx (eds.), *Making a difference. Behavioral Intervention for Autism*, Austin: PROED, pp. 51–73.
- Arvedson J.C., 2013, *Feeding children with cerebral palsy and swallowing difficulties*, “European Journal of Clinical Nutrition”, no. 67, pp. 9–12.
- Bialic K., 2016, *Wsparcie społeczne rodziny z dzieckiem przewlekle chorym*, “Seminare”, vol. 37, no. 1, pp. 131–142.
- Białek K., 2015, *Rodzina pod wpływem choroby jako stresora*, “Państwo i Społeczeństwo”, vol. XV, no. 4, pp. 79–88.
- Biernat J., 2003, *Żywność, żywność a zdrowie*, Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Bojanowska M., Ciołek A., Czeżko R., 2015, *Żywność a rozwój dziecka*, Lublin: Towarzystwo Wydawnictw Naukowych Libropolis.
- Boksa E., 2016, *Dysfagia z perspektywy zaburzeń komunikacji językowej u dzieci i młodzieży z niepełnosprawnościami sprzężonymi*, Kraków: Wydawnictwo Libron.
- Brola W., Kasprzyk M., Fudala M., Opara J., 2013, *Palliative care for patients with multiplesclerosis*, “Medycyna Paliatywna”, vol. 5(2), pp. 41–47.
- Bryant-Waugh R., Markham L., Kreipe R.E., Walsh B., 2010, *Feeding and eating disorders in childhood*, “International Journal of Eating Disorders”, vol. 43, no. 2, pp. 98–111.
- Calis E.A., Veugelers R., Sheppard J.J., Tibboel D., Evenhuis H.M., Penning C., 2008, *Dysphagia in children with severe generalized cerebral palsy and intellectual disability*, “Developmental Medicine and Child Neurology”, vol. 50(8), pp. 625–630, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.03047.x>
- Chatoor I., 2002, *Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment*, “Child and Adolescence Psychiatric Clinics of North America”, no. 11, pp. 163–183.
- Chmielewska J., Jamroz B., Sielska-Badurek E., Niemczyk K., 2016, *Konsystencja i tekstura płynów i pokarmu jako ważny aspekt profilaktyki zachłystowego zapalenia płuc u pacjentów z dysfagią*, [in:] M. Kurowska, J. Porayski-Pomsta, M. Przybysz-Piwko (eds.), *Studia pragmatyngwistyczne*, Warszawa: Wydział Pedagogiki Uniwersytetu Warszawskiego, pp. 279–286.
- Compact P., Laake D., 2015, *Jak ugryźć ADHD*, Warszawa: Grupa Wydawnicza Foksal.
- Dzierżanowski T., Rydzewska G., 2017, *Zaburzenia połykania u chorych objętych opieką paliatywną*, “Medycyna Paliatywna”, vol. 9(1), pp. 1–6.
- Fraser S., Steele C., 2012, *The effect of chin down position on penetration-aspiration in adults with dysphagia*, “Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology”, vol. 36(2), pp. 142–148.
- Gadowska-Cicha A., Sieroń A., Cak M., 2004, *Dysfagia – alarmujący objaw*, “Chirurgia Polska”, vol. 6, no. 2, pp. 101–107.
- Ganesh R., Janakiraman L., Sathiyasekaran M., 2008, *Plummer-Vinson syndrome: an unusual cause of dysphagia*, “Annals of Tropical Paediatrics International Child Health”, vol. 28(2), pp. 143–147, <http://doi.org/10.1179/146532808X302170>
- Hamerlińska A., Grądzka O., 2017, *Zaburzenia czynnościowe kompleksu ustno-twarzowego w zespole rzekomoopuszczkowym*, “Neurolingwistyka Praktyczna”, no. 3, pp. 129–141.
- Hamerlińska-Latecka A., 2013, *Dysfagia u pacjenta z chorobą nowotworową. Pomoc onkologopedy*, “Forum Logopedyczne”, no. 21, pp. 124–130.
- Hamerlińska-Latecka A., Pyszora A., Wójcik A., 2013, *Dysfagia*, [in:] A. Wójcik, A. Pyszora (eds.), *Fizjoterapia w medycynie paliatywnej*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, pp. 129–143.

- Hoch T.A., Babbitt R.L., Farrar-Schneider D., 2001, *Empirical Examination of a Multicomponent Treatment for Pediatric Food Refusal*, "Education and Treatment of Children", no. 24, pp. 176–198.
- Januś-Laszuk B., Czernuszenko A., Mirowska-Guzel D., Członkowska A., 2012, *Wpływ powikłań na przebieg rehabilitacji u pacjentów po przebytych udarze mózgu*, "Terapia", no. 1, pp. 41–44.
- Kawczyńska-Butrym Z., 1995, *Rodziny kontekst zdrowia i choroby*, Warszawa: Centrum Edukacji Medycznej.
- Kesselring J., Beer S., 2005, *Symptomatic therapy and neurorehabilitation in multiple sclerosis*, "The Lancet Neurology", no. 4, pp. 643–652.
- Klisowska I., Dąbek A., Koprowski B., Kowalik M., Pidzik J., Machaj M., 2012, *Udary mózgu u dzieci – czynniki ryzyka, objawy, rehabilitacja*, "Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne", vol. 2(4), pp. 311–314.
- Klukowski K.S., Nowotny J., Czamara A., 2014, *Słownik fizjoterapii*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Krupp L.B., Rizvi S.A., 2009, *Symptomatic therapy for underrecognized manifestations of multiple sclerosis*, "Neurology", vol. 58, supplement 4, pp. 32–39.
- Litwin M., 2009, *Logopedyczna terapia zaburzeń połykania w chorobach neurologicznych*, "Logopeda", vol. 1(7), pp. 126–138.
- Narozny W., Szmaj M., 2014, *Zaburzenia mowy w dysfagii*, [in:] S. Milewski, J. Kuczkowski, K. Kaczorowska-Bray (eds.), *Biomedyczne podstawy logopedii*, Gdańsk: Harmonia Universalis, pp. 176–185.
- Przeździek M., 2016, *Wspomaganie karmienia u dziecka z mózgowym porażeniem dziecięcym. Podstawowe zagadnienia*, [in:] M. Kurowska, J. Porayski-Pomsta, M. Przybysz-Piwko (eds.), *Studia pragmalingwistyczne*, Warszawa: Wydział Pedagogiki Uniwersytetu Warszawskiego, pp. 177–187.
- Riquelme L.F., Benjamin R.D., Tahhan H.J., Sandoval G., Alomari N., Soyfer A., 2016, *Feeding/ swallowing disorders: Maintaining quality of life in persons with intellectual disability*, "Journal of Intellectual Disability Diagnosis and Treatment", vol. 4(2), pp. 81–93, <http://doi.org/10.6000/12292-2598.2016.04.02.2>
- Riquelme L.F., Soyfer A., Engelman J., Palma G., Stein L., Chao J., 2008, *Understanding oropharyngeal dysphagia: from hospital to home*, "Home Health Care Management & Practice", vol. 20(6), pp. 462–473, <http://dx.doi.org/10.1177/1084822308318178>
- Ryżko J., Socha P., 2010, *Żywnienie niemowląt, dzieci i młodzieży*, [in:] M. Grzymisławski, J. Gawęcki (eds.), *Żywnienie człowieka zdrowego i chorego*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, pp. 15–37.
- Sołtys I., 2016, *Wpływ typu karmienia na rozwój wzorców artykulacyjnych. Przeciwdziałanie zaburzeniom w wypadku karmienia sztucznego – zadania logopedy*, [in:] M. Kurowska, J. Porayski-Pomsta, M. Przybysz-Piwko (eds.), *Studia pragmalingwistyczne*, Warszawa: Wydział Pedagogiki Uniwersytetu Warszawskiego, pp. 169–176.
- Starosta M., Redlicka J., Brzeziński M., Niwald M., Miller E., 2016, *Udar mózgu – ryzyko niepełnosprawności oraz możliwości poprawy funkcji motorycznych i poznawczych*, "Polski Merkurusz Lekarski", vol. XLI(241), pp. 51–54.
- Taranowicz I., 2001, *Rola rodziny w opiece nad człowiekiem przewlekle chorym. Rodzina w czasach szybkich przemian*, "Roczniki Socjologii Rodziny", no. XIII, pp. 209–228.
- Walden-Galuszko K. de, 2011, *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Wojnarowska B., 2010, *Edukacja zdrowotna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Abstract

The article presents the process of eating, and then describes dysphagia: its causes, classification and symptoms. The authors presented in the article selected diseases with which dysphagia coexists. The aim of the text is to indicate activities that can be used by caregivers of people with dysphagia in their daily care and therapy.

Streszczenie

W artykule przedstawiono proces jedzenia, a następnie dokonano opisu dysfagii: jej przyczyn, klasyfikacji oraz objawów. Autorzy ukazali wybrane schorzenia, z którymi dysfagia współwystępuje. Celem tekstu jest wskazanie czynności, które mogą być wykorzystywane przez opiekunów osób z dysfagią w codziennej pielęgnacji i terapii.

Katarzyna Jachimowska* , Paulina Pawłowska**

Psychological Determinants of Meta-Linguistic Skills by Pre-School Children

Psychologiczne uwarunkowania sprawności metajęzykowej
dzieci w wieku przedszkolnym

Keywords: meta-language, meaning, defining

Słowa kluczowe: metajęzyk, znaczenie, definiowanie

Introduction

This work presents issues connected with children's semantic skills, meta-language and meta-linguistic awareness. The subject of the research included meta-language skills of pre-school children aged 4 and 6 or, to be more precise, psycholinguistic conditionings of acquiring the meanings of words by them. Words from the categories *home* and *family* were selected as the closest to pre-school children. The authors collected information on meta-language skills of 4- and 6-year-old children with regard to acquiring meanings of words, presented a correlation between thinking and speech as well as analyzed ways of conceptualizing and profiling notions. There is a close relationship between the conclusions on the psychological and linguistic plane in the context of acquiring word meaning by children or the development of meta-linguistic skills and the interdisciplinary character of speech therapy and encourage to use them in therapy of children with reduced lexical and grammatical skills.

* University of Lodz, Faculty of Philology, Institute of Polish Philology and Logopaedics, Department of Contemporary Polish Language, 171/173 Pomorska street, 90-236 Łódź, e-mail: katarzyna.jachimowska@uni.lodz.pl, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6770-3988>.

** University of Lodz, Faculty of Philology, Institute of Polish Philology and Logopaedics, Department of Contemporary Polish Language, 171/173 Pomorska street, 90-236 Łódź, e-mail: p.pawlowska.137@gmail.com.

In order to comprehend the gist of children's utterances and meanings given to words by children it is necessary to explore the correlations between speech and thinking as children formulate their utterances to the best of their cognitive abilities, revealing at the same time limitations of their perception. The cognitive development of a child takes place in the course of consecutive changes in the way of thinking: from the sensorimotor period through the preoperational stage and concrete operational stage to formal operational time [after: Strelau, 2000, p. 264]. Children from the analyzed groups are at the stage of cognitive development which coincides with the pre-school age: this is the preoperational stage. It is typical of this period to go beyond the sphere of direct perception, beyond "the here and now". Thinking of kindergarteners, however, is subject to certain limitations such as centration (the child focuses attention only on one feature of the given situation) and egocentrism (manifested through the inability to go beyond one's own point of view).

Acquiring communicative competence by children, including the meaning of words, is a process which is subject to constant improvement. As Johann G. Herder argues "language is action, not a finished work" [after: Grabias, 1997, p. 41]. This activity is multi-faceted, closely determined by thinking processes whose unique character becomes increasingly complex together with reaching higher and higher levels of mental development.

Terminology

The essence of all communication activities is included in the dichotomy: competences – skills. The communicative competence is realized in the act of dialogue and narrative utterances whereas the language competence is accomplished as part of situational and grammatical skills [after: Grabias, 2014, p. 37]. An important role in realizing language activities is played by the semantic skills which co-form the system skills. This skill represents an ability to distinguish information which springs from the correlation on the line language – thinking – reality [Borowiec, 2001, p. 151]. Constructing the semantic base of the word is accomplished in connection with the freedom of choice as the language user – the child – chooses which features of the given object will become representative of its meaning. The quality and rationality of that choice are conditioned by psychobiological determinants. The signalled dependence of speaking and understanding is a subject of interest of psycholinguistics. "Language psychologists" consider words and thinking to be symbiotic components which condition "our being in the world" [Aitchison, 1991, p. 13]. This symbiosis of cognitive and linguistic processes is reflected in the description of conditions of acquiring and developing speech by Józef Porayski-Pomsta, who argues that the different degree of language proficiency is affected by consolidated capabilities of social and genetic nature which create the child's cognitive skills. These, in turn, decide

about the “quality” of developing thinking as well as the pace and quality of acquiring the language [Porayski-Pomsta, 1994, p. 58].

Meta-language is closely connected with the ability to explicate meanings born out of a compilation of cognitive and linguistic factors. Meta-language is defined as “the object language used for the description of another language”¹ [Polański, 1999, p. 363]. This definition may be considered insufficient in the context of conducted research since it is necessary to undertake certain mental processes for linguistic operations to occur. Grażyna Krasowicz-Kupis even describes “cognitive efforts”, defining them as analytical activities and activities controlling language processes [Krasowicz-Kupis, 1999, p. 21]. Hence there is a correlation between meta-language operations and intellectual processes: many researchers argue that meta-language is an integral element of a broader mental category which is referred to as meta-cognition [Krasowicz-Kupis, 1999, p. 28].

Meta-linguistic awareness may be considered to be a kind of mental base of meta-language². Philip Zimbardo distinguished three levels of meta-linguistic awareness, namely [Zimbardo, 1999, pp. 120–121]:

- the basic level connected with reception and reaction to the given perceptive information;
- the level of reflection using symbolic knowledge; making the language user independent from “the here and now”;
- the highest level – self-awareness.

In her article *Z dziecięcych refleksji nad językiem* Ewa Manasterska-Wiącek argues that in the case of small children it is more justified to use the term “linguistic awareness” rather than “meta-linguistic awareness” which the author associates with the knowledge and use of such terms as *word* or *letter* [Manasterska-Wiącek, 2018, p. 286].

In the context of the conducted research meta-linguistic awareness is treated broadly as an ability to go beyond the languaged knowledge resources accumulated in the mind. Due to this awareness the child is able to reflect on the linguistic message and, with the use of cognitive and linguistic tools at its disposal, express its thought concentrated around hierarchicalized features of the object/situation. This activity is realized on the basis of the dichotomy described by John Flavell [after: Kwarciak, 1995, p. 14], namely: *know that* (independent reflection the basis of which is knowledge) and *know how* (practical verbal and non-verbal activities).

1 The definitional frame presented in *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego* corresponds to the perspective of linguists, such as Emil Benveniste, a French linguist, who presented meta-language as this kind of language “whose exclusive function is its description” [after: Krasowicz-Kupis, 1999, p. 20].

2 The issue of meta-linguistic awareness is conceived in a number of ways in the literature. For instance, it was broadly discussed by Bogdan Kwarciak in his book *Początki i podstawowe mechanizmy świadomości metajęzykowej* [1995].

This “expression of thought” may be verbalized in the form of a *definition* being “an explanation of the meaning of a word or phrase” [Drabik et al., 2009, p. 127]. In linguistics there is a distinction between *explication* and *definition*. These procedures are distinguished by the fact that in the case of explication the sender takes the direction from the word to the object while the opposite happens in the case of a definition: the direction is from the object to the word [Boniecka, 2001, pp. 159–174]. The developed definitions represent the realization extension of mental processes in progress. One of the phenomena manifested at that time is profiling which is “an [objective] mental operation accomplished by the human mind [...] which is associated with accounting for only part of the features of the given object or phenomenon [...]”³. **Conceptualization** is an activity which coexists with profiling. As it is argued by Monika Peplińska and Małgorzata Świącicka in the article included in “Studia Pragmalingwistyczne” no. 4, it is identical with the meaning and ways of conceptualizing notions are included in created profiles [Peplińska, Świącicka, 2005, p. 183].

Characteristics of the researched group and research area

The research was conducted among 51 children aged 4 and 6 from the Municipal Kindergarten No. 125 in Lodz. The group of 4-year-olds consisted of 26 children while the group of 6-year-olds comprised 25 children. Girls represented 59% of the kindergarteners taking part in the research, while boys – 41%. The cognitive development of children from the group of 4-year-olds was within the norm. Six children attended individual speech therapy classes. In the group of 6-year-olds six children underwent speech therapy and three took part in pedagogical therapy. The development of one boy was not harmonious and the child was being tested for neurological disorders. The children’s families may be described as functioning well. Participatory observations were conducted between November 2018 and February 2019.

Organisation of the examination procedure

During joint group activities, children were asked questions about the semantic circle of terms *family* and *home*. As part of a group interview, each child gave an independent answer to the questions asked. The first stage consisted in proposing introductory games (e.g. listening to a poem linked to the topic or another game initiated

3 Another perspective is proposed by Jerzy Bartmiński. According to him, profiling is an operation of subjective nature: profiles acquire the character of “a concept of an object” rather than “variants of meaning” since while presenting the given notion the person who formulates the definition relies on typical features, at the same time voicing concepts which are common to the given culture and environment (the phenomenon of prototype and stereotype) after: Artowicz, 2005, p. 113.

by children). Then pre-school children were asked the following questions: “Who is a mother?”, “What is a family?”, “What is a home?” similarly in both age groups. Children were very active and willing to give answers which often referred to the statements of their peers.

Analyzing kindergarteners’ explications, the researchers used the method of proceeding proposed by Monika Wiśniewska-Kin. It consists in confronting a child’s statement, containing the concept of a given word, with the dictionary definition⁴ [Wiśniewska-Kin, 2016, p. 66]. The authors conducted qualitative analyses of answers to analogous questions, comparing statements of 4 and 6-year-old children. This made it possible to distinguish those semantic features which preschoolers consider to be the basis of the meaning of a given concept, and to see the degree of meta-linguistic efficiency in the comparative material.

Analysis of the material

The notion of *family* is defined in the dictionary in the following way: “1. Spouses and children; also: a group of individuals united by a kinship or affinity; 2. clan [...]”.

When four-year-old children were asked “What is a family?”, they did not refer to the aspects closely connected with this notion, they focused, in turn, on emotional sensations. This emotional profile seems monothematic and uniform (this is a feature convergent with their stage of cognitive development, namely the preoperational period) as children’s utterance are characterized by a high frequency of verbs such as *love each other*, *like each other*, *smile*. Importantly, children’s responses did not have formal linguistic definition determinants since definition is a figure characterized by a specified form. There are three main elements, namely **the word** which is defined (from Latin *definiendum*), **the connector and the part defining the defined word** (from Latin *definiens*).

As opposed to four-year-old children, six-year-olds answering the same question listed members of the family: children’s concept of this notion was constructed around kinship in which the profile – being convergent with the dictionary definition – is included. On the one hand, attention is drawn to realizations of full sentences and, on the other, the fact that the answers were attempts to give definitions. Examples included: *family is, for instance, your mum, your daddy; grandparents are family, too; cousins are family, too*. What is more, six-year-old children revealed their ability to decentralize thinking, being in the late stage of preoperational thinking in accordance with Piaget’s theory. They were capable of presenting one-dimensional meta-reflection, expressing a diversity of the meaning of the term *family* (mentioning, e.g. the deceased). Children often engaged in polemics, paying attention to some

⁴ The dictionary definitions come from Drabik et al., 2009.

inaccuracies noticed in utterances of their peers, which clearly indicates meta-linguistic awareness: *Patrycja didn't say that, but I want to say that [...]*. They did this on the basis of the analysis of utterances heard before and confronting them with their own languaged knowledge resources.

Another defined notion which was subject to analysis is *mum*. According to the dictionary definition *mum* is “tenderly about mother”, whereas *mother* is defined as: “1. a woman who has her own child (children); 2. a superior <a nun who performs higher functions in a convent>; 3. a female animal in relation to its offspring [...]”.

The children were not expected to give all the meanings of the word. It was desirable to make a reference to the first word meaning as the research was profiled in the direction of the semantic field of the word *family*. Four-year-old children, answering the question “Who is a mother?”, did not account in their utterances for aspects which are relevant from the point of view of mature language users, they confined themselves to listing activities associated with the mother. Importantly, these activities are characterized by a large degree of stereotypization. This may be explained by Piaget’s theory concerning stages of cognitive development of children. Children gave expression to their limitations in thinking through creating the aforementioned stereotypical profile of *mum*. When the first child answered the question “Who is a mother?”, saying *she cleans*, then the rest of the kindergarteners, not altering the cognitive trail set by their peer in any way, followed in his footsteps, listing a whole range of activities which are associated with mother. According to them, *mum* is a person who *cooks, cleans in the kitchen, washes the floors*.

It is also possible to find in children’s responses the egocentric tendency to “out-shine” the utterances of their peers through attempts to show off. Having the foundations of meta-linguistic awareness, children are able to reflect on such a choice of linguistic means so as to present the given feature in a stronger and more emphatic way in response to the utterance of another child. Four-year-old children are, therefore, capable of using characteristic “meta-language flexibility”: participating in a discussion they are able to change the subject of their reflection very quickly, concentrating their cognitive efforts on expressing the intensity of the feature of one activity instead of answering the question (S: *my mum cleans*, R: *and my mum once cleaned for hours*, M: *and my mum once cleaned all the time*).

Unlike four-year-olds, six-year-old children who were asked the question “Who is a mother?” presented definitions (isolating *definiendum* and *definiens*), manifesting their higher linguistic proficiency and growing meta-reflection. They replied that *mum is a person who has us in her tummy and gives birth to us; mum is such a person who of course can't be a boy and she created us, we were born out of her; mum is a person that we are similar to*. They also attempted to assign the notion of *mum* to a superior category of *people*: as compared to four-year-old children, six-year-olds displayed a greater ability to categorize. Apart from that, it is worth stressing the syntactic aspect: the utterances are compound-complex sentences. Like in the case of defining the family, the

children aged six consider the aspect of blood ties to be a relevant component of the notion. It is so important that the concept of the notion *mum/mother* is built around it.

Children also manifest their ability to hierarchize phenomena and persons. To do so it is necessary to accomplish thinking operations going beyond the limitations of the preoperational stage, such as analysis, comparison and then deduction. Children grow more and more confident heading towards a higher level of cognitive development, trying to draw conclusions. One of the girls, combining two interpretations of her friends *mum has more time to play with children* and *mum takes care of children the most* arrived at a conclusion that *mum is a person who is more important than dad*. This happens with the use of reflection of meta-linguistic character determining the choice and purpose of the means used.

Apart from the semantic field of *family* the researchers checked in the course of the research the understanding and ways of defining in the area of the semantic category of *home*. *Słownik języka polskiego* [*The Dictionary of the Polish Language*] defines *home* as follows: “1. a building where one lives or a company; 2. an apartment or room in which one lives; 3. a family, household members, also: a dwelling together with its dwellers [...]”.

Each of the above dictionary components of the notion was considered to be semantically relevant and anticipated in the context of the research. As opposed to earlier interpretations included in the answers to the questions about family or mother, in which deficiencies in the content were observed in relation to the dictionary definitions, 4-year-old children presented the aspects of meaning identical as those presented in the dictionary. Children’s utterances (*something in which people live; something where there are parents and children; something where you can sleep*) cannot be classified as full definitions in formal linguistic terms. Certain formal unity should be stressed, however, as most utterances began with the indefinite pronoun “something”. Children built their utterances in accordance with the construction which they heard once earlier. This is another example of the occurrence of cognitive limitations in kindergarteners which result in poor vocabulary and stylistic monotony.

It should be analyzed why children answering analogous definitional questions “What is a family?” and “Who is a mother?” failed to account for aspects which are important from the point of view of an adult language user yet answering the question “What is a home?” they listed the expected elements associated with the dictionary interpretation of the meaning. Before children were asked the question, they had listened to a poem by Anna Łada-Grodzicka *Dwa domy* [*Two homes*]. It was a form of introduction to the topic of the classes. It is likely that earlier listening to the poem in the group affected the interpretation of four-year-olds⁵: constructing their

5 After listening to individual lines children were supposed to complete the missing elements on two boards presenting homes. This is one of the fragments of this work: “[...] *The first one will be tall, and the other one short. In the big one people live, and in the little one dwarves*” (children stick illustrations on the homes – parents with children and dwarves, respectively) – A. Łada-Grodzicka in: *Domy*,

utterances, the children were inspired by the content of the poem, revealing the centralized train of thought.

It is interesting to analyze the conceptualization of the notion *home* in which one of the children accentuated two semantic elements: attributes of the building and family (*A home has a chimney and also people and that is all*). For the child these two semantic properties represent equal conditions of the meaning of the word *home*.

Another observed meta-linguistic strategy consisted in focusing on these activities which may be done at home. Children built impersonal constructions with the defective verb “can”, e.g. (“What is a home?”): *You can watch cartoons on the compute therer; You can watch television; You can play with the owl from Słodziaki* [a type of plush toys available in one of Biedronka supermarkets]. Activity verbs (together with the objects) dominated in the semantic network of semantic associations concerning the notion of *home*: *play* (with the owl), *watch* (cartons), *watch* (television) combining the same meaning element: spending free time in a pleasant way. Children did not enumerate any other activities apart from those which the mature language user associates unambiguously with leisure (preoperational egocentrism).

The egocentricity of four-year-old children’s cognitive nature was manifested also in other examples of their statements as they tended to begin their utterances in the first person singular – *I have* [...], not presenting the description of the notion which they were asked to give but a subjective definition of it.

In response to the definitional question “What is a home?” six-year-old children gave answers which may be formally referred to as definitions since the children distinguished the defined word (*home*) – *definiendum* and the defining part united by a connector. On the one hand, *definiens* was expressed through giving synonymous examples: *Home is something, for example, blocks of flats or such normal houses* (“normal house” probably in the meaning of “detached house”; a six-year-old child, however, not having an adequate vocabulary range, used its cognitive resources and made a meta-linguistic reflection; its result is regarding a detached “normal” house as a representative example of the given semantic category). On the other hand however, children presented descriptions in which one may see the development of the *definiens* to an expression identical with the dictionary definition, e.g. *Home is something you live in; Home is the family, all together*. In the utterances of six-year-old children the concept of the notion *home* includes the components of meaning regarded as important from the perspective of an adult language user. Importantly, despite the fact that also the group of older children listened to a short poem before the

domki, domeczki – scenariusz zajęć, 2015. Children’s answers to the question “What is a home?”, such as: *Something where dwarves live in their little home, It may be tall or small* illustrate the fact that kindergarteners duplicated the contents of the poem. This observation closely correlates with the stage of cognitive development of four-year-old children: uniformity of the selected perspective dominated the content of presented interpretations.

test⁶, six-year-olds adopted a separate independent scheme of meta-reflection. They did not get inspired by the contents which they heard. This is a symptom of cognitive and linguistic nature indicating that six-year-old children abandon the centralist cognitive track.

Six-year-old children, similarly to four-year-olds, used this meta-language strategy which consisted in describing the notion *home* through presenting the activities which are performed in it. Nevertheless, unlike in the case of the younger kindergarteners, their semantic associations included activities unrelated to play (*We sleep, cook and eat at home; And we wash and lie, too; And we clean, too*). Children's explications sometimes compared meanings of two notions, such as home and hotel, e.g. *At home you can stoke a furnace, it is warm, there's a radiator, everything is free, you don't have to pay for anything. And, for example, in a hotel you have to pay for everything. We can be at home our whole life and in a hotel you're only for some time*. The strategy of contrast enabled children to identify notions in a more expressive manner.

Summary of research results

The research shows that explications of four-year-old children considerably differ from those of six-year-old children. While utterances of four-year-old children did not meet the criteria to be called definitions from a formal linguistic perspective, utterances of older kindergarteners included the definition components: *definiendum*, *connector* and *definiens*. Their utterances were characterized by a wealth of linguistic means (presentation of examples and comparisons) as well as syntactic skill (from compound sentences to compound-complex sentences). Interpretations of the group of younger children were, in turn, characterized by monothematic nature or formal minimalism. What is more, they showed a tendency to single perspective meta-language reflection and multiplication of the content which they heard from their peers. It turned out that the manifested egocentrism limits the cognitive perspective and determines the choice of meta-language tools.

The qualitative analysis of the material allowed to capture a number of cause and effect relationships. The impact of mental limitations on children's semantic efficiency results in the fact that their semantic skills are not autonomous and children are prone to adopt the meta-reflection scheme which they heard (in a text or an utterance of another child). The phenomenon of "meta-linguistic flexibility" was observed in the course of the research: younger children can easily change the subject of their

⁶ The content of the rhyming riddle: *This is a good place for living / Hide there in heat unforgiving / It has walls, balcony and door / windows, stairs, attic, roof and floor. / You go back there from the playgroup / When mum serves some yummy soup.*

reflection, concentrating on how to outshine another child's utterance rather than how to realize the semantic description.

Meta-linguistic abilities of six-year-old children may be assessed as higher due to increasingly smaller cognitive limitations. More complex thinking processes (e.g. analysis, comparison) determine their use of different meta-linguistic tools. Children also displayed an independent meta-linguistic strategy as their definition representations were not conditioned by the content which they heard before but by their individual experiences and reflections. The compilation of their cognitive tools and increasing meta-linguistic reflection (hierarchizing their knowledge about the world) allows them to produce more complex explications.

It is also necessary to sum up the features of children's meta-language concerning the phenomena of profiling and conceptualization. As it is revealed by the research, conceptualization by four-year-old children is characterized by a considerable axiological element: children construct emotional profiles of notions, but on the other hand they are filled with stereotypization. This phenomenon is a consequence of the preoperational cognitive stage. Conversations conducted with four-year-old children revealed that semantic components from their descriptions do not overlap with dictionary definitions. It is different in the case of older children: six-year-olds presented such descriptions from which emerged the profiles of the notions *family*, *mum*, *home* constructed from features which are relevant from the perspective of a mature language user.

Conclusion

The conducted research activities allow to conclude that children aged four and six display equally interesting meta-linguistic operations. The qualitative analysis of the collected material made it possible to find answers to questions related to the research problem, i.e. how the definitions of children in the examined age groups differ from each other and what causes these differences. The definitional projections of individual notions are distinct in both analyzed groups (from both strictly semantic and formal linguistic perspective), but also the specificity of mental processes being the foundation of explicated meanings is different. Six-year-old children clearly went beyond Piaget's preoperational stage, showing skill in using formal definition indicators and presenting multi-perspective conceptualizations of phenomena. It is not possible to conclude, though, that six-year-old children fully achieve the stage of concrete operational stage. They manifest, nonetheless, certain cognitive propensity indicating that they have already begun to move to a higher cognitive stage of their development. This clearly translates into their semantic and meta-linguistic skill.

The process of "semantic expressiveness" in children triggered by psychological and linguistic determinants is an issue which is extraordinarily multi-faceted. The

presented conclusions on the close symbiosis of the mental and linguistic plane in the process of acquiring the meanings of words and the development of meta-linguistic efficiency by children denote the inseparability of these sense-creating generators. It is necessary to account for these correlations also in the context of holistic diagnostic and therapeutic measures.

References

- Aitchison J., 1991, *Ssak, który mówi. Wstęp do psycholingwistyki*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Artowicz I., 2005, *Prototyp, stereotyp oraz profile pojęcia "dom" w wypowiedziach młodzieży na podstawie ankiet przeprowadzonych wśród uczniów klas I i II gimnazjum*, "Komunikacja i Tekst w Perspektywie Rozwojowej i Dydaktycznej. Studia Pragmalingwistyczne", no. 4, pp. 113–128.
- Boniecka B., 2001, *Definicje i eksplikacje dziecięce*, [in:] S. Grabias (ed.), *Zaburzenia mowy. Mowa. Teoria. Praktyka*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, pp. 159–174.
- Borowiec H., 2001, *Sprawność semantyczna dzieci w wieku przedszkolnym*, [in:] S. Grabias (ed.), *Zaburzenia mowy. Mowa. Teoria. Praktyka*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, pp. 151–157.
- Domy, domki, domeczki – scenariusz zajęć*, 2015, <http://www.edukacja.edux.pl/p-26251-domy-domki-domeczki-scenariusz-zajec.php> (accessed: 20.02.2019).
- Drabik L., Kubiak-Sokół A., Sobol E., Wiśniakowska L. (eds.), 2009, *Słownik języka polskiego*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Grabias S., 1997, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grabias S., 2014, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [in:] S. Grabias, M. Kurkowski (eds.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, pp. 15–71.
- Krasowicz-Kupis G., 1999, *Rozwój metajęzykowy a osiągnięcia w czytaniu dzieci 6–9-letnich*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kwarciak B., 1995, *Początki i podstawowe mechanizmy świadomości metajęzykowej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Manasterska-Wiącek E., 2018, *Z dziecięcych refleksji nad językiem*, "Etnolingwistyka", vol. XXX, pp. 285–302.
- Peplińska M., Świącicka M., 2005, *Sposoby konceptualizacji pojęcia "miłość" w języku dzieci i młodzieży*, "Komunikacja i Tekst w Perspektywie Rozwojowej i Dydaktycznej. Studia Pragmalingwistyczne", no. 4, pp. 182–196.
- Polański K. (ed.), 1999, *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*, Wrocław: Wydawnictwo Ossolineum.
- Porayski-Pomsta J., 1994, *Umiejętności komunikacyjne dzieci w wieku przedszkolnym. Studium psycholingwistyczne*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Strelau J., 2000, *Psychologia. Podręcznik akademicki. Podstawy psychologii*, vol. I, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wiñiewska-Kin M., 2016, *Dziecięce rozumienie świata – w poszukiwaniu uzasadnień postępowania badawczego*, "Problemy Wczesnej Edukacji", no. 1(32), pp. 59–70.
- Zimbardo P., 1999, *Psychologia i życie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Abstract

The paper concerns psycholinguistic phenomena connected with meta-language, meta-linguistic awareness and children's semantic skills. The main aim of empirical activities was to analyze psychological and linguistic conditionings of acquiring the meanings of words by 4- and 6-year-old children. It was examined how children understand the meaning of words from two categories: *home* and *family*. The analyses and conclusions on the creation of meaning presented in the paper are focused around the symbiosis of two planes: cognitive and linguistic. An analysis of the collected empirical material shows that their compilation reveals the unique nature of children's meta-language reflection, the character of concepts and notion profiles which are closely determined by mental processes.

Streszczenie

Artykuł dotyczy psycholingwistycznych zjawisk związanych z metajęzykiem, świadomością metajęzykową oraz dziecięcą sprawnością semantyczną. Głównym celem działań empirycznych było zgłębienie psychologicznych i językowych uwarunkowań nabywania znaczeń wyrazów przez dzieci 4- i 6-letnie. Sprawdzono, jak dzieci rozumieją znaczenia wyrazów z dwóch kategorii: *dom* oraz *rodzina*. Zaprezentowane w artykule analizy i wnioski dotyczące kreowania znaczeń pojęć skoncentrowane są wokół symbiozy dwóch płaszczyzn: poznawczej oraz językowej. Analiza zebranego materiału empirycznego wskazała, że dzięki ich kompilacji ujawnia się specyfika dziecięcej refleksji metajęzykowej oraz profili pojęć – ściśle zdeterminowanych przez procesy mentalne.

Joanna Jatkowska* 

Nowe technologie w terapii logopedycznej dzieci z zaburzeniami mowy

New Technologies in Speech Therapy of Children with Speech Disorders

Słowa kluczowe: diagnoza i terapia logopedyczna, zaburzenia mowy, TIK (technologie informacyjno-komunikacyjne), platforma e-learningowa, nauczanie mieszane

Keywords: diagnosis and speech therapy, speech disorders, ICT (Information and Communication Technologies), e-learning platform, blended learning (b-learning)

Wprowadzenie

Postęp technologiczny spowodował powstanie nieznanych do tej pory w edukacji, w tym także w logopedii, nowych możliwości dydaktycznych. Wykorzystanie technologii informacyjno-telekomunikacyjnych – TIK (*information and communication technologies* – ICT) w nauczaniu dzieci wzbudza wiele emocji zarówno w środowiskach akademickich, jak i nauczycielskich. W celu lepszego poznania oddziaływania nowych technologii na ich najmłodszych użytkowników konieczne jest prowadzenie badań naukowych w tym zakresie. Zainteresowania naukowe autorki niniejszego artykułu koncentrują się na rozwoju językowym współczesnego dziecka w kontekście powszechnego dostępu do komputerów, laptopów, netbooków, tabletów, komórek i smartfonów oraz internetu.

Artykuł prezentuje częściowe wyniki badań naukowych autorki, w których wykorzystano platformę e-learningową w terapii logopedycznej dzieci z zaburzeniami mowy.

* Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Wydział Pedagogiki, Katedra Pedagogiki Specjalnej i Logopedii, ul. J.K. Chodkiewicza 30, 85-064 Bydgoszcz, e-mail: j.jatkowska@ukw.edu.pl, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5640-1418>.

Opinie logopedów na temat nowych technologii

Wykorzystywanie nowych technologii w polskiej logopedii rozpoczęto w latach osiemdziesiątych XX wieku. Początkowo starano się dostosować programy z krajów wysoko rozwiniętych do specyfiki języka polskiego, na przykład Sokoban, Tetris, Games for Kids [Surowaniec, 1989; 1991; 1996], ProEuro [Juszczuk, Zajac, 1997], Sound Recorder, Media Player [Siemieniecki, 1999], Speech Viewer [Szczepankowski, Lemirowski, 1998], Voice Processor, ASL-Spelling, Access Bliss, Head Master [Buczyńska, 1999a], Abracadabra, Happenings [Grycman, Smyczek, 2004; Grycman, 2009], BigTrack, HeadPointer, C12+CEye, Blinklt, Mrugomysz, Mrugopis, HeadMouse Extreme, Integra Mouse [Zielińska, 2012]. Analiza literatury specjalistycznej pozwala wywnioskować, że pionierzy korzystania z nowych technologii w logopedii starali się za ich pomocą wesprzeć osoby niesłyszące, niewidome, niepełnosprawne ruchowo i intelektualnie, u których komunikacja werbalna rozwijała się z utrudnieniami.

Również w terapii osób z afazją logopedzi dostrzegli potencjał technologii, co opisała Maria Pąchalska:

[...] po okresie wielkiego entuzjazmu w latach osiemdziesiątych, gdy wielu badaczom wydawało się, że komputer częściowo lub całkowicie wyręczy terapeutę w pracy z chorymi, nastąpiło również przesadne ogólne rozczarowanie, które doprowadziło badaczy do spadku zainteresowania możliwościami wykorzystania komputerów osobistych dla potrzeb chorych z afazją [Pąchalska, 2003, s. 764–765].

Było to wówczas niewątpliwie związane nie tylko z małą dostępnością komputerów, ich kosztem, brakiem odpowiednich programów terapeutycznych, ale również z lękiem przed komputerem (szczególnie starszych pacjentów), który mógł nasilać izolację społeczną. Cytowana autorka zwraca jednak uwagę, że stopniowe poprawianie się możliwości komputerów oraz powstawanie coraz „przyjaźniejszego” oprogramowania może w przyszłości znacznie ułatwić funkcjonowanie pacjentów z afazją [Pąchalska, 2003; 2005].

Pod koniec lat osiemdziesiątych XX wieku przyszedł też czas tworzenia w środowiskach logopedycznych własnego oprogramowania, dostosowanego do specyfiki języka polskiego. Od 1988 do 2016 roku powstało w polskiej logopedii bardzo dużo programów komputerowych do terapii różnych zaburzeń mowy i ciągle tworzy się nowe. Nie sposób opisać ich wszystkich w prezentowanym artykule, dlatego w Tabeli 1 pokazano te najczęściej opisywane w literaturze przedmiotu [Surowaniec, 1995; Juszczuk, Zajac, 1997; Szczepankowski, Lemirowski, 1998; Buczyńska, 1999b; Walencik-Topiłko, Miklaszewska, 2000; Gruba, 2004; 2007; Walencik-Topiłko, Bąk, 2004; Walencik-Topiłko, 2005; Kaczorowska-Bray, Miklaszewska, 2006; Ożdżyński, 2007; Szady, 2012; Waligóra-Huk, 2015].

Tabela 1. Polskie programy komputerowe najczęściej opisywane w literaturze przedmiotu

Lp.	Data powstania programu	Nazwa programu	Autor lub producent programu
1	1988–1990	Logoped: LogDgn i LogTerap	Józef Surowaniec, Barbara Kędzierska, Anna Mieszowska
2	1991–1992	Sfonem	Marek Iwanowski, Bronisław Rocławski, Zakład Logopedii UG, Young Digital Poland
3	1992	Logo-Gry Echokorektor	Young Digital Poland
7	1992–1995	Literki-Cyferki	Wydawnictwo Informatyczne VIPS
4	1993	Mówiące obrazki	Young Digital Poland
9	1993–1995	Ortomania	TimSoft
8	1994	Mała ortografia	Wydawnictwo Informatyczne VIPS
5	1995	Brzdąc	TimSoft
6	1995	Softeczki	IPS Computer Group
10	1997	Multimedialny świat Jana Brzechwy	Young Digital Poland
11	1997	Multimedialny świat Juliana Tuwima	Young Digital Poland
12	1999	Mówię	Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, Katedra Inżynierii Dźwięku Politechniki Gdańskiej
13	2003–2004	Multimedialny Pakiet Logopedyczny	Komlogo
14	2004	Czytam i piszę	Anna Walencik-Topiłko, Young Digital Poland
15	2005	Edusensus Logopedia	Young Digital Poland
16	2005	Abecadło i Alfabet	Aidem Media
17	2005	Loguś – komputerowe gry logopedyczne	Adeg.net przy współpracy z Ośrodkiem Szkolno-Wychowawczym dla Dzieci Niesłyszących i Słabosłyszących w Bydgoszczy
18	2008	Logorytmika. Słowa, dźwięki i piosenki	Anna Walencik-Topiłko, Young Digital Planet
19	2010	Eduterapeutica logopedia	Eduterapeutica, PWN
20	2011	Wspomaganie rozwoju – z Tosią przez pory roku i Wspomaganie rozwoju-Tosia i przyjaciele	Katarzyna Szady, Young Digital Planet

Źródło: opracowanie własne.

Wraz z rozwojem internetu rozpoczęła się era udostępniania programów logopedycznych w sieci. Pierwsza polska platforma e-learningowa do terapii logopedycznej

– www.elogo.edu.pl – została uruchomiona w 2010 roku¹. W kolejnych latach powstały: platforma www.toker.com.pl oraz portale www.wymowapolska.pl, www.mimowa.pl, www.ktotomowi.pl, www.czytampisze.pl, www.e-terapie.pl. Oprócz platform i portali logopedycznych w latach 2009–2014 pojawiły się w sieci logopedyczne usługi on-line. Na stronach: www.s-mile.pl, www.abcpoprawnejwymowy.pl, www.polskilogopeda.com i www.logopasja.pl logopedzi udzielali porad i konsultacji oraz prowadzili zdalną terapię za pomocą aplikacji Skype i Hangouts.

Dynamika rozwoju polskich programów i aplikacji logopedycznych w ciągu ostatnich trzydziestu lat pokazała duże zainteresowanie logopedów nowymi technologiami. Warto jednak przypomnieć, że nie zawsze tak było i wiele czynników wpływało na tę sytuację. Do tej pory wykonano w Polsce zaledwie kilka badań ankietowych i sondażowych, w których przeanalizowano opinie logopedów na temat technologii informacyjno-komunikacyjnych.

Pierwsze ankiety wśród logopedów przeprowadzono w 1999 roku, a następne w 2008 roku i dokonano ich porównania. Działania te opisała Joanna Gruba w książce *Technologia informacyjna w logopedii* [Gruba, 2009]. Badania miały charakter porównawczy. Autorka zauważyła, że początkowe opinie logopedów na temat nowych technologii były obojętne, a nawet niechętne. W 1999 roku spośród 106 ankietowanych logopedów tylko 25 osób korzystało z komputera podczas zajęć, co stanowiło 23,6% ankietowanych. W 2008 roku już 89,6% logopedów używało komputerów podczas terapii (208 na 232 ankietowanych). Niewątpliwie zmiany te były związane nie tylko z pojawianiem się komputerów w gabinetach logopedycznych, ale również z coraz atrakcyjniejszymi programami do terapii logopedycznej.

Stosunek logopedów do programów komputerowych był przedmiotem zainteresowania firmy Young Digital Planet, która w 2009 roku zleciła Pracowni Badań Społecznych DGA ogólnopolskie badania telefoniczne w grupie trzystu terapeutów: logopedów i pedagogów. Wyniki pokazały, że 70% ankietowanych wykorzystywało gry i programy komputerowe podczas zajęć terapeutycznych, a szczególnie aktywni w tym zakresie byli logopedzi [Domaradzka-Grochowalska, Zielińska, 2011].

Interesujące wyniki badań przeprowadzonych w 2015 roku w ramach pogłębianych i indywidualnych wywiadów z nauczycielami-logopedami opisała Anna Waligóra-Huk w artykule *Programy multimedialne jako narzędzia wykorzystywane przez nauczycieli w terapii logopedycznej* [Waligóra-Huk, 2015]. Celem badań było poznanie opinii logopedów na temat wykorzystywania programów multimedialnych w pracy z uczniem z wadą wymowy. Autorka zastosowała autorski kwestionariusz wywiadu, skorzystała

¹ Autorka niniejszego artykułu została w 2010 roku kierownikiem projektu unijnego „Stworzenie internetowego serwisu E-Logo-Edukacja opartego na innowacyjnych e-usługach: e-logopedia i e-statystyka”. Jego celem było utworzenie pierwszej w Polsce logopedycznej platformy e-learningowej do terapii dzieci z wadami wymowy – www.elogo.edu.pl. Koncepcja powstania platformy i wykorzystania jej w badaniach naukowych została opisana w artykułach i książce [Jatkowska, Kaszubowski, 2012; Jatkowska, Hennig, 2013; Jatkowska, 2014; 2018; 2019].

także z techniki obserwacji logopedy w trakcie pracy terapeutycznej z dzieckiem. W badaniach wzięło udział 21 logopedów pracujących w losowo dobranych do badań szkołach podstawowych województwa śląskiego. Zebrany materiał pozwolił ustalić, że tylko 66,7% ankietowanych logopedów wykorzystywało specjalistyczne programy multimedialne w swoich gabinetach. Pozostała grupa nie miała dostępu do nowoczesnych technologii, głównie z powodu sytuacji finansowej placówki i braku środków na ich zakup. Wyniki ankiet pokazały, że badana grupa logopedów nie wskazała żadnych ujemnych stron dotyczących wykorzystywania programów komputerowych w terapii logopedycznej oprócz kwestii finansowej, związanej z kosztami ich zakupu [Waligóra-Huk, 2015].

Badania własne

W latach 2011–2013 autorka prezentowanego artykułu przeprowadziła w placówkach oświatowych na terenie Tczewa badania pilotażowe², w których wykorzystano do terapii logopedycznej dzieci platformę e-learningową www.elogo.edu.pl. Wytypowane dzieci poddano logopedycznym badaniom diagnostycznym wstępnym, kontrolnym i końcowym. Następnie dzieci uczestniczyły w tradycyjnej terapii logopedycznej na terenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Tczewie oraz korzystały z logopedycznej platformy e-learningowej w domu, realizując nową metodę nazwaną b-learningiem³.

Wybrano dzieci w wieku od 4 do 9 lat z następującymi zaburzeniami mowy: dyslalią jednoraką, dyslalią wieloraką, dyslalią całkowitą, oligofazją, dysglosją audio-genną, dysglosją uwarunkowaną rozszczepem⁴. Istotnym i niezmiennym założeniem badań było również to, by wybrane dzieci były prowadzone przez jednego logopedę i w tej samej placówce. Niejednolite oddziaływania logopedyczne, na przykład stosowanie różnych metod terapeutycznych lub częstotliwości spotkań, mogły wpłynąć na rzetelność badań, dlatego autorka prezentowanego artykułu osobiście poprowadziła wszystkie diagnozy oraz terapię logopedyczną wytypowanych dzieci.

W badaniach pilotażowych uczestniczyło 52 dzieci: 20 dziewczynek i 32 chłopców, jednak ich przebieg wpłynął na liczebność grupy. Z powodu kilku czynników 6 dzieci (11,53%) przerwało realizację b-learningu. Powody rezygnacji zestawiono w Tabeli 2.

2 Badania pilotażowe stanowiły wstęp do eksperymentu pedagogicznego, który przeprowadzono w kolejnych latach, a szczegółowy opis uzyskanych wyników badań znajdzie czytelnik w cytowanej już książce *B-learning w diagnozie i terapii logopedycznej dzieci* [Jatkowska, 2019].

3 „B-learning w terapii logopedycznej to połączenie dwóch metod – tradycyjnej, związanej z bezpośrednim kontaktem logopedy z pacjentem, z informatyczną, wykorzystującą nowoczesne technologie informacyjno-telekomunikacyjne (TIK). Scalenie tych metod to proces zaplanowany przez logopedę, polegający na ich wzajemnym uzupełnianiu oraz przemyślanym przechodzeniu od jednej do drugiej – aż do uzyskania sukcesu terapeutycznego” [Jatkowska, 2019, s. 110].

4 Zastosowano klasyfikację objawową Leona Kaczmarka [1977, s. 102].

Tabela 2. Powody rezygnacji z b-learningu

Lp.	Imię dziecka	Wiek dziecka	Czas korzystania z platformy	Powód rezygnacji
1	Julian	4 lata i 11 miesięcy	4 miesiące	Przewlekła choroba dziecka
2	Michał	8 lat i 4 miesiące	1,5 miesiąca	Trudności techniczne związane ze zbyt wolnym łączem internetowym w domu
3	Magdalena	5 lat	0,5 miesiąca	Trudności techniczne związane z niskimi umiejętnościami informatycznymi rodzica
4	Zofia	3 lata i 9 miesięcy	1 miesiąc	Dziecko miało trudności ze skupieniem się na ćwiczeniach on-line
5	Marika	4 lata i 8 miesięcy	1 miesiąc	Trudności techniczne związane ze zbyt wolnym łączem internetowym w domu
6	Damian	6 lat	2,5 miesiąca	Trudności techniczne związane z niskimi umiejętnościami informatycznymi rodzica

Źródło: opracowanie własne.

Badania pilotażowe pozwoliły zebrać bogaty, wstępny materiał badawczy, dotyczący między innymi: czasu trwania terapii logopedycznej dzieci oraz jej skuteczności, liczby spotkań z logopedą oraz częstotliwości logowania się dziecka na platformie⁵, a także zaangażowania rodziców w proces terapeutyczny. Pozyskany materiał badawczy ilościowy i jakościowy zakodowano oraz uporządkowano w programie Microsoft Excel, następnie poddano przekształceniom statystycznym w programie SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), a w dalszej kolejności wykonano obliczenia i analizy.

Na potrzeby niniejszego artykułu wybrano do opisu jeden aspekt badawczy, czyli sprawdzenie, dla których zaburzeń mowy b-learning może być szczególnie skuteczny, koncentrując się głównie na postępach artykulacyjnych dzieci. Początkowo ustalono cztery poziomy skuteczności: terapia nieskuteczna (dziecko nie usprawniło wymowy trenowanych głosek), mało skuteczna (dziecko usprawniło wymowę ćwiczonych głosek na podstawowych poziomach: w sylabach i wyrazach, jednak wymaga dalszej terapii logopedycznej), średnio skuteczna (dziecko usprawniło wymowę ćwiczonych głosek na wszystkich poziomach: w sylabach, wyrazach i zdaniach, jednak wymaga dalszej kontroli rodziców, głównie w mowie spontanicznej) i bardzo skuteczna (dziecko usprawniło wymowę ćwiczonych głosek na wszystkich poziomach: w sylabach, wyrazach, zdaniach i mowie spontanicznej) oraz kategorię „terapia przerwana”. Po przeprowadzeniu badań okazało się, że żadne dziecko nie znalazło się w grupie „terapia nieskuteczna”, dlatego zrezygnowano z tego poziomu skuteczności w obliczeniach statystycznych.

⁵ Dzieci podczas b-learningu nagrywały swój głos, co pozwoliło zebrać bardzo bogaty materiał do analizy naukowej.

W celu sprawdzenia rozkładu skuteczności terapii pod względem zaburzeń mowy u dzieci przeprowadzono analizę testem chi-kwadrat⁶, na podstawie której stwierdzono, że skuteczność terapii różniła się istotnie pod względem wad wymowy $\chi^2(15) = 33,62$; $p < 0,01$; $\eta = 0,45$; $V = 0,46$, gdyż dzieci ze znacznymi zaburzeniami mowy osiągnęły istotnie mniejszą skuteczność terapii. Na podstawie wyniku η stwierdzono, że 45% zmienności w zakresie zaburzeń mowy było wyjaśniane przez zmienność w zakresie skuteczności terapii. Związek tych zmiennych był umiarkowany. Wyniki analiz statystycznych przedstawia Tabela 3 oraz Wykres 1.

Tabela 3. Tabela krzyżowa dla zaburzeń mowy i skuteczności b-learningu

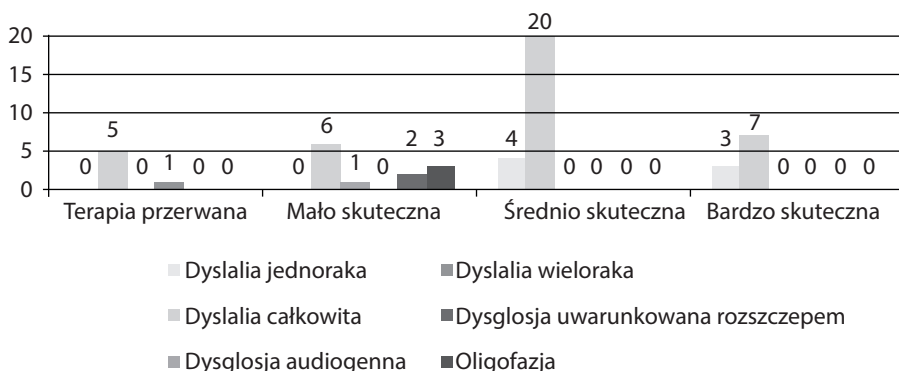
		Skuteczność				
		Terapia przerwana	Mało skuteczna	Średnio skuteczna	Bardzo skuteczna	
Zaburzenie mowy	Dyslalia jednoraka	Liczebność	0	0	4	3
		% z zaburzeniem mowy	0	0	57	43
	Dyslalia wieloraka	Liczebność	5	6	20	7
		% z zaburzeniem mowy	13	16	53	18
	Dyslalia całkowita	Liczebność	0	1	0	0
		% z zaburzeniem mowy	0	100	0	0
	Dysglosja uwarunkowana rozszczepem	Liczebność	1	0	0	0
		% z zaburzeniem mowy	100	0	0	0
	Dysglosja audiogenna	Liczebność	0	2	0	0
		% z zaburzeniem mowy	0	100	0	0
	Oligofazja	Liczebność	0	3	0	0
		% z zaburzeniem mowy	0	100	0	0

Źródło: opracowanie własne.

B-learning okazał się najskuteczniejszy w grupie dzieci ze zdiagnozowaną dyslalią jednoraką – 43% z nich uzyskało wynik „bardzo skuteczny” i 57% „średnio

6 Test chi-kwadrat (Pearsona) „zwany jest także testem chi-kwadrat niezależności i w standardowej wersji służy do sprawdzania, czy dwie cechy są od siebie niezależne. Obliczenie testu polega na porównaniu stwierdzonego w badaniach rozkładu częstości zajścia jakichś zdarzeń z losowym rozkładem tych częstości. Test można stosować nawet wtedy, gdy dane są zgromadzone na skali nominalnej” [Francuz, Mackiewicz, 2005, s. 412–413]. Jest to nieparametryczny test, który sprawdza hipotezę zerową, mówiącą o braku zależności zmiennych. W opisie podaje się statystykę χ^2 oraz poziom istotności p . W przypadku gdy $p < 0,05$, odrzuca się hipotezę zerową na korzyść hipotezy alternatywnej, mówiącej o tym, że zachodzi zależność między zmiennymi. Dodatkowo podaje się współczynnik η (eta), który jest miarą relacji. Mówi on o tym, jaka część wariancji zmiennej niezależnej jest wyjaśniana przez zmienną zależną. Dodatkowo podaje się też współczynniki φ (phi) lub V (VCramera), które służą do pomiaru siły zależności pomiędzy dwiema zmiennymi jakościowymi mierzonymi na poziomach nominalnych ($< 0,3$ słaba, $0,3-0,5$ umiarkowana, $> 0,5$ silna). Współczynnik φ jest używany w przypadku tabel 2×2 , a V Cramera w przypadku tabel większych [Francuz, Mackiewicz, 2005].

skuteczny”. Na drugim miejscu znalazły się dzieci z dyslalią wieloraką. W tej grupie dla 18% badanych b-learning okazał się „bardzo skuteczny”, a dla 53% „średnio skuteczny”. Należy zauważyć, że w grupie dzieci z dyslalią wieloraką aż 13% dzieci przerwało terapię, co niewątpliwie wpłynęło na wynik końcowy. Opisane grupy dzieci (z dyslalią jednoraką i wieloraką), które uzyskały wynik „bardzo skuteczny” i „średnio skuteczny”, stanowiły 65,38% wszystkich badanych (34 dzieci z 52). Na tej podstawie można potwierdzić hipotezę, że b-learning okazał się metodą szczególnie skuteczną w przypadku dzieci z dyslalią jednoraką i wieloraką.



Wykres 1. Wykres rozkładu skuteczności terapii pod względem zaburzeń mowy

Źródło: opracowanie własne.

Powyższe wyniki istotnie wpłynęły na dalszy proces badania zjawiska b-learningu. Uznano bowiem, że do planowanego eksperymentu pedagogicznego wytypowane zostaną wyłącznie dzieci z dyslalią jednoraką, wieloraką i całkowitą. Przyczyną tej decyzji były dwie:

- do grupy kontrolnej znacznie łatwiej było dobrać odpowiednie pary dzieci z dyslalią jednoraką, wieloraką i całkowitą niż z dysglosją rozszczepową, dysglosją audiogenną i oligofazją;
- porównanie skuteczności b-learningu tak skrajnych grup dzieci nie byłoby rzetelne⁷.

Zakończenie

Zaprezentowane wyniki badań pokazały, że nowe technologie mogą przyczynić się do rozwoju umiejętności artykulacyjnych dzieci. Zależało to oczywiście od kilku zmiennych, na przykład wyboru odpowiedniego narzędzia terapeutycznego w postaci

⁷ Szczegółowe wyniki eksperymentu pedagogicznego znajdzie czytelnik w książce *B-learning w diagnozie i terapii logopedycznej dzieci* [Jatkowska, 2019].

platformy e-learningowej, ścisłej współpracy z rodzicami, a także nowej organizacji pracy logopedy. Opisany sukces terapeutyczny dotyczył głównie dzieci z lżejszymi wadami wymowy. Dzieci ze znacznymi zaburzeniami mowy nie odniosły spektakularnych sukcesów terapeutycznych. Niewątpliwie przyczyny można upatrywać w tym, że ćwiczenia zawarte na platformie www.elogo.edu.pl koncentrowały się głównie na aspekcie artykulacji, co w przypadku dzieci z dysglosją audiogenną, dysglosją rozszczepową czy oligofazją mogło być trudniejsze do osiągnięcia w porównaniu z dziećmi z prostymi wadami wymowy. Należy jednak podkreślić, na co zwrócili uwagę rodzice w ankietach, że terapia logopedyczna dzieci ze znacznymi zaburzeniami mowy jest zwykle długotrwała i bardzo żmudna. Wprowadzenie do domowych ćwiczeń nowych rozwiązań w postaci zabaw interaktywnych na platformie przyczyniło się nie tylko do ich uatrakcyjnienia, ale i do zwiększenia zaangażowania dzieci w trening logopedyczny. Wpłynęło to na fakt, że żadne dziecko z tej grupy nie znalazło się w kategorii „terapia nieskuteczna”.

Podczas analizy materiału badawczego zaobserwowano dodatkowe zjawiska występujące podczas realizacji b-learningu, o których warto wspomnieć.

Zwiększone zaangażowanie dzieci w proces terapii logopedycznej z powodu użycia komputera i internetu nie było stałe. Wraz z poznawaniem materiału edukacyjnego i pracy na platformie fascynacja stopniowo malała, co widać w spadku liczby logowań. Dzieci chętnie współpracowały w b-learningu około 6 miesięcy. Po tym okresie obserwowano znużenie. By podtrzymać zainteresowanie dziecka, wskazane byłoby rozbudowanie zasobów platformy o kolejne, nowe e-logolekcje⁸. Ma to szczególnie znaczenie w trudniejszych przypadkach zaburzeń mowy, gdy terapia się przedłuża. Dziecko potrzebuje wówczas nie dwudziestu jednostek lekcyjnych, a trzydziestu lub czterdziestu. Dlatego logopedyczne platformy e-learningowe powinny mieć bardzo bogaty materiał edukacyjny, który logopeda mógłby dodatkowo włączać do pracy w terapiach długoterminowych.

Badania nad b-learningiem pokazały, że może on zmniejszyć liczbę bezpośrednich spotkań logopedy z dzieckiem w poradni, zachowując skuteczność terapii, co było szczególnie istotne dla osób dojeżdżających z daleka. Jednak logopeda w b-learningu pracował nie tylko w gabinecie, ale również na platformie, co wiązało się z nową organizacją pracy. W tej sytuacji konieczne było ustalenie godzin pracy i ich rozliczania, miejsca wykonywania nowych zadań oraz sposobu dokumentowania aktywności w internecie. Są to wyzwania towarzyszące wprowadzaniu nowych rozwiązań edukacyjnych w logopedii, które niewątpliwie wymagają jeszcze dopracowania.

8 E-logolekcja to termin zaprezentowany na Ogólnopolskiej Konferencji Logopedycznej w Gdańsku „Historia, współczesność i perspektywy rozwoju polskiej logopedii” [Jatkowska, Kaszubowski, 2012]. Jest to klasyczne zajęcie logopedyczne, przełożone na interaktywne zabawy przed komputerem, w skład którego wchodzi: ćwiczenia oddechowe, słuchowe, motoryczne i artykulacyjne, a także czytania i pisanie trenowanych sylab, wyrazów i zdań. Nowatorstwem e-logolekcji było zdalne nagrywanie głosu dziecka w domu. Logopeda, poprzez platformę e-learningową, miał możliwość odsłuchania tych nagrań i przeanalizowania ich [Jatkowska, 2019, s. 83].

Literatura

- Buczyńska J., 1999a, *Sprzęt komputerowy i oprogramowanie przeznaczone dla osób niepełnosprawnych*, [w:] B. Siemieniecki (red.), *Komputer w diagnozie i terapii pedagogicznej*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 71–94.
- Buczyńska J., 1999b, *Komputer w praktyce logopedycznej*, [w:] B. Siemieniecki (red.), *Komputer w diagnozie i terapii pedagogicznej*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 53–69.
- Domaradzka-Grochowalska Z., Zielińska M., 2011, *Ryzyko dysleksji, dysleksja, wady wymowy, a współczesne możliwości technologiczne*, [w:] W. Brejnak, E. Wolnicz-Pawłowska (red.), *Logopedia a specjalne potrzeby edukacyjne w obliczu reformy szkolnej*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, s. 139–160.
- Francuz P., Mackiewicz P., 2005, *Liczy nie wiedzą, skąd pochodzą. Przewodnik po metodologii i statystyce nie tylko dla psychologów*, Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Gruba J., 2004, *Multimedialny pakiet logopedyczny*, [w:] W. Strykowski, W. Skrzydlewski (red.), *Kompetencje medialne społeczeństwa wiedzy*, Poznań: Oficyna Edukacyjna Wydawnictwa eMPI2, s. 335–339.
- Gruba J., 2007, *Ocena programów komputerowych wspierających terapię sygnalizacji*, [w:] S. Juszczyk, M. Musioł, A. Watoła (red.), *Edukacja w społeczeństwie wiedzy. Niejednoznaczność rzeczywistości edukacyjnej, społecznej i kulturowej*, Katowice: Agencja Artystyczna PARA, s. 370–375.
- Gruba J., 2009, *Technologia informacyjna w logopedii*, Gliwice: Wydawnictwo Komlogo.
- Grycman M., 2009, *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci niemówiących wraz z propozycjami strategii terapeutycznych*, Kraków: Wydawnictwo i Poligrafia Kurii Prowincjonalnej Zakonu Pijarów.
- Grycman M., Smyczek A. (red.), 2004, *Wiem, czego chcę!*, Kraków: Stowarzyszenie Mówić bez słów.
- Jatkowska J., 2014, *B-learning w terapii logopedycznej dzieci – wyniki innowacji pedagogicznej*, [w:] F. Makurat, M. Brodnicki, A. Nawrocka (red.), *Wokół problemów patologii grup społecznych*, Starogard Gdański: Pomorska Szkoła Wyższa w Starogardzie Gdańskim, s. 135–149.
- Jatkowska J., 2018, *Rozwój językowy dziecka a b-learning*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia de Cultura”, t. 10, nr 4, s. 125–140.
- Jatkowska J., 2019, *B-learning w diagnozie i terapii logopedycznej dzieci*, Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Jatkowska J., Hennig N., 2013, *E-learning w terapii logopedycznej – wyniki badań własnych*, [w:] E. Skorek, K. Kochan (red.), *Wybrane zagadnienia z teorii i praktyki logopedycznej*, Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, s. 147–161.
- Jatkowska J., Kaszubowski P., 2012, *Logopedia w internecie*, [w:] S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, Gdańsk: Harmonia Universalis, s. 408–415.
- Juszczyk S., Zajac W., 1997, *Komputerowa edukacja uczniów z zaburzeniami w czytaniu i pisaniu*, Katowice: Wydawnictwo „Śląsk”.
- Kaczmarek L., 1977, *Nasze dziecko uczy się mówić*, Lublin: Wydawnictwo Lubelskie.
- Kaczorowska-Bray K., Miklaszewska A., 2006, *Wykorzystanie programów komputerowych w terapii logopedycznej dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu lekkim i umiarkowanym*, [w:] S. Juszczyk, I. Polewczyk (red.), *Media wobec wielorakich potrzeb dziecka*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 79–85.
- Ózdzyński G., 2007, *Recenzja programu LOGOPEDIA*, „Logopedia”, nr 36, s. 277–280.

- Pąchalska M., 2003, *Terapia chorego z afazją*, [w:] T. Gałkowski, G. Jastrzębowska (red.), *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, t. 2, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 700–771.
- Pąchalska M., 2005, *Kierunki współczesnej terapii chorych z afazją*, [w:] T. Gałkowski, E. Szela, G. Jastrzębowska (red.), *Podstawy neurologopedii*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 846–906.
- Siemieniecki B., 1999, *Komputerowa diagnostyka i terapia pedagogiczna*, [w:] B. Siemieniecki (red.), *Komputer w diagnostyce i terapii pedagogicznej*, Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 9–23.
- Surowaniec J., 1989, *Komputer – szansa dla logopedii*, „Oświata i Wychowanie”, nr 29, s. 22–25.
- Surowaniec J., 1991, *Technika komputerowa w zapobieganiu trudnościom w nauce czytania i pisanania*, „Logopedia”, nr 18, s. 119–135.
- Surowaniec J., 1995, *Funkcje zabaw i gier komputerowych w metodyce postępowania logopedycznego*, [w:] J. Ożdżyński (red.), *Językowy obraz świata dzieci i młodzieży*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej, s. 441–462.
- Surowaniec J., 1996, *Dekada informatyczna w rozwoju polskiej logopedii 1986–1996*, „Logopedia”, nr 23, s. 183–189.
- Szady K., 2012, *Wykorzystanie autorskich programów multimedialnych w terapii logopedycznej dzieci niepełnosprawnych*, [w:] S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (red.), *Logopedia. Wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, Gdańsk: Harmonia Universalis, s. 402–407.
- Szczepankowski B., Lemirowski A., 1998, *Komputer w pracy z dzieckiem z uszkodzonym słuchem*, [w:] J. Łaszczki (red.), *Komputer w kształceniu specjalnym*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, s. 106–126.
- Walencik-Topiło A., 2005, *Wykorzystanie programów komputerowych w profilaktyce, diagnostyce i terapii logopedycznej*, [w:] T. Gałkowski, E. Szela, G. Jastrzębowska (red.), *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, Opole: Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, s. 1019–1027.
- Walencik-Topiło A., Bąk J., 2004, *Multimedialny program do diagnozy i terapii logopedycznej*, [w:] M. Sysło (red.), *Informatyka w szkole XX*, Wrocław: Stowarzyszenie Nauczycieli Technologii Informatycznej, s. 776–779.
- Walencik-Topiło A., Miklaszewska A., 2000, *Charakterystyka polskich programów komputerowych wspomagających terapię logopedyczną*, [w:] E. Łuczynski (red.), *Kształcenie logopedyczne – cele i formy*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, s. 80–84.
- Waligóra-Huk A., 2015, *Programy multimedialne jako narzędzia wykorzystywane przez nauczycieli w terapii logopedycznej*, [w:] D. Siemieniecka (red.), *Edukacja a nowe technologie w kulturze, informacji i komunikacji*, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, s. 343–354.
- Zielińska J., 2012, *Przykłady wykorzystania nowoczesnych technologii w komunikacji alternatywnej*, [w:] J. Morbitzer, E. Musiał (red.), *Człowiek – Media – Edukacja*, Kraków: Katedra Technologii i Mediów Edukacyjnych, Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN, s. 637–649.

Streszczenie

Polska logopedia wykorzystuje technologie informacyjno-komunikacyjne (TIK) w diagnostyce i terapii od ponad trzydziestu lat. Początkowo logopedzi korzystali ze światowych aplikacji, by w latach dziewięćdziesiątych XX zacząć tworzyć własne programy komputerowe, dostosowane do specyfiki języka polskiego. Wraz z rozwojem internetu pojawiły się logopedyczne platformy e-learningowe. Jedną z nich autorka niniejszego artykułu wykorzystwała w terapii

logopedycznej dzieci z zaburzeniami mowy, by sprawdzić, czy nowe technologie mogą przyczynić się do poprawy artykulacji. Przeprowadzony eksperyment pedagogiczny pokazał, że autorska koncepcja b-learningu może być skuteczna w terapii logopedycznej dzieci.

Abstract

Polish speech therapy has been using information and communication technologies (ICT) in diagnosis and therapy for over 30 years. Initially, speech therapists used world-wide innovations to start creating their own computer programs tailored to the specificity of the Polish language in the 1990s. Along with the development of the Internet, speech therapy platforms have emerged. One of them, the author of this article, used speech therapy in children with speech disorders to check whether new technologies can contribute to the improvement of articulation. The conducted pedagogical experiment showed that the author's concept of b-learning can be effective in speech therapy for children.

Monika Kaźmierczak* 

Konceptualizacje głosu

Voice Conceptualizations

Słowa kluczowe: *phoné*, głos, komunikacja wokalna, komunikacja ustna

Keywords: *phoné*, voice, vocal communication, oral communication

Wprowadzenie

Ludzki głos jest postrzegany w różny sposób i przypisuje się mu różnorodne funkcje. Niejednoznaczności i paradoksy związane ze statusem głosu wskazują, że jest on jednocześnie czymś ulotnym i niemożliwym do stłumienia, korporalnym i językowym, wewnętrznym i zewnętrznym, *zoe* i *bios*, należącym do podmiotu i Innym [Michalik, 2010]. Zainteresowanie głosem odnosi się do triady: byt – myśl – sposób jej wyrażania.

W codziennej komunikacji podkreśla się głównie językowe znaczenie głosu: „Największą wartością naszego aparatu głosowego jest możliwość wytworzenia dźwięku artykułowanego. Dzięki niej człowiek rozwinął mowę, która umożliwia mu wzajemną komunikację” [Tarasiewicz, 2006, s. 171]. W interakcji międzyludzkiej to częściej mowa i wyrażany sens, nie zaś sam głos w wymiarze materialnym bądź symbolicznym, stanowią pierwszoplanowy przedmiot analiz mówiącego lub słuchającego podmiotu. Mówienie, czyli przekazywanie znaków językowych za pomocą głosu, to wytwarzanie artykułowanych dźwięków w celu wyrażania myśli – dźwięk staje się głosem, o ile coś wyraża. Co jednak może wyrażać głos i jak jest postrzegany?

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

Refleksja korporalna

Kryzys tradycyjnej władzy wzroku w modernizmie, powrót do ciała i eksponowania cielesności otwierają refleksję nad możliwościami poznawczymi człowieka, jego stosunkiem do siebie. Sposoby postrzegania własnego ciała przez podmiot mogą być różne, wymienia się między innymi konceptualizacje fenomenologiczne, kognitywistyczne, antropologiczne, feministyczne czy te odnoszące się do socjologii ciała (socjologii o ciele). W zależności od sposobu deskrypcji wymagają one ujęcia holistycznego albo redukcjonistycznego. Takie wielowymiarowe rozumienie ciała sugeruje, że pojęcie *body-centrism* [Wierzbicka, 1985] można rozpatrywać z kilku perspektyw [Maćkiewicz, 2008]:

- jako całkowicie (holizm) bądź częściowo (dualizm: *soma – psyche*) tożsame z człowiekiem;
- jako element pozostający w posiadaniu danej osoby (bryła poddawana modelowaniu);
- jako mechanizm składający się z powiązanych ze sobą pojedynczych komponentów – części;
- jako pojemnik (konotacje pozytywne: naczynie, worek, mieszkanie; konotacje negatywne: klatka, więzienie).

Ciało może być zatem rozumiane nie tylko jako immanentne z człowiekiem, ale również częściowo lub całkowicie poza nim: „Samo wyrażenie: «moje ciało» budzi zresztą wątpliwości. Moje – to znaczy czyje? Jakiego *Ja* poza ciałem? Duszy, świadomości samoistnej, niezależnego od ciała psychizmu?” [Skarga, 1997, s. 165]. Przeświadczenie, że ciało jest czymś obcym, osobnym bytem, niepoddającym się wolicjonalnej kontroli, może prowadzić do cielesnej i psychicznej dezintegracji. Dialektyczny ruch pomiędzy bytem (jestem) a posiadaniem (mam) zwraca uwagę na możliwość różnego spojrzenia na relacje ciała i podmiotu. Ciało jest własnością podmiotu czy podmiot należy do ciała? Sytuowana pomiędzy decyzywnością (chcę: intencjonalność działań, wolicjonalna kontrola, podporządkowanie cielesności rozumowi, dysponowanie ciałem) a mimowolnością (muszę: niezależność od woli podmiotu, wtórne przyzwolenie) potencjalność ciała nieustannie zmieniającego i stającego się jest trudna do uchwycenia i opisu, stąd mnogość metafor i symboli.

Ciało jako sfera graniczna pomiędzy tym, co zewnętrzne (kulturowe) i tym, co wewnętrzne (głębia, świadomość, refleksja), co wychodzące z ciała i przenikające ze świata, „jest miejscem jej indywidualnej i zbiorowej inskrypcji” [Bakke, 2000, s. 9]. Ta dwuwymiarowość wyznacza też dwa aspekty podmiotowości, które powinny uzupełniać się wzajemnie podczas konstytuowania się tożsamości podmiotu, jako elementy nieustannie interpretowane i interpretowalne. Postrzeganie własnego ciała lub jego składowych to ogląd czyniony z pewnej perspektywy, podmiot ma bowiem zdolność transcendowania siebie, kulturowej identyfikacji *Ja*. Ciało – skomplikowana struktura zapośredniczona przez afekty, emocje, język, nauki o zdrowiu czy kulturę

– przekracza granicę zarówno tego, co naturalne, jak i tego, co kulturowe. Pozwala spojrzeć na siebie jako na podmiot, a stanowiąc przedmiot oglądu, staje się centralnym punktem refleksji. Psychiczny dyskomfort związany z cielesnością może wynikać z niemożności pełnego wglądu i redukcji doświadczenia do tego, co zewnętrzne. Stosunek podmiotu do własnego ciała, a raczej jego obrazu (wrażeń powierzchniowych – obrazu powierzchni ciała, zmysłowo postrzegalnych części ciała) jest konfrontowany z wizerunkiem ciała *Innych* podczas kontaktów społecznych.

Phoné a podmiot, phoné a logos

Wielość kierunków refleksji korporalnych wskazuje możliwość występowania różnych relacji pomiędzy głosem i *Ja*.

„Bycie głosem” odnosi się do odbieranych i przekazywanych wrażeń czy przeżyć. „Posiadanie głosu” wskazuje na jego odseparowanie od *Ja*, traktowanie w kategoriach zadania, obowiązku, uwzględniającego etos pracy nad głosem. Instrumentalno-uprzedmiotowiający model refleksji traktuje głos jako narzędzie wykorzystywane w codziennym przekazywaniu informacji bądź w pracy zawodowej [Każmierczak, 2017, s. 333].

Ze względu na różne pojmowanie tych relacji możliwe jest pełne utożsamienie się z głosem, czyli osadzenie się we własnej cielesności. Jednak może też dojść do rozluźnienia czy wręcz zerwania kontaktu z własnym głosem, wówczas jest on traktowany jak element osobny, nierzadko naznaczony chorobą, postrzegany jako zagrożenie dla funkcjonowania organizmu. Głos jest zatem „zjawiskiem istotnym dla sposobu, w jaki doświadczamy samych siebie i innych – jedną z postaci samoodniesienia i jednym z warunków intersubiektywności” [Michalik, 2010, s. 12]. Głos może okazać się jedyną oznaką tożsamości podmiotu komunikującego się, „intymnym jądrem podmiotowości” [Dolar, 2006, s. 14], w wymiarze społecznym stanowi zaś narzędzie komunikacji i budowania relacji interpersonalnych. W zdarzeniu komunikacyjnym interpretacja głosu uwzględnia zarówno jego obraz indywidualny, jak i intersubiektywny: odczytywany w odniesieniu do *Ty/Innego* oraz podmiotu (*Ja/mnie*).

Współczesne językoznawstwo, psychoanaliza i filozofia, które przywróciły wartość i znaczenie „akustycznemu wymiarowi doświadczenia, w tym dźwiękowemu aspektowi mowy” [Michalik, 2010, s. 29], postrzegają głos w trzech różnych aspektach: językowym, zmysłowo-afektywnym oraz psychoanalitycznym [za Michalik, 2010].

Metafizyka o charakterze fonologocentrycznym dowartościowuje „żywe słowo”, które staje się pośrednikiem między rzeczywistością a poznaniem (m.in. filozofie Platona i Arystotelesa, Rousseau i Hegla, Husserla i Heideggera). To w znaku można uchwycić sens, a głos wydaje się pozostawać w bezpośredniej bliskości myśli. Dzięki

swej „przezroczystości” głos daje możliwość uobecnienia się pojęcia, redukcja elementu znaczącego warunkuje bowiem wykorzystywanie „bezglósnego głosu” w żywej mowie. Tak zwany zwrot Derridański czyni *phoné* ogniskową metafizyki (nie zaś tylko filozofii języka czy filozofii podmiotu), u której podstaw leży idea prawdy jako jedności *phoné* i *logos*. Potwierdzeniem współzależności fonocentryzmu, logocentryzmu i metafizyki obecności dla Jacques’a Derridy jest akt recepcji własnej mowy (fr. *s’entendre parler* – ‘usłyszeć, jak mówisz’)¹ oraz sytuacja bezpośredniej rozmowy, podczas której słyszenie i rozumienie mowy zdają się utożsamiać. Podczas mówienia-słyszenia własnej mowy dochodzi do zatarcia elementu znaczącego, dzięki czemu „słowo przeżywane jest jako elementarna i nierozkładalna jedność znaczonego i głosu, pojęcia i przezroczystej substancji wyrażania” [Derrida, 1999, s. 42]. W metafizyce fonologocentrycznej dostrzec można zatem deprecjonowanie *phoné*, który jest uprzywilejowany jedynie w tym aspekcie, w jakim podporządkowuje się i służy *logosowi* [por. Ihde, 1976; Welsch, 2001]. Językowo ujęty głos, utożsamiany z *logosem* czy też najściślej z nim związany, staje się *de facto* „głosem bezgłosnym”² w słownym przekazie. Niebezpieczeństwo żywej mowy tkwi w jej afektywności, wpływającej na jasność przekazu, w takim ujęciu pożądana jest zatem redukcja zmysłowego aspektu głosu do środka wyrazu i przekazu pojęć w chwili uobecniania sensu³.

Jak zaznacza Mladen Dolar [1996], fonologiczna redukcja głosu do cech czysto formalnych (struktur językowych) w efekcie prowadzi do zatracenia jego materialności. Prymat uczuciowo-popędowej sfery, czyli zmysłowo-afektywnego postrzegania głosu w stosunku do *ratio* (m.in. Rousseau, Herder, Schopenhauer, Nietzsche), jest interesujący ze względu na jego walory estetyczne czy afektywną naturę subiektywności. W tej koncepcji głos przykuwa uwagę swoim brzmieniem, jego siła ujawnia się w natężeniu (to bezpośredni wyraz afektów), melodyjności i rytmie. Zmysłowa wartość głosu nie daje się zredukować do struktur językowych, które ożywia.

W tym drugim ujęciu podkreśla się konflikt afektywnej siły głosu i artykulacji, którą uznaje się za „umartwienie słowa w jego wokalnym aspekcie” [Michalik, 2010, s. 23], to bowiem artykulacja w znacznym stopniu ogranicza i osłabia pierwotny potencjał głosu, co w konsekwencji wiąże się z niemożnością wyrażania emocji przy użyciu tego, co zmysłowe. Uprzywilejowanie autoafektywnej, ale jednocześnie

1 Drogi autofonacyjno-audycyjne: autofonacja i autoaudycja (dośrodkowo-środkowe) są uruchamiane wówczas, kiedy nadawca odbiera własny komunikat słowny i ma nad nim kontrolę słuchową.

2 Za początek rozważań o „głosie bezgłosnym” uznaje się *daimonion*a Sokratesa [Michalik, 2010]. Również Ferdinand de Saussure [2002] pozbawia głos jego wartości materialnej i uznaje jego znaczenie przygodne, związane z posługiwaniem się nim w mowie.

3 Roman Jakobson [1989] zwraca uwagę na istotną dla nowożytnej lingwistyki refleksję starożytnych Greków na temat przekształcania zjawisk dźwiękowych (materialnych) w składniki języka (formalne). Redukcja głosu do form jego artykulacji występuje w fonologii. Derrida [1997] zwraca uwagę, że według de Saussure’a dźwięk w samej materialności nie ma wartości językowej, a kiedy taką zyskuje, przestaje być dźwiękowy, stanowi „substancję wyrażania”, czyli fonię. Według Dolara [1996] fonologiczna redukcja głosu do cech czysto formalnych prowadzi do „zabójstwa” głosu w jego materialności.

idealizującej siły wokalne słowa mówionego wiąże się z samozniesieniem znaku: „Słyszany głos jawi się przede wszystkim jako środek uwewnętrznienia (idealizacji) tego, co wyraża, jako sposób niezakłóconego odnoszenia się podmiotu do siebie” [Michalik, 2010, s. 101]. Mówiący, słysząc siebie, doznaje samopobudzenia za sprawą głosu i odnosi się sam do siebie.

Uwolnienie potencjału głosu wiąże się z jego wyzwoleniem z podporządkowania *logosowi*. Podkreślane w drugiej koncepcji subiektywność zmysłowa i afektywna obecność brzmiącego głosu – warunkują przekaz emocji. Stanowią też istotny element charakterystyki języka, artykulacja jest bowiem konieczna do wypełniania komunikacyjnej i referencyjnej funkcji języka.

Trzeci wymiar głosu, związany między innymi z poststrukturalistyczną wersją psychoanalizy (m.in. Lacana, Barthes’a czy Kristevej), zwraca uwagę, że w takim ujęciu „głos [jest] na poły słyszalny, na poły niemy – a zarazem najbardziej uwodzący i zniewalający” [Michalik, 2010, s. 12], manifestuje coś więcej niż tylko świadomą intencję mówiącego. W tej koncepcji następuje ekspozycja podmiotu na głos *Innego*. Głos jako substytut *Innego* jest strażnikiem immanencji podmiotu, a jednocześnie środkiem wyrazu – na co zwraca uwagę Dolar w pracy *A Voice and Nothing More* [2006]. Dzięki samoodniesieniu można doświadczyć siebie w głosie i przez głos, który stanowi też warunek intersubiektywności, głos porządku symbolicznego.

Próby wyjaśnienia, w jaki sposób słowo, brzmiąc, ma znaczenie, widoczne są w pracach fenomenologów, między innymi Martina Heideggera [2000], który ontologicznie dowartościowuje głos, akcentuje znaczenie wymiaru słyszalności i samego rozbrzmiewania języka, oraz Maurice’a Merleau-Ponty’ego [1996; 2006], który podważa funkcję głosu określoną przez Derridę. Dla Merleau-Ponty’ego doświadczenie ciała⁴ nie jest związane z bezpośrednią samoobecnością, filozof wyraźnie rozróżnia to, co doświadczające i doświadczane, wewnętrzne i zewnętrzne, słyszące i słyszalne, podmiotowe i przedmiotowe, co jest ciałem własnym i ciałem obiektywnym. W takim ujęciu „głos jawi się jako sposób otwarcia subiektywności na inne subiektywności, a więc jeden z warunków konstytucji sfery intersubiektywnej. [...] Głos jest aktywną transcendencją ciała [...]” [Michalik, 2010, s. 28]. Głos to bycie-w-świecie: dzięki niemu kształtuje się relacja człowieka do świata, a jednocześnie warunkuje on relacje świata względem podmiotu. Doświadczenie głosu stanowi zatem przedmiot refleksji, która zmierza do opisu warunków odniesienia się podmiotu do siebie i świata.

4 Fr. *le corps propre* – ‘ciało własne’ [Merleau-Ponty, 2006], fr. *la chair* – ‘żywa tkanka cielesności’ [Merleau-Ponty, 1996].

Głos w wymiarze jednostkowym

W zależności od holistycznego lub redukcjonistycznego ujęcia w wymiarze jednostkowym głos człowieka jest określany jako:

- „zaledwie ulotna wibracja wydychanego powietrza” [Michalik, 2010, s. 9];
- „dźwięk o dowolnym brzmieniu, wyemitowany w formie fali akustycznej” [Świ-dziński, 1998, s. 9];
- „*complex phenomenon*” – złożony fenomen [Verduyck i wsp., 2011, s. 373] czy „fenomen psychoakustyczny” [Niebudek-Bogusz i wsp., 2004, s. 33];
- „nieprawdopodobny nośnik informacji o nim samym” [Płusajska-Otto, 2012, s. 111];
- „indywidualna cecha każdego człowieka, zależna od wieku, płci, stanu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz uwarunkowań kulturowych” [Kuczkowski, 2016, s. 258];
- „najstarszy instrument świata, noszący na sobie znamiona boskości” [Kotlarczyk, 1961, s. 10];
- „instrument muzyczny [...] najbardziej delikatny i ekspresyjny” [Tarasiewicz, 2006, s. 26];
- „żywy instrument” [Bubicz-Mojsa, 2007, s. 2];
- „dźwięk, który wydaje instrument, jakim jest nasz organizm” [Płusajska-Otto, 2012, s. 111];
- „najbardziej indywidualny środek wyrazu o zdawać by się mogło nieograniczonych możliwościach” [Michalik, 2010, s. 9];
- element, który „zawiera informacje o intencjach, emocjach i stanie zdrowia nadawcy” [Kuczkowski, 2016, s. 258], czyli środek ekspresji emocjonalnej [Łastik, 2014; Binkuńska, 2016; Olszewski, Nowosielska-Grygiel, 2017, s. 91];
- „papierek lakmusowy wskazujący stan psychiczny człowieka” [Łastik, 2014, s. 14];
- „odcisk palca” [Łastik, 2014, s. 45];
- „wewnętrzne dziecko” [Łastik, 2014, s. 13];
- „przedłużenie osób” [Łastik, 2002, s. 12];
- tożsamy z człowiekiem: „głos i jego «właściciel» to jedno i to samo” [Łastik, 2014, s. 14];
- „nasz najbardziej metafizyczny «organ»” [Michalik, 2010, s. 35].

Wielość dosłownych i metaforycznych określeń dowodzi niemożności sprecyzowania istoty ludzkiego głosu oraz jego funkcji w życiu człowieka. W zależności od reprezentowanej przez autora dziedziny nauki oraz celu badań nad głosem w wymiarze jednostkowym określenia te są zorientowane biologicznie, fizycznie, psychologicznie lub ontologicznie. Na wieloaspektowy charakter głosu zwracają uwagę między innymi językoznawcy, foniatry, psycholodzy, akustycy, ale też antropolodzy, religioznawcy, teoretycy filmu, teatru, muzyki czy filozofowie.

W konceptualizacjach jednostkowych często podkreślana jest subiektywność zmysłowa i afektywna. Głos jest postrzegany jako złożone zjawisko, wymagające skoordynowanych działań mechanizmów aerodynamicznych i akustycznych, które warunkują wytwarzanie dźwięków służących komunikacji. Ujmowanie głosu jako narzędzia, za którego pomocą człowiek manifestuje siebie oraz się porozumiewa, podkreśla konieczność świadomego jego wykorzystywania, troski o sprawne działanie oraz doskonalenie w użyciu. Głos pobudza ucho i mózg, w nim manifestuje się czysto fizyczna siła, ale też cechy umysłu.

Tylko podmiot, który ma bezpośredni dostęp do głosu, może kształtować z nim relacje, a przez głos wyrażać swój stosunek do świata. Wskazywaną przez autorów obecność głosu dla podmiotu (świadomość, subiektywność) można przyjąć z zastrzeżeniem niepełnego poznania – samego głosu i podmiotowej samowiedzy. Psychologiczne problematyzowanie głosu, chociażby jako „papierka lakmusowego” czy „odcisku palca”, zwraca uwagę, że głos wyraża człowieka, jest jego uzewnętrznieniem, jedynym w swoim rodzaju i niepowtarzalnym⁵. Umożliwia rozpoznanie mówiącego przez odbiorcę, konstytuuje jednostkową tożsamość, wskazuje stan psychiczny, nastrój lub charakter człowieka, daje pewne wyobrażenie o temperamencie i osobowości podmiotu, a nawet jego stanie psychofizycznym. Dzięki głosowi człowiek może „usłyszeć” swoje myśli i emocje – skoro „zostaliśmy skazani na niemożność wyobrażenia sobie naszej myślowości [...] inaczej niż fizycznie” [Falkiewicz, 2001, s. 221].

Głos w wymiarze społecznym

W przestrzeni społecznej głos pozwala manifestować obecność *Ja*, osobowość człowieka, emocje czy reakcje na bodźce zewnętrzne [Obrębowski, 2008]. Kiedy jest postrzegany w kontekście relacji podmiotu z otoczeniem (wymiar socjologiczny, uniwersalny), głos określa się w różny sposób, między innymi jako:

- „środek [, który] umożliwia kontakty osobowe” [Łastik, 2014, s. 7];
- „nośnik informacji oraz reakcji, które zachodzą między nadawcą a odbiorcą” [Kuczkowski, 2016, s. 258];
- „narząd komunikacji, tworzenia i utrzymywania relacji międzyludzkich” [Oliszewski, Nowosielska-Grygiel, 2017, s. 91];
- „środek komunikacji z innymi, a także z sobą samym” [Łastik, 2014, s. 14];
- „jest [...] ekspozycją podmiotu na głos Innego, głos porządku symbolicznego” [Michalik, 2010, s. 13];
- „substytut Innego” [Michalik, 2010, s. 13];

⁵ Stosowana w najnowszej technologii biometria głosowa potwierdza, że głos stanowi unikatową cechę każdego człowieka, zależną od płci, wieku, kondycji psychofizycznej, możliwości i potrzeb komunikacyjnych.

- „narzędzie pracy” [np. Śliwińska-Kowalska, Niebudek-Bogusz, 2009, s. 5; Binkuńska, 2012, s. 9; Kisiel, 2012, s. 13; Płusajska-Otto, 2012, s. 111; Olszewski, Nowosielska-Grygiel, 2017, s. 91];
- „instrument kreowania własnego wizerunku” [Kisiel, 2012, s. 13],
- „narzędzie sprawowania władzy” [Michalik, 2010, s. 13].

Współobecność *Ja* i *Innego* (intersubiektywność) zmienia postrzeganie własnego głosu i głosu innych ludzi. Komunikacja wokalna oraz słowo ustne to swoista transakcja, gdyż bez interaktywnego *Ty/Innego* (realnego lub wyobrażonego), czyli adresata słowa, dźwięk nie działa jako słowo, przestaje być wyjaśnieniem, interpretacją czy hermeneutyką. Dla osiągnięcia porozumienia niezbędna jest zatem aktywność nadawcy i odbiorcy oraz chęć nawiązania kontaktu komunikacyjnego. Ludzki język foniczny, zespolony z człowiekiem i w człowieku zatopiony [Grucza, 1993], jest uznawany za nośnik emocji oraz intencji (w sensie zamiaru lub nakierowania na cel), narzędzie budowania relacji i manifestacja osoby w środowisku, jeden z ważniejszych filarów wspólnoty posługującej się tym samym kodem oraz kluczowe narzędzie komunikacji o charakterze pojęciowym [Kmita, 1998]. Podejmowana przez podmiot codzienna aktywność głosowa służy zatem pozyskaniu uwagi otoczenia, realizacji potrzeb estetycznych, ludycznych, grupo- i socjotwórczych⁶. W ujęciu intersubiektywnym głos staje się przedmiotem szczególnego zainteresowania psychologów, socjologów mowy/mówienia, filozofów, teoretyków radia, sztuki aktorskiej, logopedów, komunikatywistów czy też pragmalingwistów.

Ujmowanie głosu jako narzędzia działania komunikacyjnego to odniesienie do pierwotnej jego funkcji w bezpośrednim porozumiewaniu się. Brytyjski językoznawca John Lyons [1984] wyróżnił – w zależności od kanału przesyłania sygnałów – głosowe i niegłosowe sposoby porozumiewania się ludzi, podkreślając tym samym, że głos jest jednym z elementów warunkujących zaistnienie komunikacji ustnej: środkiem, nośnikiem, narzędziem przekazu. Na podstawie badań dotyczących analizy połączeń słowno-głosowych psycholodzy Roland J. Hart i Bruce L. Brown [1974] doszli do wniosku, że ocena atrakcyjności przekazu wiąże się głównie z charakterystyką wokalną, natomiast skuteczności – z elementami werbalnymi. Przekaz to synkretyczny komunikat złożony z elementów słownych i pozasłownych, w którego ocenie trzeba uwzględnić niuanse wokalne oraz harmonijność zestawienia sygnałów wokalnych z werbalnymi, jak również z elementami innych subkodów. Analizy użycia języka fonicznego zawsze powinny uwzględniać uwarunkowania biologiczne (dotyczące fizjologicznych, chemicznych i fizycznych procesów zachodzących w mózgu, budowy i sprawności narządów mownych) oraz konteksty psychologiczny, społeczny i kulturowy, które stanowią istotne tło językowego porozumiewania się ludzi. Cytowani autorzy dostrzegli też wykorzystanie

⁶ Już dla starożytnych doskonalenie głosu było elementem *paidei*, czyli wychowania i kształcenia człowieka.

głosu do kreowania przestrzeni publicznej i działania w niej (por. etymologiczną bliskość „głosu” i wyrażen odnoszących się do aktywności w sferze publicznej: zabierania głosu, głosowania, oddawania głosu).

Zakończenie

Wraz z rozwojem i popularyzacją pisma język mówiony, czyli najbardziej bezpośredni sposób wyrażania myśli, ulegał pewnej degradacji, a co za tym idzie, głos tracił na znaczeniu w swoim wymiarze materialnym, a częściowo też formalnym i symbolicznym – im bardziej artykułowany przekaz, tym głos mniej istotny dla żywej mowy, można go było oddać w piśmie. Ponowne uprzywilejowanie słowa mówionego doprowadziło do nobilitacji językowej wartości głosu w jego brzmieniu, co jednak nie oznaczało użytkowania artykułowanej jedności dźwięku i sensu w mówionym przekazie. Niemiecki filozof Johann Gottfried Herder [2002] podkreślał, że siła „żywej mowy” wynika ze słuchowego obcowania z językiem i wyższości zmysłu słuchu nad zmysłem wzroku.

Ontologiczne dowartościowanie wymiaru słyszalności przez Heideggera nazwane zostało przez Wolfganga Welscha „rewolucją audytywną”, zmierzającą do „przezwyciężenia metafizyki” [Welsch, 2001, s. 56], do zakwestionowania dychotomii duszy i ciała⁷. Nadawanie, ale również słyszenie własnej mowy (autoaudycja), czyli doświadczenie własnego głosu w jego mniej lub bardziej ujęzykowanej formie, stanowi istotny element konstytuowania się tożsamości podmiotu oraz refleksji transcendentnej, zorientowanej na opis warunków odniesienia się mówiącego do siebie oraz otaczającego go świata. Samopobudzenie poprzez głos to efekt przeświadczenia, że podmiot mówiący ma dostęp do tego, co wewnętrzne, „do czystej obecności, do źródła nieskażonego zewnętrżnością” [Dolar, 2006, s. 37]. Głos potwierdza żywą obecność podmiotu (*phoné* wskazuje na obecność bytu), jednak doświadczenie subiektywności jest pewną iluzją własnej obecności i obecności dla siebie, iluzją poznania – ze względu na zmienność i niestabilność ciała oraz otoczenia.

Różne konceptualizacje głosu w jego wymiarze indywidualnym i społecznym wskazują, że współcześnie przedmiot zainteresowania stanowi zarówno jego warstwa materialna, formalna, jak i symboliczna. Niemożność jednoznacznego i pełnego zdefiniowania głosu oraz identyfikacja różnych jego funkcji w relacji z podmiotem i *Innymi* dowodzi konieczności uwrażliwienia na głos – nie tylko w jego bardziej ujęzykowanej formie podczas komunikacji bezpośredniej, ale również jako ekspresji bądź wymiany wokalnych sygnałów i znaków [por. teoria gestów fonicznych, Mayen, 1972; Kaźmierczak, 2018a; 2018b] czy istotnej składowej tożsamości komunikującego się podmiotu.

⁷ Do dychotomicznego podziału na to, co cielesne (materialne), radykalnie odseparowane od tego, co rozumne (świadome, myślące), przyczynił się Kartezjusz. Status przypisywany głosowi jest zależny od tego, co duchowe i cielesne: dusza ma się do ciała tak jak znaczenie do dźwięku głosu w słowie.

Literatura

- Bakke M., 2000, *Ciało otwarte. Filozoficzne reinterpretacje kulturowych wizji cielesności*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Filozofii Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- Binkuńska E., 2012, *Higiena i emisja głosu mówionego*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Binkuńska E., 2016, *Emocjonalne podłoże posługiwania się głosem*, [w:] B. Kamińska, S. Milewski (red.), *Logopedia artystyczna*, Gdańsk: Harmonia Universalis, s. 297–322.
- Bubicz-Mojsa A., 2007, *Głos ludzki jako żywy instrument*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Derrida J., 1997, *Pozycje. Rozmowy z Henri Romsem, Julią Kristevą, Jean-Louis Houdebinem i Guy Scarpettą*, tłum. A. Dziadek, Bytom: Wydawnictwo FA-art.
- Derrida J., 1999, *O gramatologii*, tłum. B. Banasiak, Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Dolar M., 1996, *The Object Voice*, [w:] R. Saleci, S. Zizek (red.), *Gaze and Voice as Love Objects*, Durham: Duke University Press, s. 7–31.
- Dolar M., 2006, *A Voice and Nothing More*, Cambridge–London: The MIT Press.
- Falkiewicz A., 2001, *Istnienie i metafora*, Gdańsk: Wydawnictwo „Tower Press”.
- Grucza F., 1993, *Język, ludzkie właściwości językowe, językowa zdolność ludzi*, [w:] J. Pionka, A. Wiercińska (red.), *Człowiek w perspektywie ujęć biokulturowych*, Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza, s. 151–174.
- Hart R.J., Brown B.L., 1974, *Interpersonal information conveyed by the content and vocal aspects of speech*, „Speech Monographs”, nr 41, s. 371–380.
- Heidegger M., 2000, *W drodze do języka*, tłum. J. Mizera, Kraków: Wydawnictwo Baran i Suszczyński.
- Herder J.G., 2002, *Dziennik mojej podróży z roku 1769*, tłum. M. Kurkowska, Olsztyn: Borussia.
- Ihde D., 1976, *Listening and Voice: A Phenomenology of Sound*, Athens: Ohio University Press.
- Jakobson R., 1989, *W poszukiwaniu istoty języka*, t. 2, tłum. A. Werpachowska, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Kaźmierczak M., 2017, *Pacjent z zaburzeniami głosu w rodzinie*, „Wychowanie w Rodzinie”, t. XVI, nr 2, s. 333–346.
- Kaźmierczak M., 2018a, *Rodzaje i funkcje gestów fonicznych wykorzystywanych w postępowaniu logopedycznym*, „Logopedia”, t. 47(1), s. 311–321.
- Kaźmierczak M., 2018b, *Rola gestów fonicznych w wychowaniu komunikacyjnym dzieci przedszkolnych*, [w:] E. Gacka, M. Kaźmierczak (red.), *Teoria i praktyka logopedyczna. Wybrane zagadnienia*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, s. 131–140.
- Kisiel M., 2012, *Emisja i higiena głosu w pracy dydaktyczno-wychowawczej nauczyciela*, Dąbrowa Górnicza: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Biznesu.
- Kmita J., 1998, *Jak słowa łączą się ze światem. Studium krytyczne neopragmatyzmu*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Instytutu Filozofii Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- Kotlarczyk M., 1961, *Podstawy sztuki żywego słowa. Instrument, dykcja, ekspresja*, Warszawa: Wydawnictwa Związkowe Centralnej Rady Związków Zawodowych.
- Kuczowski J., 2016, *Anatomiczno-fizjologiczne podstawy głosu*, [w:] B. Kamińska, S. Milewski (red.), *Logopedia artystyczna*, Gdańsk: Harmonia Universalis, s. 258–275.
- Lyons J., 1984, *Semantyka I*, tłum. A. Weinsberg, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Łastik A., 2014, *Poznaj swój głos... twoje najważniejsze narzędzie pracy*, Warszawa: Wydawnictwo Studio Emka.

- Maćkiewicz J., 2008, *Ja i moje ciało, czyli co to jest „bodycentryzm”*, [w:] J. Bartmiński, A. Pajdzińska (red.), *Podmiot w języku i kulturze*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 215–220.
- Mayen J., 1972, *O stylistyce utworów mówionych*, Wrocław: Ossolineum.
- Merleau-Ponty M., 1996, *Widzialne i niewidzialne*, tłum. M. Kowalska, J. Migasiński, R. Lis, I. Lorenc, Warszawa: Wydawnictwo Alethea.
- Merleau-Ponty M., 2006, *Fenomenologia percepcji*, tłum. M. Kowalska, J. Migasiński, Warszawa: Wydawnictwo Alethea.
- Michalik J., 2010, *Filozofia i głos*, Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.
- Niebudek-Bogusz E., Fiszer M., Kotyło P., Just M., Śliwińska-Kowalska M., 2004, *Ocena parametrów analizy akustycznej głosu u zdrowych kobiet*, „Otorinolaryngologia”, nr 3, s. 33–39.
- Orbębowski A. (red.), 2008, *Narząd głosu i jego znaczenie w komunikacji społecznej*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.
- Olszewski J., Nowosielska-Grygiel J., 2017, *Nowe metody diagnostyczne oceny czynności głosu dla potrzeb foniatry i logopedy*, „Logopaedica Lodziensia”, nr 1, s. 91–100.
- Plusajska-Otto, 2012, „Mów i nie trać głosu” – profilaktyka zaburzeń emisji głosu w pracy nauczycieli, [w:] K. Węsierska (red.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, t. 1, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 111–121.
- Saussure F. de, 2002, *Kurs językoznawstwa ogólnego*, tłum. K. Kasprzyk, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Skarga B., 1997, *Tożsamość i różnica. Eseje metafizyczne*, Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Śliwińska-Kowalska M., Niebudek-Bogusz E. (red.), 2009, *Rehabilitacja zawodowych zaburzeń głosu. Podręcznik dla nauczycieli*, Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy.
- Świdziński P., 1998, *Przydatność analizy akustycznej w diagnostyce zaburzeń głosu*, Poznań: Akademia Medyczna.
- Tarasiewicz B., 2006, *Mówię i śpiewam świadomie. Podręcznik do nauki emisji głosu*, Kraków: Wydawnictwo Universitas.
- Verduyck I., Remacle M., Jamart J., Benderitter C., Morsomme D., 2011, *Voice-Related Complaints in the Pediatric Population*, „Journal of Voice”, t. 25(3), s. 373–380.
- Welsch W., 2001, *Na drodze do kultury słyszenia?*, tłum. K. Wilkoszewska, [w:] E. Wilk (red.), *Przemoc ikoniczna czy „nowa widzialność”?*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 56–74.
- Wierzbicka A., 1985, *Lexicography and Conceptual Analysis*, Ann Arbor: Karoma.

Streszczenie

Głos jest istotnym elementem życia człowieka. Współcześnie przedmiot zainteresowania stanowi zarówno materialna, formalna, jak i symboliczna warstwa głosu. Niemożność jednoznacznego i pełnego zdefiniowania pojęcia oraz identyfikacja różnych funkcji głosu w relacji z podmiotem i *Innymi* dowodzi konieczności uwrażliwienia na głos – nie tylko w jego bardziej ujęzykowanej formie, podczas komunikacji bezpośredniej, ale również jako ekspresji bądź wymiany wokalnych sygnałów i znaków czy istotnej składowej tożsamości komunikującego się podmiotu. Przytoczone w artykule konceptualizacje głosu potwierdzają, że obszary jego badania w wymiarze indywidualnym i społecznym są ze sobą ściśle związane.

Abstract

The voice is an important element of human life. Nowadays, the object of interest is both the material, formal and symbolic layer of voice. The inability to define the concept explicitly and fully and the identification of various voice functions in relation to the subject and Others proves the need for sensitivity to the voice – not only in its more linguistic form during direct communication, but also as the expression or exchange of vocal signals and signs or a significant component of the identity of the communicating entity. The voice conceptualizations cited in the article confirm that the areas of voice research in the individual and social dimension are closely related.

Marta Kosicka*, Ewa Gacka** 

Knowledge of Teachers and Students of Early School Education and Pre-School Education on the Dysfunctions and Parafunctions of the Orofacial Complex

Wiedza nauczycieli oraz studentów edukacji wczesnoszkolnej i wychowania przedszkolnego na temat dysfunkcji oraz parafunkcji zespołu ustno-twarzowego

Keywords: speech therapy, orofacial complex, dysfunctions, parafunctions, knowledge, teachers, students, early school education, pre-school education

Słowa kluczowe: logopedia, zespół ustno-twarzowy, dysfunkcje, parafunkcje, wiedza, nauczyciele, studenci, edukacja wczesnoszkolna, wychowanie przedszkolne

Introduction

Among all specialists who cooperate with speech therapists it is educators that may perform a major role in activities aimed at preventing language communication disorders. To do this, they should have the basics of knowledge on speech therapy “[...] a teacher being aware of the issues in question may, first of all, prevent some speech disorders [...]” [Błachnio, 2012, p. 93]. An adequately prepared educator will not only notice the child’s problems during educational activities, but will also give parents information on the necessity and possibility of consultation with, for instance, a speech therapist or psychologist. Good observers will also notice difficulties of a child in reading or tracing, they will pay attention to articulation difficulties

* Municipal Kindergarten no. 215, 11/13 Budowlana street, 93-356 Łódź, e-mail: mjk10@wp.pl.

** University of Lodz, Faculty of Philology, Institute of Polish Philology and Logopaedics, Department of Polish Dialectology and Logopaedics, 171/173 Pomorska street, 90-236 Łódź, e-mail: ewa.gacka@uni.lodz.eu, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1873-7487>.

as well as abnormalities which promote the development of speech impediments, such as nail biting, biting pencils, chewing on clothes, persistent breathing through the mouth. In this idealistic scenario, however, there is an array of questions: Is it so? Do teachers and students of pre-school and early school education have the basic knowledge on the conditions of normal speech development as well as its disorders? Do they know which factors may cause disorders in phoneme realization? Do they have the knowledge on the abnormalities in the orofacial area (dysfunctions and parafunctions) which may cause speech impediments? Do they consider this knowledge acquired first during their studies and then in their educational work to be sufficient? Are teachers and students capable of preventing unfavourable habits? Answers to these questions are essential as the educator will be “[...] a link in early identification of children requiring specialist speech therapy assistance” provided that they have adequate competences [Gacka, 2013b, p. 60].

The orofacial complex: the meaning of the term

Unambiguity and precision in defining the terms used by the researchers is of great importance for the clarity of considerations. In specialist literature the term *the orofacial complex* is used denoting such structures as: jaw bones, mandible, teeth, temporomandibular joints, neuromuscular system and coordination centres of the central nervous system [cf. Masztelarz, 1981, p. 18; Pluta-Wojciechowska, 2011, p. 128].

The man uses the skeletal and muscular structures connected with the orofacial complex, particularly muscles of the face, oral cavity, pharynx and esophagus, for different activities, such as [Pluta-Wojciechowska, 2011, p. 128]:

- instinctive oral reactions;
- breathing;
- taking food and drinking;
- orofacial sensorics allowing to feel sensations such as taste, temperature and touch;
- resting the head, e.g. during sleep;
- orofacial self-stimulation, self-examination, self-experimentation and self-play;
- physiological activities, such as yawning or coughing;
- harmful habits concerning the masticatory apparatus, i.e. parafunctions;
- expressing feelings through mimicry;
- articulation.

The abnormalities in the construction and functioning of the orofacial complex may, therefore, adversely affect the way of realizing phonemes, impair the development of primal activities of speech, leading to the occurrence and perpetuation of speech impediments [cf. Zadurska et al., 2007; Malicka, 2017; Pluta-Wojciechowska, 2017].

Dysfunctions and parafunctions of the orofacial complex

In orthodontic literature *dysfunctions* are referred to as “impaired mechanisms of activities which involve the masticatory apparatus” [Grosfeldowa, 1981, p. 72]. They include, for instance, incorrect positioning of the infant during sleep; faulty posture; abnormal breathing – through the mouth; abnormal swallowing, e.g. with the tongue between the teeth; abnormal chewing or biting (e.g. on one side); incorrect pronunciation [Łabiszewska-Jaruzelska, 1983, p. 157]. Such pathogenic activity patterns may be easily perpetuated, particularly during infancy and post-infancy, which is caused by the inertia of motor responses and insufficient maturity of inhibition processes [Grosfeldowa, 1981, p. 73]. *Parafunctions*, in turn, are referred to as “activities which have the nature of motor stereotypes unconnected with physiological processes or mechanisms” [Grosfeldowa, 1981, p. 73]. They include harmful habits which are often repeated and performed unconsciously or unintentionally [Łabiszewska-Jaruzelska, 1983, p. 163]. Parafunctional habits may be divided into two categories: occlusal parafunctions and non-occlusal parafunctions [Kleinrok, 1992, p. 20]. The first one, *occlusal parafunctions*, i.e. teeth clenching and chattering as well as teeth gnashing (bruxism), involve contact with opposing teeth [Kleinrok, 1992, p. 20]. In turn, *non-occlusal parafunctions* do not involve contact with opposing teeth, and they include: sucking or chewing e.g. a dummy, fingers, lips, bedsheets; biting nails or cuticles around them; chewing or forcing and putting different objects between the teeth, such as toys or pencils, which may cause opening of interdental spaces; hooking the finger over the lower teeth and pulling the mandible forward, keeping the tongue or moving the tongue in the oral cavity into the specific area, as well as habitual resting the chin or mandibular angle on hands [cf. Łabiszewska-Jaruzelska, 1983, p. 163; Kleinrok, 1992, p. 20; Rokitiańska, 2004, p. 55]. Parafunctions may appear in diversified forms throughout the whole life, yet it is in the period of infancy and childhood that they appear with the greatest frequency [Grosfeldowa, 1981, pp. 73, 78]. Both occlusal parafunctions and non-occlusal parafunctions are considered to be concurrently caused by the psychogenic factor [Kleinrok, 1992, p. 20].

Methodology of own research

The aim of the conducted research was to explore the knowledge of teachers and students of pre-school and early school education on dysfunctions and parafunctions of the orofacial complex and their impact on the development of articulation abnormalities. So far, there have been no studies to probe teachers’ knowledge in this area. The presented research was aimed at answering the following questions:

- “What do the examined persons know about the harmfulness of particular dysfunctions and parafunctions of the oral-facial complex?”;

- “What do the respondents know about the relationship between the dysfunctions and parafunctions of the oral-facial complex and articulatory disorders?”;
- “Do the subjects know how to prevent parafunctions and dysfunctions of the oral-facial syndrome?”;
- “Do the respondents consider this knowledge to be necessary for pre-school and early school education teachers?”.

The analyzed group comprised 60 people, including 30 teachers working with pre-school and early primary school children as well as 30 students of pedagogy with specialization of pre-school and early school education of the University of Lodz. The research was conducted among final-year BA students. Only women were among the respondents. The average age of teachers was 38.5 years, while students were 22.7 years old. Teachers participating in the research have worked in the teaching profession for 11 years on average. The work experience of teachers ranged from 1 year to 39 years.

The research uses the method of diagnostic survey which allows to analyze opinions and knowledge of the selected group on the given subject [cf. Pilch, Bauman 2001, p. 80; Łobocki, 2006, p. 244] and the survey technique adequate to it which was anonymous. The survey questionnaire consisted of closed questions (the respondents were to choose one answer from a number of answers) as well as open questions which provided the opportunity to give independent answers.

Research results

Knowledge of the subjects about the harmfulness of particular dysfunctions and parafunctions of the oral-facial syndrome

Teachers and students taking part in the research were asked to indicate the activities (belonging to dysfunctions of the orofacial complex¹) which they consider to be harmful, undesirable or abnormal. They were supposed to make a selection from among the following answers listed in the survey questionnaire: breathing through the mouth, biting and chewing on one side, swallowing with the tongue between the teeth or near the lower teeth, swallowing with the tongue at the hard palate. It was also possible to mark the answer “I don’t know”. As many as 97% of students and 100% of teachers regarded permanent breathing through the mouth as abnormal. Only one student, which represents 3% of all the respondents, gave the incorrect explanation, saying that this method of breathing is normal.

1 The survey questionnaire intentionally does not use the term “dysfunctions” of the orofacial complex in the question so as not to prompt any answers (the prefix “dys” denotes an incorrect course of the given activity).

In response to the question about biting and chewing food on one side, 93% of respondents in both groups decided that this activity is abnormal (correctly). Two persons from the group of students and two teachers considered this activity not to be a deviation from the norm.

In turn, 63% of students and 70% of teachers recognized the normal way of swallowing, namely with the tongue on the hard palate. Incorrect answers included: swallowing with the tongue at the lower teeth, which was marked by 17% of students and 17% of teachers as well as performing this activity with the tongue thrust between the teeth, which in the opinion of 13% students is not a deviation from the norm. 7% of students and 13% of teachers do not know how the activity of normal swallowing should be performed.

While completing the survey the respondents were asked to mark which of the presented activities are permissible and treated as normal in children. The activities to be assessed included:

- a) sucking the dummy/teether;
- b) drinking from a bottle (with a teat);
- c) breathing through the mouth (during sleep);
- d) breathing through the mouth while watching television or listening to a story;
- e) nail biting;
- f) biting pencils;
- g) thumb sucking;
- h) sucking/biting hair;
- i) swallowing with the tongue between the teeth;
- j) cheek/lip biting;
- k) chewing on clothes or objects;
- l) teeth gnashing;
- m) resting chin on hands;
- n) involuntary repetitive tongue movement in the oral cavity area;
- o) and forcing objects between the teeth.

The respondents' answers are illustrated by Chart 1.

As many as 19 students (63%) and 7 teachers (23%) considered thumb sucking to be within the norm. Activities which were considered permissible by the largest number of respondents included drinking from a bottle (with a teat) as indicated by 26 students and 28 teachers as well as sucking the dummy/teether as indicated by 23 students and 25 teachers. The following activities were regarded as harmless: thumb sucking chosen by 19 students and 7 teachers; involuntary repetitive tongue movement in the oral cavity area selected by 11 students and 7 teachers as well as forcing objects between the teeth marked by 8 students and 6 educators. Among the remaining dysfunctions and parafunctions of the orofacial complex which were deemed permissible by the respondents were: breathing through the mouth (during sleep) which received 7 votes from each group; breathing through the mouth while

watching television or listening to a story as indicated by 5 students and 3 teachers; nail biting which was marked by 1 teacher, chewing on a pencil as selected by 1 student and 2 teachers; sucking/biting hair which was chosen by 2 teachers; swallowing with tongue between the teeth as chosen by 3 students and 7 teachers; cheek/lip biting selected by 1 student; chewing on clothes or objects which was marked by 6 students and 2 teachers; teeth gnashing as selected by 3 students and 1 teacher while resting chin on hands was indicated as correct activity by 4 students and 1 teacher.

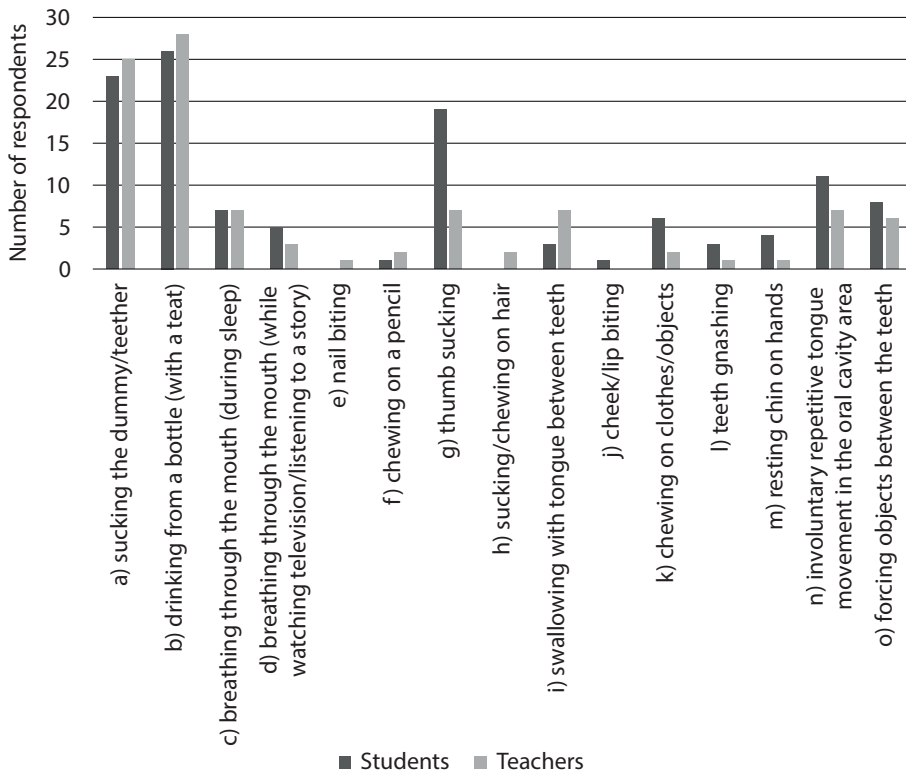


Chart 1. Activities considered to be permissible by students and teachers

Source: own study.

The respondents who deemed the given activity harmless were additionally asked to indicate the age of the child up to which it is not a deviation from the norm. Thus, for instance, sucking the dummy/teether is considered normal up to the age of 1 by 22 students and 23 teachers and up to the age of 3 by 1 student and 1 teacher. The activity of drinking from a bottle (with a teat) is deemed normal up to the age of 1 by 17 students and 25 teachers, while 9 students and 3 teachers think this is normal up to the age of 3. Breathing through the mouth (during sleep) or while watching television or listening to a story as well as nail biting and chewing on a pencil

are accepted by 1 student and 1 teacher up to the age of 7. According to 17 students and 4 teachers, thumb sucking by a child is a normal activity (up to the age of 1). It is worth recalling that putting fingers into the mouth and other types of orofacial activities in infancy represent a natural stage of speech development, so the respondents answered the question correctly. In the opinion of 2 students and 1 teacher thumb sucking is a normal activity in children up to the age of 3, one of the teachers considered this activity to be within the norm even in a 7-year-old child.

The analyzed teachers and students were also asked which of the listed activities should be regarded as impermissible or abnormal. The answers of the respondents from both groups are presented in Chart 2.

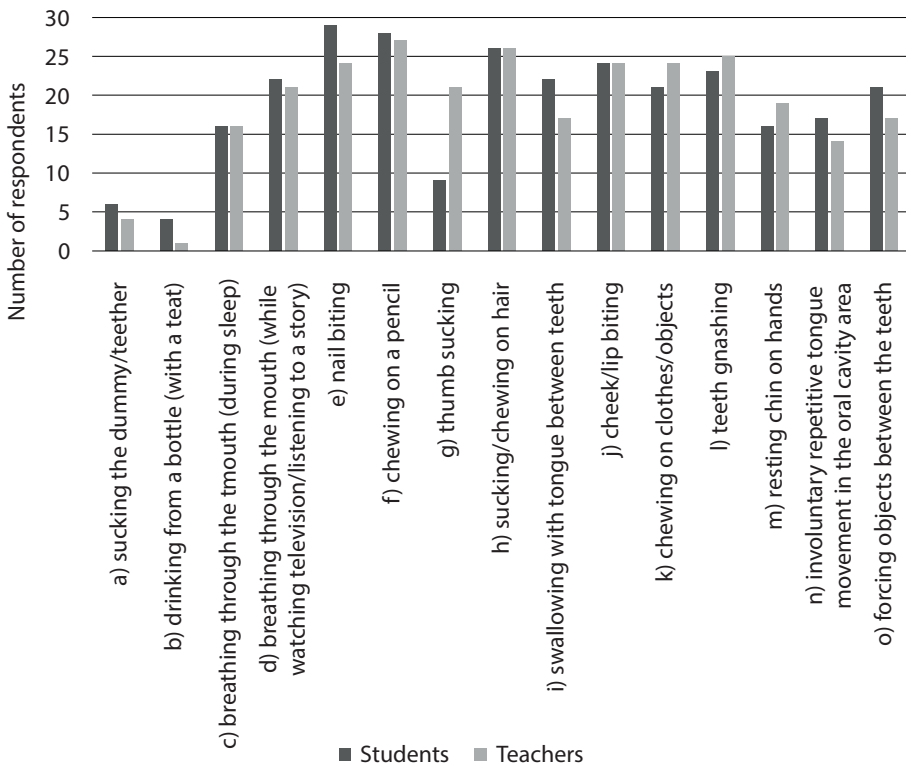


Chart 2. Activities considered to be impermissible by students and teachers

Source: own study.

The answers of the students included: nail biting as selected by 97% of respondents; chewing on a pencil (93%); sucking/chewing on hair (87%); cheek/lip biting (80%); teeth gnashing (76%); sucking/chewing on hair and breathing through the mouth while watching television or listening to a story (73%); chewing on clothes or objects and forcing objects between the teeth (70%). Involuntary repetitive tongue movement in the oral cavity area was indicated by 57% of students; breathing through the

mouth (during sleep) and resting chin on hands (53%); thumb sucking (30%); sucking the dummy/teether (20%) as well as drinking from a bottle with a teat marked by 13% of students. In the case of teachers, chewing on a pencil was chosen by 90% of respondents, sucking/chewing on hair (87%), teeth gnashing (83%), nail biting, cheek/lip biting as well as chewing on clothes or objects (80%). Breathing through the mouth (e.g. while watching television or listening to a story) as well as thumb sucking were indicated as abnormal activities by 70% of teachers; resting chin on hands (63%); swallowing with the tongue between the teeth and forcing objects between the teeth (57%); breathing through the mouth during sleep (53%); involuntary repetitive tongue movement in the oral cavity area (47%); sucking the dummy/teether (13%) and drinking with a teat (3%).

The purpose of one of the questions from the survey was to get to know the opinions of students and teachers on the impact of activities classified as dysfunctions and parafunctions of the orofacial complex on the occurrence of speech impediments and abnormal course of speech development. The answers which they could choose from included: they definitely do not promote the development of speech impediments and they do not adversely affect speech development, they do not generally affect the occurrence of speech impediments, it is difficult to say whether they affect abnormal development of articulation, they generally or definitely promote the development of speech impediments and adversely affect speech development.

Respondents' knowledge of the relationship between the parafunctions and dysfunctions of the oral-facial complex and articulatory disorders

Table 1 illustrates the precise number size distribution and the percentage distribution of the answers of the surveyed students and teachers who regarded the activities as definitely not causing speech impediments.

Table 1. Activities which definitely do not cause speech impediments according to students and teachers

Activity	Students (n = 30)		Teachers (n = 30)		In total (n = 60)	
	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
a) sucking the dummy/teether	0	0	0	0	0	0
b) drinking from a bottle (with a teat)	0	0	0	0	0	0
c) breathing through the mouth (during sleep)	3	10	1	3	4	7
d) breathing through the mouth (while watching television/ listening to a story)	3	10	1	3	4	7
e) nail biting	2	7	1	3	3	5
f) chewing on a pencil	2	7	1	3	3	5
g) thumb sucking	0	0	0	0	0	0
h) sucking/chewing on hair	1	3	1	3	2	3

Activity	Students (n = 30)		Teachers (n = 30)		In total (n = 60)	
	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
i) swallowing with tongue between teeth	0	0	0	0	0	0
j) cheek/lip biting	3	10	0	0	3	5
k) chewing on clothes/objects	2	7	0	0	2	3
l) teeth gnashing	0	0	0	0	0	0
m) resting chin on hands	3	10	0	0	3	5
n) involuntary repetitive tongue movement in the oral cavity area	5	17	0	0	5	8
o) forcing objects between the teeth	1	3	0	0	1	2

Source: own study.

According to the students, activities which definitely do not cause articulation disorders and do not adversely affect speech development include involuntary excessive tongue movement in the oral cavity area as selected by 5 respondents as well as breathing through the mouth during sleep and while watching television, cheek/lip biting as well as resting chin on hands (such answers were given by 3 respondents). In the opinion of one teacher, activities which definitely do not cause articulation disorders and do not adversely affect speech development include: breathing through the mouth (during sleep) and while watching television/listening to a story; nail biting; chewing on a pencil; or sucking/chewing on hair.

Table 2 presents the percentage of activities marked by the surveyed students and teachers which generally do not affect the occurrence of speech impediments and speech development disorders.

Table 2. Activities which "generally" do not affect the occurrence of speech impediments according to students and teachers

Activity	Students (n = 30)		Teachers (n = 30)		In total (n = 60)	
	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
a) sucking the dummy/teether	8	27	1	3	9	15
b) drinking from a bottle (with a teat)	8	27	2	7	10	17
c) breathing through the mouth (during sleep)	10	33	0	0	10	17
d) breathing through the mouth (while watching television/ listening to a story)	9	30	0	0	9	15
e) nail biting	10	33	4	13	14	23
f) chewing on a pencil	6	20	3	10	9	15
g) thumb sucking	3	10	0	0	3	5
h) sucking/chewing on hair	6	20	2	7	8	13
i) swallowing with tongue between teeth	5	17	0	0	5	8
j) cheek/lip biting	6	20	1	3	7	12
k) chewing on clothes/objects	9	30	1	3	10	17

Activity	Students (n = 30)		Teachers (n = 30)		In total (n = 60)	
	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
l) teeth gnashing	4	13	1	3	5	8
m) resting chin on hands	7	23	3	10	10	17
n) involuntary repetitive tongue movement in the oral cavity area	9	30	0	0	9	15
o) forcing objects between the teeth	7	23	1	3	8	13

Source: own study.

The activities which “generally” do not cause speech impediments include breathing through the mouth (during sleep) and nail biting for 33% of students while chewing on clothes or objects was marked by 30% of students. According to 13% of teachers nail biting belongs to the activities which “generally” do not cause speech disorders whereas 10% of teachers indicated chewing on a pencil and resting chin on hands.

Table 3 illustrates answers of the respondents who admitted that it is difficult to decide whether dysfunctions and parafunctions of the orofacial complex have an impact on abnormal development of articulation.

Table 3. Activities with regard to which it is difficult to say whether they have an impact on the abnormal development of articulation or not in the opinion of students and teachers

Activity	Students (n = 30)		Teachers (n = 30)		In total (n = 60)	
	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
a) sucking the dummy/teether	6	20	2	7	8	13
b) drinking from a bottle (with a teat)	7	23	1	3	8	13
c) breathing through the mouth (during sleep)	13	43	8	27	21	35
d) breathing through the mouth (while watching television/ listening to a story)	11	37	9	30	20	33
e) nail biting	6	20	7	23	13	22
f) chewing on a pencil	4	13	7	23	11	18
g) thumb sucking	6	20	1	3	7	12
h) sucking/chewing on hair	14	47	6	20	20	33
i) swallowing with tongue between teeth	9	30	6	20	15	25
j) cheek/lip biting	6	20	11	37	17	28
k) chewing on clothes/objects	4	13	11	37	15	25
l) teeth gnashing	8	27	11	37	19	32
m) resting chin on hands	7	23	9	30	16	27
n) involuntary repetitive tongue movement in the oral cavity area	6	20	11	37	17	28
o) forcing objects between the teeth	3	10	8	27	11	18

Source: own study.

In the case of the answer “it is difficult to say”, 47% of students pointed to sucking/chewing on hair. The remaining answers also included: breathing through the mouth during sleep as selected by 43% students and breathing through the mouth while watching television/listening to a story, which was indicated by 37% of the respondents. In the case of teachers 37% of them marked cheek/lip biting, chewing on clothes or objects, teeth gnashing and involuntary excessive tongue movement in the oral cavity area.

Both number and percentage values are presented in Table 4 and they represent a set of answers of students and teachers who described the given activities as “generally” affecting the development of speech impediments.

Table 4. Activities which “generally” have an impact on the occurrence of speech impediments according to students and teachers

Activity	Students (n = 30)		Teachers (n = 30)		In total (n = 60)	
	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
a) sucking the dummy/teether	11	37	5	17	16	27
b) drinking from a bottle (with a teat)	13	43	8	27	21	35
c) breathing through the mouth (during sleep)	2	7	10	33	12	20
d) breathing through the mouth (while watching television/ listening to a story)	4	13	12	40	16	27
e) nail biting	8	27	8	27	16	27
f) chewing on a pencil	14	47	10	33	24	40
g) thumb sucking	15	50	10	33	25	42
h) sucking/chewing on hair	4	13	12	40	16	27
i) swallowing with tongue between teeth	15	50	14	47	29	48
j) cheek/lip biting	13	43	11	37	24	40
k) chewing on clothes/objects	12	40	9	30	21	35
l) teeth gnashing	10	33	10	33	20	33
m) resting chin on hands	8	27	9	30	17	28
n) involuntary repetitive tongue movement in the oral cavity area	8	27	10	33	18	30
o) forcing objects between the teeth	9	30	13	43	22	37

Source: own study.

Swallowing with tongue between teeth is an activity which “generally” causes disorders in normal speech development according to 50% of students. As it was mentioned earlier, thumb sucking is deemed harmless by 63% students. At the same time 50% of the analysed students gave the answer that thumb sucking may “generally” cause speech impediments. Activities which “generally” cause disorders in normal speech development include swallowing with tongue between teeth according to 46% of teachers and forcing objects between the teeth in the opinion of 43% of the respondents.

Table 5 illustrates the precise number size distribution and the percentage distribution of the answers of the surveyed students and teachers who regarded the activities as definitely causing speech impediments.

Table 5. Activities which definitely have an impact on the occurrence of speech impediments according to students and teachers

Activity	Students (n = 30)		Teachers (n = 30)		In total (n = 60)	
	[n]	[%]	[n]	[%]	[n]	[%]
a) sucking the dummy/teether	5	17	22	73	27	45
b) drinking from a bottle (with a teat)	2	7	19	63	21	35
c) breathing through the mouth (during sleep)	2	7	11	37	13	22
d) breathing through the mouth (while watching television/ listening to a story)	3	10	8	27	11	18
e) nail biting	4	13	10	33	14	23
f) biting pencils	4	13	9	30	13	22
g) thumb sucking	6	20	19	63	25	42
h) sucking/biting hair	5	17	9	30	14	23
i) swallowing with tongue between teeth	1	3	10	33	11	18
j) cheek/lip biting	2	7	7	23	9	15
k) chewing on clothes/objects	3	10	9	30	12	20
l) teeth gnashing	8	27	8	27	16	27
m) resting chin on hands	5	17	9	30	14	23
n) involuntary repetitive tongue movement in the oral cavity area	2	7	9	30	11	18
o) forcing objects between the teeth	10	33	8	27	18	30

Source: own study.

Forcing objects between the teeth was considered to be the activity which promotes the development of articulation disorders the most by 10 students. Other answers included teeth gnashing chosen by 8 respondents and thumb sucking marked by 20% of respondents. Feeding with a bottle with a teat may definitely have an adverse effect on speech development in the opinion of 63% teachers. Interestingly, as indicated by the vast majority of teachers (22 of them), sucking the dummy/teether promotes the development of speech impediments the most. In the case of students, such an answer was given by merely 5 respondents.

The aim of the subsequent question directed to both respondent groups was to generally assess the impact of the dysfunctions and parafunctions of the orofacial complex on the development of speech impediments. The vast majority of students (87%) and teachers (70%) agreed that the activities listed in the survey are one of the causes of speech impediments. 13% of students and 30% of teachers regarded them as the main reason for the development of articulation disorders, whilst none of respondents selected the answer that the listed activities do not cause speech impediments.

Knowledge of the respondents on the prevention of dysfunctions and parafunctions of the oral-facial syndrome

The question “Do you know how to prevent the occurrence of activities listed in Table 5?” was answered in the positive by merely 17% of students ($n = 5$) and 63% of teachers ($n = 19$). Such an appreciable difference between the respondents’ answers should be explained by greater professional and life experience (the fact of being a parent)² of teachers. The respondents were additionally asked to give examples of preventing the disorders of the orofacial complex. According to students, it is advisable to³: “conduct speech therapy classes, breathing exercises” or “draw children’s attention to abnormal activities, show them how to cope with stress and negative emotions”. Out of 19 teachers who confirmed that they knew how to prevent the aforementioned abnormalities, only 14 people gave concrete examples of such activities. Teachers, for instance, suggested that “it is possible to wean the child off sucking the dummy giving it during the bedtime routine its favourite teddy bear, blanket or terry nappy, which the child may cuddle to”, “it is necessary to educate parents and make them aware of the reasons and their origins of speech impediments and also malocclusion”. In addition, they proposed “controlling bad habits, e.g. nail biting”, “not forcing the dummy if the child is not interested in sucking it”, “weaning the child off sucking the thumb and putting different objects into the mouth as soon as possible”, “diagnosing the cause of sleeping with the mouth open”.

Opinions of the respondents on the justifiability of teaching of pre-school education and early childhood education teachers in the field of basic knowledge about the anomalies of the oral-facial complex

All teachers and 99% of students confirmed that teachers of kindergartens and the first three classes of primary school need the knowledge on the activities of the orofacial complex⁴. Here are the justifications of students⁵: “it is important that the teacher is aware of them so as to shape correct articulation and pay attention to his or her own habits which are modelled by children through copying”, “teachers should have knowledge on this topic so as to prevent in this period subsequent articulation problems”, “thanks to this the child may be spared meetings with the speech therapist or wearing uncomfortable braces” and “so as to react quickly if some activities of the orofacial complex occur⁶”.

2 The authors of the article assumed that few students have experience of parenthood.

3 The paper quotes examples of concrete activities preventing the development and perpetuation of abnormalities of the oral-facial complex which were given by the surveyed students and teachers.

4 In this question the term “the orofacial complex” was consciously used in order to verify the respondents’ knowledge in this respect.

5 Also in this case the authors preserved the original style of the answers given by respondents.

6 Probably the person who gave this answer meant the reaction in the case of the occurrence of some ABNORMALITIES with regard to the orofacial complex.

Educators, in turn, gave the following arguments: “teachers may contribute to eliminating factors causing speech impediments in children at least to a slight degree”, “a teacher having the knowledge on this complex may suggest to parents that they should visit a specialist if the child displays some alarming activities related to the orofacial complex”, “if the child has a malocclusion, the teacher should know that this abnormality may distort the correct realization of some sounds”. One of the analyzed teachers gave the following answer: “the teacher will be able to support and stimulate the correct development of a child” with the *post scriptum* “I do not know what the orofacial complex is”⁷. The answers also included the following opinion: “my work experience allows me to confirm without doubt that speech impediments are an extremely frequent problem in pre-school children”, which is convergent with the professional practice of the authors of the article and scientific research findings yet it fails to answer the question asked.

The respondents were asked to assess the state of their knowledge on the orofacial complex. The answers of the respondents are presented in Chart 3.

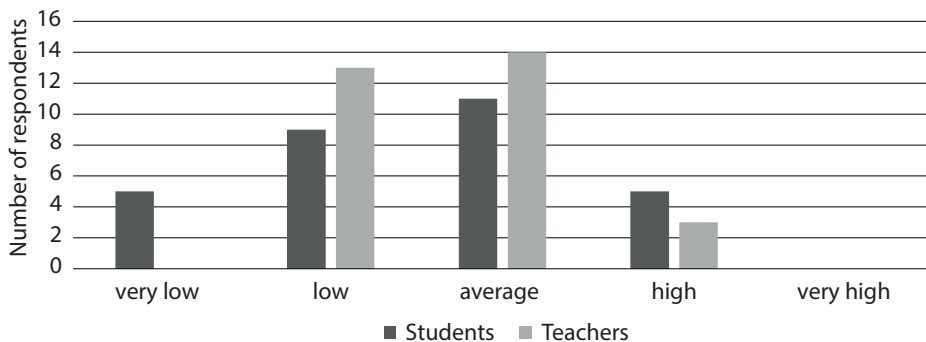


Chart 3. Assessment of the state of the knowledge on the orofacial complex according to students and teachers

Source: own study.

11 students and 14 teachers assessed the state of their knowledge on the orofacial complex as average. 5 students considered their competences in the discussed field as “very low” while none of the teachers marked this option. 9 students and 13 teachers described the state of their knowledge as “low”. 5 students and 3 teachers assessed their competences in the discussed area as “high”, yet none of the respondents considered them to be “very high”. The answers of the students show that in the course of their studies (the respondents were third-year BA students in the summer term) none of them took part in any classes on language communication and its disorders. They participated, instead, in classes “Voice emission with elements of vocal

⁷ This example shows that the teacher is aware of knowledge deficiencies but tries to give some answer, perhaps on the assumption that the educator should “know everything”.

arts” and “Live word in working with a small child”, which in their opinion did not account for the content related to speech development and disorders, including abnormalities within the orofacial complex. Only 7 teachers (23%) indicated that they got acquainted with the basics of speech therapy during their studies.

In the response to the question “Do you feel that your knowledge on the orofacial complex is insufficient?” 99% students and 100% of teachers replied in the positive. All respondents also stated that the knowledge on abnormalities of the orofacial complex should be disseminated among parents of pre-school children.

Conclusions

The research results show that the knowledge of students and teachers of pre-school and early school education on the dysfunctions and parafunctions of the orofacial complex is insufficient. Teachers gave slightly more corrected answers concerning the disorders of the orofacial complex than students. This may be due to the greater professional and parental experience of teachers. Among the answers of the respondents confirming their insufficient knowledge on abnormalities of the orofacial complex, there were some contradictory opinions, e.g. 63% of analyzed students considered, on the one hand, thumb sucking to be harmless but, on the other, as many as half of them marked that it may cause speech impediments.

Despite the fact that 17% students and 63% of teachers declare that they have the competencies for the prevention of the dysfunctions and parafunctions of the orofacial complex, most of them are not able to give a concrete example of such an activity, giving only some generalities.

In the opinion of the respondents, the teacher is the first person who may identify early abnormalities of the stomatognathic system, implement prophylactic measures as well as talk to the parent on the dysfunctions and parafunctions observed in a child. Therefore it seems justifiable to say that the basics of knowledge on speech therapy should be propagated among students and teachers of early school and pre-school education. The content of the curriculum for teachers who are preparing to work with children at preschool and early school age should include the basics of speech therapy, including the knowledge on the orofacial complex. Regrettably, the opinions of students taking part in the research imply that academic classes fail to provide students with even basic information on speech disorders and their conditionings which include the abnormalities of the orofacial complex. This is confirmed by research conducted by Ewa Gacka, who stressed that no classes on speech therapy could be found in the curriculum of the specialization of preschool and early school education as well as childhood education at Lodz University in the 2012/2013 academic year [Gacka, 2013a, p. 53].

The conducted research justifies the necessity of extending the curriculum of future teachers of preschool and early school education by adding contents connected with the conditions of normal speech development and detection of the first symptoms of abnormalities in language communication development. Only a well-educated teacher in cooperation with the speech therapist may not only contribute to accelerating the diagnosis but also assist in implementing the therapeutic process and elimination of the child's bad habits.

References

- Błachnio K., 2012, *Vademecum logopedyczne: dla studentów pedagogiki*, Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Adama Mickiewicza.
- Gacka E., 2013a, *Pedagodzy w systemie opieki logopedycznej. Refleksje nad treściami logopedycznymi w kształceniu studentów kierunku pedagogika*, [in:] D. Muller, A. Sobczak (eds.), *Rozwój i jego wspieranie w perspektywie rehabilitacji i resocjalizacji*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, pp. 47–58.
- Gacka E., 2013b, *Współpraca logopedy i nauczyciela w opiece nad dzieckiem z opóźnionym rozwojem mowy*, [in:] K. Węsierska, N. Moćko (eds.), *Profilaktyka logopedyczna w praktyce edukacyjnej*, vol. II, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, pp. 53–65.
- Grosfeldowa O., 1981, *Wady twarzowo-szczękowo-zgryzowe*, [in:] A. Masztelarz (ed.), *Zarys ortopedii szczękowej – ortodoncji. Podręcznik dla studentów stomatologii*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kleinrok M., 1992, *Zaburzenia czynnościowe układu ruchowego narządu żucia*, Warszawa: Sanmedia.
- Łabiszewska-Jaruzelska F., 1983, *Etiologia zaburzeń w obrębie narządu żucia*, [in:] F. Łabiszewska-Jaruzelska (ed.), *Ortopedia szczękowa – zasady i praktyka*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, pp. 140–176.
- Łobocki M., 2006, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Malicka I., 2017, *Przegląd badań dotyczących dysfunkcji mowy*, "Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Logopaedica VI", vol. 225, pp. 101–112.
- Masztelarz A., 1981, *Morfologia zespołu ustno-twarzowego*, [in:] A. Masztelarz (ed.), *Zarys ortopedii szczękowej – ortodoncji. Podręcznik dla studentów stomatologii*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, pp. 18–30.
- Pilch T., Bauman T., 2001, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie "Żak".
- Pluta-Wojciechowska D., 2011, *Mowa dzieci z rozszczepem wargi i podniebienia*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Pluta-Wojciechowska D., 2017, *Dyslalia obwodowa. Diagnoza i terapia logopedyczna wybranych form zaburzeń*, Bytom: Wydawnictwo Ergo Sum.
- Rokitińska M., 2004, *Podstawy ortodoncji dla logopedów*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
- Zadurska M., Siemińska-Piekarczyk B., Wierusz W., Mysiorska M., Kosińska K., 2007, *Ocena współzależności występowania wady zgryzu, wady artykulacji i dysfunkcji narządu żucia u dzieci z przedszkoli warszawskich*, "Stomatologia Współczesna", supplement 2, pp. 17–24.

Abstract

Cooperation between educators and speech therapists represents an important element in the care of a child with speech disorders, including speech impediments. Teachers should also have the minimum of knowledge on speech therapy which will allow them to notice abnormalities in speech development in children as well as identify activities which promote the development of language communication disorders. The paper presents the findings of the research whose main aim was to present the level of knowledge of teachers and students of pre-school and early school education on abnormalities of the orofacial complex and their impact on the development of articulation disorders. In addition, the aim of the research was to get acquainted with the opinions of respondents on the need to educate teachers in this respect.

Streszczenie

Współpraca pomiędzy pedagogami i logopedami stanowi istotny element w opiece nad dziećmi z zaburzeniami mowy, w tym z wadami wymowy. Nauczyciele powinni posiadać niezbędne minimum wiedzy logopedycznej, która pozwoli im zauważyć u wychowanków nieprawidłowości w rozwoju mowy, a także zidentyfikować czynności sprzyjające powstaniu zaburzeń w zakresie komunikacji językowej. Artykuł stanowi doniesienie z badań, których głównym celem było przedstawienie poziomu wiedzy nauczycieli oraz studentów edukacji wczesnoszkolnej i wychowania przedszkolnego na temat nieprawidłowości zespołu ustno-twarzowego i ich wpływu na powstanie zaburzeń artykulacyjnych. Celem badań było także poznanie opinii respondentów na temat potrzeby kształcenia pedagogów w tym zakresie.

Renata Marciniak-Firadza* 

Diagnozowanie dziecka/ucznia z mutyzmem wybiórczym

Diagnosing Children/Pupils with Selective Mutism

Słowa kluczowe: mutyzm, mutyzm wybiórczy, diagnoza, etapy diagnozowania

Keywords: mutism, selective mutism, diagnosis, stages of diagnosis

Wprowadzenie

W ciągu ostatnich kilku lat obserwujemy wśród logopedów, psychologów, pedagogów i nauczycieli zainteresowanie zaburzeniem określanym mianem mutyzmu wybiórczego (MW). Nowe postrzeganie niemówienia na tle lękowym, pozbawione mitów, które wokół niego narosły, pozwala specjalistom na wczesną diagnozę tego zaburzenia i jak najszybsze podjęcie działań terapeutycznych.

Pojęcie *diagnoza* używane jest w literaturze w dwu znaczeniach [Bogdanowicz, 1985, s. 47]:

- dla oznaczenia procesu diagnozowania, a więc poznawania osoby badanej/ przedmiotu i problemów z nimi związanych oraz
- jako skutek tego procesu, czyli podsumowanie materiału pozyskanego w przebiegu badania diagnostycznego w formie ustnej lub pisemnej.

Celem artykułu jest omówienie mutyzmu wybiórczego i diagnozy jako procesu oraz przedstawienie własnej propozycji klasyfikacji jego etapów.

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

Mutyzm wybiórczy – definicja, epidemiologia, wybrane dane dotyczące zaburzenia

Mutyzm wybiórczy, inaczej selektywny, to zaburzenie lękowe, które charakteryzuje się wyraźną, zdeterminowaną emocjonalnie wybiórczością werbalnego komunikowania się, polegającą na tym, że dziecko w pewnych sytuacjach rozmawia swobodnie, ale w innych (określonych) przestaje mówić. Zaburzeniu towarzyszą zwykle pewne cechy osobowości, takie jak lękliwość, wycofywanie się, nadmierna wrażliwość lub upór (za ICD-10).

Mutyzm wybiórczy pojawia się u dzieci o wrażliwym usposobieniu, zwykle gdy wychodzą one poza krąg najbliższej rodziny, czyli w wieku 3–5 lat. Czasami zaczyna się też u starszych dzieci. Nieleczony mutyzm może przetrwać do wieku dorosłego. Z badań wynika, że zaburzenie dotyka od sześciu do ośmiu dzieci na tysiąc (według „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” z 2002 roku siedmioro dzieci na tysiąc, czyli jedno na 140) – dwa razy częściej niż autyzm [Andrzejewska, 2015; Ołdakowska-Żyłka, Małachowska, 2015]. Maria i Ewelina Bystrzanowskie szacują, że w Polsce mutyzm wybiórczy dotyczy około 40 tys. dzieci i młodzieży w wieku 3–12 lat [Bystrzanowska, Bystrzanowska, 2019, s. 23]. Według niektórych źródeł jest on częstszy u dziewczynek niż u chłopców (2,6: 1 lub od 1,5: 1 do 2,1: 1 [Kristensen, 2002, za Ołdakowska-Żyłka, 2015, s. 61]), według innych zaburzenie występuje równie często u dziewczynek i u chłopców [Johnson, Wintgens, 2018, s. 554]. Dzieci z mutyzmem wybiórczym są bardziej narażone na inne trudności w rozwoju mowy i języka. Jak wynika z danych Steinhausena z 1996 roku, 30,3% dzieci z mutyzmem ma zaburzenia rozwoju mowy, 38% zaburzenia rozwoju językowego: ekspresji mowy, artykulacji [Ołdakowska-Żyłka, Małachowska, 2015]. Bardziej narażone na rozwój mutyzmu wybiórczego są dzieci dwujęzyczne oraz pochodzące z rodzin imigranckich, co należy wiązać z trudnością funkcjonowania w dwu systemach językowych z jednej strony, a perfekcjonizmem tych dzieci z drugiej. Dzieci z mutyzmem wybiórczym częściej pochodzą z rodzin, w których inne osoby także są nieśmiałe, odczuwają lęk lub mają trudności w kontaktach społecznych. Zaburzenie może trwać od kilku miesięcy do kilku lat, a jego utrzymywanie się powyżej 10. roku życia źle prognozuje [Skoczek, 2015, s. 27; Johnson, Wintgens, 2018, s. 554–555].

Przyczyny mutyzmu wybiórczego

Przyjmuje się, że mutyzm to zespół heterogenny, czyli w etiologii tego zaburzenia istotne jest współwystępowanie i oddziaływanie na siebie kilku czynników [Urbanik, 2008, s. 456].

Maggie Johnson i Alison Wintgens [2018, s. 23] wymieniają trzy elementy, które składają się na proces „warunkowania lęku”, czyli przyczyny MW. Są to:

- wrażliwa osobowość – kombinacja czynników genetycznych (dziedzicznych) i psychologicznych czyni pewne jednostki szczególnie podatnymi na powstanie zaburzeń lękowych;
- wydarzenia życiowe – sprzyjają wytworzeniu skojarzenia między potrzebą mówienia a silnym lękiem;
- zachowania podtrzymujące – reakcje innych osób wzmacniają dziecięce przekonanie, że mówienie jest trudne, stresujące i najlepiej go unikać.

Z reaktywną osobowością dziecka, powodującą jego wrażliwość, nieufność i niepokój, często idą w parze:

- nieśmiałość, mutyzm wybiórczy, zaburzenia lękowe lub inne zaburzenia psychiczne, które przechodzą w rodzinie z pokolenia na pokolenie;
- trudności w zakresie mowy lub języka;
- lęk separacyjny;
- perfekcjonizm;
- martwienie się;
- negatywizm.

Nierzadko pojawiają się również problemy z integracją sensoryczną i nadmierną stymulacją oraz opóźnienie rozwoju ruchowego [Jonson, Wintgens, 2018, s. 60]. Poczuciu zagubienia, braku pewności siebie lub strachu przed popełnieniem błędów sprzyjają między innymi: brak konsekwencji w wychowaniu, rzadkie okazje do rozwiązywania problemów i radzenia sobie z trudnościami, brak wyznaczonych granic, zbyt duża odpowiedzialność nakładana na dziecko, krytyka lub brak pochwał, wygórowane standardy/oczekiwania wobec dziecka [Jonson, Wintgens, 2018, s. 60]. Do wydarzeń życiowych, które wywołują stres i sprzyjają wytworzeniu skojarzenia między potrzebą mówienia a silnym lękiem, należą między innymi: separacja od rodziców, nieznanie, głośne i ruchliwe otoczenie, trudności z mówieniem lub byciem zrozumianym, presja osiągnięć, dokuczanie lub zastraszanie, przedrzeźnianie mowy dziecka, rozwód rodziców, pojawienie się rodzeństwa, kłótnie rodziców, przeprowadzka, emigracja, choroba w rodzinie, pobyt w szpitalu, branie udziału lub bycie świadkiem katastrofy czy klęski żywiołowej (powódź, pożar, wypadek drogowy), śmierć, strata członka rodziny, przyjaciela lub ulubionego zwierzęcia, szok po pogryzieniu przez psa. W przypadku zachowań podtrzymujących do wzmacniających stres u dziecka reakcji innych osób należą: presja mówienia, dezaprobaty/kary, usuwanie potrzeby mówienia, lęk rodziców, większa dawka uwagi i pocieszenia, gdy pojawia się lęk przed mówieniem, przypisanie „roli” milczącego dziecka, brak potrzeby zmiany czy oczekiwanie zmiany bez właściwego zrozumienia zaburzenia i interwencji [Radomska, Jankowska, 2000, s. 20–21; Urbaniuk, 2008, s. 457; Johnson, Wintgens, 2018, s. 60]. Poza wymienionymi sytuacjami oraz postawami lęk i wrażliwość dziecka mogą zwiększać także inne okoliczności, na przykład: świadomość własnej wady wymowy lub innych trudności, negatywne postawy wobec komunikacji i rozwiązywania problemów w rodzinie, nadmierne ostrzeganie przed rozmawianiem

z obcymi lub podejmowaniem ryzyka, izolacja geograficzna lub społeczna (rodzice opisują swoje rodziny jako odseparowane od dalszej rodziny, przyjaciół, znajomych; rodzina należąca do mniejszości etnicznej lub językowej), historia rodzinna nieśmiałości, mutyzmu wybiórczego czy innego zaburzenia mowy lub języka (rodzice też mogą być wycofani, zamknięci, często mówią o sobie, że też mają mutyzm; nierzadko rodzice sami nie „odcięli pępowiny” od swoich rodziców), historia rodzinna chorób psychicznych (często w rodzinie dziecka z mutyzmem są osoby ze schizofrenią), dojrzewanie płciowe.

Objawy mutyzmu wybiórczego, obraz dziecka/ucznia z mutyzmem wybiórczym

Prawidłowe zdiagnozowanie mutyzmu wybiórczego wymaga przede wszystkim znajomości objawów tego zaburzenia oraz portretu psychologicznego dziecka/ucznia z MW. I tak mutyzm wybiórczy objawia się [Janik, 2012, s. 81; Warchał, Warchał, 2012, s. 99; Skoczek, 2015, s. 35–37; Bystrzanowska, 2017, s. 22–23; Johnson, Wintgens, 2018, s. 19]:

- silnym lękiem społecznym;
- dużą wrażliwością i uporem;
- nadmiernym kontrolowaniem otoczenia;
- wycofywaniem się, zamknięciem w sobie, brakiem swobody w zachowaniu, niską samooceną;
- występowaniem zachowań agresywnych, opozycyjno-buntowniczych (szczególnie w domu);
- unikaniem kontaktu wzrokowego;
- ograniczeniem mimiki (animia), czasem tikami, przygryzaniem warg, wkładaniem palców do buzi, przygryzaniem rękawów lub kołnierzyków;
- wzmożonym napięciem mięśniowym, które zaburza możliwość wskazywania dłońmi, manipulowania przedmiotami, chodzenia czy biegania; nieporadnością, sztywnością ruchów;
- trudnościami w wyrażaniu emocji;
- nadwrażliwością na hałas, dotyk, tłum, czasem smak;
- trudnościami z jedzeniem – mogą one dotyczyć miejsca spożywanych posiłków lub konsystencji pokarmów i smaków;
- trudnościami związanymi z korzystaniem z toalety publicznej, przedszkolnej, szkolnej;
- niechęcią do zmian (np. ubrania, porządku dnia); dążeniem do powtarzalności;
- izolacją społeczną (dziecko bawi się tylko z wybranymi dziećmi, ma ograniczone relacje z grupą rówieśniczą);
- patologicznym uzależnieniem się od rodzica;

- symptomami fizjologicznymi (np. krótki, przyspieszony oddech, bledność lub czerwienie się, omdlenia, koszmary nocne, częste moczenia się).

Mutyzm wybiórczy zazwyczaj ujawnia się u dzieci w wieku przedszkolnym. Z jednej strony dzieci te charakteryzuje wiele cech pozwalających „wyłapać je” w grupie rówieśniczej, na przykład pusty wyraz twarzy, brak uśmiechu, „zamrożony” wzrok, płytką ekspresyjność, sztywne ruchy ciała. Poza milczeniem dzieci z MW unikają kontaktu wzrokowego, kierując spojrzenie w dół lub bok, trzymają głowę i ramiona lekko przygięte do przodu przy wyprostowanym kręgosłupie, mają wahania nastroju (zwłaszcza w domu – hałaśliwość, wybuchy złości i płaczu). Cechują je podwyższona wrażliwość na otoczenie (zaburzenia integracji sensorycznej), problemy z zaangażowaniem społecznym (trudności z powitaniem, pożegnaniem, zainicjowaniem relacji, na początku spotkania z komunikacją niewerbalną), perfekcjonizm. Z zaburzeniami napięcia i niepokojem, lękiem wiążą się problemy z jedzeniem, piciem, korzystaniem z łazienki w przedszkolu/szkole, objawy somatyczne (najczęściej żołądkowe oraz związane z drogami moczowymi), zachowania wynikające z napięcia: moczenie, obgryzanie paznokci, agresja. Natomiast z drugiej strony dzieci z mutyzmem „na pierwszy rzut oka” wydają się zwykłymi dziećmi, są spokojne, nie sprawiają kłopotów pedagogicznych, reagują na polecenia, lubią się bawić, nie mają większych problemów z nauką, mają dobre oceny z prac pisemnych. To sprawia, że są to często dzieci „umykające” uwadze wychowawcy, nauczyciela [Andrzejewska, 2015; Ołdakowska-Żyłka, Małachowska, 2015].

Dzieci z MW opisuje się niekiedy jako zagniewane, nadąsane czy ponure, na których twarzach gości ironiczny uśmiech [Johnson, Wintgens, 2018, s. 25]. Takie opinie są dla nich krzywdzące.

Starsze dzieci i nastolatki z mutyzmem wybiórczym przejawiają strach o przyszłość, obawę przed dorosłością, wykazują ograniczoną samodzielność i niezależność (niewspółmierną do wieku), odkładają sprawy na później oraz unikają wyzwań i nowości. Cechuje je skłonność do wybierania samotnych zajęć, mają trudności z pracą w grupach, mogą być nieasertywne lub pasywne, a z drugiej strony bardzo kontrolujące, kiedy martwią się, że grupa pracuje nierówno. Mogą być smutne, odsunięte, samotne lub zbuntowane, mogą ściągać na siebie „negatywną uwagę”, aby zostać zauważone przez innych. Młodzież z mutyzmem wybiórczym ma problemy z pisaniami tekstów i testów z ograniczeniem czasowym. Uczniowie mogą czuć obawę z powodu presji związanej z nieukończeniem zadania na czas, mogą panikować, być zbyt przestraszeni, by sprawdzić swoje odpowiedzi, pisać nieczytelnym, drobnym drukiem odpowiedzi, których nie są pewni. Nieleczony niepokój może prowadzić do słabych wyników w nauce, wagarów lub porzucenia szkoły [Ołdakowska-Żyłka, Małachowska, 2015].

Diagnozowanie dziecka/ucznia z mutyzmem wybiórczym

W obecnie obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (World Health Organization 2008) mutyzm wybiórczy został scharakteryzowany za pomocą następujących kryteriów diagnostycznych [za Ołdakowska-Żyłka, Grąbczewska-Różycka, 2017, s. 15–16]:

- Ekspresja i rozumienie języka oceniane według standaryzowanych testów mieszczą się w granicach dwóch odchyłeń standardowych, stosownie do wieku dziecka.
- Możliwa do potwierdzenia niemożność mówienia w specyficznych sytuacjach, w których mówienie jest od dziecka oczekiwane, pomimo mówienia w innych sytuacjach.
- Czas trwania wybiórczego mutyzmu przekracza cztery tygodnie (z wyłączeniem pierwszego miesiąca pobytu w nowej placówce).
- Nie występują żadne z całościowych zaburzeń rozwoju (F84-), specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F80-), schizofrenia (F20-), przemijający mutyzm związany z lękiem przed separacją u małych dzieci (F93.0).
- Zaburzenia nie wyjaśnia brak znajomości języka mówionego wymaganego w sytuacjach społecznych, w których występuje niemożność mówienia.

Kryteria diagnostyczne mutyzmu wybiórczego (F94.0) w klasyfikacji DSM-V (2013) pokrywają się z kryteriami z ICD-10 i dodatkowo podkreślają, że milczenie dziecka jest przeszkodą w osiąganiu postępów w sferze edukacyjnej lub zawodowej, a także zaburza komunikację społeczną [za Ołdakowska-Żyłka, Grąbczewska-Różycka, 2017, s. 16].

W opisie samej kategorii diagnostycznej „mutyzm wybiórczy” zauważa się, że „u wyraźnej mniejszości dzieci wywiad wskazuje na opóźnienia rozwoju mowy, albo na trudności w artykulacji” [*Klasyfikacja zaburzeń psychicznych...*, 2000]. W żadnej z klasyfikacji nie podkreśla się natomiast znaczenia na przykład deficytów neurorozwojowych czy deficytów przetwarzania słuchowego dla diagnozy MW, a – jak podkreślają Justyna Holka-Pokorska, Agnieszka Piróg-Balcerzak i Jarema Marek [2018, s. 340] – u osób z mutyzmem wybiórczym często obserwuje się współwystępujące deficyty rozwojowe i/lub dysfunkcje z zakresu przetwarzania słuchowego.

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na wskazania i przeciwwskazania w odniesieniu do diagnozy MW. I tak wskazania w kierunku diagnozy MW są następujące [Johnson, Wintgens, 2018, s. 78]:

- dziecko wykazuje spójny wzorzec mówienia i niemówienia wobec określonych osób w określonych okolicznościach;
- dziecko nie mówi nawet wtedy, gdy leży to w jego interesie (por. np. potrzeba fizjologiczna, złamana ręka);
- dziecko opisuje uczucie „znieruchomienia” jako niemożność wydania głosu lub wzięnięcie głosu w gardle.

Jeśli chodzi o przeciwwskazania, to wymienia się tu między innymi [Johnson, Wintgens, 2018, s. 79–80] następujące:

- dziecko wykazuje takie same ograniczenia w mowie we wszystkich miejscach i sytuacjach;
- dziecko wykazuje niespójne wzorce zachowania związane z mową w identycznych okolicznościach (np. w pewne dni mówi do nauczycielki, w inne tego nie robi);
- dziecko nie mówi bez względu na okoliczności, z wyjątkiem mutyzmu progresywnego;
- nastąpiło nagłe ustanie lub ograniczenie mowy w określonych okolicznościach (np. dziecko jest dręczone, krytykowane lub widziało, jak kolega dostał reprimendę za odzywianie się);
- dziecko bardzo wstydzi się trudności z mówieniem lub odmiennego akcentu, obawia się przedrzeźniania, poprawiania, trudności w wyjaśnieniu innym, o co mu chodzi.

Warto pamiętać o tym, że [Johnson, Wintgens, 2018, s. 80]:

- nie należy mylić mutyzmu wybiórczego z mutyzmem pourazowym (*traumatic mutism*);
- mutyzm wybiórczy nie ma związku z psychogenną utratą głosu (*psychogenic voice disorder*);
- niektóre dzieci lepiej określić jako „niechętnie mówiące” (*reluctant speakers*).

Poza wymienionymi wyżej objawami świadczącymi o mutyzmie wybiórczym wyróżnia się szereg objawów, które nie wskazują na wystąpienie tego zaburzenia. Należą do nich następujące przypadki/sytuacje [Skoczek, 2015, s. 90; Bystrzanowska, 2017, s. 57]:

- dziecko nie rozmawia nigdzie, gdyż u dziecka nie rozwinęła się mowa;
- dziecko ma stwierdzoną niepełnosprawność intelektualną, chorobę genetyczną bądź inną chorobę przewlekłą, w której przebiegu występują bądź mogą występować trudności z komunikacją werbalną; można tu wymienić:
 - trudności w werbalnym komunikowaniu się z otoczeniem wynikające z niedosłuchu, głuchoty lub głuchoniemoty;
 - zaburzenia wynikające z dysfunkcji OUN, afazji (zwłaszcza motorycznej/ekspresywnej);
 - trudności wynikające z zaburzeń ze spektrum autyzmu (dziecko nie mówi, nie nawiązuje kontaktu werbalnego, izoluje się – istnieje wiele podobieństw do zachowań mutystycznych, stąd konieczność weryfikacji symptomów);
 - trudności związane z chorobą psychiatryczną, na przykład schizofrenią katatoniczną;
- utrata mowy lub jej redukcja jest nagła (należy poszukiwać możliwych czynników wywołujących, np. dokuczanie w szkole, zastraszenie, silny stres na skutek przeżytej traumy);

- u dziecka można zdiagnozować zespół stresu pourazowego lub mutyzm traumatyczny;
- nieznanostwo języka wynika z faktu, że rodzice dziecka są imigrantami;
- dziecko ma stwierdzoną logofobię, lęk separacyjny, nieśmiałość.

Badanie diagnostyczne powinno służyć rozpoznaniu wzorca, głębokości i skutków mutyzmu wybiórczego, sprawdzeniu, czy nie występują inne poważne lub powiązane z mutyzmem problemy, ustaleniu, w jakim stopniu osoby zaangażowane rozumieją mutyzm i czy właściwie z nim postępują oraz zebraniu pełnych informacji na temat rozwoju, zainteresowań i przyjaźni dziecka, tak aby móc podjąć skuteczną interwencję. Każde badanie diagnostyczne powinno objąć cztery kluczowe obszary [Johnson, Wintgens, 2018, s. 85]:

- wzorzec mutyzmu wybiórczego (nawyki związane z mową);
- sposoby, w jakie dom i szkoła postępują z mutyzmem (by wykryć istotne czynniki podtrzymujące);
- mowę, język i profil poznawczy dziecka;
- profil emocjonalny i społeczny (włączając w to wszelkie inne czynniki, które mogą podkopywać pewność siebie dziecka).

W ramach badania diagnostycznego należy stwierdzić, czy mamy do czynienia z „czystym” mutyzmem wybiórczym, czy też z mutyzmem wybiórczym i zaburzeniem mowy lub języka albo nauką nowego języka lub też z mutyzmem wybiórczym i innym rozpoznaniem (zespół Aspergera, fobia społeczna, problemy natury medycznej, środowiskowej lub emocjonalnej, mutyzm progresywny) [Johnson, Wintgens, 2018, s. 78].

Mówiąc o diagnozie mutyzmu wybiórczego, zwraca się uwagę na trafność, kompleksowość oraz multimodalne podejście. Najważniejsze dla dziecka/ucznia jest jak najszybsze zdiagnozowanie problemu i podjęcie odpowiednich działań terapeutycznych. Zebranie jak największej ilości informacji na temat funkcjonowania dziecka w bliższej i dalszej rodzinie, środowisku rówieśniczym, przedszkolu, szkole, wśród znajomych jest kwestią najważniejszą w procesie diagnostycznym i to od samego jego początku. By rozpocząć terapię dziecka/ucznia z mutyzmem wybiórczym, nie trzeba czekać na specjalistyczną diagnozę. Działania terapeutyczne można wdrożyć już u dziecka/ucznia, u którego podejrzewamy zaburzenia niemówienia o charakterze lękowym.

Mając na uwadze powyższe, proponuję wyróżnić cztery etapy procesu diagnozowania:

- diagnozę wstępną;
- diagnozę wstępną pogłębioną/rozszerzoną;
- diagnozę wielospecjalistyczną I stopnia;
- diagnozę wielospecjalistyczną II stopnia.

Diagnoza wstępna

Bardzo często nauczyciel/wychowawca (w przedszkolu, szkole) jako pierwszy zauważa problem, z jakim zmagają się dziecko z mutyzmem wybiórczym. Taka osoba może dokonać wstępnego rozeznania (poprzez obserwację) w problemach dziecka wskazujących na MW. Powinna zwrócić uwagę na to, czy dziecko/uczeń [Ołdakowska-Żyłka, Grąbczewska-Różycka, 2017, s. 72]:

- komunikuje się werbalnie z rówieśnikami (tylko z jednym czy z kilkoma, czy ze wszystkimi?);
- komunikuje się werbalnie z pracownikami placówki;
- komunikuje swoje trudności i problemy;
- bierze udział w zabawach grupowych (zarówno wymagających porozumiewania się werbalnego, jak i niewymagających);
- je w towarzystwie innych osób;
- zaspokaja potrzeby fizjologiczne w przedszkolu/szkole;
- nie ma nadwrażliwości słuchowej, dotykowej;
- czy wyraz twarzy i postawa nie wskazują na wzmożone napięcie mięśniowe (np. zaciskanie warg, przygryzanie warg, sztywność ciała itp.);
- nie ma problemu z przebieraniem się przed i po zajęciach z WF-u.

Diagnoza wstępna pogłębiona/rozszerzona

Takiej diagnozy może dokonać specjalista (np. logopeda) z kompetencjami w diagnozowaniu MW/odpowiednio przygotowany w zakresie wiedzy i umiejętności z diagnozowania MW. Narzędziami diagnostycznymi na tym etapie mogą być:

- kwestionariusz wywiadu z rodzicami dziecka z podejrzeniem mutyzmu wybiórczego;
- kwestionariusz wywiadu z nauczycielem/wychowawcą dziecka z podejrzeniem mutyzmu wybiórczego.

W celach monitorowania postępów można te kwestionariusze odpytywać w odstępach miesięcznych, dwumiesięcznych, półrocznych itp.

- O co pytać rodziców w wywiadzie [por. Ołdakowska-Żyłka, Małachowska, 2015]?
- Czy było w rodzinie poronienie, czy rodzice długo starali się o dziecko?
 - Czy ktoś w rodzinie był nieśmiały, czy miał problemy psychiczne, depresję?
 - Czy dziecko ma kontakt emocjonalny z rodzicami, rodzeństwem? (o funkcjonowanie dziecka w rodzinie).
 - Jak dziecko komunikuje się z najbliższymi członkami rodziny, dalszą rodziną, znajomymi rodziny (z kim nie rozmawia, z kim rozmawia)?
 - Jak komunikuje się z rodziną w obecności innych?
 - Czy rozmawia przez telefon z rodziną, z obcymi?

- Jak komunikuje się ze znajomymi rówieśnikami, np. na podwórku?
- Jak komunikuje się z osobami obcymi w miejscach publicznych, np. ze sprzedawcą?
- Jak niemówienie wpływa na sytuację dziecka w przedszkolu/szkole, na jego życie?
- Czy niemówienie dziecka przeszkadza rodzicom?
- Czy dziecko ma swoje miejsce w domu? Czy bawi się w domu, czy naśladuje rodziców?
- Jak rodzice funkcjonują społecznie, jakie są ich relacje z rodzicami, sąsiadami, znajomymi?
- Czy dziecko w nowych sytuacjach obgryza paznokcie, moczy się, jest agresywne?
- Czy dziecko unika wyjścia do szkoły?
- Czy dziecko ma zaburzenia integracji sensorycznej (czy zaburzony jest zmysł dotyku, czucia)?
- Czy dziecko ma problemy z jedzeniem, picciem, korzystaniem z łazienki w przedszkolu/szkole, czy zgłasza problemy fizjologiczne? Czy ma często zapalenie pęcherza moczowego?
- Czy dziecko ma powolne reakcje?
- Czy ma wahania nastroju, zwłaszcza w domu – hałaśliwość, wybuchy złości i płaczu?
- Czy dziecko jest perfekcjonistą?
- Czy samodzielnie się ubiera, zakłada buty?
- Czy samo śpi, samo je?
- Czy kupi sobie samo, np. lody, słodycze?
- O separację dziecka z rodzicem, np. jak zachowywało się dziecko, gdy poszło do przedszkola i musiało rozstać się z mamą (dzieci te nie ujawniają emocji).
- Jak często zezwalano dziecku radzić sobie z ludźmi i zadaniami bez udziału rodziców?
- Jak często zezwalano mu na kontaktowanie się z innymi dziećmi?
- W jakim zakresie zezwalano mu na samodzielne podejmowanie decyzji?
- Czy robiono lub decydowano za nie zbyt często?

W aspekcie diagnozy różnicowej podczas wywiadu z rodzicami należy zapytać o choroby laryngologiczne, psychiatryczne, przeżycia w ostatnim czasie, o to, czy dziecko nie doświadczyło ostatnio jakiejś poważnej sytuacji stresowej (np. wypadek komunikacyjny, śmierć bliskiej osoby), czy nie było świadkiem jakiegoś tragicznego zdarzenia itp. Pytamy o objawy lęku separacyjnego bądź występowanie objawów ze spektrum autyzmu. Sprawdzamy lub pytamy o reakcje dziecka na dźwięki z otoczenia, rozumienie poleceń kierowanych do dziecka, do całej grupy. W czasie badania logopedycznego lub słuchania nagrań wypowiedzi dziecka należy zwrócić uwagę, czy nie występują wady wymowy, objawy jąkania, afazji [Bystrzanowska, 2017, s. 57].

O co pytać nauczyciela/wychowawcę w wywiadzie [por. Ołdakowska-Żyłka, Małachowska, 2015]?

- Czy dziecko/uczeń na zajęciach mówi chóralnie wiersze, śpiewa (gdy nauczyciel patrzy i gdy nie patrzy na nie/niego)?
- Jak dziecko/uczeń komunikuje się z rówieśnikami (czy rozmawia z jednym, czy z kilkoma)?
- Czy odmowa mówienia trwa ponad miesiąc i nie ograniczała się tylko do pierwszego miesiąca uczęszczania do przedszkola/szkoły?
- Czy dziecko/uczeń aktywnie uczestniczy w zajęciach (np. tych niewymagających mówienia)?
- Czy dziecko/uczeń udziela się w grupie/klasie niewerbalnie (np. wskazuje palcem, gestykuluje)?
- Czy dziecko/uczeń rozmawia z którymś z nauczycieli, pracowników placówki?
- Czy dziecko/uczeń odpowiada na pytania nauczyciela, czy zadaje nauczycielowi pytania?
- Czy dziecko/uczeń rozmawia z rodzicami w obecności nauczyciela?
- Czy dziecko/uczeń rozmawia z rówieśnikami poza szkołą, np. na wycieczce szkolnej?
- Czy dziecko/uczeń zjada posiłki w szkole, korzysta z toalety?
- Czy odmowa mówienia ma znaczny wpływ na edukacyjne osiągnięcia lub społeczną komunikację?

Istnieją także gotowe kwestionariusze diagnostyczne autorstwa Anny Skoczek [2015], Marii Bystrzanowskiej [2017], Barbary Ołdakowskiej-Żyłki i Katarzyny Grąbczewskiej-Różyckiej [2017] oraz Maggie Johnson i Alison Wintgens [2018].

Diagnoza wielospecjalistyczna I stopnia

Czasem istnieje konieczność przeprowadzenia pełnej diagnostyki, łącznie z dodatkowymi badaniami wykluczającymi lub potwierdzającymi wstępną diagnozę [Bystrzanowska, 2017, s. 49].

Wskazania do formalnej diagnostyki dziecka/ucznia, u którego podejrzewamy MW (potwierdzonej przez specjalistów w poradni psychologiczno-pedagogicznej i lekarza psychiatrę bądź neurologa) [Bystrzanowska, 2017, s. 50] są następujące:

- objawy nie dają jednoznacznego obrazu zaburzenia, gdyż u dziecka/ucznia współwystępują inne zaburzenia;
- mimo wdrożonych oddziaływań nieformalnych w przedszkolu/szkole u dziecka/ucznia nie ma żadnych efektów terapeutycznych;
- objawy sugerują ciężką postać MW;
- w przedszkolu/szkole z różnych względów nie ma możliwości diagnostycznych i terapeutycznych;
- istnieje podejrzenie, że trudności w komunikowaniu się z otoczeniem mogą wynikać z innych przyczyn zdrowotnych lub życiowych;

- terapia i pomoc dziecku/uczniowi w przedszkolu/szkole są możliwe dopiero po wydaniu przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną stosownych dokumentów, na przykład opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju, z adekwatnymi dla danego dziecka/ucznia zaleceniami, bądź orzeczenia.

Ustaleniem diagnozy mutyzmu zajmuje się zespół specjalistów, na przykład w poradni psychologiczno-pedagogicznej, w skład którego wchodzi, w zależności od obrazu klinicznego dziecka:

- psycholog – ocenia zdolności poznawcze i dojrzałość emocjonalną;
- pedagog – ocenia umiejętności dydaktyczne dziecka;
- (neuro)logopeda – ocenia artykulację i umiejętności komunikacyjne;
- psychiatra – stawia diagnozę mutyzmu wybiórczego.

W przypadku zaburzenia komunikacji werbalnej, a takim zaburzeniem jest mutyzm wybiórczy, diagnoza ma szeroki zakres, jest kilkuelementowa. Najważniejszym elementem jest przeprowadzenie diagnozy wykluczającej.

Trudności diagnostyczne nie sprowadzają się jedynie do wykluczenia zaburzeń z podobnymi objawami w aspekcie dotyczącym komunikacji werbalnej. Problem osoby diagnozującej to również rozpoznanie MW wówczas, kiedy sprzężony jest z zaburzeniami współwystępującymi, przykładowo: z uogólnionymi zaburzeniami lękowymi, fobią społeczną, zespołem Aspergera [Skoczek, 2015, s. 91–92].

Diagnoza wielospecjalistyczna II stopnia

Niestety, nie zawsze na podstawie informacji, które dotychczas posiadamy, możemy wykluczyć inne przyczyny niemówienia. Czasem konieczne jest przeprowadzenie konsultacji specjalistycznych i skierowanie dziecka na dodatkowe badania diagnostyczne [Bystrzanowska, 2017, s. 57], takie jak: badania audiologiczne, neurologiczne czy pogłębione badania psychiatryczne. Mając ich wyniki, jesteśmy w stanie wskazać bądź wykluczyć przyczyny niemówienia.

Na zakończenie warto raz jeszcze zadać pytania: „Czy zawsze konieczne jest postawienie formalnej, pełnej diagnozy dziecka/ucznia?”, „Czy z rozpoczęciem terapii należy czekać na pełną, formalną diagnozę?”

Otóż nie zawsze konieczne jest postawienie formalnej, pełnej diagnozy dziecku, u którego na początku kariery przedszkolnej/szkolnej wystąpiły objawy MW, nawet jeżeli spełnione są wszystkie kryteria diagnostyczne tego zaburzenia lękowego zamieszczone w ICD-10. W przypadku gdy nie stwierdza się dodatkowych objawów, które świadczyłyby o możliwości wystąpienia innych zaburzeń, nie czekając na formalną diagnozę, można w przedszkolu/szkole wdrożyć pewne oddziaływania naprawcze. Często bywa tak, że dzieci bez diagnozy psychiatrycznej, poddane interwencji terapeutycznej, zaczynają komunikować się werbalnie z otoczeniem.

Podsumowanie

Mutyzm wybiórczy jest zaburzeniem o podłożu lękowym, z którego się nie wyra-
sta i które wymaga specjalistycznej terapii. Najlepsze i najszybsze rezultaty przyno-
si rozpoczęty jak najwcześniej proces terapeutyczny. Dlatego tak ważne jest szybkie
zdiagnozowanie u dziecka mutyzmu wybiórczego.

Diagnoza mutyzmu wybiórczego nie jest zadaniem łatwym, dlatego, zdaniem Mag-
gie Jonson i Alice Wintgens [2018, s. 84], powinna przeprowadzić ją osoba, która:

- ma wiedzę na temat mutyzmu wybiórczego i zalicza go do kategorii zaburzeń lękowych;
- nie myli mutyzmu z nieśmiałością, autyzmem, depresją czy problemami beha-
wioralnymi, takimi jak potrzeba kontrolowania innych ludzi;
- bada alternatywne wyjaśnienia niemożności mówienia i, jeśli zachodzi taka
potrzeba, kieruje dziecko do specjalistów z innych dziedzin;
- potrafi rozpoznać czynniki przyczyniające się do mutyzmu i podtrzymujące
go, szukając potwierdzenia dla diagnozy, a także wskazać punkt wyjścia od-
powiedniej interwencji.

W przypadku mutyzmu wybiórczego diagnoza ma szeroki zakres i może być
kilkuetapowa. Zaproponowany przeze mnie czteroetapowy proces diagnostycz-
ny (diagnoza wstępna, diagnoza wstępna pogłębiona/rozszerzona, diagnoza wielo-
specjalistyczna I stopnia, diagnoza wielospecjalistyczna II stopnia) wymaga dobrze
przygotowanej specjalistycznej kadry. Na etapie diagnozy wstępnej może być to wy-
chowawca/nauczyciel dziecka, w drugim etapie (neuro)logopeda. Dwa ostatnie etapy
(tzw. wielospecjalistyczne) to etapy, w których diagnozy dokonuje zespół specjali-
stów, na przykład w poradni psychologiczno-pedagogicznej. W skład takiego zespołu
wchodzi, w zależności od obrazu klinicznego dziecka: psycholog (ocenia zdolności
poznawcze i dojrzałość emocjonalną), pedagog (ocenia umiejętności dydaktyczne
dziecka), (neuro)logopeda (ocenia artykulację i umiejętności komunikacyjne) oraz
psychiatra (stawia diagnozę mutyzmu wybiórczego). Czasem konieczne jest przepro-
wadzenie konsultacji specjalistycznych i skierowanie dziecka na dodatkowe badania
diagnostyczne, takie jak: badania audiologiczne, badania neurologiczne czy pogłę-
bione badania psychiatryczne.

Badania na pierwszym i drugim etapie, mające najczęściej charakter badań skri-
ningowych, służą do postawienia diagnozy wstępnej, po której terapia dziecka może
być już rozpoczęta.

Literatura

- Andrzejewska M., 2015, *Materiały ze szkolenia: Mutyzm selektywny – pomoc psychologiczna dla dziecka i jego rodziny*, I–II stopień, Łódź.
- Bogdanowicz M., 1985, *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Bystrzanowska M., 2017, *Mutyzm wybiórczy. Poradnik dla rodziców, nauczycieli i specjalistów*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Bystrzanowska M., Bystrzanowska E. (red.), 2019, *Mutyzm wybiórczy. Skuteczne metody terapii*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Holka-Pokorska J., Piróg-Balcerzak A., Jarema M., 2018, *Kontrowersje wokół diagnozy mutyzmu wybiórczego – krytyczna analiza trzech przypadków w świetle współczesnych badań oraz kryteriów diagnostycznych*, „Psychologia Polska”, nr 52(2), s. 323–343.
- Janik I., 2012, *Mutyzm dziecięcy*, [w:] J. Skibska, D. Larysz (red. nauk.), *Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka*, Bielsko-Biała: Wydawnictwo Naukowe Akademii Techniczno-Humanistycznej, s. 79–94.
- Johnson M., Wintgens A., 2018, *Mutyzm wybiórczy. Kompendium wiedzy*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, 2000, Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Ołdakowska-Żyłka B., 2015, *Mutyzm wybiórczy w Polsce i na świecie*, „Forum Logopedy”, nr 9, s. 61–64.
- Ołdakowska-Żyłka B., Grąbczewska-Różycka K., 2017, *Mutyzm wybiórczy. Strategie pomocy dziecku i rodzinie*, Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Ołdakowska-Żyłka B., Małachowska E., 2015, *Materiały ze szkolenia: Pomoc psychologiczna dziecku z mutyzmem wybiórczym i jego rodzinie*, Łódź.
- Radomska A., Jankowska A., 2000, *W fortocy milczenia*, „Charaktery”, nr 4, s. 20–21.
- Skoczek A., 2015, *Mutyzm. Zagadnienia teorii i praktyki*, Kraków: Akademia Ignatianum, Wydawnictwo WAM.
- Urbaniuk J., 2008, *Dziecko z mutyzmem wybiórczym*, [w:] B. Cytowska, B. Winczura, A. Stawarski (red.), *Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 455–470.
- Warchał A., Warchał M., 2012, *Współwystępowanie mutyzmu wybiórczego w zaburzeniach nerwicowych*, [w:] J. Skibska, D. Larysz (red. nauk.), *Neurologopedia w teorii i praktyce. Wybrane zagadnienia diagnozy i terapii dziecka*, Bielsko-Biała: Wydawnictwo Naukowe Akademii Techniczno-Humanistycznej, s. 95–106.

Streszczenie

Nowe postrzeganie mutyzmu wybiórczego jako zaburzenia na tle lękowym pozwala specjalistom na wczesną jego diagnozę i jak najszybsze podjęcie działań terapeutycznych. Diagnoza mutyzmu wybiórczego nie jest zadaniem łatwym, a w proces diagnozowania może być zaangażowanych wielu specjalistów. Badanie diagnostyczne powinno służyć: rozpoznaniu wzorca, głębokości i skutków mutyzmu wybiórczego, sprawdzeniu, czy nie występują inne poważne lub powiązane z mutyzmem problemy, ustaleniu, w jakim stopniu osoby zaangażowane rozumieją mutyzm i czy właściwie z nim postępują oraz zebraniu pełnych informacji na temat rozwoju, zainteresowań i przyjaźni dziecka, tak aby móc podjąć skuteczną interwencję. Celem artykułu jest omówienie mutyzmu wybiórczego i diagnozy jako procesu oraz przedstawienie własnej propozycji klasyfikacji jego etapów.

Abstract

The new perception of selective mutism as an anxiety disorder enables specialists to diagnose it early and take therapeutic measures as soon as possible. It is not an easy task to diagnose selective mutism and that process can engage many specialists. A diagnostic test should identify a pattern, depth and effects of selective mutism and also check whether there occur other serious problems related to this disorder. The test should help to determine how well do the people dealing with SM understand it and whether they apply the correct treatment. It should also help to collect full information on development, interests and friendships of a child to be able to help him efficiently. The aim of the article is to present the selective mutism and is to present the diagnosis as the process and to offer some suggestions how to classify the stages of this process.

Mirosław Michalik* 

Linguistics of Augmentative and Alternative Communication in the Process of Diagnosis of Speech Inability and Speech Non-Occurrence

Lingwistyka komunikacji alternatywnej i wspomagającej w procesie diagnozy niemowności oraz niemówienia

Keywords: linguistics of augmentative and alternative communication, applied linguistics, speech inability, speech non-occurrence

Słowa kluczowe: lingwistyka komunikacji alternatywnej i wspomagającej, lingwistyka stosowana, niemowność, niemówienie

Introduction

Analysing the phenomenon of broadly understood situation of lack of speech, which was not defined at the beginning of the paper on purpose, continued to be the domain not so much of logopaedics as of practical, diagnostic and therapeutic activity referred to as Augmentative and Alternative Communication (AAC) for many years. Nowadays, it is assumed that AAC is a set of clinical and educational activities attempting to research and, if necessary, compensate transitory or permanent difficulties, limited participation in communication of persons with serious disorders in production and comprehension of the language both in its spoken and written aspect [cf. Beukelman, Mirenda, 2013, p. 4]. In their study which is considered classic today, Stephen von Tetzchner and Harald Martinsen propose the following distinction, having terminologies and practical consequences: 1) **alternative communication** – it finds its application when a person communicates directly – face to face

* Pedagogical University of Krakow, Institute of Polish Philology IFP, 2 Podchorążych street, 30-084 Kraków, e-mail: miroslaw.michalik@up.krakow.pl, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9260-3014>.

– in a way different than using speech. Manual or graphic signs, Morse code or writing are examples of alternative forms of communication for people with no ability of speaking; 2) **augmentative communication** denotes supplementary or aided communication. The word ‘augmentative’ stresses the fact that intervention with the use of alternative communication means has a twofold purpose: augment and supplement speech and provide a substitute way of communicating when an individual does not begin to speak [Tetzchner, Martinsen, 2002, p. 7]. In this typology, but also in the Polish therapeutic and terminological tradition, priority is given to alternative communication being a kind of speech substitute (alternative communications), followed by augmentative activities and solutions which support and stimulate speech (augmentative communications) [cf. Michalik, 2018]. This order will be reflected in the subsequent part of the paper.

Apart from AAC therapists the subject of lack of speech was also discussed by speech therapists as well as psychologists, psychiatrists, phoniatrists, neurologists and special education teachers [Michalik, 2018, pp. 41–109]. One common feature of these attempts was the use of inductive reasoning which is based on experience, an individual fact, practical knowledge, with the use of which general sentences are made probable [Bobrowski, 1998]. If it is assumed that “induction, as Ireneusz Bobrowski notices, is always a kind of reasoning which makes arguments more probable (not infallible), since the number of detailed premises in the reasoning is always limited (even if their number was very large)” [Bobrowski, 1998, p. 22], this way of reaching the phenomenon of lack of speech must be *ex definitione* deficient, incomplete and fragmentary. So as to obtain a different, perhaps complete, map of the state of lack of speech, it is necessary to resort to another way of thinking oppositional to induction, namely deduction in which “on the basis of deductive reasoning one proceeds from more general statements to more and more detailed ones, extending the deductive system” [Bobrowski, 1998, p. 25]. The linguistics of augmentative and alternative communication is a result of such axiomatic reasoning on lack of speech in which statements are justified by means of evidence from previous statements considered to be true (premises).

Linguistics of augmentative and alternative communication: in the direction of distinguishing a sub-discipline of applied linguistics

Linguistics of augmentative and alternative communication may be defined, referring to terminological findings of educational linguistics [Rittel, 1994], as linguistics with strong methodological foundations using and developing a set of theoretically ordered terms (parametres) which may/should be used in the description of acquisition of the ability of speaking by individuals. The main parametre of such a linguistic sub-discipline is linguistic competence whose main components include: language

competence (grammatical and lexical), communicative competence (sociolinguistic, communicative, pragmatic) and cultural (linguistic and cultural) often referred to as cognitive competence [cf. Rittel, 1994]¹. The secondary parametres of linguistics of augmentative and alternative communication deeply rooted in the theory of logopaedics as a science on biological conditionings of speech development and speech disorders include **speech inability** and **speech non-occurrence**, which are discussed later in the article [cf. Przebinda, Michalik, 2020].

Speech inability, being an anonym of the noun phrase *speech ability*, is a condition accompanying a human being in which there is no system of activities performed with the use of language in order to get to know the reality and pass on its interpretation to other participants in social life [cf. Michalik, 2018, p. 43; Michalik, Przebinda, 2020]. This definition refers to, on the one hand, the logopaedics tradition, namely the definition of *speech* by Stanisław Grabias [2015] and, on the other, lexicographic findings. In addition, it makes references to etymology in Polish [cf. Michalik, 2018, pp. 45–49]².

Speech non-occurrence, in turn, is defined in anatomical relation to *speaking*, which is understood after Renata Grzegorzczkowska as an individual act of transmission and reception in which the sender selects appropriate vocabulary and grammatical structures from the language code in order to give the recipient some information, activates the speech organs to realise the form of selected language units, as a result of which sound waves are sent out to the ear of the recipient whose reception organs receive the sound and interpret it mentally [Grzegorzczkowska, 2007, p. 14]. Making a reference to this definition, another definition of *speech non-occurrence* stemming from linguistics may be proposed: the sender, (not?)³ wishing to give the recipient certain information, does not choose the appropriate vocabulary and grammatical structures from the linguistic code, does not activate the speech organs which are supposed to realise the form of selected language elements, as a result of which no acoustic waves are sent to the ear of the recipient whose reception organs do not receive the sound and interpret it mentally [cf. Grzegorzczkowska, 2007; Michalik, 2018,

1 The term includes three levels: the basic one, comprising the three components-competences distinguished above, and the two superimposed ones, i.e. the over-competence and the sub-competence [Rittel, Rittel, 2015]. In addition, linguistic competence may be described relying on the scale of its evaluation. The units of this scale include: transitional, approximate and target competence. The first one, transitional competence, may be preceded in the process of speech acquisition by the level of sub-competence, characterized primarily by the distorted discourse, whereas the last one, the target competence, evolves into second-level language creation, i.e. over-competence in certain situations [Rittel, 1994].

2 Referring to earlier publications, one can only signalize that the adjective 'mute' in Polish language dictionaries is defined in two ways: 1) "unable to speak, speechless" (dictionaries: Linde, the so called Warsaw-based and edited by Witold Doroszewski, 2) "without the gift of speech" (Doroszewski's dictionary). The first meaning corresponds to our understanding of the term [cf. Michalik, 2018].

3 It is often impossible to decide whether the non-speaking person wants (does not want) to convey the information to the recipient.

pp. 43–44]. Taking this distinction into consideration, it is possible to identify two groups of persons within linguistics of augmentative and alternative communication and the therapeutic practice alone: 1) *affected by speech inability (mute)*, or not having speech (in the meaning of *langage*) and consequently not undertaking a set of activities which the speaking person performs with the use of the language, not getting to know the reality on the level of verbose persons and not conveying their interpretation to other participants of social life; 2) *non-speaking*, i.e. having a language system (in the meaning of *langue*) but not conveying any information to the recipient, not choosing the adequate vocabulary and grammatical structures from the linguistic code (*langue*), not using their speech organs to realise the form of selected language units, as a result of which not sending any acoustic waves to the ear of the recipient, whose reception organs do not receive the sound and its mental interpretation [cf. Michalik, 2018, pp. 50–51; Przebinda, Michalik, 2020].

Recalling at this point the neo-positivist model of the structure of science, it may be argued that linguistics of augmentative and alternative communication has:

- **The subject of research and the defined level of metascientific reflection.** The subject of linguistics of augmentative and alternative communication is speech and communication of mute and non-speaking persons, where the speech of mute persons is defined in accordance with the definition of speech by Grabias [2015, p. 19] as a set of activities which is performed by a mute person, with the passive role of the natural language and active participation of AAC systems, in order to get to know the reality and pass on its interpretation to other participants in social life. This linguistics also has a certain level of metascientific reflection: its methodology, belonging to the order of metascience, performs the following functions: critical, structural, cognitive, gnoseological, praxis and verification; it also has a dynamic and functional dimension [Michalik, 2018, p. 120].
- **Hierarchical structure of aims:** primary research enriches and orders theoretical knowledge; applied research develops the results of primary research for practical purposes; implementation research builds techniques to achieve intended practical aims.

The primary research concerns: speech non-occurrence and speech inability situated within a unified, homogeneous, complete, universal theory of linguistics of alternative communication with linguistic competence as the main parametre; the theory of linguistic competence adopted for the purposes of speech and communication of mute persons and communication of non-speaking persons.

Applied research is focused within:

- the theory of linguistic competence, for instance, on grammatical competence of the first degree, the power of sub-competence and transient competence, the power of the grammatical plane, the language system realising the

possibility of using the AAC code, the internal I-language, the I-grammar, syntaxation, connotation, accommodation, concrete and abstract vocabulary with mastering the centre of the field, the mental dictionary, anchoring verbs in the mental dictionary, minimum lexical resource of the language, the basic range of necessary words, the basic range of extended vocabulary, intercode translation and subordination of communicativeness;

- theory of communicative competence on: the universal rules of communicative interaction, components of competencies, i.e.: the system potential, feasibility, occurrence, appropriateness; an utterance as a communication unit, a communication event; the ability to use different semiotic systems; social communication networks, linguistic situation, domains (classes of situations); communicativeness/uncommunicativeness; the code conglomerate (a specialised AAC code vs. the code of general language); illocution, perlocution; assertives, directives and expressives; directs acts of speech; presupposition types; principles and maxims of conversation; the restricted code; extra-linguistic communication behaviour; pre-intentional/intentional communication; communication skills: social, situational, pragmatic competence; common attention;
- the theory of cognitive competence, for instance, on: general knowledge, knowledge on phenomena of the reality, context, experience, world exploration and interpretation, passing on interpretation to other people, cultural rules, values.

Building techniques aimed at realising intended practical aims, **implementation research** of linguistics of augmentative and alternative communication primarily serves to interiorise speech in mute persons understood as a set of activities performed by a mute person while getting to know the world and passing on knowledge about themselves and the world to other participants of social life as well as its diagnosis. AAC systems, methods and techniques are used for this purpose.

Procedures and tools of research proceedings (also practical ones) [cf. Grabias, 2019].

Diagnosis of the degree of speech proficiency by mute persons as an example of a procedure of research proceeding within linguistics of augmentative and alternative communication

In the case of applied linguistics, which is linguistics of augmentative and alternative communication, the procedures of research and practical proceeding are often identical as they deal with capturing the importance of elements and relationship between them, filling the continuum oscillating between research facts (sensory

incidents recognised by the researcher's mind interpreted against the background of previous knowledge, adjusted to the message used in corrective action [cf. Grabias, 2019, p. 294]) and individual facts (the concrete individual affected by speech inability or speech non-occurrence). The following are the most important areas of linguistic competence (the main parametre connected with the research fact) of a mute child (an auxiliary parametre connected with the scientific individual fact), which should be diagnosed, described and explained in a situation of lack of speech.

- Within the framework of linguistic (grammatical/lexical) competence, the following are assessed: a) the lexical layer, including: the degree of assimilating both passive and active vocabulary with particular focus on grammatical variety (parts of speech) and meaning diversity (core and additional vocabulary); b) the syntactic layer, including: structural complexity of the utterance composed of symbols or gestures, the order of words (notions) in the utterance; c) morphology, including: the understanding of basic grammatical categories, especially those which play an important role in conveying the meaning accurately, as well as assessment of the use of graphic indicator of these categories; d) phonological awareness and grapheme perception: examination of the phonological awareness of the AAC user should be carried out using images in which the mute person may indicate the answer, or with the use of some tool (a prosthesis) to communicate. It is important to make sure that the pictures are presented only after the child signals that it knows the answer. This is supposed to prevent a situation when the child guesses the answer and becoming prompted e.g. by the first sound in syllable and phoneme synthesis [cf. Przebinda, Michalik, 2020]⁴.
- Within the framework of the communicative competence, which in AAC linguistics primarily consists in the ability to pursue different objectives in communication acts assessment includes:
 - the pragmatic competence, including: acts of speech such as asking for a person, thing, activity, permission, break, food, possibility of using the restroom, conversation, continuation of stopped activity, finishing the activity; commenting, expressing one's own negative or positive attitude to people, things, activities, phenomena, animals; the ability of justifying the above preferences and aversions; giving names to people, things, phenomena, activities, characteristics, way, place, time; confirming; denying and declining; asking about people, activities, places, objects, time, way, characteristics; saying hallo and good bye, greeting; thanking; inviting; apologizing; borrowing

4 Mute/non-speaking children have serious disorders of phonological awareness due to their lack of experience in phoneme realization which requires the use of special techniques. The most useful approach here is the glottodidactic approach elaborated by Bronisław Ročlawski [2010]. This approach divides the skills of auditory synthesis and analysis into very small steps and establishes their order of priority in terms of the degree of difficulty [Ročlawska-Daniluk, 2017, pp. 46–52].

and lending; exchanging things; initiating a conversation; signalling a change in the topic of conversation; expressing lack of understanding; volunteering; explaining the reason and purpose; entering into agreements; solving conflicts and misunderstandings; joking; planning and expressing intentions; boasting; wishing; building definitions; giving instructions; relating a sequence of events; expressing emotional states; expressing sensations from the body, especially discomfort; defining intellectual states; the vast majority of them fit into the Searl class of assertives, directives and expressives [cf. Michalik, Przebinda, 2018, pp. 170–172; Przebinda, Michalik, 2020];

- situational competence – it assesses the use of the communication tool (a speech prosthesis) in order to realise these pragmatic skills, firstly in routine situations during the day, and then in situations which are cyclical and, finally, in new situations; it is also necessary to check the ability to have a conversation on a topic connected with the situational context as well as the ability to talk about a subject which is distant in time or/and space [Michalik, Przebinda, 2018, pp. 170–172; Przebinda, Michalik, 2020];
 - social competence – assessment refers to the ability to build a common field of attention and alternate activity (functional dialogue) [Grycman, 2014; 2015] as well as the ability to communicate with a growing group of recipients [Michalik, Przebinda, 2018, pp. 172–173; Przebinda, Michalik, 2020].
- Within the framework of cognitive competence, the following skills and competences are assessed: maintaining a common field of attention in the course of the child’s interactive activity; making choices; announcing, including: announcing the next step, the following activities during routine operations; planning activities and events; reasoning; problem solving, including: asking for help, giving guidance, asking for information, considering alternative solutions; categorising, including: sorting everyday objects into two categories, sorting objects during everyday activities, e.g. cleaning, matching objects according to their function, giving a superior category, establishing own categories and justifying them; perceiving similarities and differences, including: comparing, using vocabulary such as: the same, different, similar; awareness of thoughts and feelings, including: naming one’s own feelings and emotions, the feelings and emotions of others, the ability to “manage” them, responding correctly to the feelings of others; acquiring, segregating, evaluating information; perceiving illogicality and lack of sense of someone’s behaviour or words; awareness of one’s own thoughts [Michalik, Przebinda, 2018, pp. 173–175; Przebinda, Michalik, 2020].

Summary

One may question the status of linguistics of augmentative and alternative communication as a separate sub-discipline of applied linguistics. On the one hand, this may be done by therapists-practitioners who – departing from description, interpretation and therapy of individual facts – end their reflection on them, referring to the postulate of individualization of the therapeutic process and the case study as a research method. Reservations may be also expressed by theoreticians of applied linguistics who may argue that there is no use in distinguishing a sub-discipline whose subjects and the subject matter often enter into the research area of logopaedics, educational linguistics or special needs education. And these opponents may be said to be right in a way. Considering the fact, however, that linguistics of augmentative and alternative communication has a specific subject of research (all persons dealing with speech inability and speech non-occurrence), its own subject of research (speech and communication of mute persons and communication of non-speaking persons) as well as the adequate level of scientific reflection whose crowning is its own methodology, its pursuit of autonomy is not unfounded [cf. Grucza, 1983].

References

- Beukelman D.R., Mirenda P., 2013, *Augmentative & Alternative Communication. Supporting Children and Adults with Complex Communication Needs*, Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Bobrowski I., 1998, *Zaproszenie do językoznawstwa*, Kraków: Wydawnictwo Instytutu Języka Polskiego Polskiej Akademii Nauk.
- Grabias S., 2015, *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*, [in:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (eds.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, pp. 13–35.
- Grabias S., 2019, *Język w zachowaniach społecznych. Podstawy socjolingwistyki i logopedii*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Grucza F., 1983, *Zagadnienia metalingwistyki. Lingwistyka – jej przedmiot, lingwistyka stosowana*, Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Grycman M., 2014, *Porozumiewanie się z dziećmi ze złożonymi zaburzeniami komunikacji. Poradnik nie tylko dla rodziców*, Kwidzyn: Wydawnictwo Rehabilitacyjne Centrum Rozwoju Porozumiewania.
- Grycman M., 2015, *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się dzieci ze złożonymi zaburzeniami komunikacji wraz z propozycjami strategii terapeutycznych*, Kwidzyn: Wydawnictwo Rehabilitacyjne Centrum Rozwoju Porozumiewania.
- Grzegorzczkova R., 2007, *Wstęp do językoznawstwa*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Michalik M., 2018, *Lingwistyczno-logopedyczne podstawy komunikacji alternatywnej i wspomagającej. Ujęcie metodologiczne*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Michalik M., Przebinda E., 2018, *Budowanie kompetencji lingwistycznej u osób niemówiących z wykorzystaniem strategii komunikacji alternatywnej*, [in:] A. Domagała, U. Mirecka (eds.),

- Metody terapii logopedycznej*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, pp. 143–183.
- Przebinda E., Michalik M., 2020, *Inter- i transdyscyplinarność w opisie niemowności oraz niemówienia* [in print].
- Rittel T., 1994, *Podstawy lingwistyki edukacyjnej. Nabywanie i kształcenie języka*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej.
- Rittel S.J., 2015, *Dyskurs edukacyjny. Zagadnienia – znaczenia – terminy. Wybór i opracowanie*, Kraków: Collegium Columbinum.
- Rocławaska-Daniluk M., 2017, *Czytanie i pisanie: metodyka zajęć korekcyjno-wyrównawczych*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Rocławski B., 2010, *Podstawy wiedzy o języku polskim dla glottodydaktyków, pedagogów, psychologów i logopedów*, Gdańsk: Glottispol.
- Tetzchner S., Martinsen H., 2002, *Wprowadzenie do wspomagających i alternatywnych sposobów porozumiewania się*, Warszawa: Stowarzyszenie „Mówić bez słów”.
-

Abstract

The paper identifies and defines *augmentative and alternative communication*, a new sub-discipline in applied linguistics whose primary parameter is linguistic competence whereas the secondary parameter is the phenomenon of speech inability and speech non-occurrence. At the same time it has been proven that linguistics of augmentative and alternative communication conducts primary, applied and implementation research having a hierarchical layout of scientific aims. It also enables to conduct a logopaedic analysis of mute and non-speaking persons. The postulates that govern it are presented in the last part of the text.

Streszczenie

W artykule wyodrębniono i zdefiniowano lingwistykę komunikacji alternatywnej i wspomagającej – nową subdyscyplinę w ramach lingwistyki stosowanej. Jej głównym parametrem jest kompetencja lingwistyczna, a parametrem pomocniczym zjawiska niemowności i niemówienia. Udowodniono jednocześnie, że lingwistyka komunikacji alternatywnej i wspomagającej, mając hierarchiczny układ celów naukowych, prowadzi badania podstawowe, stosowane oraz wdrożeniowe. Umożliwia również diagnozę o charakterze logopedycznym osób niemownych i niemówiących. Postulaty nią rządzące zaprezentowano w ostatniej części tekstu.

Danuta Pluta-Wojciechowska* 

Logopaedics as an Interdisciplinary Science in the Eyes of Speech Therapists Preliminary Research Results

Logopedia jako nauka interdyscyplinarna w oczach logopedów
Wstępne wyniki badań

Keywords: logopaedics as a science, interdisciplinary character of logopaedics, specific methods of diagnosis and speech therapy

Słowa kluczowe: logopedia jako nauka, interdyscyplinarność logopedii, specyficzne metody diagnozy i terapii logopedycznej

Introduction

The interdisciplinary character of logopaedics has become a popular topic in the last year, which is reflected by the fact that three all-Poland conferences devoted to logopaedics took place in 2019: a scientific conference entitled “Interdyscyplinarne aspekty diagnozy i terapii logopedycznej” (Interdisciplinary aspects of diagnosis and speech therapy) in Lodz organized by the University of Lodz on 19 October; 16th all-Poland conference on logopaedics: “Interdyscyplinarność w logopedii – konieczność czy nadmiar?” [Interdisciplinarity in logopaedics: necessity or excess?] held by the Maria Grzegorzewska Academy of Special Education in Warsaw, the Speech Therapy Division of the Society for Language Culture, Speech Therapy Centre of the Institute of Applied Polish Studies at Warsaw University on 26–27 October; 10th all-Poland logopaedic conference “Logopedia w teorii i praktyce. Interdyscyplinarne aspekty diagnozy i terapii logopedycznej” [Logopaedics in theory and practice. Interdisciplinary aspects of diagnosis and speech therapy] organized by the Polish

* University of Lodz, Faculty of Philology, Institute of Polish Philology and Logopaedics, Department of Polish Dialectology and Logopaedics, 171/173 Pomorska street, 90-236 Łódź, e-mail: danuta@pluta-wojciechowska.eu, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0425-6006>.

Logopaedic Society, Division of Silesia, in collaboration with St. Barbara Provincial Specialist Hospital no. 5 in Sosnowiec, Trauma Centre on 16 November.

What is the reason for the popularity of topic connected with the interdisciplinary character of logopaedics which was discussed during the scientific meetings? Is it a fad or a necessity? Or perhaps undertaking the topic of cooperation with other specialists is caused by certain confusion and ambiguity connected with unjustified usage of some methods of diagnosis and therapy which are foreign to logopaedics by speech therapists? It is possible that speech therapists feel slightly lost as their day-to-day work with the patient with speech disorders definitely requires cooperation with doctors. Practice shows that this is not always easy since, as it may be presumed, some doctors do not understand what the job of speech therapists involves (adopting a different perspective on logopaedic phenomena) and, not having relevant competences, fail to follow recommendations or requests of speech therapists directed to doctors. And obviously doctors are not speech therapists. As it will be pointed out later in the article, Polish logopaedics, if personified, should be concerned about the state of knowledge on the indisciplinaryity of some people who work as speech therapists. I fear, and I wish I was wrong, that the alarming phenomenon described in this paper is far more likely to be on the increase rather than decrease in the future.

The subject of analysis of this study is the interdisciplinary character of logopaedics. This problem only seemingly appears to be simple, particularly in the face of results of survey research concerning the practical accomplishment of the postulate of interdisciplinarity as there is some doubt connected with different understanding of this feature of logopaedics. In the introduction the article presents the subject of logopaedics and its place among other sciences as well as the essence of interdisciplinarity as a phenomenon connected with combining knowledge. The paper also discusses some threats connected with this process. Its subsequent part includes results of preliminary questionnaire survey which point to different understanding of interdisciplinarity by speech therapists. This is not a favourable phenomenon in the face of constituting of logopaedics as an independent science but also with regard to the well-being of patients with speech disorders.

It was my meeting with a group of speech therapists in one of the Polish cities that became the immediate reason for conducting research into the state of knowledge on logopaedics, its interdisciplinarity, the specific character of diagnosis and therapy methods used in logopaedics. The participants of the lecture gave me an account of the following story. One speech therapist who took part in a several-hour training course on otoscopic examination decided to use this tool to examine the hearing of a small child. Regrettably, her inability to use this tool correctly resulted in puncturing the drum membrane of the small patient. The dissatisfied parents of the child decided to carry out an investigation into this case in court.

Moved by the story related by many speech therapists I decided to carry out research aimed at analysing the knowledge of speech therapists on their understanding

of the specific character of methods used in logopaedics during diagnosis and therapy as well as their understanding of the gist of diagnosis, therapy, interdisciplinarity, collaboration with other specialists who help people with speech disorders. The preliminary summary of the research results is a source of concern and encourages reflection connected with the level of speech therapy education, including postgraduate training.

Conditionings of considerations on the place of logopaedics among other disciplines

So as to understand correctly the place of logopaedics among other sciences and define the essence of interdisciplinarity, it is necessary to recall the process of giving rise to and isolating scientific disciplines. One of the conditions for emerging a new discipline is a clearly defined subject of research which is original and different from those of other disciplines. This is in line with the stance of Stanisław Grabias, according to whom logopaedics meets this condition [Grabias, 1997; 2008; 2012].

During the process of shaping and ordering knowledge over time one may observe the process of its division, the effect of which is separation of individual disciplines. This phenomenon is accompanied by a process in the opposite direction, namely combining knowledge, which is reflected in, for instance, interdisciplinarity. One advantage of knowledge division is that generating knowledge becomes more efficient as researchers concentrate on a narrower problem, which allows to achieve a deeper insight into the given issue. Drawbacks, in turn, include the introduction of separate methods and terminology, which makes contacts between the representatives of individual disciplines more difficult. In such a paradigm many issues are not solved, however, within narrow perspectives of relevant individual specializations or fields of research, which as a result leads to realization of the postulate of combining knowledge e.g. in the form of interdisciplinarity.

Combining knowledge assumes a number of forms, namely multidisciplinary, interdisciplinarity and transdisciplinarity [Kita, 2012; Michalik, 2015]. Each of these paradigms involves a kind of combining knowledge – notions and concepts from different disciplines with regard to the research topic. There are, however, notable differences with regard to the ways of consolidating knowledge.

Hence in the case multidisciplinary approach the discussed research question is analyzed with the use of methods typical of individual disciplines and subsequently research results are juxtaposed with each other considering the sum of individual final results. This may be compared to a multi-author monography on the given subject. Individual authors analyze the phenomenon in question, using certain methods which are typical of the given discipline. Multidisciplinary accounts for, therefore, the confrontation of different perspectives but with no general overview.

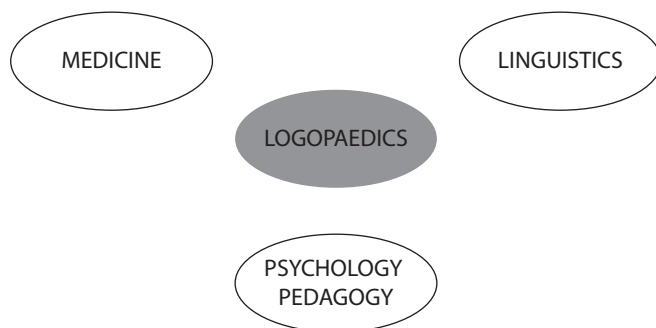
Integration of knowledge is left to the reader who uses accomplished and compiled research of individual disciplines.

Interdisciplinarity assumes drawing on the output of other disciplines, and research leads to the transfer and fusion (of notions, methods, data) between two or several disciplines. Interdisciplinarity allows to overcome the limitations of certain disciplines where specialists analyze the given phenomenon, using their own methodology. This paradigm of combining knowledge “breaks down border walls” between disciplines, showing a new context yet it does not lead to reformulating the scientific field.

Transdisciplinarity, in turn, seems to be a project in logopaedics [Michalik, 2015]. The rudimentary difference between interdisciplinarity and transdisciplinarity concerns the research field which in the case of transdisciplinarity leads to its redefinition. The research carried out with the use of this paradigm results in creating a coherent picture of the researched area, preserving the narration and methods of individual disciplines [Kita, 2012; Michalik, 2015].

Between linguistics and medicine as well as pedagogy and psychology

Taking into consideration the epistemological space, logopaedics situates itself between linguistics, medicine as well as pedagogy and psychology. It fills the void between these sciences with certain original and integrating knowledge on speech and its disorders. It is not linear knowledge but it synthesizes findings from different branches of knowledge. Logopaedics also creates its own knowledge unparalleled in other disciplines. It concerns the diagnosis and therapy of speech disorders. This is connected with the subject of logopaedics defined as biological conditioning of language and language behaviours [Grabias, 2012].



Picture 1. The place of logopaedics in the epistemological space

Source: own study.

The research subject of logopaedics defined in this way imposes multiple perspectives of description and interpretation of the diagnosed dysfunctions of language and language behaviours. Logopaedics not only is but has to be interdisciplinary. This is due to the fact that language is a multi-aspect phenomenon which requires analysis from different perspectives: linguistic, medical, social and psychological as well as, importantly, that of logopaedics. Hence going beyond INTRAdisciplinary boundaries in logopaedics is essential. Where is, though, the border of “using the achievements of other disciplines”?

Correlations of logopaedics with other disciplines have already been subject of analysis by, for instance, Stanisław Grabias [1997; 2012], Edward Łuczyński [2011], Mirosław Michalik [2015] and Józef Porayski-Pomsta [2013] and Danuta Pluta-Wojciechowska [2019]. Tables 1–3 include useful breakdowns of data which make it easier to notice the originality of the research subject of logopaedics as well as define the role of linguistics and medicine in the course of speech therapy procedure. Table 1 shows the subject of research of linguistics, research and medicine with the use of the definition which may be found in *Uniwersalny słownik języka polskiego [The Universal Dictionary of the Polish Language]* edited by Stanisław Dubisz [2004] as well as the approach to the subject of logopaedics by Stanisław Grabias [2012]. The definition of the subjects of logopaedics is complemented (see Table 1) by the procedures of proceedings described by the author [Grabias, 1997; 2012; 2015].

Table 1. Linguistics, logopaedics and medicine: the subject of research

Linguistics	Logopaedics	Medicine
Scientific study on speech as a tool of human communication, its structure, functions and development	Science on the biological conditionings of speech and speech behaviours recognized in the course of diagnosis of signs and symptoms used to programme and conduct therapy aimed at eliminating the disorders or lowering their intensity	Science on human health and diseases as well as on ways on treating them ; also: the art of treating the ill and preventing diseases

Source: own study, Pluta-Wojciechowska, 2019, p. 24.

Mirosław Michalik is right in saying that “Bearing in mind that logopaedics has been dynamically growing over the last few decades redefining from time to time the subject of its research, it should not be excluded that the definition currently in force may be only temporary” [Michalik, 2015, pp. 33–34]. The subject of research on logopaedics is not only original, unparalleled in other sciences but it also brings new organization of epistemological space as logopaedics bridges the gap between linguistics and medicine as well as pedagogy and psychology [cf. Pluta-Wojciechowska, 2019, pp. 21–34].

Analyzing the subject of logopaedics, it is worth noting the relation between biological conditionings of language and language behaviours and symptoms of speech disorders, which are shown in Table 2. Detecting this relationship is not only the essence of logopaedics diagnosis but also a secret of effective therapy. Discovering the connections between the symptom of speech disorders and their causes requires knowledge which is non-linear but **synthetizing** reports from different disciplines. This knowledge is connected with logopaedics [Grabias, 2012; Pluta-Wojciechowska, 2019].

Commenting on the importance of both linguistic and medical knowledge in the context of speech disorders, it may be concluded that logopaedics does not only benefit from the knowledge of the indicated disciplines but also creates its own original knowledge since (cf. Tables 2, 3):

- in the context of linguistics: it does not suffice to know the language (as a two-class system) but it is also necessary to **know how to analyze it in a way** allowing for a description of disorders and asking questions about their causes as well as programming and running a therapy;
- in the context of medicine: it does not suffice to know the construction of the human body, symptoms of diseases as well as methods of their treatment but it is also necessary to know **in what way** the state of health affects constituting speech disorders;
- in the context of assistance connected with eliminating or lessening the intensity of a speech disorder: in order to conduct a therapy it is necessary to carry out a symptom-cause diagnosis and know the mechanisms of speech development both in the norm and pathology, it is necessary to know the methodology of speech therapy procedure in the case of the given disorders.

Table 2. The subject of logopaedics

Biological conditionings of language and language behaviours	→	Symptoms of speech disorders
--------------------------------------------------------------	---	------------------------------

Source: own study.

Summing up the above considerations it may be concluded that logopaedics:

- has the knowledge on the ways of examining and describing speech and provides speech therapists with specific skills allowing to conduct a diagnosis and therapy of speech disorders in the course of their education;
- interprets (putting forward hypotheses and verifying them through e.g. medical examinations) speech disorders, using the achievements of medicine and psychology;
- it draws on linguistics and medicine enriching them as it uses the knowledge on the structure of the language as a two-class system as well as medical knowledge concerning the state of human organism and possibilities of treatment

with the use medical methods in order to eliminate diseases and dysfunctions detrimental to speech development;

- creates integrating knowledge on speech disorders;
- the speech therapist plans, programmes and conducts therapy, which is not encountered in linguistics or medicine even though speech therapists may work in medical and educational centres.

Table 3. Tasks of linguistics, logopaedics and medicine and speech disorders

Linguistics	Logopaedics	Medicine
Providing linguistic tools of the description of language and language behaviours, or the knowledge on the phonemic and phonetic systems as well as morphological and syntactic ones	The use of logopaedic methodology of analysis and description of language and language behaviours which are not in accordance with the linguistic norm, the logopedic interpretation of speech disorders in the context of biological and psycho-social conditionings Programming and conducting speech therapy	Examination and description of biological conditionings of language and language behaviours, in which the speech therapist sees the causes of speech disorders, treating the human body

Source: own study.

I think I will not depart from the truth if I say that logopaedics stems from the insufficiency of linguistic and medical as well as psychological and pedagogical approaches to speech disorders, which may be found in the original subject of its research and the tasks accomplished during the speech therapy procedure. Yet this is not all as using the output of both linguistics and medicine, logopaedics at the same time complements the paradigms functioning in these disciplines. It enriches linguistics and medicine since it analyses language and behaviours in impaired discourse and it also describes the impact of some diseases on speech. Logopaedics is not, therefore, a sum of medical and linguistic knowledge. Edward Łuczyński wrote articulately about the relations of logopaedics and linguistics: “[...] logopaedics does not only use the knowledge about language but it also (or maybe even above all) **co-creates** this knowledge” [Łuczyński, 2011, p. 8, emphasis D.P.-W.].

In turn, the relations of pedagogy and psychology with logopaedics refer to the common space connected with “providing people with help” as well as the use in logopaedics of some methods and principles formulated by, for instance, didactics, theory of education or developmental psychology, clinical psychology, cognitive psychology or psychotherapy. During the diagnosis the speech therapist uses data on the psychomotor development of the patient, his emotional and social states which may to a different degree modify the patient’s social and linguistic functioning. Apart from that, during both diagnosis and therapy the speech therapist uses specific

methods such as audiovisual sound assessment, language programming, sound elicitation, exercises of the tongue for the purposes of eliciting speech sounds, analysis of language and communicative competence, etc.

Hence the gap between linguistics and medicine as well as pedagogy and psychology is bridged by the original logopaedic methodology as well as the methodology of analysis and description of language and language behaviours as well as their logopedic interpretation in the context of biological and psychological and social conditionings. Logopaedics is an original branch of science rather than a sum of linguistic and medical as well as psychological and pedagogical knowledge. Due to the subject of its research logopaedics has to be interdisciplinary, there is no other possibility. In addition, logopaedics is distinguished by programming and conducting therapy on the basis of a diagnosis of heuristic profile, often initially of preliminary character [Pluta-Wojciechowska, 2019, pp. 21–37].

Threats related to the interdisciplinarity of logopaedics

The word interdisciplinary is defined in *Słownik języka polskiego* [*The Dictionary of the Polish Language*] as: “1. concerning two or more scientific disciplines, 2. using the output of several sciences, 3. comprised of scientists representing different branches of knowledge” [Dubisz, 2004].

It is worth paying attention to the phrase “using the output of several sciences”. Going beyond the meaning of this word may lead to predatory interdisciplinarity which is referred to by Leszek Koczanowicz with regard to humanistic and social sciences [Koczanowicz, 2011]. Misinterpreting the postulate of interdisciplinarity may also give rise to blurring of boundaries between different disciplines, e.g. logopaedics and pedagogy or logopaedics and medicine.

The essence of interdisciplinarity may be expressed in the following way: common meeting of different disciplines may and should result in a new outlook on the patient with speech disorders provided that different methodologies are respected. Does this happen in Polish logopaedics nowadays? Do speech therapists never cross the borders marked by the scope of the term “interdisciplinarity”? The conducted research arouses anxiety connected with crossing the borders of logopaedic methodology by some speech disorder specialists, which will be dealt with in the following chapter. This is not a favourable phenomenon either from the point of view of the development of logopaedics as a science and a practical activity or from that of the patient’s wellbeing.

Preliminary results of the research of the project “Logopaedics in the eyes of speech therapists”

The aim of the conducted research is to get to know the state of knowledge of active speech therapists on logopaedics as both a science and a practical activity. A survey containing 15 questions which were both open and closed was used in the course of the research. An analysis of preliminary and selected research results is presented below with reference to understanding the notion of *interdisciplinarity* by speech therapists as well as their knowledge on the specificity of diagnosis methods and speech therapy. Forty speech therapists from different regions of Poland took part in the research. The characteristics of the group is presented in Table 4.

Table 4. Characteristics of the analyzed group of speech therapists

Analysis categories	Detailed data	Group I – up to 5 years of work experience	Group II – 10 years or more of work experience	Total
Qualifications for the profession of speech therapist	First-cycle and/or second-cycle degree programme	4	4	8
	Postgraduate studies	16	15	31
	Long-cycle Master’s degree programme	0	1	1

Source: own study based on research.

In turn, Table 5 presents results of analysis of the answer to the question “What does it mean that logopaedics is an interdisciplinary discipline?”. The question was open, which means that summarizing the results required ordering the obtained answers and putting them into the distinguished subcategories which were established after analyzing all the answers of the respondents. It is possible that a different categorization of respondents’ answers will be presented in another paper in the course of subsequent analysis. The current analysis allows to conclude that speech therapists understand the interdisciplinarity of logopaedics in disparate ways, and attention is drawn to such answers as: “It takes knowledge from many scientific disciplines, **combining it into a separate discipline**”, “Logopaedics is **“inserted”** into other medical and linguistic sciences”, “It combines other sciences which **permeate each other**” [emphasis D.P.-W.]. These answers allow to presume that some speech therapists do not see clearly enough the role of logopaedics in the examination, description and interpretation of speech disorders.

The subsequent question concerned the specificity of methods of diagnosis and therapy in logopaedics. The results of the analysis are presented in Table 6. It shows that over half of respondents think that logopaedics has specific methods of diagnosis and therapy whereas the rest are of a different opinion or they have no opinion

on this topic or they fail to answer this question. The research results inspire reflection on the understanding by speech therapists of the gist of their profession, including its interdisciplinarity.

Table 5. Results of the analysis of answers to the question: "What does it mean that logopaedics is an interdisciplinary discipline?"

Types of answers	Group I	Group II	In total
No answer	2	0	2
It takes knowledge from many scientific disciplines, combining it into a separate discipline	6	1	7
It uses knowledge from different disciplines	0	13	13
Knowledge from different sciences coincides in logopaedics	1	0	1
It cooperates with others	4	9	13
Logopaedics is "inserted" into other medical and linguistic sciences	1	0	1
It combines other sciences which permeate each other	6	1	7
We need specialists who would look at the patient "from their own perspective"	0	1	1

Source: own study based on research.

Table 6. Results of research concerning the specificity of diagnostic methods and logopaedics

Analysis categories	Response types	Group I	Group II	In total
Does logopaedics have any specific diagnostic methods in your opinion?	No answer	1	1	2
	Yes	9	13	22
	No	6	2	8
	I have no opinion	4	4	8
Does logopaedics have any specific therapy methods in your opinion?	No answer	1	5	6
	Yes	15	11	26
	No	2	2	4
	I have no opinion	2	2	4

Source: own study based on research.

The subsequent questionnaire questions were connected with a request to enumerate example speech therapy methods specific of diagnosis and therapy. The research results are presented in Tables 7 and 8. The question with regard to the methods of diagnosis was: "If speech therapy has any specific methods of diagnosis, please enumerate some of them". As it is revealed by the data from the tables below, speech therapists consider that specific methods of diagnosis include, in particular, "assessment of realization processes: anatomy of speech organs, motor skills of speech organs, primal activities, assessment of articulators". It is worth noting that also interview and observation are listed as specific methods of speech therapy diagnosis. It is worth stressing that these methods are also characteristic of other disciplines, such as pedagogy, psychology or medicine. It is also disconcerting that only

one person mentions the examination of language competence as a specific method of speech therapy diagnosis while one person indicates the examination of gross and fine motor skills as a specific method of diagnosis used in logopaedics.

Table 7. Research results concerning the knowledge of specific methods of speech therapy diagnosis

The most frequently listed specific methods of speech therapy diagnosis	Group I	Group II	Total
No answer	8	5	13
Assessment of realization processes: anatomy of speech organs, motor skills of speech organs, primal activities, assessment of articulators	10	8	18
Assessment of articulation	3	4	7
Tests (e.g. dictionary tests) and questionnaires (e.g. picture questionnaires), worksheets of speech therapy examination	3	4	7
Assessment of perception processes, e.g. phonetic and phonemic hearing, auditory analysis and synthesis	2	3	5
Interview	2	1	3
Observation	2	0	2
Voice emission	1	0	1
Examination of language competence	0	1	1
Examination of gross and fine motor skills	0	1	1
There are some methods but they are not mentioned	0	1	1
There are few of them, especially standardized ones	0	1	1

Source: own study based on research.

Table 8 presents answers to the following question “If logopaedics has specific methods of therapy, please give some examples of them”. It appears that respondents consider eliciting sounds and consolidating the pronunciation as a specific method of logopaedics. It is also alarming to that some of them consider the use of the trainer, taping and biofeedback to be specific method of logopaedics.

It is difficult to judge on the basis of the research results the factual state of knowledge of speech therapists on selected problems related to the specificity of logopaedics and understanding of its interdisciplinarity. One may, nevertheless, express anxiety connected with different understanding of the subject and aims of logopaedics. I am afraid that some speech therapists understand the interdisciplinarity of logopaedics as using methods non-specific to logopaedics, which means attributing the speech therapist with the right to use methods characteristic of, for instance, orthodontics or physical therapy. This happens when patients are prescribed a trainer or taping. It is also worth paying attention to the number of respondents who did not give any answer to the questions. The reason for not giving any answer remains an open issue: speech therapists either do not know the specific methods of speech therapy diagnosis and therapy or the question is difficult and causes anxiety.

Table 8. Research results concerning the knowledge of specific methods of speech therapy

Specific methods of speech therapy listed most often	Group I	Group II	Total
No answer	5	5	10
Eliciting sounds and consolidating the pronunciation	8	7	15
Speech therapy massage, including tongue massage	4	1	5
Strategic method of facilitating phoneme realization (SMURF)	2	1	3
The Krakow method	2	0	2
Exercising the speech organs to learn sounds	1	1	2
Trainer	2	0	2
Exercising phonetic hearing	0	2	2
Augmentative and Alternative Communication (AAC)	1	1	2
Exercising primal activities	2	0	2
Exercising prosody	0	2	2
The glottodidactic method by B. Ročlawski	0	1	1
Method of beating the rhythm by K. Szamburski	1	0	1
Myofunctional therapy	1	0	1
Manual sound paving (MTG)	1	0	1
Taping	1	0	1
Biofeedback	1	0	1
The speech therapist mixes the methods of therapy so as to tailor them to the patient	1	0	1
Methods tend to change quickly, they are modified	0	1	1

Source: own study based on research.

The subsequent questions of the survey concerned, for example, the quality of cooperation of speech therapists with other specialists. It turns out that speech therapists assess their cooperation with psychologists, educators and physiotherapists as the best whereas collaboration with surgeons (concerning their refusal to cut the lingual frenulum), laryngologists and orthodontists is perceived as the worst. This problem surely requires not only survey research but, most of all, a debate on establishing principles of cooperation and competences of individual specialists connected with the proceedings used in relation to a person with speech disorders.

Conclusion

Logopaedics is facing a major task connected with ordering the methodology with regard to diagnosis and therapy in order to prevent specialists from annexing somebody else's methods of proceeding since this denotes predatory interdisciplinarity. It is also important to see the well-being of the patient who is recommended, e.g. a trainer by the speech therapist. Prescribing this appliance is the domain and competence of the orthodontist rather than the speech therapist. Polish logopaedics should also strive to order the educational process of future speech therapists

which is not homogenous in our country, bearing in mind the curriculum content. Elaborating educational standards is an urgent task which should become a subject of concern for speech therapists.

Another task is connected with the discussion with specialists who the speech therapist cooperates with: orthodontists, pediatricians, laryngologists, surgeons, physiotherapists, neurologists, educators and psychologists. It is difficult, though, to initiate discussion with those specialists if we do not agree on the major tasks and role of the speech therapist in multi-specialist assistance to a person with speech disorders.

Elżbieta Chrzanowska-Kluczevska is right with regard to the problem of interdisciplinarity of logopaedics, saying that: “[...] if contemporary scientists from remote disciplines do not make an effort to go beyond their own universe, they will be like those parallel worlds or lonely Leibniz’s monads closed in their own hermetic shell” [Chrzanowska-Kluczevska, 2007, p. 23].

Finding balance between intradisciplinary research and interdisciplinary research is necessary for the development of logopaedics. Each of these approaches performs a different role in building the independence of logopaedics, going beyond the limitations of intradisciplinary research and building a research field, perhaps in the spirit of transdisciplinarity [Michalik, 2015]. “Intradisciplinary research” and “research going beyond its own limitations” are equally useful yet it is also important to maintain harmony and balance between these two approaches.

Mirosław Michalik [2015] sees the future of logopaedics as a transdisciplinarity science. This is an important methodological project. Yet it is difficult to build transdisciplinarity if there is such a diversity of approaches to the same subject in Polish logopaedics. An adversary to this approach would say diversity fosters the development of science yet some proposed perspectives of examination, description and therapy of speech disorders are contradictory, e.g. with regard to the approach to research and description of phoneme realization disorders. Hence it is important to present different rather than selective approaches to the same issue during the educational process. Showing the student the factual state of Polish reflection on the given speech disorder becomes a cognitive tool for the young speech therapist which will enable him to choose his own scientific path and/or practical development.

References

- Chrzanowska-Kluczevska E., 2007, *Konsiliencja, czyli o porozumieniu między naukami w trzecim tysiącleciu*, [in:] G. Szpila (ed.), *Język polski XXI wieku: analizy, oceny, perspektywy, monografia z cyklu Język trzeciego tysiąclecia*, Kraków: Tertium, pp. 15–23.
- Dubisz S. (ed.), 2004, *Uniwersalny słownik języka polskiego*, electronic version, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Grabias S., 1997, *Mowa i jej zaburzenia*, "Audiofonologia", vol. 10, pp. 3–20.
- Grabias S., 2008, *Postępowanie logopedyczne. Diagnoza, programowanie terapii, terapia*, "Logopedia", no. 37, pp. 13–27.
- Grabias S., 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego*, [in:] S. Grabias, M. Kurkowski (eds.), *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, pp. 15–71.
- Grabias S., 2015, *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*, [in:] S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak (eds.), *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego. Podręcznik akademicki*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, pp. 13–38.
- Kita M., 2012, "Razem". *Konsiliencja, interdyscyplinarność, transdyscyplinarność*, [in:] M. Kita, M. Ślaska (eds.), *Transdyscyplinarność badań nad komunikacją medialną. T. 1: Stan wiedzy i postulaty badawcze*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, pp. 11–30.
- Koczanowicz L., 2011, *Interdyscyplinarność między rabunkiem a dialogiem*, [in:] R. Włodarczyk, W. Żłobicki (eds.), *Interdyscyplinarność i transdyscyplinarność pedagogiki – wymiary praktyczny i teoretyczny*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, pp. 35–43.
- Łuczyński E., 2011, *Rozgryzając tajniki mowy. Wiedza o języku polskim dla logopedów*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Michalik M., 2015, *Transdyscyplinarność logopedii – między metodologiczną koniecznością a teoretyczną utopią*, [in:] S. Milewski, K. Kaczorowska-Bray (eds.), *Metodologia badań logopedycznych z perspektywy teorii i praktyki*, Gdańsk: Harmonia Universalis, pp. 32–46.
- Pluta-Wojciechowska D., 2019, *Między lingwistyką a medycyną*, [in:] D. Pluta-Wojciechowska, *Efektywność terapii dyslalii. Logopedyczno-lingwistyczna analiza wyników badań*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, pp. 21–37.
- Porayski-Pomsta J., 2013, *Logopedia w społeczeństwie komunikacyjnym*, [in:] Z. Zaro, J. Porayski-Pomsta (eds.), *Język i logopedia*, Warszawa: Wydział Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego, pp. 141–147.
- Słownik języka polskiego PWN*, <https://sjp.pwn.pl/sjp/interdyscyplinarny;2466577> (accessed: 9.12.2019).

Abstract

The author presents considerations on logopaedics as a science, exposing the interdisciplinary character of this discipline. The problem discussed in the paper is depicted in the context of two processes observed in science, namely dividing and combining knowledge. Against this background the author analyzes the subject and tasks of logopaedics, taking into account linguistics, pedagogy and psychology. She also presents preliminary results of survey research concerning the understanding by speech therapists of the interdisciplinarity of logopaedics, the specific nature of diagnosis and therapy methods which, in the opinion of respondents, are specific to logopaedics. She also points to the major tasks of logopaedics which are connected with ordering the methodology of proceeding and the education process.

Streszczenie

Autorka przedstawia rozważania na temat logopedii jako nauki, eksponując jej interdyscyplinarność. Podejmowany w tekście problem przedstawia w kontekście dwu procesów obserwowanych w nauce, a mianowicie dzielenia i jednoczenia wiedzy. Na tym tle analizuje przedmiot i zadania logopedii, biorąc pod uwagę lingwistykę, medycynę, pedagogikę i psychologię. Przedstawia także wstępne wyniki badań ankietowych, które dotyczyły rozumienia przez logopedów interdyscyplinarności logopedii, specyfiki metod diagnozy i terapii, jakie – w opinii respondentów – są charakterystyczne dla logopedii. Wskazuje również najważniejsze zadania logopedii, które wiążą się z uporządkowaniem metodologii i metodyki postępowania, a także kształcenia.

Danielle Sims* 

A Detailed Summary of Speech Pathology Assessment and Intervention of A Minimally Verbal Australian Child with Autism Spectrum Disorder

Szczegółowe podsumowanie oceny zaburzeń mowy i terapii logopedycznej prawie niemówiącego australijskiego dziecka z zaburzeniami ze spektrum autyzmu

Keywords: autism spectrum disorder (ASD), complex communication needs, minimally verbal, speech and language pathology, treatment approaches, Naturalistic Developmental Behavioural Interventions (NDBIs), family centred practice

Słowa kluczowe: zaburzenie ze spektrum autyzmu (ASD), złożone potrzeby komunikacyjne, prawie niemówiący, patologia mowy, podejścia do leczenia, naturalistyczne interwencje rozwojowo-behavioralne (NDBI), praktyka skoncentrowana na rodzinie

Theoretical and research basis for treatment

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder primarily characterised by social communication deficits and restricted and repetitive behaviours [American Psychiatric Association, 2013]. Recent prevalence data suggests that approximately 1 in 59 people meet the criteria for ASD [Baio et al., 2018]. The DSM-5™ proposes that males are four-times more likely to receive a diagnosis of ASD than females, however, a recent meta-analysis and systematic review proposes that this ratio is closer to three-to-one [American Psychiatric Association, 2013; Baio et al., 2018]. Whilst language difficulties were removed from the DSM as a core feature of ASD [American Psychiatric Association, 2013], many children with ASD have a high degree of difficulty developing functional spoken language [Paul et al., 2013]

* Rockingham Autism Services, 3/3 Benjamin Way, Rockingham WA 6168, e-mail: danielle@rockinghamautismservices.com.au, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8518-2223>.

and it is estimated that between 25% and 30% of children with ASD do not acquire functional verbal speech or remain minimally verbal [Tager-Flusberg, Kasari, 2013; Pickles, Anderson, Lord, 2014; Bal et al., 2016]. Additionally, research suggests that these language difficulties may lead to further adverse outcomes, including poorer adaptive functioning skills, the development of oppositional and anti-social behaviours and a reduced quality of life [Bott, Farmer, Rohde, 1997; Frost, Hong, Lord, 2017; Howlin, Magiati, 2017; Moss, Mandy, Howlin, 2017]. This can result in a decreased ability for these individuals to participate in activities of daily living, contributing to a poorer overall quality of life and higher rates of caregiver stress [Huang et al., 2013; Iadarola et al., 2019]. Although ASD typically causes lifelong impairments in the areas of socialisation and communication, research has shown that the implementation of intensive interdisciplinary interventions can improve intellectual and communicative functioning in individuals with ASD, particularly when intervention is delivered in the early years of life [Vismara, Rogers, 2008; Rieske, 2019; Sandbank et al., 2020].

Speech and language pathologists (SLPs) have an important role to play in the identification and interdisciplinary treatment of ASD [Diehl, 2003; Drager, Light, McNaughton, 2010; Self, Coufal, Parham, 2010]. In addition to providing knowledge about the development of speech and language skills, SLPs have a comprehensive understanding of pragmatic language skills, a core deficit of individuals with ASD [Self, Coufal, Parham, 2010; Rieske, 2019]. SLPs may also prescribe alternative means of communicating, including through the use of augmentative and alternative communication (AAC) systems, which are shown to be particularly beneficial for individuals with complex communication needs [Drager, Light, McNaughton, 2010; Ganz et al., 2012; Ganz 2015]. Whilst speech and language intervention is an integral part of the treatment of individuals with ASD, there remains a large degree of variation in the treatment approaches and programs that are utilised within clinical practice [Brignell et al., 2018].

There are several well-researched treatment approaches that aim to address the core underlying deficits within ASD. These include behavioural approaches, developmental approaches and Naturalistic Developmental Behavioural Interventions (NDBIs), among others [Sandbank et al., 2020]. A number of treatment programs that are underpinned by these approaches have been developed to provide clinicians with specific instruction when delivering interventions to clients [Sandbank et al., 2020]. Some of these programs include PECS, Discreet Trial Training (DTT) and Milieu Communication Training (MCT), which follow a behavioural approach; Hanen models and DIR/Floortime, as developmental approaches; and JASPER, PACT and the Early Start Denver Model, as NDBIs. A recent meta-analysis conducted by Sandbank et. al [2020] found that NDBIs have the greatest level of evidence supported by RCTs. These treatment programs were found to support the development of social communication, play skills and language in individuals with ASD [Sandbank et al., 2020].

With the large variation of clinical presentations of individuals on the autism spectrum [Tager-Flusberg, Kasari, 2013; Rieske, 2019] and an ever-growing need for holistic, client-centred treatment approaches following the International Classification of Functioning – Children and Youth (ICF-CY) Framework [World Health Organization, 2007], clinicians are often required to select and utilise several different intervention programs to meet the needs of each individual and their families. Clinicians are faced with a number of challenges when it comes to selecting the most appropriate therapeutic intervention for their patients [Kasari et al., 2013]. One of these challenges is the scarcity of valid, well-researched assessment tools, particularly for minimally verbal individuals with ASD [Kasari et al., 2013; Plesa Skwerer et al., 2016]. Standardised assessment protocols are often not appropriate for use with minimally verbal individuals on the autism spectrum, who may not perform well under standardised testing conditions [Kasari et al., 2013]. Kasari et al. [2013] recommend utilising a combination of standardised and experimental measures to assess the individual's medical history, speech sound production, language skills, social behaviours, repetitive behaviours/restricted interests, nonverbal cognitive ability, and their imitation, intentional communication and play abilities. Research has indicated that involving parents in the assessment, goal selection and intervention process leads to improved outcomes and generalisation of skills [Aldred, Green, Adams, 2004; McKean, Phillips, Thompson, 2012]. Therefore, it is important that clinicians take into account family priorities and their capacity to access and utilise services.

The following single case study aims to describe the speech and language assessment and intervention of a minimally verbal seven-year-old boy with a diagnosis of autism spectrum disorder.

Practical application of therapeutic treatments with a minimally verbal child with ASD – a case study

Birth and developmental history

The boy (referred to as JC for the purposes of this study) was born in 2012 and is presently 7 years old. He is the only child of multilingual Polish-speaking parents, and currently attends school in an education support unit in Australia. JC's family report that English is the primary spoken language in the home environment, and makes up approximately 75% dialogue, with the remaining 25% being spoken in Polish. There is no significant family history of ASD reported. JC was born at 39 weeks' gestation following a healthy pregnancy, and there were nil concerns regarding the acquisition of early developmental milestones. JC was reportedly smiling by 6 weeks, crawling by 9 months and walking by 12 months. He had developed some single words by 2 years and was reportedly combining up to 3 words to create

simple sentences (i.e. “daddy look truck”). At approximately 2.5 years age, JC’s parents noted a change in his behaviour, including an increase in aggression, the development of repetitive behaviours and a regression of language skills. At 2 years, 8 months, JC was referred to be assessed for autism spectrum disorder by a senior social worker following concerns about his overall delays. At 3 years old, he was formally assessed using the Autism Diagnostic Observation Schedule-2 (ADOS-2), which was administered in English, where JC was found to meet the requirements of level 3 deficits in social communication, and level 2 deficits in restricted-repetitive behaviours as outlined in the DSM-5TM.

Assessments

JC has been receiving consistent 1.5 hour weekly speech pathology intervention for the past two years. After being referred to receive therapy services in 2017, at age 5, JC’s family were interviewed by the SLP to gain insights into his developmental history, family priorities and current levels of functioning. The interview included questions pertaining to family dynamics; JC’s developmental, medical and social history; previous intervention and its effectiveness; JC’s strengths, motivators and interests; and specific family goals and concerns related to self-care, mobility, communication, socialisation, learning and self-management. JC’s ASD diagnostic report was forwarded to the SLP for review and was used to gather additional information relating to these areas. JC was then observed within both a clinical and home setting, where he had access to a range of toys, for informal observation of his natural play skills, the presence of repetitive behaviours and restricted interests (RBRI), language production, oral motor skills (focusing on the presence of speech sound errors) and social communication preferences. JC’s parents also completed the Vineland Adaptive Behaviour Scales – Third Addition, to assess his communication skills, socialisation, daily living skills and motor development.

These clinical observations and parent reports indicated that, at the time of assessment, JC had a limited verbal repertoire, consisting of four words, “bubble”, “mum”, “dad” and “no”. Two of these were produced as approximates, with some speech sound errors (“Mummu” [mʌmʊ], “Daddu” [dædʊ] for “mum” and “dad”). JC’s speech was highly echolalic, which allowed the speech pathologist to assess his phonology within some single word utterances. He presented with a range of delayed phonological error processes including stopping, fronting, cluster reduction, reduplication and weak syllable deletion. Errors were inconsistent across trials and JC had difficulty producing multisyllabic words, suggesting the possible presence of motor planning deficits (such as in Childhood Apraxia of Speech). All oral motor structures were observed to be intact with nil signs of physical weakness. JC was independently ambulant, and was able to complete most gross motor tasks without support.

JC presented with severely limited play skills, earning a v-scale score of 5 in the Vineland-3 for play and leisure. His movements and actions with objects were highly

stereotyped and predominated by the repetitive tapping of objects onto surfaces. JC required support from his parents within some activities of daily living, including dressing, cutlery use, showering and toileting. JC's preferred mode of communication was leading others to a desired item and pointing to or reaching for the item. In the event that JC was not able to access a desired item or communicate his wants, needs or feelings effectively, he had the propensity to become physically or verbally aggressive by pushing, hitting or biting others; or by shouting, yelling, or crying "no". JC's parents were well engaged with therapy services, however had some degree of difficulty communicating with the assessing SLP, as English is their non-dominant language. JC's family priorities at the time of assessment were to improve his communication skills and reduce the frequency and intensity of his RBRI. Specifically, JC's family wished to improve his verbal communication to include single-word requests, to improve his play skills to replace RBRI and to improve his social engagement with peers.

Detailed description of treatments

Following these assessments, the SLP developed a therapy program that aimed to target specific areas of deficit and focused on developing skills that were flagged as priorities for the family. Therapy was conducted within the home environment with JC's mother present, and utilised, where possible, objects within the home that JC would have ongoing access to, in an attempt to encourage generalisation of skills learned during therapy. Within sessions, activities were modelled to JC's mother, and she was encouraged to join in, allowing the SLP to observe interactions and provide feedback. A combined treatment approach was employed within the program, combining theories of Applied Behavioural Analysis (ABA) and Hanen to suit the needs of the family. Additional treatment protocols were also utilised to target specific areas of deficit, such as the Nuffield Dyspraxia Program, to improve JC's phonology; and core language interventions to promote functional AAC use. The theories underpinning ABA, including the consistent use of highly structured tasks, motivators and token charts to shape pro-social behaviours and teach concepts were employed within the majority of therapy activities.

Play skills

Theoretical rationale

Play skills represent an integral part of developing pre-language skills, improving comprehension and reducing the frequency and intensity of RBRI [Jung, Sainato, 2013], which was identified as a priority for JC's family. The play skills of individuals with ASD are often skewed by the presence of RBRI [Blanc et al., 2005; Holmes, Willoughby,

2005]. The development of play skills allows for the facilitation of social and communicative interactions with peers, and hence it is targeted to provide a scaffold for the development of early social skills [Jung, Sainato, 2013]. Theories of incidental teaching, specifically following the child's lead and using items within JC's home environment, were utilised within therapy to improve the likelihood of generalisation of skills [Warren, Kaiser, 1986]. Imitation, a critical skill in the development of cognitive and social skills, was utilised by the therapist to target the development of JC's play skills and other therapy goals. Play-based tasks involved family members, which allowed the therapist to provide ongoing modelling and feedback to JC's caregivers.

Initial measures

Upon initial assessment, JC presented with poor imitation skills as well as reduced functional play skills (understanding of common actions with objects). Initial measures found that JC was able to imitate actions with common objects (stirring a spoon, pushing a car and feeding a puppet) at 50% accuracy with gestural and verbal clinician prompting.

Treatment approaches

For JC, early play skills focused on the development of causal relationships with objects, and included a strong focus on developing play skills through imitation. Where possible, the SLP followed JC's lead to shape appropriate play skills with items that JC showed an interest in. Play skills were presented in a scaffolded and highly predictable manner, and focused on the use of a token chart and tangible motivators. The initial motivators included access to desired items, paired with social praise following completion of the task (following the theories of ABA). As the number of trials increased, access to tangible motivators was slowly phased down, with social praise remaining the core motivating factor for completion of therapy tasks. The purpose of reducing external motivators was to increase intrinsic motivation and shape prosocialisation. Play skills were modelled with cause-and-effect toys (such as push-button plush toys, wind up cars and sound effect books/toys). Later play skills included basic turn taking (e.g. rolling a ball between the SLP and JC) and imitation of actions-with-objects (e.g. pushing a car, stacking blocks, drinking from a cup). For each trial, the SLP provided JC with an initial physical model of the target play skill, before handing him the object and giving him a verbal prompt "show me" or "your turn". Play skills were assessed quantitatively in terms of the number of trials imitated successfully (and at what level of prompting).

Outcome measures

Data from JC's most recent therapy sessions indicate that JC has mastered and surpassed the imitation of functional play, and has progressed to social play routines. Within sessions, JC frequently initiates social play (hide and seek and chasey), and

is able to take turns with one other person within structured cause-and-effect games at 80% accuracy with gestural and verbal prompting. JC's family have reported moderate decreases in the frequency and intensity of JC's RBRIs.

Receptive language and relational frame theory

Theoretical rationale

Language deficits are widely reported within individuals with ASD [Paul et al., 2013]. Receptive language is considered to be a foundational skill for the development of expressive language, and is related to the functional comprehension of verbal instructions [Bloom, 1974]. Relational Frame Theory (RFT) proposes that language and thinking result from an ability to create links between stimuli [Murphy, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, 2005]. Research indicates that children with autism often possess deficits in their ability to create links between language (verbal and non-verbal) and experiences [Sundberg, Michael, 2001; Murphy, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, 2005]. For example, a child may be able to request (mand) an item, but may have difficulty with labelling (tact) the same item. Research suggests that RFT can be embedded within therapy to improve language skills and the development of theory of mind in individuals with ASD [Sundberg, Michael, 2001; Barnes-Holmes, McHugh, Barnes-Holmes, 2004].

Initial measures

At the onset of therapy, JC was able to identify real-life pictures of common language targets (animals, colours, shapes) out of a field of view of two at 50% accuracy. He was able to follow functional one-step instructions (open the door) when the instruction was paired a gestural prompt at 60% accuracy. He was able to match 3D objects to each other at 20% accuracy.

Treatment approaches

Early receptive language targets included body parts, household items, animals, colours and shapes. Receptive language targets were presented visually; initially as real life pictures and then as symbolic representations. Language targets were taught relationally where possible, following the Relational Frame Theory. The early developing relational frame of coordination was targeted within sessions, and included matching 3D objects to each other, matching 2D pictures to 3D objects, matching objects of similar colours and making paired associations with items (e.g. sorting animals into land based or ocean based). JC's comprehension was also targeted through the use of single-step instructions. Single step instructions progressed from demonstration of basic verbs (i.e. "jump", "wave", "stomp"), to pointing within single-step

instructions (i.e. “point to the horse”, “point to the circle”), the introduction of information carrying units (i.e. “show me the blue house”), and, finally, single-step instructions including travel (i.e. “touch the door”, “go to the fridge”) to also target working memory. As skills progressed, an increased number information carrying units were embedded into instructions, and instructions were extended to include multiple steps. Where possible, functional instructions were included as therapy targets to increase generalisation of skills into natural contexts. For example, “put your shoes away”, “put it in the bin” and “open the door” were requested as targets by JC’s family to improve his independence within activities of daily living. Quantitative data was recorded within therapy, with each trial yielding a correct, incorrect or prompted response, and 10 trials of each goal conducted per session.

Outcome measures

JC’s comprehension of single words has developed to 80% accuracy with symbolic representations of common vocabulary targets when presented within a field of view of three. JC is able to follow a broader range of single-step instructions, including “put on your shoes”, “open the door”, “feed the dog”, “put this away”, “sit down”, “stand up” and “come here” at 80% accuracy with no support. JC progressed from matching 3D objects to making paired associations with objects at 100% accuracy with no support.

Expressive language/phonology

Theoretical rationale

One common treatment approach when working with individuals with phonological disorders including Childhood Apraxia of Speech is the Nuffield Dyspraxia Program [Williams, Stephens, 2004; Williams, McCleod, McCauley, 2010]. When working with individuals with severe phonological errors, the Nuffield Dyspraxia Program recommends utilising a “bottom-up approach” where single sounds are targeted first, beginning with early developing consonants, vowels and CV words before progressing to later developing sounds and multisyllabic words. The principles of motor learning including massed practice, distributed practice and explicit feedback may also be embedded within therapy to improve treatment outcomes [Murray, McCabe, Mallard, 2015].

Initial measures

Early assessment of JC’s phonological production using the Fisher Atkin Articulation Survey indicated that he presented with a significantly reduced and he was stimulable for the following consonants in isolation: /m/, /n/, /d/, /b/, /f/, /s/, /sh/ and /w/. His

speech was characterised by a range of delayed phonological error processes including stopping, fronting, cluster reduction, reduplication and weak syllable deletion. These errors were highly inconsistent, indicating the possible presence of a motor planning deficit, such as Childhood Apraxia of Speech (CAS).

Treatment approaches

Initial targets included the imitation of single sounds to improve consistency of production (initial speech sound targets were /m/, /p/, /t/, /n/ and /b/), followed by single-syllable, consonant-vowel structured words. Visual cues and biofeedback were used to elicit each phoneme and encourage clear production of speech. In addition to early sound targets, simple functional words were included as targets within speech sound practice, and included “go”, “help”, “more”, “no” and “bye”. These were included as both massed practice targets and within natural contexts (i.e. requesting more of a desired item) to encourage functional use of language and the generalisation of skills. Again, progress was recorded quantitatively, with each attempt to produce individual phonemes and words being recorded as correct, incorrect or prompted within sessions.

Outcome measures

JC has made slow but consistent gains within this domain, and is able to produce the majority of age-appropriate consonants in isolation and in single-syllable CV words at 100% accuracy. Current therapy targets are for JC to produce these consonants in VC structured words, which he is currently able to do at 40% accuracy. JC consistently produces functional core language targets in appropriate contexts including “more”, “go”, “no”, “mummy”, “daddy”, “buddy” and “help” with gestural prompting.

Joint and shared attention

Theoretical rationale

Joint and shared attention is a common core underlying deficit within children with ASD, and is theoretically proposed as a prerequisite for the acquisition of language [Bono, Daley, Sigman, 2004]. Some research suggests that joint attention skills are also related to the development of Theory of Mind [Camaioni et al., 2004; Cochet et al., 2017]. It is important that clinicians distinguish between the differing joint attention functions when measuring progress within therapy. Imperative triadic exchanges are function to request objects, whilst declarative triadic exchanges serve to share awareness of an event or object [Charman, 2003]. Both of these acts are impaired in individuals with ASD, however impairments to the development of declarative exchanges are more severe.

Initial measures

At the time of assessment, JC had already developed some early joint attention skills, and was able to follow a finger point to identify an object from a choice of two when it was in reach of him (within 30 cm). JC was able to attend to shared task for less than 5 seconds without engaging in RBRI.

Treatment approaches

Initial therapy targets included improving JC's development of sustained attention within a shared activity (such as whilst sharing a book with an adult) and his ability to follow a finger point or eye-gaze across the room to gain access to a desired object. To target JC's ability to follow others' declarative triadic exchanges, the SLP hid desired items or tokens around the room, and then pointed or looked towards where the items were hidden. As JC's accuracy improved, targets were moved further away, and finger-points and eye gazes were made more subtle. As JC's receptive joint attention skills developed, the SLP attempted to elicit the initiation of joint attention skills by placing desired items within sight but out of reach (to elicit an imperative triadic exchange). For these trials, the goal was for JC to initiate a co-ordinated finger point or eye gaze between himself and the SLP, or between himself and his caregivers. Trials were recorded as not initiated by JC, prompted or initiated independently for each trial. To improve his sustained attention within shared activities, timers were used and increased by intervals of 5 seconds within tasks, with him receiving a token for attending to the task for the allotted amount of time.

Outcome measures

Data from recent therapy sessions indicates that JC consistently follows others' eye gaze to collect objects up to 2 meters away. He is able to initiate a coordinated triadic imperative exchange (using a finger point) to request items that are out of his reach at 70% accuracy without any prompting from others. JC is able to attend within a shared activity with caregivers and clinicians for up to 30 seconds without engaging in RBRI.

AAC use

Early assessments of JC's speech and language skills indicated that he had a very limited vocabulary, a severe phonological delay that reduced his speech intelligibility, and highly echolalic speech. These language and speech difficulties resulted in poor autonomy and meant that he was unable to communicate the majority his needs, wants and feelings to others. These difficulties also led to high levels of frustration and the development of some oppositional and anti-social behaviours. AAC devices are well researched to have a high efficacy in supporting minimally verbal

individuals to communicate with others. Throughout therapy, a range of AAC devices have been trialled and implemented for use with JC. These include the Picture Exchange Communication System (PECS), communication boards and has recently involved a trial of high technology assistive technology systems with communication software (the Liberator Rugged 7 with TouchChat – WordPower 25). An application for the purchase of one such device is currently underway. AAC intervention included the use of core language targets within therapy to promote functional communication and the generalisation of core, rather than fringe, vocabulary [Snodgrass, Stoner, Angell, 2013].

Conclusions and recommendations

Speech and language pathologists play a vital role in the assessment and intervention of individuals with ASD. There are a number of well-researched, efficacious intervention approaches and programs that may be utilised by SLPs when working with this cohort. The current study described the specific assessments and therapy approaches used by one SLP in treating a minimally verbal child with ASD. It aimed to describe the process of selecting therapy targets and intervention programs to support the individual needs of the client and his family, following a family-centred approach. This study revealed that the use of several treatment approaches is often required to meet the needs of each individual. The current single case-study presents a range of limitations, and the data of only one participant is not sufficient to draw conclusions regarding the effectiveness of therapy within a wider population.

Presently, research into the selection and combination of intervention approaches is greatly limited. The selection of an intervention program is often left for the SLP to decide, and currently no standardised screening tools or protocols exist to support clinicians in selecting the most appropriate intervention program for patients, within the context of family-centred practices. Further research regarding the standardised selection of speech and language pathology intervention programs, utilising family-centred practices, is required to ensure that clinicians are consistent in providing the highest quality of healthcare to individuals on the autism spectrum.

References

- Aldred C., Green J., Adams C., 2004, *A new social communication intervention for children with autism: Pilot randomized controlled treatment study suggesting effectiveness*, "Journal of Child Psychology and Psychiatry", vol. 45(8), pp. 1420–1430.
- American Psychiatric Association, 2013, *Diagnostic and statistical manual*, 5th ed., Washington: APA.
- Baio J., Wiggins L., Christensen D.L., Maenner M.J., Daniels J., Warren Z., Durkin M.S., 2018, *Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014*, "MMWR Surveillance Summaries", vol. 67(6), pp. 1–23.
- Bal V.H., Katz T., Bishop S.L., Krasileva K., 2016, *Understanding definitions of minimally verbal across instruments: Evidence for subgroups within minimally verbal children and adolescents with autism spectrum disorder*, "Journal of Child Psychology and Psychiatry", vol. 57(12), pp. 1424–1433.
- Barnes-Holmes Y., McHugh L., Barnes-Holmes D., 2004, *Perspective-taking and Theory of Mind: A relational frame account*, "The Behavior Analyst Today", vol. 5(1), pp. 15–25.
- Blanc R., Adrien J.-L., Roux S., Barthélémy C., 2005, *Dysregulation of pretend play and communication development in children with autism*, "Autism", no. 9, pp. 229–245.
- Bloom L., 1974, *Talking, understanding, and thinking: Developmental relationship between receptive and expressive language*, <https://academiccommons.columbia.edu/doi/10.7916/D88S4VMC> (accessed: 20.02.2019).
- Bono M.A., Daley T., Sigman M., 2004, *Relations among joint attention, amount of intervention and language gain in autism*, "Journal of Autism and Developmental Disorders", vol. 34(5), pp. 495–505.
- Bott C., Farmer R., Rohde J., 1997, *Behaviour problems associated with lack of speech in people with learning disabilities*, "Journal of Intellectual Disability Research", vol. 41(1), pp. 3–7.
- Brignell A., Chenausky K.V., Song H., Zhu J., Suo C., Morgan A.T., 2018, *Communication interventions for autism spectrum disorder in minimally verbal children*, "Cochrane Database of Systematic Reviews", no. 11, https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012324.pub2/pdf/CDSR/CD012324/CD012324_abstract.pdf (accessed: 20.02.2019).
- Camaioni L., Perucchini P., Bellagamba F., Colonna C., 2004, *The role of declarative pointing in developing a theory of mind*, "Infancy", vol. 5(3), pp. 291–308.
- Charman T., 2003, *Why is joint attention a pivotal skill in autism?*, "Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences", vol. 358(1430), pp. 315–324.
- Cochet H., Jover M., Rizzo C., Vauclair J., 2017, *Relationships between declarative pointing and theory of mind abilities in 3-to 4-year-olds*, "European Journal of Developmental Psychology", vol. 14(3), pp. 324–336.
- Diehl S.F., 2003, *The SLP's role in collaborative assessment and intervention for children with ASD*, "Topics in Language Disorders", vol. 23(2), pp. 95–115.
- Drager K., Light J., McNaughton D., 2010, *Effects of AAC interventions on communication and language for young children with complex communication needs*, "Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine", vol. 3(4), pp. 303–310.
- Frost K.M., Hong N., Lord C., 2017, *Correlates of adaptive functioning in minimally verbal children with autism spectrum disorder*, "American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities", vol. 122(1), pp. 1–10.
- Ganz J.B., 2015, *AAC interventions for individuals with autism spectrum disorders: State of the science and future research directions*, "Augmentative and Alternative Communication", vol. 31(3), pp. 203–214.

- Ganz J.B., Earles-Vollrath T.L., Heath A.K., Parker R.I., Rispoli M.J., Duran J.B., 2012, *A meta-analysis of single case research studies on aided augmentative and alternative communication systems with individuals with autism spectrum disorders*, "Journal of Autism and Developmental Disorders", no. 42, pp. 60–74.
- Holmes E., Willoughby T., 2005, *Play behaviour of children with autism spectrum disorders*, "Journal of Intellectual & Developmental Disability", no. 30, pp. 156–164.
- Howlin P., Magiati I., 2017, *Autism spectrum disorder: Outcomes in adulthood*, "Current Opinion in Psychiatry", vol. 30(2), pp. 69–76.
- Huang C.Y., Yen H.C., Tseng M.H., Tung L.C., Chen Y.D., Chen K.L., 2014, *Impacts of autistic behaviors, emotional and behavioral problems on parenting stress in caregivers of children with autism*, "Journal of Autism and Developmental Disorders", vol. 44(6), pp. 1383–1390.
- Iadarola S., Pérez-Ramos J., Smith T., Dozier A., 2019, *Understanding stress in parents of children with autism spectrum disorder: a focus on under-represented families*, "International Journal of Developmental Disabilities", vol. 65(1), pp. 20–30.
- Jung S., Sainato D.M., 2013, *Teaching play skills to young children with autism*, "Journal of Intellectual and Developmental Disability", vol. 38(1), pp. 74–90.
- Kasari C., Brady N., Lord C., Tager-Flusberg H., 2013, *Assessing the minimally verbal school-aged child with autism spectrum disorder*, "Autism Research", vol. 6(6), pp. 479–493.
- McKean K., Phillips B., Thompson A., 2012, *A family-centred model of care in paediatric speech-language pathology*, "International Journal of Speech-Language Pathology", vol. 14(3), pp. 235–246.
- Moss P., Mandy W., Howlin P., 2017, *Child and adult factors related to quality of life in adults with autism*, "Journal of Autism and Developmental Disorders", vol. 47(6), pp. 1830–1837.
- Murphy C., Barnes-Holmes D., Barnes-Holmes Y., 2005, *Derived manding in children with autism: Synthesizing Skinner's verbal behavior with relational frame theory*, "Journal of Applied Behavior Analysis", vol. 38(4), pp. 445–462.
- Murray E., McCabe P., Ballard K.J., 2015, *A randomized controlled trial for children with childhood apraxia of speech comparing rapid syllable transition treatment and the Nuffield Dyspraxia Programme – Third Edition*, "Journal of Speech, Language, and Hearing Research", vol. 58(3), pp. 669–686.
- Paul R., Campbell D., Gilbert K., Tsiouri I., 2013, *Comparing spoken language treatments for minimally verbal preschoolers with autism spectrum disorders*, "Journal of Autism and Developmental Disorders", vol. 43(2), pp. 418–431.
- Pickles A., Anderson D.K., Lord C., 2014, *Heterogeneity and plasticity in the development of language: A 17-year follow-up of children referred early for possible autism*, "Journal of Child Psychology and Psychiatry", vol. 55(12), pp. 1354–1362.
- Plesa Skwerer D., Jordan S.E., Brukilacchio B.H., Tager-Flusberg H., 2016, *Comparing methods for assessing receptive language skills in minimally verbal children and adolescents with autism spectrum disorders*, "Autism", vol. 20(5), pp. 591–604.
- Rieske R.D. (ed.), 2019, *Handbook of Interdisciplinary Treatments for Autism Spectrum Disorder*, Switzerland: Springer.
- Sandbank M., Bottema-Beutel K., Crowley S., Cassidy M., Dunham K., Feldman J.I., Woynaroski T.G., 2020, *Project AIM: Autism intervention meta-analysis for studies of young children*, "Psychological Bulletin", vol. 146(1), pp. 1–29.
- Self T.L., Coufal K., Parham D.F., 2010, *Allied healthcare providers' role in screening for autism spectrum disorders*, "Journal of Allied Health", vol. 39(3), pp. 165–174.
- Snodgrass M.R., Stoner J.B., Angell M.E., 2013, *Teaching conceptually referenced core vocabulary for initial augmentative and alternative communication*, "Augmentative and Alternative Communication", vol. 29(4), pp. 322–333.

- Sundberg M.L., Michael J., 2001, *The benefits of Skinner's analysis of verbal behavior for children with autism*, "Behavior Modification", vol. 25(5), pp. 698–724.
- Tager-Flusberg H., Kasari C., 2013, *Minimally verbal school-aged children with autism spectrum disorder: The neglected end of the spectrum*, "Autism Research", vol. 6(6), pp. 468–478.
- Vismara L.A., Rogers S.J., 2008, *The Early Start Denver Model: A case study of an innovative practice*, "Journal of Early Intervention", vol. 31(1), pp. 91–108.
- Warren S.F., Kaiser A.P., 1986, *Incidental language teaching: A critical review*, "Journal of Speech and Hearing Disorders", vol. 51(4), pp. 291–299.
- Williams A.L., McLeod S., McCauley R.J., 2010, *Interventions for Speech Sound Disorders in Children*, Baltimore: Brookes Publishing Company.
- Williams P., Stephens H., 2004, *Nuffield dyspraxia programme*, Windsor: The Miracle Factory.
- World Health Organization, 2007, *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY*, Geneva: WHO.
-

Abstract

Speech and language pathologists have an important role to play in the treatment of individuals with Autism Spectrum Disorder. There exists a large body of evidence regarding the efficacy of assessment protocols and treatment approaches for individuals with ASD. There is an ever-growing need for clinicians to adopt holistic, family-centred clinical practices, and this is particularly important within ASD, where clinical presentations are often varied. This study described the assessments and intervention programs used by one SLP in the treatment of a minimally verbal seven-year-old male with a diagnosis of autism spectrum disorder. It found that the utilisation of multiple treatment programs may be required within therapy to provide individuals on the autism spectrum with high-quality, family-centred intervention. Further research into the development of clinically standardized procedures for selecting speech pathology interventions to promote client-centred practices is recommended.

Streszczenie

Logopedzi odgrywają ważną rolę w leczeniu osób ze spektrum zaburzeń autystycznych. Istnieje wiele dowodów świadczących o skuteczności diagnozy i metod leczenia osób z ASD. Wciąż obserwuje się rosnącą potrzebę przyjęcia całościowych praktyk klinicznych, dostosowanych do indywidualnych potrzeb dziecka i jego rodziny, co jest szczególnie ważne w przypadku ASD, gdzie objawy kliniczne są często zróżnicowane. W artykule przedstawiono zagadnienie diagnozy i terapii stosowanej w leczeniu prawie niemówiącego 7-letniego chłopca z rozpoznaniem spektrum zaburzeń autystycznych. Zwrócono jednocześnie uwagę, że w ramach terapii konieczne może okazać się łączenie wielu metod leczenia, by zapewnić optymalną rehabilitację osobom z ASD. Zalecane są dalsze badania nad opracowaniem klinicznie ustandaryzowanych procedur wyboru metod terapii logopedycznej w celu promowania praktyk skoncentrowanych na chorym.

Anna Siudak* , Ewa Bielenda-Mazur** 

Neurorozwojowy wymiar gestu wskazywania palcem – rozwój i stymulacja

Neurodevelopmental dimension of the pointing gesture
– significance and therapy

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

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

Wprowadzenie

Późna diagnostyka zaburzeń rozwoju indukowana jest częstokroć nieznaną normą i praw rządzących rozwojem neurotypowym. Nieskuteczna terapia wynika natomiast najczęściej z braku świadomości korelacji pomiędzy językiem, poszczególnymi funkcjami poznawczymi oraz sprawnościami, na przykład motorycznymi. Przyglądając się podczas wieloletniej pracy terapeutycznej i diagnostycznej dzieciom, których trajektoria rozwoju przebiega neurotypowo oraz dzieciom z zaburzeniami rozwoju, nie sposób nie zauważyć pierwszych symptomów nieprawidłowości, które na wczesnych etapach życia objawiają się zazwyczaj brakiem sprawności, nie zaś zachowaniami naddatkowymi. Dostępna literatura przedmiotu, zarówno polsko-, jak i obcojęzyczna, wnikliwie referuje badania, które stanowić powinny kanwę dla planowania postępowania rewalidacyjnego w przypadku wystąpienia choćby najmniejszych zakłóceń rozwoju. Co więcej, wdrożenie oddziaływań terapeutycznych musi mieć miejsce jak najwcześniej, istnieje wówczas realna szansa na zniwelowanie nieprawidłowości.

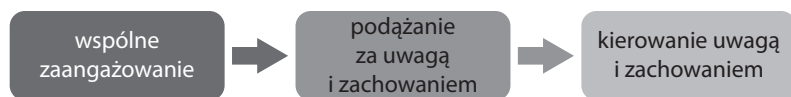
* Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie, Instytut Filologii Polskiej, Katedra Logopedii i Zaburzeń Rozwoju, ul. Podchorążych 2, 30-084 Kraków, e-mail: anna.siudak@up.krakow.pl, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1986-9078>.

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

Niezwykle ważne jest rozpowszechnianie informacji na temat stymulacji i terapii dziecka, pojmowanej jako zespół usystematyzowanych oddziaływań, mających na celu wywołanie określonych umiejętności. Zarówno diagnoza, jak i terapia muszą odwoływać się do porządku nabywania sprawności, opartego na modelu rozwojowym. Jedynie odtworzenie etapów ujawniających się w rozwoju normatywnym umożliwia właściwe ukierunkowanie zaburzonego rozwoju. Właśnie „zidentyfikowanie wcześniejszych predyktorów późniejszej diagnozy jest istotne dla wczesnej interwencji” [Johnson, de Haan, 2018, s. 66; por. Korendo, Bielenda, 2018], umożliwia bowiem rozpoczęcie oddziaływań terapeutycznych, zanim dojdzie do spotęgowania cech rozwoju zaburzonego przez patologiczne interakcje ze środowiskiem, a w konsekwencji zmienia trajektorię rozwoju.

Gest wskazywania palcem jako zdobycz rewolucji dziewiątego miesiąca

Jedną z istotnych diagnostycznie umiejętności pojawiających się w wieku niemowlęcym jest komunikacyjny gest wskazywania palcem (GWP). Bazuje on na wspólnym zaangażowaniu i zdolności podążania za uwagą i zachowaniem innej osoby. Najczęstsza kolejność wyłaniania się wspomnianych umiejętności przebiega następująco [zob. Bielenda-Mazur, Siudak, 2019]:



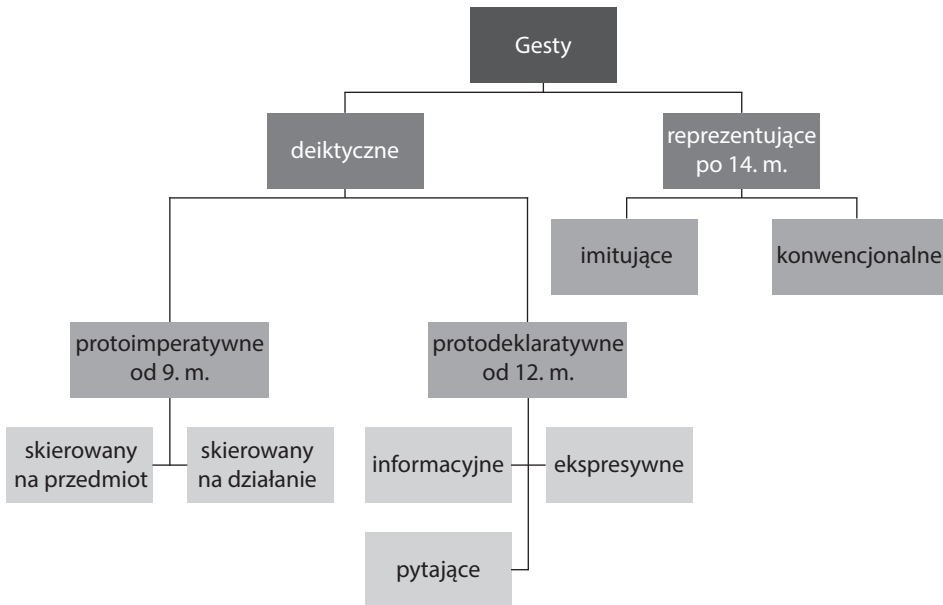
Rysunek 1. Społeczne podstawy kształtowania się gestu wskazywania palcem

Źródło: opracowanie własne na podstawie Tomasello, 2002, s. 91.

Agnieszka Lasota, powołując się na liczne badania i taksonomie dotyczące rodzajów gestykulacji we wczesnym dzieciństwie [zob. Lasota, 2010; 2015], prezentuje typologię, w myśl której gesty dziecięce podzielić można na deiktyczne i reprezentujące. W zakresie gestów deiktycznych (wskazujących) wyróżnia gesty wskazywania (palcem, ręką), pokazywania przedmiotów, podawania ich oraz gesty służące upominaniu się o działanie. W rozwoju neurotypowym ujawniają się one między 9. a 13. miesiącem życia [por. Cieszyńska-Rożek, 2013]. Charakter gestów zmienia się w toku rozwoju: w początkowej fazie (9. miesiąc) występują one jedynie w wersji protoimperatywnej (nakazowej) – są nastawione na osiągnięcie celu – na przykład posiadania przedmiotu, nakłonienia rodzica do podania obiektu, wykonania określonego działania. Około 12. miesiąca życia pojawia się gest protodeklaratywny, który jest swoistym komentowaniem rzeczywistości – nastawiony na nakłonienie odbiorcy do zwrócenia uwagi na jej element. Lasota [2010; 2015] wyróżnia gesty imperatywne skierowane na przedmiot (wskazywanie przedmiotu, który dziecko

chce otrzymać) i skierowane na działanie (podniesienie rąk, by rodzic podniósł dziecko, stukanie ręką o krzesło, by rodzic na nim usiadł). Gesty deklaratywne dzieli zaś na informacyjne (dziecko chce, by dorosły dowiedział się, czym ono się interesuje) i ekspresywne, empatyczne (dziecko chce, by dorosły dzielił z nim emocje związane z przedmiotami, sytuacjami i działaniami) oraz gesty pytające (dziecko domaga się komentarza).

Oprócz gestykulacji deiktycznej w rozwoju pojawia się również gestykulacja reprezentująca (symboliczna, odniesieniowa) wyrażona w postaci układów ruchów rąk, ciała, specyficznej mimiki, do których przywiązane są znaczenia. Pojawia się ona po 14. miesiącu życia i jest uwarunkowana kulturowo. Składają się na nią gesty prezentujące (imitujące) działanie (np. poruszanie rękami przypominające lecący samolot, ruch podczas pływania) oraz gesty konwencjonalne (np. zaprzeczający i potakujący ruch głowy) [Lasota, 2015].



Rysunek 2. Gesty w ontogenezie

Źródło: opracowanie własne na podstawie Lasota, 2010; 2015.

Pojawiające się w komunikacji dziecka z otoczeniem gesty są wynikiem rozwoju motorycznego, poznawczego i społecznego [zob. Bielenda-Mazur, Siudak, 2019], podstawę umiejętności zarówno uczenia się języka, jak i opanowywania wyrafinowanych kompetencji społecznych stanowi zaś wyostrzona zdolność ludzka do koordynowania uwagi z partnerem społecznym [Mundy, Newell, 2007]. Wczesne przyswajanie języka opiera się na zdolności do wspólnej uwagi, dzięki której dziecko w nieustrukturalizowanych sytuacjach łączy formę akustyczną (słowo) z jej desygnatem (obiektem).

Z badań wynika, że częste dzielenie wspólnej uwagi, w znacznej mierze inicjowane przez rodziców, przyczynia się do szybszego przyswajania języka [zob. Białecka-Pikul, Stępień-Nycz, Karwala, 2014], dziecko szybciej przyswaja zaś nazwy przedmiotów, którymi się zainteresowało, niż te, którymi próbuje zainteresować je dorosły¹.

Konsekwencje braku wystąpienia GWP

Literatura przedmiotu i doświadczenia kliniczne wskazują, że GWP i pole wspólnej uwagi są bardzo istotnymi markerami rozwoju. Komunikacyjny gest wskazywania palcem zwykle samoistnie nie pojawia się u dzieci autystycznych, w przypadku osób z zespołem Aspergera występuje najczęściej jedynie gest protoimperatywny, brak natomiast gestu protodeklaratywnego [por. Baron-Cohen, 1989; Charman, 2003; Kondo, 2013; Watson i wsp., 2013]. Badania Allison Bean Ellawadi i Susan Ellis Weismer z 2014 roku wykazały, że większość dzieci z autyzmem kierowała swoją uwagę i wskazywała obiekty palcem (bez nawiązywania pola wspólnej uwagi z dorosłym) nawet wtedy, gdy zostawała sama w pomieszczeniu (gest *point*). U części tych dzieci nie występowały natomiast gesty o charakterze rozkazującym/nakazowym (gest *give*) ani oznajmująco-pytającym (gest *show*), za pomocą których dziecko zwraca się do dorosłego z pytaniem o obiekt lub chęcią pokazania mu obiektu [Bean Ellawadi, Ellis Weismer, 2014, s. 524–534]. Ponadto badania Donny Thal i Stacy Tobias wykazały, że dzieci o niższych kompetencjach językowych używały mniej gestów, a gesty w ontogenezie pojawiły się u nich później [za: Lasota, 2010]. Co więcej, ilość czasu spędzanego przez matkę i dziecko we wspólnym zaangażowaniu była powiązana z wczesnymi umiejętnościami komunikacji przedwerbalnej i werbalnej. Istotny dla przesłanek terapeutycznych wydaje się również fakt, iż zakres, w jakim wypowiedzi matki odnosiły się do tego, na czym w danym momencie dziecko skupiło uwagę, był predyktorem rozwoju językowego dziecka [Carpenter, Nagell, Tomasello za Białecka-Pikul, Stępień-Nycz, Karwala, 2014].

Zdaniem Michaela Tomasella [2002] występowanie u większości spośród badanych dzieci pomiędzy 9. a 12. miesiącem życia omawianych umiejętności w sposób zsynchronizowany i skorelowany świadczy o tym, że rewolucja dziewiątego miesiąca polega na pojawieniu się pierwszych przejawów kompetencji komunikacyjnej, wyrażającej się w rozumieniu przez niemowlęta innych osób jako intencjonalnych sprawców działań.

1 Ważne jest zatem nie tylko kierowanie uwagi dziecka w stronę obiektów, na które patrzy dorosły, ale przede wszystkim podążanie za uwagą dziecka i nazywanie obiektów, na które ono patrzy.



Fotografia 1. Intencja komunikacyjna wyrażona gestem

Źródło: archiwum własne.

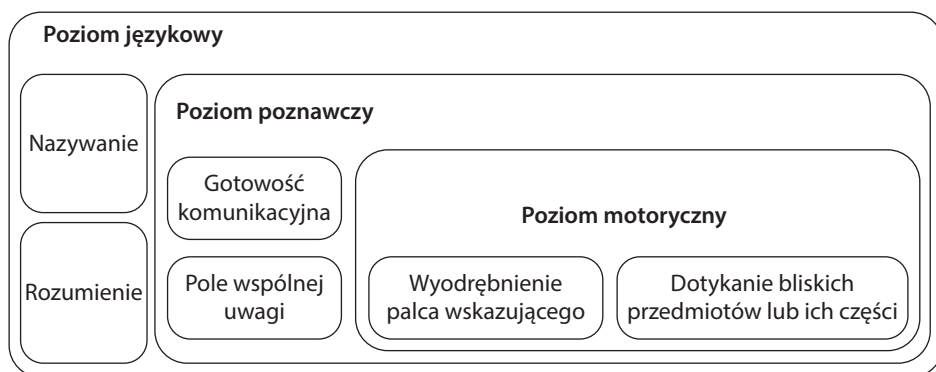
Model postępowania terapeutycznego w przypadku braku GWP

Badania dzieci w wieku 9–18 miesięcy [Mundy, Newell, 2007] wykazały, że dzieci rozwijające się normatywnie prezentują wyższy poziom odpowiadania na wspólną uwagę i inicjowania wspólnej uwagi oraz inicjowania żądań niż dzieci z grupy ryzyka opóźnienia rozwojowego. Ponadto odpowiadanie na wspólną uwagę i jej inicjowanie w 12. i 18. miesiącu „okazało się predyktorem poziomu rozwoju językowego w wieku 24 miesięcy” [Białecka-Pikul, Stępień-Nycz, Karwala, 2014, s. 55]. Liczne badania potwierdzają korelację pomiędzy zdolnością podążania za spojrzeniem i posługiwania się gestami a rozwojem językowym i społecznym na dalszych etapach [zob. Białecka-Pikul, Stępień-Nycz, Karwala, 2014]. Połączenie gestu i słowa (dziecko wskazuje na mamę i mówi *mama*) stanowi etap poprzedzający pojawienie się istotnej umiejętności – łączenia dwóch słów w wypowiedzi, która inicjuje rozwój podsystemu syntaktycznego.

Powyższe spostrzeżenia muszą zatem skutkować oddziaływaniami terapeutycznymi w sytuacji zaburzenia, zagrożenia zaburzeniem bądź zakłócenia rozwoju. Mogą również stanowić element stymulacji dziecka rozwijającego się normatywnie. W oddziaływaniach tych można wyodrębnić następujące poziomy:

- poziom 1 – stymulacja motoryczna;
- poziom 2 – stymulacja poznawcza;
- poziom 3 – stymulacja językowa.

Poziomy zwykle wzajemnie się przenikają, trudno bowiem wyobrazić sobie ćwiczenia motoryczne czy poznawcze pozbawione komentarzy werbalnych, dzięki którym dziecko budować będzie kompetencje językowe. Poziomy świadczą jedynie o przewadze umiejętności, które kształcimy podczas oddziaływań profilaktycznych czy terapeutycznych. Korelację poszczególnych etapów przedstawia Rysunek 3.



Rysunek 3. Gest wskazywania palcem jako akt komunikacji

Źródło: opracowania własne.

Poziom 1. Stymulacja motoryczna – wyodrębnianie palca wskazującego

Z neurobiologicznych badań wynika, że istnieją ściśle powiązania lokalizacyjno-funkcjonalne pomiędzy ruchową a czuciową korą mózgową. Nie jest zatem możliwy rozwój funkcji ruchowych bez bodźców czuciowych. Z tego względu pierwsze starania o wyodrębnienie palca wskazującego niezbędne do prawidłowego rozwoju GWP powinny zawierać stymulację wrażeń taktylnych², takich jak:

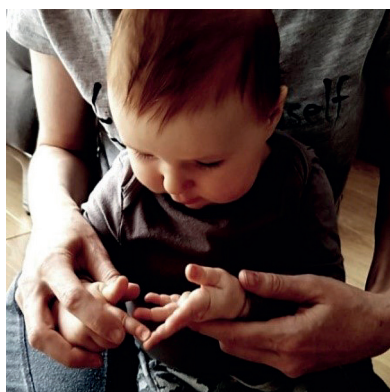
- „czesanie” paluszką szczoteczką, łaskotanie/podrażnianie dłonią, pocieranie gryzaczkami, gąbkami, ściereczkami (ważne są różne faktury);
- naciskanie paluszkiem dziecka o blat stołu, kubek, zabawki z drewna, plastiku, pluszu i innych materiałów;
- dotykanie na zmianę paluszkiem przedmiotów chłodnych/twardych (np. płytek podłogowych, ściany) oraz ciepłych/miękkich (np. poduszka, ubrania);
- dotykanie małych przedmiotów, na przykład guziczków, grochu, okruszków chleba;

² Wielu naukowców jest zgodnych, że to właśnie dotyk stał się bazą do kształtowania się pozostałych zmysłów [zob. Przezwański, 1959]. Jego znaczenie dla filogenetycznego rozwoju potwierdzają badania nad najbardziej prymitywnymi organizmami, donoszące, że reakcje na bodźce taktylne są wspólne u wszystkich zwierząt. Również badania nad prenatalnym rozwojem dzieci pokazują, że jest to modalność, która w rozwoju ontogenetycznym pojawia się jako pierwsza (jeszcze w pierwszym trymestrze ciąży) [zob. Przezwański, 1959; Siudak, 2019].

- wkładanie paluszka dziecka do pojemnika napelnionego plasteliną, piaskiem, suchym grochem, kaszą, żwirkiem itp. (ćwiczenia te wymagają obecności osoby dorosłej, należy uważać, by dziecko nie brało drobnych elementów do buzi);
- wkładanie paluszka w produkty spożywcze (do ciasta, chleba, kaszki, wody, soczku) i pozwalanie dziecku na jego oblizywanie;
- przyklejanie na paznokieć dziecka naklejki lub pomalowanie go spożywczym barwnikiem (można włożyć paluszek do soku z malin, truskawek, jagód lub buraka);
- założenie na paluszek „czapeczki”, pacynki lub owinięcie wokół niego małej szmatki;
- założenie rękawiczki z wyciętą dziurką.

Równolegle warto utrwalać ruchowy wzorzec wyprostowanego palca wskazującego poprzez:

- zabawy paluszkowe typu: *Sroczka kaszkę warzyła, Tu paluszek, tu paluszek, Gdy się palce spotykają, Auto do myjni przyjechało, bo się umyć ładnie chciało* (fot. 2);
- zabawy typu: *TIK* – dotykanie własnym palcem wskazującym paluszka dziecka (fot. 3);
- dotykanie własnego paluszka w lustrze (wariant zabawy *TIK*) (fot. 4);
- dotykanie paluszkami pozostałych paluszków (fot. 5);
- umożliwienie dziecku wkładania paluszka do otworków, kółeczek, dziurek (fot. 6);
- przygotowanie dziecku dziurek zrobionych w tekturkach, ilustracjach, książeczkach (fot. 7);
- pokazywanie dziecku ruchomych części zabawek, na przykład kółek w samochodach, części ciała itp. (fot. 8);
- pokazywanie dziecku zabawek z guziczkami do naciskania, na przykład zabawek pilotów, telefonów (fot. 9);



Fotografia 2. Zabawy paluszkowe



Fotografia 3. Zabawa typu TIK

Źródło: archiwum własne.

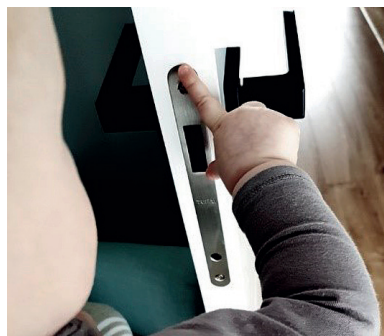


Fotografia 4. Zabawy z własnym odbiciem



Fotografia 5. Zabawy z własnym ciałem

Źródło: archiwum własne.

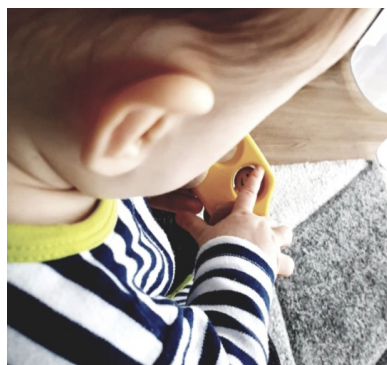


Fotografia 6. Dotykanie małych elementów



Fotografia 7. Wkładanie paluszka w otwory

Źródło: archiwum własne.



Fotografia 8. Dotykanie ruchomych elementów



Fotografia 9. Naciskanie małych elementów

Źródło: archiwum własne.

Poziom 2. Stymulacja poznawcza – pole wspólnej uwagi i gotowość komunikacyjna

Pierwszym etapem kształtowania się pola wspólnej uwagi jest ukierunkowanie zainteresowania dziecka na przedmiot, na który patrzy dorosły. W tym celu należy zwracać uwagę dziecka na przedmioty będące w bliskim otoczeniu, mogące zainteresować niemowlę, poprzez bodźce polisensoryczne: wykorzystanie światła, dźwięku, ruchu i jednocześnie pokazywanie palcem. Ćwiczenia te stanowią podstawę do stymulacji językowej (budują rozumienie), której omawiany trening nie powinien być pozbawiony. Tworzenie kontekstu, w którym dziecko będzie uczyło się znaczeń, jest istotnym etapem gotowości komunikacyjnej. Dzięki połączeniu umiejętności motorycznych i poznawczych dziecko zaczyna odkrywać znaczenia, nabywać słownictwo, rozumieć polecenia (początkowo podparte gestami, a na dalszym etapie bez ich udziału) oraz komunikować swoje potrzeby za pomocą prymarnych elementów językowych. Podczas ćwiczeń najpierw wykonujemy działanie (np. poruszamy przedmiotem, oświetlamy go), potem wskazujemy obiekt swoim palcem, a następnie palcem dziecka – procedura powtarza się przy każdym ćwiczeniu. Budowanie pola wspólnej uwagi jest jednocześnie kształceniem zdolności podążania za gestem osoby dorosłej oraz kierowania jej uwagą. Aby niemowlę zdobyło podstawy niezbędne do tych umiejętności, w codziennej zabawie można wykorzystać:

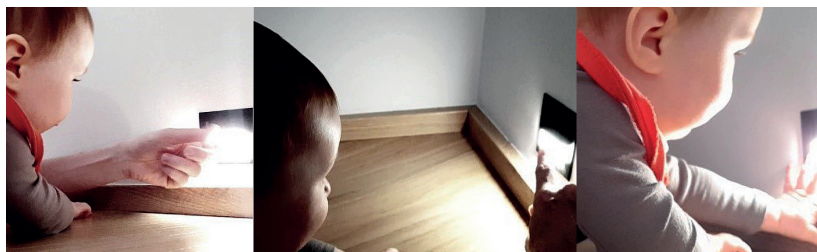
- pokazywanie paluszkami z równoczesnym nazywaniem obrazków w książeczkach lub ich fragmentów;
- układanie czerwonego kółka na ilustracji w książkach w celu zwrócenia uwagi na szczegóły;
- stukanie w elementy zabawek lub kartki tekturowych książeczek, z jednoczesnym nazywaniem: 'piłka' *bam bam*, 'auto' *brum brum*;
- skrobanie paznokciem elementów zabawek, na przykład oka misia, buzi lali, z jednoczesnym nazywaniem: *oko!*, *buzia!* (fot. 10);



Fotografia 10. Wskazywanie małych elementów (oko, buzia, nos)

Źródło: archiwum własne.

- zapalanie i gaszenie światła w celu skierowania uwagi dziecka na lampę, z jednoczesnym nazywaniem: *O, lampa!*; (fot. 11)
- wytwarzanie dźwięku lub ruchu w otoczeniu: poruszanie firanką, odsłanianie okna, naciskanie klamki, pukanie, głośne zamykanie drzwi szafy itp. i jednocześnie nazywanie przedmiotów: *O, okno! drzwi! szafa!*;
- wskazywanie małych, kontrastowych elementów w otoczeniu (fot. 12).



Fotografia 11. Wykorzystanie dźwięku, światła i ruchu w kształtowaniu pola wspólnej uwagi

Źródło: archiwum własne.



Fotografia 12. Wskazywanie bardzo małych elementów w otoczeniu (robaczek wśród kamyczków)

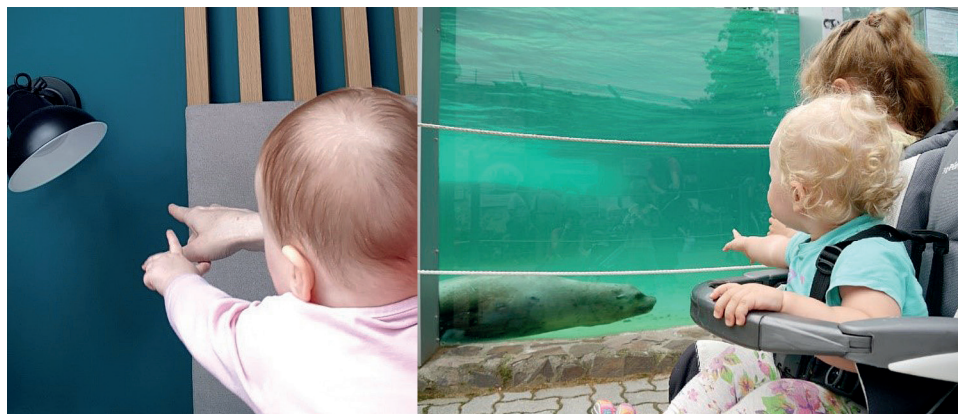
Źródło: archiwum własne.

W trakcie zabaw zaleca się stopniowe odsuwanie się od przedmiotu i zadawanie pytania (np. *Gdzie (jest) lampa?*, *Gdzie (jest) okno?*³). Świadomość, że paluszek może

3 W przypadku dzieci z trudnościami rozwojowymi, zgodnie z zasadami programowania języka [zob. Orłowska-Popek, 2017; Bielenda-Mazur, Orłowska-Popek, 2019; Orłowska-Popek, Bielenda-Mazur, 2019], zaleca się używanie zredukowanych fraz (pozbawionych orzeczenia). Jednakże w sytuacji naturalnego nabywania języka możliwe jest stosowanie prostych zdań zawierających czasownik.

wskazywać także przedmioty znajdujące się w dalszym otoczeniu, wymaga od dziecka myślenia symbolicznego, tj. rozumienia, iż może on być „przedłużeniem uwagi”. Umiejętność ta kształtuje się w późniejszym etapie, lecz można ją stymulować dodatkowo poprzez:

- zabawę w szukanie domowników – osoba trzymająca dziecko pyta: *gdzie mama? (tata/babcia/dziadzio)* i wskazuje ją palcem, gdy nazywana osoba w tym czasie woła dziecko, by zwrócić na siebie jego uwagę;
- wykorzystywanie naturalnych dźwięków w sytuacjach poza domem, na przykład zadawanie pytań na spacerze: *Gdzie (piesek) HAU HAU?*, *Gdzie (kotek) MIAU MIAU?*, *Gdzie (samolot) U-U?*, *Gdzie (auto) BRUM BRUM?*, i wskazywanie gestem źródła dźwięku;
- zwracanie uwagi na lampę, gdy jest zapalona;
- zwracanie uwagi na ludzi, drzewo, motyla i inne obiekty w ruchu wraz z pytaniem: *Gdzie pan?*, *Gdzie dzieci?*, *Gdzie drzewo?*, *Gdzie motyl?*.



Fotografia 13. Wskazywanie obiektów oddalonych (położonych bliżej i dalej)

Źródło: archiwum własne.

Jeśli dziecko nie zwraca uwagi na prezentowane elementy, zwracamy jego głowę w stronę bodźca, który znajduje się w odległości około 50–70 cm lub przy pomocy drugiej osoby kierujemy uwagę dziecka poprzez dodatkowe bodźce dźwiękowe, świetlne lub ruchowe.

Etap 3. Stymulacja językowa – rozumienie, nazywanie

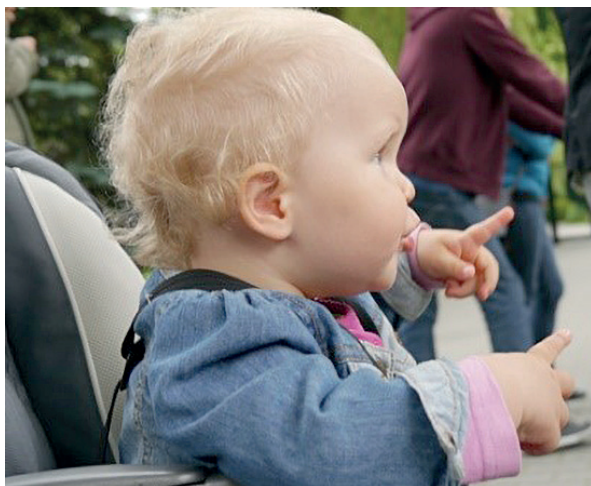
Ćwiczenia ukierunkowane wcześniej na zawiadywanie uwagę dziecka, budowanie słownika biernego są jednocześnie stymulacją audytywną, przygotowującą do pojawienia się pierwszych słów. Gest wskazywania będziemy więc ćwiczyć, kierując paluszkiem dziecka na elementy przez nas nazywane: mówimy *mama* i wskazujemy na mamę, następnie pytamy: *Kto to? Mama!* i palcem dziecka wskazujemy ją, czekając na werbalną reakcję dziecka (w przypadku braku podejmowania przez dziecko

prób w nazwaniu obiektu powtarzamy czynność). W ten sposób wskazujemy i nazywamy osoby z najbliższego otoczenia, jednocześnie nazywając je w sposób najprostszy, starając się często korzystać z wyrazów, których forma oparta jest na strukturze gaworzenia samonaśladowczego, tj. zbudowana z reduplikowanej sylaby otwartej: *mama, tata, baba, dziadzia*, bądź z dwóch sylab otwartych. Nie używamy mowy nian (zawierającej infantyлизację fonetyczną). Mówimy, wykorzystując parametry mowy matczynej, tj. nieco wyższym tonem, głośniej, wolniej oraz z nieco przesadną intonacją [zob. Milewski, 2004; Eliot, 2010]. Warto także często podążać za uwagą dziecka, wskazywać i nazywać obiekty, na które ono patrzy. Zestaw zabaw wspomagających językowe umiejętności powinien obejmować najpierw gesty protoimperatywne – skierowane na przedmiot i na działanie, później gesty protodeklaratywne – informacyjne i ekspresywne. Może on przyjąć następującą formę:

- zadawania pytania o obiekt, który dziecko lubi i z dużym prawdopodobieństwem chciałoby otrzymać, na przykład przed ulubionym posiłkiem, który jest już przygotowany, w zasięgu wzroku dziecka, pytamy: *Gdzie am, am?, Gdzie piciu?* i wskazujemy, mówiąc *tu*, gdy wskazujemy palcem dziecka, mówimy *daj* i podajemy mu obiekt; podobnie postępujemy z ulubioną zabawką dziecka, gdy na nią spogląda;
- wskazywania i nazywania przedmiotu, na którym dziecko samo skupia uwagę;
- zadawania pytań dziecku: *Gdzie (jest) piłka?, Gdzie (jest) brum brum?*, i udzielenie odpowiedzi połączonej z gestem wskazywania: *Tu!, Tu (jest) piłka!, Tu (jest) brum brum!*;
- skrobanie paznokciem elementów zabawek, na przykład oka misia, buzi lali, z jednoczesnym pytaniem: *Gdzie (jest) oko?, Gdzie (jest) buzia?* i natychmiastową odpowiedzią połączoną z gestem wskazywania: *Tu!, Tu (jest) oko!, Tu (jest) buzia!*;
- zapalanie i gaszenie światła w celu skierowania uwagi dziecka na lampę, z jednoczesnym pytaniem: *Gdzie (jest) lampa?* i natychmiastową odpowiedzią połączoną z gestem wskazywania: *Tu!, Tu (jest) lampa!*;
- wytwarzanie dźwięku lub ruchu w otoczeniu: poruszanie firanką, odsłanianie okna (*Gdzie (jest) okno?*), naciskanie klamki, pukanie (*Gdzie (są) drzwi?*), głośne zamykanie drzwi szafy (*Gdzie (jest) szafa?*) itp. i wskazywanie na obiekty z równoczesną odpowiedzią;
- pokazywanie dwóch elementów identycznych i ich nazywanie, np. *tu oko i tu oko!*;
- pokazywanie dwóch elementów odmiennych i ich nazywanie, np. *tu oko, a tu nos!*

Naturalną konsekwencją omawianych powyżej ćwiczeń jest próba samodzielnego nazywania przez dziecko osób i obiektów z otoczenia. Programowanie stałych struktur językowych (powtarzające się *Gdzie jest...?, Tu jest...!, Gdzie są...?, Tu są...!*) przyzwyczajają dziecko do stałej korelacji *pytanie → odpowiedź*, a zadawanie pytań (*Kto*

to?, Co to?) buduje konotacje, w których imperatywem staje się udzielenie odpowiedzi (np. *Mama!*, *Lampa!*, *Brum brum!*). Utrwalone struktury wypowiedzi złożonych z pytań i odpowiedzi (ważnym elementem jest tu intonacja) będą zatem pobudzać dziecko do samodzielnych realizacji, a przez to kształtować się będzie jego zdolność do werbalnej komunikacji.



Fotografia 14. Gest wskazywania palcem (właściwie oboma palcami wskazującymi naraz) towarzyszący nazywaniu obiektów w otoczeniu

Źródło: archiwum własne.



Fotografia 15. Gest ekspresyjny

Źródło: archiwum własne.

Podsumowanie

Obserwacje dzieci rozwijających się normatywnie dowodzą jednoznacznie, że gest wskazywania palcem jest koniecznym, oczekiwanym rozwojowo substratem komunikacji werbalnej. U dzieci prezentujących atypowy rozwój zauważa się brak lub opóźnienie pojawienia się GWP, co może świadczyć o braku gotowości komunikacyjnej. Tymczasem stanowi on ważny marker rozwojowy, niezbędny, by dziecko prezentujące rozwój atypowy, dostrzegło moc sprawczą komunikacji, początkowo niewerbalnej, a z czasem werbalnej. By także mogło budować język, naśladować i kooperować, czyli korzystać z pełni dobrodziejstw uczenia się społecznego, charakterystycznego dla gatunku ludzkiego. Pojawiający się samoistnie lub wywołany w toku terapii gest wskazywania palcem staje się sposobem komunikowania z otoczeniem do momentu, gdy zaczynają pojawiać się pierwsze słowa – wówczas przeistacza się w gest pomocniczy dla gestu werbalnego. Z czasem o wiele skuteczniejsza komunikacja werbalna wypiera w znacznej mierze komunikację gestową dziecka. Ta gotowość komunikacyjna, prezentowana przez zdrowe dzieci w różnych sytuacjach, najlepiej ilustruje piękno neurobiologii.



Fotografia 16. Gotowości komunikacyjna, czyli potęga neurobiologii i „zasypiający” gest wskazywania

Źródło: archiwum własne.

Literatura

- Baron-Cohen S., 1989, *The autistic child's theory of mind: A case of specific developmental delay*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry”, t. 30, nr 2, s. 285–297.
- Bean Ellawadi A., Ellis Weismer S., 2014, *Assessing gestures in young children with autism spectrum disorders*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, nr 57, s. 524–534.
- 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.
- Bielenda-Mazur E., Orłowska-Popek Z., 2019, *Strategie programowania języka w przypadku różnych zaburzeń komunikacji*, [w:] H. Pawłowska-Jaroń, E. Bielenda-Mazur, A. Siudak (red.), *Nowa Logopedia*, t. 8: *Wyzwania terapii logopedycznej*, Kraków: Collegium Columbinum, s. 43–52.
- Bielenda-Mazur E., Siudak A., 2019, *Gest wskazywania palcem w świetle doniesień neurobiologicznych*, „Logopaedica Lodziensia” 2019, nr 3, s. 21–30.
- Charman T., 2003, *Why is joint attention a pivotal skill in autism?*, „Philosophical Transactions of the Royal Society of London”, series B: „Biological Sciences”, t. 358, nr 1430, s. 315–324.
- Cieszyńska-Rożek J., 2013, *Metoda krakowska wobec zaburzeń rozwoju dzieci. Z perspektywy fenomenologii, neurobiologii i językoznawstwa*, Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- Eliot L., 2010, *Co tam się dzieje? Jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych pięciu latach życia*, Warszawa: Wydawnictwo Media Rodzina.
- Johnson M.H., Haan M. de, 2018, *Neurokognitywistyka rozwoju. Wprowadzenie*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Korendo M., 2013, *Językowa interpretacja świata w wypowiedziach osób z zespołem Aspergera*, Kraków: Centrum Metody Krakowskiej.
- Korendo M., Bielenda-Mazur E., 2018, *Neurobiologiczne reguły diagnozy i terapii neurobiologicznej*, [w:] B. Sołtysek (red.), *Progres neonatologii a postawa terapeutów wczesnego wspomagania rozwoju*, Tarnów: Wydawnictwo Tarnowskiej Szkoły Wyższej, s. 26–35.
- Lasota A., 2010, *Świat gestów i symboli w komunikacji dziecięcej*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Lasota A., 2015, *Gestykulacja dziecięca*, http://encyklopediadziecinstwa.pl/index.php/Gestykulacja_dziecięca (dostęp: 10.03.2020).
- Milewski S., 2004, *Mowa dorosłych kierowana do niemowląt: studium fonostatystyczno-fonotaktyczne*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Mundy P., Newell L., *Attention, Joint Attention, and Social Cognition*, „Current Direction in Psychological Science”, November 2007, t. 16, nr 5, s. 269–274.
- Orłowska-Popek Z., 2017, *Programowanie języka w terapii logopedycznej na przykładzie rozwoju języka dzieci niesłyszących*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Orłowska-Popek Z., Bielenda-Mazur E., 2019, *Programowanie języka – niezbędna technika w terapii logopedycznej*, [w:] H. Pawłowska-Jaroń, E. Bielenda-Mazur, A. Siudak (red.), *Nowa Logopedia*, t. 8: *Wyzwania terapii logopedycznej*, Kraków: Collegium Columbinum, s. 33–42.
- Przezwański R., 1959, *Zjawiska dotykowe i wibracyjne. Wybrane problemy badawcze*, „Zeszyty Problemowe Nauki Polskiej”, z. XVI: *Kompensacja czynności narządów zmysłowych*, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa, s. 165–204.
- 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.
- Tomasello M., 2002, *Kulturowe źródła ludzkiego poznawania*, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Watson L.R., Crais E.R., Baranek G.T., Dykstra J.R., Wilson K.P., 2013, *Communicative gesture use in infants with and without autism: A retrospective home video study*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, t. 22, nr 1, s. 25–39.

Streszczenie

Artykuł stanowi kontynuację rozważań autorek nad gestem wskazywania palcem (GWP) u niemowląt. Podstawy teoretyczne zawarte w tekście *Gest wskazywania palcem w świetle doniesień neurobiologicznych* zostały dopełnione o rozważania nad konsekwencjami braku GWP u dzieci oraz o ćwiczenia stymulujące, które zaprogramowano z uwzględnieniem trzech aspektów istotnych dla jego pojawienia się: stymulacji motorycznej, poznawczej oraz językowej. Przedstawiony autorski model oddziaływań terapeutycznych stanowi podstawę do budowania u dziecka zdolności komunikowania się – początkowo z wykorzystaniem gestu wskazywania, a następnie gestu werbalnego.

Abstract

The article is a continuation of the authors' discussion on the pointing gestures in infants. The theoretical bases enclosed in the text *The neurodevelopmental dimension of the pointing gestures – review of reports* were complemented with considerations of the consequences of the lack of the pointing gesture in children and stimulation exercises that were designed taking into account three aspects relevant to its emergence: motor, cognitive and linguistic stimulation. The presented model of therapeutic interactions is an indispensable basis for building a child's ability to communicate – initially using the pointing gesture and then – a verbal gesture.

Paulina Piekacz* , Katarzyna Węsierska** ,
Marta Węsierska*** 

Uwarunkowania skuteczności terapii utrwalonego jąkania w opiniach logopedów i studentów logopedii

Determinants of the Effectiveness of Persistent Stuttering Therapy in the Opinions of Speech-Language Therapists and SLT Students

Słowa kluczowe: jąkanie utrwalone, logopedzi, studenci logopedii, skuteczność, terapia

Keywords: persistent stuttering/stammering, speech-language therapists (SLTs), SLT students, effectiveness, therapy/treatment

Wprowadzenie

Jąkanie jest zaburzeniem wielowymiarowym, dlatego zarówno proces diagnozy, jak i terapii wymagają zindywidualizowanego, kompleksowego podejścia [Yaruss, Coleman, Quesal, 2012; American Speech-Language-Hearing Association, 2016a; Vanryckeghem, 2018]. Wdrażanie kompleksowej diagnozy, a w konsekwencji budowanie holistycznego obrazu sytuacji klienta/pacjenta¹, jego doświadczeń związanych z jąkaniem oraz poten-

* Szkoła Podstawowa nr 2 im. Stanisława Szymańskiego z Oddziałami Przedszkolnymi, ul. Niedziałkowskiego 21, 42-400 Zawiercie, e-mail: p.o.skrzypiec@gmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7698-8276>.

** Uniwersytet Śląski, Instytut Językoznawstwa, pl. Sejmu Śl. 1, 40-032 Katowice, e-mail: katarzyna.wesierska@us.edu.pl, kwesierska@centrumlogopedyczne.com.pl, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6378-9350>.

*** University of Warwick, Department of Psychology, University Road, Coventry, CV4 7AL, United Kingdom, e-mail: marta.wesierska@warwick.ac.uk, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4047-9629>.

1 Dla opisanego osoby z jąkaniem, która korzysta z terapii logopedycznej, w tekście naprzemiennie używa się określeń *klient* lub *pacjent*. Zdaniem autorek obie te nazwy mają w przypadku interwencji

cjalnych zasobów i możliwości, jest możliwe dzięki wykorzystaniu modelu ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) rekomendowanego przez Światową Organizację Zdrowia [World Health Organization, 2001; 2009]. Scott Yaruss i Robert Quesal, którzy dokonali adaptacji tego modelu dla jąkania, akcentują potrzebę uwzględniania zarówno potencjału osoby oraz zasobów tkwiących w jej środowisku, jak i negatywnego wpływu zaburzenia na życiową aktywność jednostki zmagającej się z jąkaniem i jej uczestniczenie w różnych formach życia społecznego [Yaruss, 1998; 2007; Yaruss, Quesal, 2004; 2006]. W artykule prezentującym uaktualnioną wersję modelu ICF dla jąkania podkreślono, że – aby lepiej definiować złożoną i zindywidualizowaną naturę tego zaburzenia – należy opierać się nie tylko na obserwacjach słuchaczy, ale przede wszystkim na doświadczeniach osób, które zmagają się z jąkaniem [Tichenor, Yaruss, 2019]. Fundamentalne znaczenie dla jakości interwencji logopedycznej ma zatem uwzględnianie wpływu zaburzenia na jakość życia osoby, która doświadcza tego zjawiska [Klompas, Ross, 2004; Craig, Blumgart, Tran, 2009; Ścibisz, Węsierska, 2019].

Takie kompleksowe postrzeganie jąkania jest w światowej logopedii coraz szerzej akceptowane, coraz bardziej upowszechnia się też wielowymiarowe traktowanie terapii jąkania. Postuluje się zatem, by interwencja logopedyczna w jąkaniu obejmowała nie tylko pomoc klientowi w radzeniu sobie z prymarnymi – behawioralnymi objawami zaburzenia (takimi jak zakłócenia płynności w mowie). Równie istotne jest, by wsparcie logopedyczne obejmowało przepracowywanie w terapii wtórnych atrybutów tego zjawiska, takich jak lęk, strach przed jąkaniem, kwestie unikania, zagadnienia związane z autostygmatyzacją oraz brakiem poczucia pewności siebie i brakiem samoakceptacji. Najogólniej ujmując, w terapii jąkania utrwalonego wyróżnia się dwa główne nurty: kształtowanie płynności mówienia, określane też mianem mówienia bardziej płynnego, oraz modyfikacja jąkania, znana także jako jąkanie bardziej płynne [Guitar, Peters, 2014; Jankowska-Szafarska, 2018; Manning, DiLollo, 2018; Chęciek, Bażański, 2020].

Metoda terapii jąkania polegająca na uczeniu technik kształtowania płynności mówienia wiąże się z globalnym modyfikowaniem sposobu, w jaki wypowiada się osoba z jąkaniem. Jest to podejście behawioralne, silnie ustrukturyzowane, którego głównym założeniem jest stopniowe wypracowywanie i automatyzowanie nawyków związanych z upłynnianiem mowy, za pomocą których dąży się do eliminacji jąkania. Uzyskanie płynności mówienia osiąga się poprzez ćwiczenia, początkowo w sytuacjach gabinetowych (emocjonalnie łatwych), a następnie coraz bardziej naturalnych. Ich celem jest automatyzowanie kontrolowanej płynności mówienia poprzez wykorzystywanie pozytywnych wzmocnień. Niewielki nacisk kładzie się tutaj na redukcję reakcji unikania czy na osiąganie zmian w nastawieniu do siebie i swojej mowy. W myśl założeń tej metody takie zmiany postaw mogą wystąpić jako efekt uboczny procesu terapeutycznego.

logopedycznej w jąkaniu pewne ograniczenia. Z jednej strony słowo *klient* może kojarzyć się marketingowo – z kimś, kto jest interesantem czy korzysta z usług. Z kolei bardziej empatyczne słowo *pacjent* niepotrzebnie medykalizuje proces terapii logopedycznej w jąkaniu.

W podejściu polegającym na modyfikacji jąkania pacjenta zachęca się do otwartego i łatwego jąkania. Celem nie jest całkowite wyeliminowanie jąkania, ale wyposażenie klienta w umiejętności pozwalające na skuteczne radzenie sobie z nim i przejęcie kontroli nad własną mową, bez potrzeby zmiany całego nawykowego sposobu wypowiedzania się. Główny nacisk kładzie się na zmianę postaw i przekonań wobec mówienia i jąkania (w tym zaakceptowanie faktu bycia osobą z jąkaniem), praca terapeutyczna koncentruje się, zwłaszcza na początku, na czynnikach kognitywnych i afektywnych, odczuciu i budowaniu wiary w siebie oraz motywacji do podejmowania wyzwań związanych z terapią. Restrukturyzacja poznawcza, która dokonuje się w ramach wdrażania tej metody terapii, nie działa bezpośrednio na objawy behawioralne obecne w mowie pacjenta. W podejściu tym zwraca się uwagę na uczucia jednostki i wewnętrzne reakcje na jąkanie, które mają priorytetowe znaczenie dla powodzenia terapii. Istotne jest to, że w pracy nad czynnikami behawioralnymi logopeda pomaga klientowi w opanowywaniu strategii modyfikacji epizodów zająknięć. Długoterminowe zmiany w strukturach poznawczych (np. pewność siebie, zmiana stosunku do jąkania) wymagają czasu, jednak mogą potencjalnie wywierać długoterminowy, pozytywny wpływ na jednostkę.

W literaturze przedmiotu w ostatnich latach coraz częściej podkreśla się, że zgodnie z regułami praktyki opartej na dowodach (*evidence-based practice – EBP*) nie można podać jednego uniwersalnego podejścia, które byłoby odpowiednie dla każdej jąkającej się osoby, że w interwencji terapeutycznej w jąkaniu nie da się wszystkim przypisać tej samej terapii [Bernstein Ratner, 2005]. W związku z tym w interwencji logopedycznej w jąkaniu upowszechnia się stosowanie kombinacji różnych podejść – tzw. terapii zintegrowanych (hybrydowych) [Bloodstein, Bernstein Ratner, 2008]. Możliwe jest wówczas realizowanie różnorodnych celów z użyciem różnych form terapeutycznych, technik i strategii. Włącza się do nich, oprócz klasycznych strategii logopedycznych, elementy podejść wywodzących się z psychoterapii, takich jak na przykład terapia uważności (*mindfulness*), terapia akceptacji i zaangażowania (*Acceptance and Commitment Therapy – ACT*), terapia kognitywno-behawioralna (*Cognitive Behavioral Therapy – CBT*) czy terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu (*Solution Focused Brief Therapy – SFBT*). W terapii zintegrowanej cele są stale ewaluowane i dopasowywane do bieżących potrzeb pacjenta, obejmują całe spektrum zjawisk związanych z wielowymiarowością jąkania. W związku z tym, oprócz nabywania nowych umiejętności związanych z upłynnianiem mówienia lub modyfikowaniem jąkania, z klientem pracuje się także nad: wspieraniem proaktywnej postawy wobec wdrażania zmian w sposobie mówienia, dobrym zrozumieniem całej złożoności zjawiska jąkania, w tym dążeniem do akceptacji siebie jako osoby z jąkaniem. Istotnymi celami w tak kompleksowo ujmowanych podejściach terapeutycznych są także: zarządzanie stresem i lękiem związanymi z jąkaniem i mówieniem, podejmowanie tzw. eksperymentów behawioralnych, czyli praktykowanie wyuczonych technik w realnych sytuacjach, zwiększenie pewności siebie w sytuacji

mówienia, dokonywanie przeobrażeń w środowisku jąkającej się osoby, rozumiane jako modyfikowanie postaw wobec jąkania. Najważniejszym celem jest wzmacnianie poczucia sprawczości u pacjenta i budowanie gotowości do stawiania się swoim własnym terapeutą, a przede wszystkim niwelowanie wpływu jąkania na jego jakość życia [Manning, DiLollo, 2018].

Praktyka oparta na dowodach jest zalecana jako najbardziej etyczna i skuteczna forma praktyki logopedycznej [Bernstein Ratner, 2005; American Speech-Language-Hearing Association, 2012; 2016b; Papir-Bernstein, 2018]. Z jednej strony EBP jest integracją wyników aktualnych i rzetelnych badań naukowych z doświadczeniami klinicznymi logopedy, a z drugiej akcentuje uwzględnianie opinii, potrzeb i przekonań klienta/pacjenta. W odniesieniu do osoby terapeuty oznacza to jego gotowość do jak najpełniejszego wykorzystania swoich zdolności, kompetencji i umiejętności, a także wcześniejszych doświadczeń zawodowych, posiadanej specjalistycznej wiedzy w celu identyfikowania opóźnień rozwojowych, zaburzeń lub dysfunkcji, by mogła być zastosowana jak najodpowiedniejsza forma interwencji logopedycznej. Jednocześnie niezwykle silnie akcentowany jest trzeci filar EBP – klient/pacjent z jego osobistymi przekonaniami, potrzebami, oczekiwaniami, które wnoszą do procesu interwencji logopedycznej. Martine Vanryckeghem, podnosząc kwestię efektywności interwencji logopedycznej w utrwalonym jąkaniu, podkreśla potrzebę uwzględniania wytycznych EBP w całym procesie interwencji logopedycznej. Zwraca uwagę, że odnosi się to zarówno do diagnozy, jak i programowania procesu terapii, jej wdrażania, a także dokonywania reewaluacji hipotez diagnostycznych i wprowadzania ewentualnych korekt procesu terapeutycznego [Vanryckeghem, Węsierska, 2019].

W rozważaniach nad skutecznością procesu interwencji logopedycznej w jąkaniu, oprócz podkreślania potrzeby stosowania zindywidualizowanego i kompleksowego podejścia do terapii, coraz częściej akcentuje się znaczenie tzw. czynników wspólnych (*common factors*). Termin ten, wywodzący się z badań prowadzonych początkowo na gruncie psychoterapii, odnosi się do uzyskanych w ich toku wyników. Badania polegały na dokonaniu metaanalizy skuteczności różnych podejść psychoterapeutycznych, stosowanych między innymi w leczeniu depresji, fobii czy schizofrenii. Z niewielkimi wyjątkami badania ujawniły istnienie nielicznych istotnych statystycznie różnic między bardzo odmiennymi podejściami psychoterapeutycznymi. Oznacza to, iż sposoby terapii konkretnego zaburzenia, mimo że wykorzystują różne strategie lub formy w jej procesie, w rezultacie przynoszą podobne efekty. Sformułowano zatem hipotezę o istnieniu wspomnianych już czynników wspólnych dla wszystkich terapii, które ułatwiają osiągnięcie zmian w procesie interwencji terapeutycznej. Akcentuje się, że to podobieństwa, a nie różnice między terapiami są czynnikami wpływającymi na skuteczność wybranych form psychoterapii [zob. np. Wampold i wsp., 1997; Duncan i wsp., 2010]. Podobieństwa te można podzielić na cztery czynniki lub elementy, które są wspólne dla wszystkich form psychoterapii. Są to:

- technika (czynniki lub „strategie” unikalne dla różnych metod terapeutycznych);

- zmienne pozaterapeutyczne (takie jak cechy pacjenta i jego środowiska);
- relacja terapeutyczna (cechy terapeuty i klienta, a także jego rodziny, które ułatwiają dokonywanie się zmian i są obecne niezależnie od podejścia terapeutycznego zastosowanego przez klinicystę, tj. użytej techniki; te składniki obejmują wspólne cele, porozumienie w sprawie metod, środków i zadań w terapii oraz więź emocjonalną pomiędzy uczestnikami tego procesu);
- oczekiwania, nadzieje związane z procesem terapeutycznym (poprawa wynikająca z przekonania pacjenta i/lub terapeuty, że proces terapii pomoże pacjentowi).

Podkreśla się przy tym, że relacja terapeutyczna i zmienne pozaterapeutyczne odgrywają w procesie skuteczności ważniejszą rolę niż zastosowane techniki terapeutyczne czy oczekiwania klienta i terapeuty [Asay, Lambert, 2004]. Badania efektywności behawioralnych form interwencji logopedycznej w jąkaniu wykazały, że różnorodne, oparte na dowodach terapie prowadzą do podobnych pozytywnych zmian i nie sposób wskazać, że jedno podejście jest bardziej skuteczne niż inne [Herder i wsp., 2006].

Rozważając kwestie uwarunkowań skuteczności terapii w jąkaniu, należy zwrócić uwagę na czynniki, które – jak się wydaje – nie były wcześniej szczegółowo analizowane, takie jak jakość relacji między terapeutą a pacjentem czy czynny udział pacjentów i ich rodzin w procesie podejmowania decyzji w terapii [Plexico, Manning, DiLollo, 2010]. Wcześniejsze badania prowadzone wśród logopedów wskazują również, że klinicyści manifestują brak wiary we własne kompetencje w zakresie wdrażania skutecznej terapii jąkania [Cooper, Cooper, 1985; Yaruss, Quesal, 2002; Węsierska, Pakura, 2018]. Celem badania opisanego w tym artykule było sondowanie opinii czynnych zawodowo logopedów i studentów logopedii na temat szeroko pojmowanego zagadnienia uwarunkowań skuteczności terapii jąkania utrwalonego.

Organizacja i przebieg badań własnych

W badaniu wzięło udział 147 respondentów podzielonych na dwie grupy: logopedów ($N = 81$) i studentów logopedii ($N = 66$). Ankietowani pochodzili z obszaru całej Polski. Badania prowadzono wśród studentów studiów podyplomowych na Uniwersytecie Śląskim i Uniwersytecie Łódzkim oraz wśród logopedów, uczestników studiów neurologopedycznych, podnoszących swoje kompetencje zawodowe na studiach podyplomowych prowadzonych na Uniwersytecie Jagiellońskim i Uniwersytecie Łódzkim, a także logopedów uczestniczących w warsztatach logopedycznych z zakresu jąkania wczesnodziecięcego, zorganizowanych w Katowicach. Większość badanych stanowiły kobiety (99,3%), w całej badanej grupie ankietowanych był tylko jeden mężczyzna – w grupie studentów. Wiek respondentów przedstawia Tabela 1.

Tabela 1. Wiek respondentów (N = 147)

Wiek	Logopedzi (N = 81)	Studenci (N = 66)
Poniżej 35. r.ż.	48,15%	62,12%
Między 35. a 45. r.ż.	33,33%	33,33%
Między 46. a 55. r.ż.	13,58%	3,03%
Powyżej 56. r.ż.	2,47%	0,00%
Brak odpowiedzi	2,47%	1,52%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Wśród ankietowanych czynnych zawodowo logopedów ponad połowa (53,09%) legitymowała się stażem pracy krótszym niż 5 lat, 14,81% – od 5 do 10 lat, a 25,93% – powyżej 10 lat (6,17% ankietowanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie).

W opisywanym badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, polegającą na gromadzeniu wiedzy o opiniach i poglądach wybranych zbiorowości na temat określonych zjawisk [Pilch, 1998]. Na potrzeby niniejszego artykułu został opracowany kwestionariusz ankiety, składający się z 21 pytań tematycznych oraz 5 pytań dotyczących danych demograficznych. Kafeterie poszczególnych pytań, czyli zestaw możliwych odpowiedzi, miały charakter odpowiedzi zamkniętych (gotowy i nienaruszalny zestaw odpowiedzi) bądź półotwartych (dodatkowa możliwość *inne*), a także koniunktywnych (możliwość wyboru kilku odpowiedzi) lub dyskoniunktywnych. Dodatkowo przy większości pytań dodano opcję uzasadnienia odpowiedzi. Zabieg ten zastosowano w celu pozyskania większego spektrum informacji oraz ich zwiększonej rzetelności.

Pytania ankiety, oprócz tych związanych z danymi demograficznymi, dotyczyły wszelkich aspektów mających wpływ na skuteczność terapii jąkania utrwalonego i obejmowały zagadnienia dotyczące diagnozy, terapii, stosowanych metod czy form oraz świadomości logopedów i studentów na temat ich osobistego wpływu na powodzenie działań terapeutycznych. Przy użyciu sondażu diagnostycznego poszukiwano odpowiedzi na wiele pytań szczegółowych związanych z tym zagadnieniem. W badaniu zastosowano schemat pomiarów międzygrupowych – ten sam kwestionariusz został rozdany w obu grupach respondentów (logopedów i studentów logopedii) w celu zidentyfikowania różnic w udzielanych odpowiedziach pomiędzy tymi grupami. Badania były przeprowadzane grupowo, ankiety rozdawano respondentom w postaci papierowej. Ankietowani zostali poproszeni o wyrażenie ustnej zgody na udział w badaniu i poinformowani o celu badania i możliwości zrezygnowania z udziału w sondażu w dowolnym momencie. Dzięki temu umożliwiono im zadawanie pytań związanych z wdrażanym projektem badawczym. Osoba prowadząca badanie podała również swoje dane kontaktowe w związku z dalszymi pytaniami lub wątpliwościami. Respondenci byli proszeni o wypełnienie kwestionariusza przed rozpoczęciem zajęć/warsztatów. Badanie prowadzono w dogodnych warunkach (bez zbędnych czynników rozpraszających). Wypełnienie kwestionariusza zajmowało respondentom średnio około 15–20 minut.

Wyniki badania

W badaniu przyjęto, że jednym z istotnych czynników skuteczności logopedy – zgodnie z wytycznymi praktyki opartej na dowodach – jest uwzględnianie perspektywy klienta/pacjenta w procesie interwencji logopedycznej. W związku z tym respondenci zostali poproszeni o udzielenie odpowiedzi na pytanie o to, czy logopeda, formułując cele oraz plan terapii, powinien rozpoznać potrzeby, przekonania i oczekiwania klienta. Na to pytanie twierdząco odpowiedziało 96,3% logopedów i 89,4% studentów. Choć analiza chi-kwadrat wykazała brak znaczących statystycznie różnic pomiędzy grupami respondentów w tym pytaniu ($\chi^2(1) = 1,30, p > 0,05$), to zaistniały różnice istotne statystycznie pomiędzy tymi dwoma grupami dla podawanych uzasadnień odpowiedzi twierdzącej ($\chi^2(3) = 28,62, p < 0,001$). Przykładowe uzasadnienia podawane przez ankietowanych dla rozpoznania perspektywy osoby jękającej się to:

- wzrost poczucia sprawstwa u klienta (61,55% logopedów i 44,07% studentów);
- dopasowanie terapii do indywidualnych potrzeb osoby z jękaniem (18,42% logopedów i 43,30% studentów);
- zwiększenie skuteczności terapii (15,56% logopedów i 42,37% studentów);
- budowanie dobrej relacji terapeutycznej pomiędzy logopedą i pacjentem (21,05% logopedów i 22,22% studentów);
- wzrost komfortu/poczucia bezpieczeństwa osoby z jękaniem (2,56% logopedów i 13,56% studentów).

W grupie logopedów, którzy na to pytanie odpowiedzieli przecząco, jako uzasadnienie padło stwierdzenie: „terapeuta wie lepiej”. Studenci, którzy wybrali tę opcję, nie wskazali uzasadnienia swojego wyboru.

Istotne dla rozpoznania opinii sondowanych na temat uwarunkowań skuteczności terapii jękania było zapytanie ich o cele terapii jękania chronicznego (respondenci mieli możliwość wyboru kilku odpowiedzi). Logopedzi wskazywali następujące najważniejsze cele terapii:

- poprawa komunikacji (69 wskazań na 81 ankietowanych);
- akceptacja jękania (50);
- redukcja jękania (33);
- likwidacja jękania (5).

W kategorii „inne” dla tej grupy ankietowanych znalazły się natomiast: podniesienie samooceny (3), zaspokojenie bieżących potrzeb (3), zmiana postawy wobec jękania (2).

Z kolei studenci wskazywali następujące cele:

- poprawa komunikacji (48 wskazań na 66 ankietowanych);
- akceptacja jękania (48);
- redukcja jękania (27);
- likwidacja jękania (15).

Do kategorii „inne” zaliczono: wyeliminowanie czynnika wywołującego jąkanie (4), zaspokojenie potrzeb (2), podniesienie samooceny (1), zmianę postawy wobec jąkania (1).

Na pytanie o to, czy kompleksowa diagnoza (obejmująca rozpoznanie zachowań behawioralnych i kognitywnych, aspektu afektywnego oraz uwarunkowań środowiskowych) ma wpływ na skuteczność terapii, 85,2% logopedów odpowiedziało twierdząco (żaden z ankietowanych nie udzielił negatywnej odpowiedzi na to pytanie, ale 14,09% nie miało zdania w tej kwestii). Z kolei w grupie studentów odpowiedzi twierdzącej udzieliło 59,1% (podobnie jak w grupie logopedów nie było przeczących odpowiedzi na to pytanie, ale aż 33,3% ankietowanych studentów nie miało zdania na ten temat, a 7,6% respondentów nie udzieliło żadnej odpowiedzi). Odpowiedzi na to pytanie wykazały istnienie różnicy istotnej statystycznie pomiędzy wynikami obu grup respondentów ($\chi^2(1) = 8,63, p = 0,003$).

Kolejne zagadnienia, które zostały poddane analizie, dotyczyły najskuteczniejszych podejść stosowanych w interwencji logopedycznej w utrwalonym jąkaniu, a także form terapii oraz kwestii związanych z jej intensywnością. Ankietowani, poproszeni o wskazanie, które z podejść terapeutycznych jest w ich opinii bardziej skuteczne w terapii utrwalonego jąkania, udzielali następujących odpowiedzi:

- modyfikacja jąkania (19,75% logopedów i 9,09% studentów);
- kształtowanie płynności mowy (14,81% logopedów i 19,70% studentów);
- kombinacja obu tych podejść (59,26% logopedów i 62,12% studentów).

Ankietowani mieli również możliwość wybrania opcji „inne” (1,23% logopedów i 3,03% studentów). W przypadku takiego wyboru respondenci zostali poproszeni o rozwinięcie swojej wypowiedzi poprzez wskazanie konkretnych podejść. Różnice w odpowiedziach na to pytanie w obu grupach nie były istotne statystycznie.

Respondentów zapytano również o to, jaka forma terapii jąkania utrwalonego jest najskuteczniejsza. Ankietowani logopedzi i studenci opowiadali się za następującymi formami wdrażania terapii jąkania:

- terapia indywidualna (4,93% logopedów i 24,24% studentów);
- terapia grupowa (13,58% logopedów i 4,55% studentów);
- kombinacja obu form terapii (62,96% logopedów i 66,67% studentów).

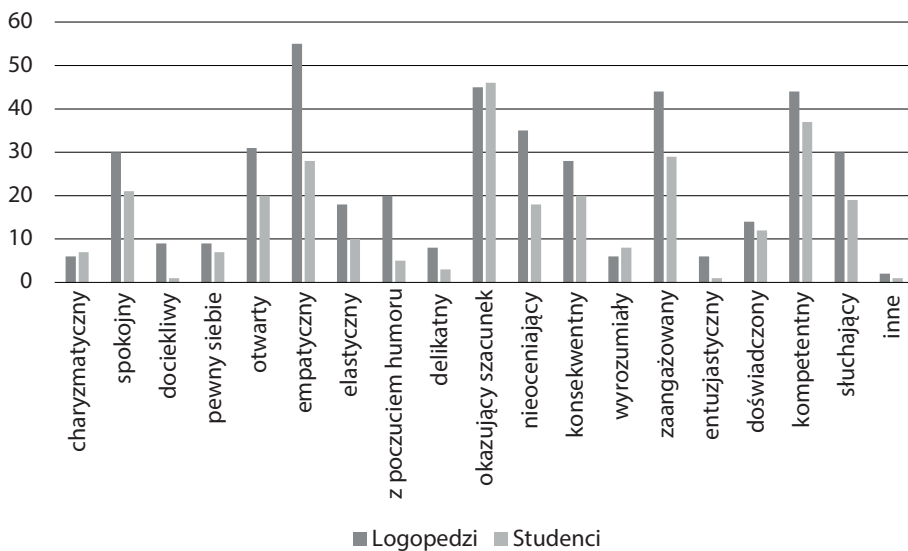
Odpowiedzi udzielone w obu grupach respondentów na pytanie o formy terapii różniły się znacząco statystycznie ($\chi^2(3) = 13,12, p = 0,004$).

Ankietowani, pytani o wpływ intensywności wdrażanej terapii na jej skuteczność, wyrażali pogląd, że terapia powinna być prowadzona w sposób intensywny, ale ambulatoryjny, na przykład spotkania co tydzień w poradni lub w gabinecie (77,3% logopedów i 77,8% studentów). Inną formę intensywnej terapii – turnusową – wybrało 4,5% logopedów i 9,9% studentów. Najrzadziej wybierano terapię prowadzoną w nieregularnych odstępach czasowych – 3% logopedów i 4,9% studentów. Odpowiedzi w obu grupach respondentów na pytanie o wpływ intensywności wdrażania terapii nie wykazywały różnic istotnych statystycznie.

W sondażu rozpoznawano również opinie respondentów na temat wpływu jakości relacji terapeutycznej pomiędzy logopedą i osobą jękającą się na skuteczność procesu terapeutycznego. Twierdzącej odpowiedzi na to pytanie udzieliło 96,3% logopedów i 89,40% studentów. Uzasadnienia respondentów brzmiały przykładowo: „dobry kontakt przekłada się na owocną współpracę”; „dobry kontakt daje poczucie bezpieczeństwa i buduje zaufanie”; „dobry kontakt powoduje wzajemne motywowanie się”. Żaden z respondentów nie wybrał odpowiedzi negatywnej, natomiast 3,7% logopedów oraz 9,09% studentów nie miało zdania na ten temat.

Ankietowani zostali również poproszeni o udzielenie odpowiedzi na pytanie o wpływ osobowości logopedy na skuteczność terapii. Twierdzącej odpowiedzi na to pytanie udzieliło 86,42% logopedów i 71,21% studentów. Tylko 1,24% czynnych zawodowo logopedów uznało, że osobowość terapeuty nie wpływa na efekty terapii. Niepokoić może natomiast to, że takiej odpowiedzi udzieliło aż 6,06% studentów. Co więcej, zdania na ten temat nie wyraziło 12,35% logopedów i aż 21,21% studentów. Należy zauważyć, że zwłaszcza grupa studentów wydaje się nie doceniać znaczenia refleksyjnego spojrzenia na własną osobowość i ocenienia jej z tej perspektywy.

Nawiązując do roli logopedy w procesie terapeutycznym, respondentów poproszono także o wskazanie najbardziej pożądanых cech, jakimi powinien legitymować się terapeuta. Rysunek 1 prezentuje zestawienie cech pozytywnie wpływających na sukces terapii jąkania utrwalonego (wyniki nie są podane procentowo, ponieważ respondenci mieli możliwość wyboru kilku odpowiedzi).



Rysunek 1. Pożądane cechy logopedów zajmujących się terapią jąkania; N = 147

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Respondenci zostali zapytani również o to, czy logopeda powinien stale uzupełniać swoją wiedzę o jękananiu (np. śledzić aktualne wyniki badań w tym zakresie), aby prowadzona przez niego terapia była skuteczniejsza. Z takim stwierdzeniem zgodziło się 97,53% logopedów i 87,88% studentów. Podano następujące uzasadnienia: „rozwój zawodowy specjalisty ma wpływ na prowadzone terapie”, „istnieje możliwość poznawania i nabywania nowych, skuteczniejszych metod pracy”. Żaden z ankietowanych nie udzielił negatywnej odpowiedzi na to pytanie. Zdania na ten temat nie miało 2,47% logopedów i 6,06% studentów.

Podobnie większość logopedów (92,82%) oraz studentów (90,91%) uznała, że doskonalenie zawodowe i podnoszenie swoich kompetencji specjalistycznych w zakresie jękania wywiera znaczny wpływ na efekty terapii. Różnice pomiędzy grupami nie były znaczące statystycznie ($\chi^2(1) = 0,14, p > 0,05$). Jednocześnie warto zwrócić uwagę, że 7,4% logopedów i aż 9,09% studentów nie wyraziło swojej opinii w tym zakresie. Zdecydowana większość ankietowanych uznała podnoszenie swoich umiejętności zawodowych za absolutnie konieczne i naturalne, dlatego – być może – 21% logopedów i 27,3% studentów stwierdziło, że nie trzeba uzasadniać odpowiedzi. Ci, którzy uargumentowali swój wybór, najczęściej upatrywali pozytywnego wpływu samodoskonalenia nie tylko na terapię, ale także na ich wiarę we własne umiejętności. Wśród uzasadnień pojawiały się też następujące odpowiedzi: „samodoskonalenie polega na zdobywaniu wiedzy, którą wykorzystuje się w pracy”; „samodoskonalenie zwiększa pewność siebie logopedów”; „samodoskonalenie zwiększa możliwości logopedów”. Odpowiadając na pytanie o źródła wiedzy na temat jękania, logopedzi wskazywali najczęściej: publikacje książkowe (76 wskazań na 81 ankietowanych), czasopisma specjalistyczne (75), strony internetowe (65). Z kolei studenci najczęściej wskazywali czasopisma (63 na 66 ankietowanych), publikacje książkowe (58) i strony internetowe (50). Inne podane przez respondentów źródła to konferencje oraz inni specjaliści.

Ankietowani zostali również poproszeni o wyrażenie opinii na temat tego, czy chcieliby się doksztalać w obszarze zaburzeń płynności mowy (studia, kursy, warsztaty) oraz o doprecyzowanie potencjalnego zakresu tematycznego. Aż 85,2% logopedów i 69,7% studentów wyraziło chęć doskonalenia swoich kompetencji z tego zakresu tematycznego. Różnice pomiędzy grupami nie były znaczące statystycznie. Ankietowani podali potencjalne tematy takich szkoleń: jękanie i gielkot, diagnozowanie jękania oraz metody terapii i praktyczne aspekty pracy z jękającymi się osobami.

Respondenci zostali także zapytani o to, czy osoba jękająca się powinna korzystać z pomocy innych specjalistów, na przykład psychologów, psychoterapeutów, psychiatrów, fizjoterapeutów. Odpowiedzi ankietowanych wskazują na to, że zarówno logopedzi (95,06%), jak i studenci (90,91%) w ogromnej większości oceniają współpracę z innymi specjalistami w terapii utrwalonego jękania jako korzystną z punktu widzenia skuteczności terapii. Grupy respondentów nie różniły się znacząco

statystycznie w odpowiedzi na to pytanie ($\chi^2(1) = 1,28, p > 0,05$), jednak różnica pomiędzy uzasadnieniami podawanymi dla tej odpowiedzi okazała się znacząca statystycznie ($\chi^2(4) = 13,07, p = 0,011$). Najwięcej logopedów uzasadniało swój wybór następująco: jeżeli logopeda nie jest w stanie sam pomóc klientowi w osiągnięciu postępów, to wskazana jest praca w teamie terapeutycznym. Z kolei wśród uzasadnień podawanych przez studentów znalazło się stwierdzenie, że jąkanie to wieloaspektowe zaburzenie wpływające na wiele sfer życia, dlatego należy posiłkować się wsparciem innych specjalistów. Analizując bardziej szczegółowo uzasadnienia takiej interdyscyplinarnej współpracy w terapii jąkania, można zaobserwować pewną tendencję. O ile logopedzi skupiali się bardziej na osobie jąkającej się i na jej potrzebach, o tyle studenci mocniej akcentowali konieczność pracy w zespole terapeutycznym ze względu na wieloaspektowość i kompleksowość jąkania.

W badaniu analizowano również opinie respondentów na temat wpływu najbliższego środowiska (bliskich osób, np. rodziców, opiekunów, partnera; osób ze środowiska szkolnego, np. nauczycieli; osób ze środowiska pracy, np. współpracowników) na skuteczność terapii. Na to pytanie odpowiedzi pozytywnej udzieliło więcej logopedów (96,3%) niż studentów (87,9%) i ta różnica była istotna statystycznie ($\chi^2(2) = 8,29, p = 0,16$). Nieznaczny odsetek badanych specjalistów (3,7%) uznał, że nie ma ono znaczenia dla terapii. Warto zwrócić uwagę, że wśród studentów 9,1% ankietowanych nie miało zdania na ten temat, taka sytuacja nie zaistniała w przypadku logopedów. Jako uzasadnienie pozytywnych odpowiedzi podano na przykład: „otoczenie mobilizuje i wspiera”; „uświadomione osoby w otoczeniu ułatwiają funkcjonowanie jąkającemu się”.

W sondażu padły także pytania o wpływ ruchu samopomocy na skuteczność terapii chronicznego jąkania. Wśród sondowanych zdecydowana większość uznała, że uczestnictwo pacjenta w spotkaniach grup samopomocowych może być skutecznym wsparciem terapii (87,65% logopedów i 81,82% studentów). Odpowiedzi na to pytanie podawane w obu grupach respondentów nie różniły się znacząco statystycznie ($\chi^2(2) = 2,80, p > 0,05$). Żaden ze studentów nie udzielił negatywnej odpowiedzi na to pytanie, ale taką opcję wybrało 1,24% logopedów. Natomiast swojego zdania na ten temat nie miało 9,88% logopedów i 18,18% studentów. Przykładowe uzasadnienia pozytywnych odpowiedzi podawane przez respondentów to: „grupy wsparcia są formą dodatkowego wsparcia”; „umożliwiają wymianę cennych doświadczeń”; „mogą pozwolić «otworzyć się» klientowi”.

Ankietowani zostali ponadto poproszeni o wyrażenie opinii na temat wpływu autoterapii na skuteczność interwencji terapeutycznej w jąkaniu. Sondowanym wyjaśniono, że autoterapia rozumiana jest przez autorki badania jako gotowość pacjenta do stawania się własnym terapeutą i podejmowania związanych z tym wyzwań, na przykład poprzez samodzielne wyznaczanie sobie nowych celów terapeutycznych, samodzielne aranżowanie sytuacji pozwalających na wdrażanie ćwiczeń czy też uczestnictwo w różnych formach warsztatowych, mających na celu rozwój osobisty.

Pozytywnej odpowiedzi na to pytanie udzieliło 79,02% logopedów i 69,64% studentów. Odpowiedzi udzielane przez logopedów i studentów nie różniły się statystycznie ($\chi^2(2) = 4,54, p > 0,05$). Logopedzi najczęściej argumentowali swoje odpowiedzi tym, że autoterapia motywuje klienta do działania i angażuje go w ćwiczenia terapeutyczne. Również studenci, podobnie jak czynni zawodowo logopedzi, najczęściej wskazywali na zaangażowanie oraz motywację, ale dodatkowo wspominali o poczuciu „sprawczości” pacjenta, które występuje podczas autoterapii. Negatywnej odpowiedzi na to pytanie udzieliło 2,48% logopedów i aż 10,61% studentów. Warto też zwrócić uwagę, że znaczny odsetek ankietowanych w obu grupach nie miał zdania na ten temat (18,5% logopedów i 15,2% studentów). O ile wszyscy logopedzi odpowiedzieli na to pytanie, o tyle 4,5% studentów nie wybrało żadnej opcji.

Interesująco przedstawiają się odpowiedzi respondentów na pytanie o gotowość do podjęcia pracy z jąkającą się osobą. Twierdzącej odpowiedzi udzieliło zaledwie 34,57% logopedów oraz 4,55% studentów i różnica ta jest istotna statystycznie ($\chi^2(2) = 24,21, p < 0,001$). Z kolei negatywnej odpowiedzi na to pytanie udzieliło 50,62% logopedów i 87,88% studentów. Jako uzasadnienie podawano następujące odpowiedzi: „brak pewności siebie”; „nabywam wiedzę”; „brak wiedzy, doświadczenia”. Manifestowanie przez większość studentów braku gotowości do podjęcia pracy z osobami z jąkaniem, jak sami stwierdzili, wynika z faktu nabywania przez nich wiedzy. Znaczna część respondentów biorących udział w tym badaniu uchyliła się od udzielania odpowiedzi na to pytanie, wybierając opcję „nie mam zdania” (uczyniło tak 13,6% logopedów i 7,6% studentów).

Podsumowanie

W artykule zaprezentowano wyniki sondażu diagnostycznego przeprowadzonego w dwóch grupach: czynnych zawodowo logopedów i studentów logopedii. Celem tego badania było rozpoznanie opinii badanych na temat uwarunkowań skutecznej terapii utrwalonego jąkania. Wyniki wskazują, że zarówno ankietowani logopedzi, jak i studenci logopedii uznają, że potrafią przeprowadzić diagnozę jąkania i poprawnie rozpoznać symptomy tego zaburzenia. Co ciekawe, nieco pewniejsi swoich umiejętności w zakresie kompleksowego diagnozowania byli studenci logopedii. Może to wynikać z poprawiającej się jakości kształcenia w zakresie balbutologopedii na uniwersytetach oraz zwiększających się możliwości dostępu do różnych uzupełniających form doskonalenia zawodowego w tym zakresie (np. w ramach studiów podyplomowych, a także podczas konferencji, warsztatów czy kursów). Badani respondenci sygnalizowali, że zdają sobie sprawę z tego, jak ważna dla skuteczności interwencji terapeutycznej w utrwalonym jąkaniu jest kompleksowa diagnoza.

Według większości ankietowanych najważniejszym celem terapii w jąkaniu chronicznym powinno być dążenie do poprawy jakości komunikacji klienta oraz

do akceptacji jąkania. Pokazuje to, że nie jest już tak rozpowszechniona tendencja do koncentrowania się w terapii na całkowitej likwidacji jąkania, co niegdyś stanowiło nadrzędny cel terapii jąkania. Dla ankietowanych logopedów i studentów ważne było rozpoznanie potrzeb i opinii pacjenta, a – co ważniejsze – liczni respondenci podkreślali, że uważają jego zdanie za istotne dla efektów prowadzonej terapii.

Zarówno logopedzi, jak i studenci, pytani o podejścia, metody i formy terapii wpływające na jej skuteczność, najczęściej wskazywali na rozwiązania hybrydowe, polegające na wprowadzaniu indywidualnej i grupowej terapii oraz łączeniu podejść kształtowania płynności mówienia i modyfikacji jąkania. Respondenci zdecydowanie opowiadali się także za koniecznością systematycznego wdrażania terapii. Czynnikiem wspomagającym terapię, zdaniem logopedów i studentów, jest interdyscyplinarność oddziaływań, na przykład poprzez podejmowanie współpracy z innymi specjalistami, takimi jak psycholog czy psychoterapeuta. Ankietowani, udzielając takich odpowiedzi, uzasadniali je zazwyczaj wielowymiarowością jąkania, które w ich opiniach wywiera wpływ na wiele aspektów życia klienta.

W ocenie respondentów uczestnictwo osób jąkających się w spotkaniach grup samopomocowych i podejmowanie przez pacjenta różnych form aktywności w ramach autoterapii mogą wywierać pozytywny wpływ na proces terapeutyczny. Większość logopedów i studentów uznała uczestnictwo klienta w spotkaniach grup samopomocowych za istotną formę wsparcia, możliwość „otwarcia się” pacjenta bądź okazję do wymiany doświadczeń z innymi uczestnikami dzielącymi podobne doświadczenia. Z kolei autoterapia w opiniach respondentów była najczęściej postrzegana jako czynnik angażujący i motywujący klienta do działania, a dodatkowo dający mu poczucie odzyskiwania kontroli nad własnym życiem, sprawczości – tak istotnej w skutecznej terapii jąkania [Blanchet i wsp., 2020; Jankowska-Szafarska, 2020]. Innym aspektem wpływającym pozytywnie na przebieg i efekty procesu terapii było zaangażowanie najbliższego środowiska, które respondenci uznali za budujące, mobilizujące oraz przede wszystkim wspierające. Podkreślano przy tym rolę akceptujących postaw środowiska wobec jąkania i osoby z jąkaniem.

W badaniu sondowano również poglądy logopedów i studentów dotyczące potencjalnego wpływu osoby terapeuty na efektywność procesu interwencji logopedycznej w jąkaniu. Warto podkreślić, że większość ankietowanych doceniała rolę logopedy oraz znaczenie relacji terapeutycznej klient – logopeda. Najistotniejsze cechy skutecznego balbutologopedy wskazywane najczęściej przez czynnych zawodowo terapeutów to empatyczność, umiejętność okazywania szacunku, kompetencja, zaangażowanie, spokój i otwartość. Z kolei wśród odpowiedzi najczęściej udzielanych przez studentów były następujące cechy terapeuty jąkania: umiejętność okazywania szacunku pacjentowi, kompetencja, zaangażowanie, empatyczność oraz konsekwencja. Ankietowani w obu grupach w zdecydowanej większości wskazywali też na potrzebę stałego poszerzania wiedzy na temat zaburzeń płynności mowy i podnoszenia swoich kompetencji w tym zakresie.

Z opisanych powyżej wyników wyłania się dość optymistyczny obraz na temat wiedzy i świadomości logopedów oraz studentów logopedii w zakresie uwarunkowań skuteczności utrwalonego jąkania. Na tym tle niepokojąco prezentuje się jednak kwestia gotowości ankietowanych do wdrażania interwencji terapeutycznej w utrwalonym jąkanii. Fakt, że zaledwie 4,55% studentów i tylko 34,57% czynnych zawodowo logopedów uznało, że czują się dobrze przygotowani do podjęcia działań terapeutycznych w tym zakresie, nie może napawać optymizmem. O ile w przypadku studentów ich niezdecydowanie można tłumaczyć tym, że dopiero rozpoczynają swoją karierę zawodową i być może nie mieli możliwości zweryfikowania swojej wiedzy w praktyce, o tyle alarmująca jest sytuacja, w której blisko dwie trzecie ankietowanych logopedów sygnalizuje, że czują się nieprzygotowani do podjęcia pracy z osobami jąkającymi się, uzasadniając to najczęściej zbyt małym doświadczeniem lub brakiem zaufania do swoich kompetencji i umiejętności w tym zakresie. Można postawić tezę, że jest to związane z lękiem logopedów przed skonfrontowaniem się z jąkaniiem. Brak gotowości do podejmowania terapii jąkania może się również wiązać z obawą specjalistów, wynikającą z ich zrozumienia złożoności tego zjawiska.

Podsumowując, warto wskazać na wzrastający poziom wiedzy teoretycznej obecnych i przyszłych specjalistów. Daje się przy tym zauważyć potrzebę uzupełnienia wiedzy teoretycznej doświadczeniami praktycznymi, które wpłynęłyby na zwiększenie poczucia posiadania specjalistycznych kompetencji i odpowiednich umiejętności u logopedów i studentów. Warte rozważenia wydaje się wdrażanie różnych form doskonalenia zawodowego, na przykład w postaci e-learningu, mentoringu, coachingu czy z wykorzystaniem superwizji [Rose, Best, Higgs, 2005]. Mimo iż powszechne jest przekonanie, że logopedzi obawiają się pracy z jąkającymi się osobami, to opisane w artykule wyniki badań wskazują raczej dość duże zainteresowanie środowiska czynnych zawodowo logopedów i studentów logopedii tematyką dotyczącą zaburzeń płynności mowy. W ocenie autorki ten pozytywny trend może wiązać się z upowszechnianiem w naszym kraju wiedzy na temat opartych na dowodach formach interwencji terapeutycznej w utrwalonym jąkaniiem. Pozostaje mieć również nadzieję, że będzie to korelować ze wzrostem liczby logopedów, którzy być może zainteresują się w przyszłości specjalizowaniem się w dziedzinie balbutologopedii, na przykład w ramach Europejskiej Specjalizacji Zaburzeń Płynności Mowy (*European Clinical Specialization in Fluency Disorders*)².

Należy jednak podkreślić, że wyniki tego badania nie mogą być traktowane jako w pełni reprezentatywne dla wszystkich logopedów i studentów logopedii (m.in. dlatego, że ankietowanymi logopedami byli wyłącznie tacy, którzy brali udział w jakiejś formie doskonalenia zawodowego – studiowali podyplomowo neurologopedię i/lub brali udział w warsztatach logopedycznych). Opisane w tym artykule wyniki są uogólnieniem panujących opinii i nie reprezentują poglądów całej populacji tych środowisk.

2 Zob. <http://www.ecsf.eu>.

Podziękowania

Autorki artykułu pragną podziękować dr Ewie Biłas-Pleszak, prof. UŚ, i dr Monice Kaźmierczak z Uniwersytetu Łódzkiego za pomoc w dotarciu do grup respondentów, a także wszystkim osobom, które wyraziły chęć wzięcia udziału w tym badaniu – za poświęcony czas.

Literatura

- American Speech-Language-Hearing Association, 2012, *Evidence-based practice (EBP)*, ASHA, Rockville, <http://www.asha.org/members/ebp/> (dostęp: 10.01.2020).
- American Speech-Language-Hearing Association, 2016a, *Code of ethics. Ethics*, <http://www.asha.org/policy/> (dostęp: 10.01.2020).
- American Speech-Language-Hearing Association, 2016b, *Scope of practice in speech-language pathology [Scope of practice]*, <http://www.asha.org/policy/> (dostęp: 10.01.2020).
- Asay T.P., Lambert M.J., 2004, *The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings*, [w:] M.A. Hubble, B.L. Duncan, S. D. Miller (red.), *The heart & soul of change*, Washington: American Psychological Association, s. 23–55.
- Bernstein Ratner N., 2005, *Evidence-based practice in stuttering: Some questions to consider*, „Journal of Fluency Disorders”, t. 30(3), s. 163–188.
- Blanchet P., Boroń A., Chmielewski G., Everard R., Haase T., Gładosz Z., Jankowska-Szafarska L., Ravid B., St. Louis K., Węsierska K., 2020, *Sukces w terapii jękania – czym jest i jak go osiągnąć – opinie „podwójnych ekspertów”*, [w:] K. Węsierska, M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka*, t. 2, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 13–31.
- Bloodstein O., Bernstein Ratner N., 2008, *A handbook on stuttering*, Clifton Park: Thomson/Delmar Learning.
- Chęć M., Bażański E., 2020, *Objawy niepłynności mówienia u osób dorosłych oraz propozycje terapeutyczne z użyciem strategii „mówienia bardziej płynnego” – studia przypadków*, [w:] K. Węsierska, M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka*, t. 2, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 189–204.
- Cooper E.B., Cooper C.S., 1985, *Clinician attitudes toward stuttering: A decade of change (1973–1983)*, „Journal of Fluency Disorders”, t. 10(1), s. 19–33.
- Craig A., Blumgart E., Tran Y., 2009, *The impact of stuttering on the quality of life of adults who stutter*, „Journal of Fluency Disorders”, t. 34(2), s. 61–71.
- Duncan B.L., Miller S.D., Wampold B.E., Hubble M.A. (red.), 2010, *The Heart and Soul of Change. Delivering What Works in Therapy*, Washington: American Psychological Association.
- Guitar B., Peters T.J., 2014, *Dobór metod terapii jękania. Przewodnik dla logopedów*, Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Herder C., Howard C., Nye Ch., Vanryckeghem M., 2006, *Effectiveness of behavioral stuttering treatment: A systematic review and meta-analysis*, „Contemporary Issues in Communication Sciences and Disorders”, nr 3, s. 76–81.
- Jankowska-Szafarska L., 2018, *Praktyczne zastosowanie podejścia modyfikacji jękania u młodzieży*, [w:] K. Węsierska (red.), *Zaburzenia płynności mowy*, Gdańsk: Harmonia Universalis, s. 224–239.
- Jankowska-Szafarska L., 2020, *Wzmacnianie poczucia sprawstwa i samoakceptacji w terapii modyfikacji utrwalonego jękania*, [w:] K. Węsierska, M. Witkowski (red.), *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka*, t. 2, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 255–265.

- Klompas M., Ross E., 2004, *Life experiences of people who stutter, and the perceived impact of stuttering on quality of life: Personal accounts of South African individuals*, „Journal of Fluency Disorders”, t. 29(4), s. 275–305.
- Manning W.H., DiLollo A., 2018, *Clinical decision making in fluency disorders*, San Diego: Plural Publishing.
- Papir-Bernstein W., 2018, *The Practitioner's Path in Speech-Language Pathology. The Art of School-Based Practice*, San Diego: Plural Publishing.
- Pilch T., 1998, *Zasady badań pedagogicznych*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Plexico L., Manning W.H., DiLollo A., 2010, *Client perceptions of effective and ineffective therapeutic alliances during treatment for stuttering*, „Journal of Fluency Disorders”, t. 35(4), s. 333–354.
- Rose M., Best D., Higgs J. (red.), 2005, *Transforming Practice through Clinical Education, Professional Supervision*, London: Elsevier.
- Ścibisz K., Węsierska K., 2019, *Jakość życia dorosłych osób z jękaniem – implikacje dla praktyki logopedycznej / Kvalita života koktavých – implikace pro klinickou praxi*, „Listy klinické logopedie”, nr 2, s. 80–98.
- Tichenor S.E., Yaruss S.J., 2019, *Stuttering as Defined by Adults Who Stutter*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, t. 62(12), s. 4356–4369.
- Vanryckeghem M., 2018, *Wielowymiarowa, oparta na dowodach diagnoza prowadząca do wielopłaszczyznowej terapii jękania*, [w:] K. Węsierska (red.), *Zaburzenia płynności mowy*, Gdańsk: Harmonia Universalis, s. 30–43.
- Vanryckeghem M., Węsierska K., 2019, *Praktyka oparta na dowodach w diagnozie i terapii jękania*, „Forum Logopedy”, nr 31, s. 10–16.
- Wampold B.E., Mondin G.W., Moody M., Stich F., Benson K., Ahn H.-N., 1997, *A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes”*, „Psychological Bulletin”, t. 122(3), s. 203–215.
- Węsierska K., Pakura M., 2018, *Sytuacja dorosłych zmagających się z jękaniem w Polsce w opiniach logopedów i osób jękających się*, [w:] K. Węsierska (red.) przy współpracy K. Gaweł, *Zaburzenia płynności mowy*, Gdańsk: Harmonia Universalis, s. 113–130.
- World Health Organization, 2001, *International classification of functioning, disability and health*, Geneva: WHO.
- World Health Organization, 2009, *Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)*, Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.
- Yaruss J.S., 1998, *Real-time analysis of speech fluency: Procedures and reliability training*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, t. 7(2), s. 25–37.
- Yaruss J.S., 2007, *Application of the ICF in fluency disorders*, „Seminars in Speech and Language”, t. 28(4), s. 312–322.
- Yaruss J.S., Quesal R.W., 2002, *Academic and clinical education in fluency disorders: An update*, „Journal of Fluency Disorders”, t. 27(1), s. 43–63.
- Yaruss J.S., Quesal R.W., 2004, *Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): An update*, „Journal of Communication Disorders”, t. 37(1), s. 35–52.
- Yaruss J.S., Quesal R.W., 2006, *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment*, „Journal of Fluency Disorders”, t. 31(2), s. 90–115.
- Yaruss J.S., Coleman C.E., Quesal R.W., 2012, *Stuttering in school-age children: A comprehensive approach to treatment [Letter to the Editor]*, „Language, Speech, and Hearing Services in Schools”, t. 43(4), s. 536–548.

Streszczenie

W artykule podjęto tematykę uwarunkowań skuteczności terapii jąkania utrwalonego w ocenie logopedów i studentów logopedii. W części teoretycznej zarysowano czynniki wpływające pośrednio i bezpośrednio na skuteczność terapii tego zaburzenia. Podczas badania analizie poddano czynniki mające wpływ na powodzenie terapii jąkania chronicznego. W tym celu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i użyto autorskiego kwestionariusza ankiety. W badaniu wzięło udział 147 respondentów (81 logopedów oraz 66 studentów logopedii). Wyniki tego projektu badawczego wykazują, że zarówno logopedzi, jak i studenci logopedii dysponują adekwatną wiedzą na temat uwarunkowań terapii jąkania utrwalonego. Ustalono, że według ankietowanych skuteczna terapia wiąże się z zastosowaniem kompleksowej diagnozy, hybrydowych podejść terapeutycznych i różnych form terapii, dostosowanych do indywidualnych potrzeb klienta czy pacjenta. W rezultacie badań ujawniono pozytywny stosunek badanych do autoterapii klienta, jego udziału w spotkaniach grup samopomocowych oraz zaangażowania najbliższego otoczenia w proces wsparcia. Wyniki badania wskazują, że respondenci dostrzegają znaczenie jakości relacji logopeda – klient w procesie terapii. Większość badanych manifestowała jednak duże wątpliwości w związku z własnymi umiejętnościami w zakresie wdrażania terapii jąkania. W podsumowaniu zaakcentowano, że niezależnie od stosunkowo zadowolającego stanu wiedzy na temat terapii jąkania ważne jest rozwijanie umiejętności praktycznych i poczucia kompetencji logopedów i studentów logopedii w tym zakresie. Dodatkowo zwrócono uwagę na rosnące zainteresowanie tematyką zaburzeń płynności mowy.

Abstract

The article discusses a recent study on the effectiveness of persistent or chronic stuttering therapy based on the opinions of speech-language therapists (SLT's) and SLT students. The purpose of the study was to consider their opinions in light of the conditions of effectiveness. In the theoretical section of the article, factors affecting chronic stuttering therapy are outlined both directly and indirectly. Factors affecting the success of chronic stuttering treatment were analyzed. To achieve the aim of the study a bespoke survey was used. The survey involved 147 respondents (81 SLTs and 66 SLT students). The results of this study show that both SLTs and SLT students have relatively adequate knowledge of the conditions that result in effective stuttering therapy. According to those surveyed, effective therapy is associated with the application of a comprehensive assessment process, the use of hybrid therapeutic approaches and various forms of therapy, as well as its adaptation to the client's individual needs. The study has revealed the positive attitude of the respondents toward the client's self-therapy, his or her participation in self-help group meetings together with the immediate environment's involvement in the support process. The results of the study indicate that the respondents are aware of the impact of the quality of SLT-client relationships on the success of the therapy process. However, most of those surveyed expressed considerable doubts about their own skills in implementing stuttering intervention.

In the conclusion, the authors highlight that independently from the somewhat satisfactory level of knowledge about stuttering therapy it is important to pay attention to the development of practical competences and the self-confidence of SLTs and SLT students in this realm. Additionally the growing interest in the topic of speech and language disorders was highlighted.

Marzena Maria Szurek* 

Budowa graficzna pisma oraz zaburzenia w strukturze wyrazów na przykładzie wybranych próbek tekstów pisanych przez dorosłe osoby z dysleksją

The Graphic Construction of the Handwriting and Disorders in the Word Structure on the Example of Selected Text Samples Written by Adults with Dyslexia

Słowa kluczowe: dysleksja, dysleksja u dorosłych, dorosła osoba z dysleksją, dysgrafia, dysortografia, objawy dysleksji, zaburzenia systemu fonologicznego i morfologicznego, zaburzenia struktury wyrazu

Keywords: dyslexia, dyslexia in adults, adult with dyslexia, dysgraphia, dysortography, symptoms of dyslexia, disorders of the phonological and morphological system of language, word structure disorders

Wprowadzenie

O dysleksji mówi się dzisiaj dużo i często. Literatura pedagogiczna i psychologiczna zajmują się tym tematem szczególnie od strony skutecznej diagnozy i terapii, która powinna być podejmowana w przypadku uczniów z dysleksją [Bogdanowicz, 1995; 1996; 1999; 2002; 2005b; 2008a; 2011a; 2011b; Nijakowska, 2004; Cieszyńska, 2005; Bogdanowicz, Adryjanek, Różyńska, 2007; Bogdanowicz, Czabaj, Bućko, 2008; Krasowicz-Kupis, 2009a; 2009b; Czabaj, 2010; Kurowska, 2011]. Również w serwisach internetowych i prasie, nie tylko tej skierowanej do nauczycieli, znaleźć można opinie ekspertów, szczegółowe opisy objawów i strategie postępowania wobec uczniów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się, ale często też dyskusje na temat skali zjawiska. Niestety, przekaz medialny dotyczący tego zaburzenia często zaciemnia i fałszuje rzeczywisty obraz problemu [por. Chodyna-Santus, 2014].

* Akademia Ignatianum w Krakowie, Wydział Pedagogiczny, Instytut Nauk o Wychowaniu, Zakład Logopedii i Pedolingwistyki, ul. Kopernika 26, 30-501 Kraków, e-mail: marzena.szurek@ignatianum.edu.pl, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8134-2285>.

Zastanawiające jest to, że o dysleksji mówi się prawie wyłącznie w kontekście uczniów i problemów szkolnych. Zaskakuje też przekonanie, że z dysleksji się wyrasta [Kowaluk-Romanek, 2016, s. 307]. Wydaje się więc, że nie jest to temat na tyle często poruszany, aby trwanie zaburzeń o typie dyslektycznym również w wieku dorosłym stało się czymś oczywistym. O tym, że jest to problem na całe życie, czytamy w niektórych pracach Marty Bogdanowicz [np. 2005; 2009]. Wspólnie z Grażyną Krasowicz-Kupis odniosła się ona również do kwestionariusza objawów dysleksji u dorosłych Michaela Vinegrada [Bogdanowicz, Krasowicz-Kupis, 2000]. Temat ten szczególnie mocno wybrzmiał w książce *Portrety nie tylko sławnych osób z dysleksją* [Bogdanowicz, 2008b]. Natomiast w 2010 roku w „Biuletynie Polskiego Towarzystwa Dysleksji” opublikowany został artykuł dotyczący objawów dysleksji u studentów [Bogdanowicz, Bogdanowicz, Pąchalska, 2010, s. 2–14]. Temat dysleksji u dorosłych jest wyraźnie obecny w publikacjach Katarzyny Bogdanowicz [2008; 2011a], która deklaruje się jako dorosła osoba dyslektyczna [2011b]. Najobszerniejsza jej praca poświęcona tej kwestii to książka wydana wspólnie z Martą Łockiewicz [Łockiewicz, Bogdanowicz, 2013]. Najnowszą publikacją dotyczącą etapu postszkolnego jest książka Teresy Wejner-Jaworskiej [2019]. Jednak wymienione publikacje i ich odniesienia do wieku dorosłego są jedynie wyimkiem na tle szeroko dostępnej polskojęzycznej literatury dotyczącej dysleksji. Koncentrowanie się głównie na trudnościach szkolnych jest poniekąd zrozumiałe i może wynikać w sposób nieuświadomiony z obowiązujących definicji omawianego zaburzenia [zob. np. ICD-10, 2000 oraz DSM-5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013], które – w celu zdefiniowania tegoż – operują siatką pojęciową o określonych polach semantycznych. Te natomiast automatycznie odsyłają czytelnika do sfery szkoły i uczenia się. Sprzyja temu również nazewnictwo związane z dysleksją: *learning disability*, *specific learning disability*, *specific learning disorder* oraz kryteria diagnostyczne [zob. ICD-10, 2000; DSM-5..., 2013] dotyczące trudności związanych z takimi dziedzinami funkcjonowania człowieka, które Krasowicz-Kupis [2009a, s. 22] nazywa „szkolnymi” lub „akademickimi”. Ponadto czynności czytania i pisanie, do których odwołuje się większość charakterystyk objawowych w kontekście dysleksji i które uważane są powszechnie za główne (często też niestety za jedyne) symptomy tego zaburzenia, też kojarzą się nieodmiennie z rzeczywistością szkolną¹.

Głównym celem artykułu jest zwrócenie uwagi na problemy funkcjonowania językowego osób dorosłych z dysleksją (zwłaszcza w sferze języka pisanego), ale też pośrednio podkreślenie wieloaspektowości zaburzeń o proveniencji dyslektycznej w kontekście wieku dorosłego. Przedmiotem rozważań są wybrane próbki tekstów. U ich autorów w przeszłości (w okresie przypadającym na lata nauki szkolnej lub później) zdiagnozowano specyficzne trudności w uczeniu się. Grupa badanych – składająca się z trzech dorosłych już osób z dysleksją – została dobrana w taki sposób, aby zaprezentować szeroki

1 Kwestia ta nie jest przedmiotem niniejszego opracowania, dlatego nie będę jej szerzej rozwijać. O nieadekwatności sprowadzania dysleksji wyłącznie do deficytów w zakresie nauki czytania i pisanie pisałam w artykule *Dysleksja istnieje naprawdę! – Jak ją rozpoznać i zrozumieć* [Szurek, 2014].

przedział wiekowy (student, trzydziestoletni mężczyzna oraz osoba w wieku sześćdziesięciu lat), a jednocześnie podkreślić nieprzemijalność specyficznych cech pisma, które są charakterystyczne dla omawianego zaburzenia. Analiza ma w zasadzie charakter synchroniczny, ale w przypadku opisu strony graficznej pisma zastosowana została perspektywa longitudinalna, gdyż teksty dojrzałe zestawiono z tekstami z okresów dzieciństwa i wczesnej młodości tej samej osoby. Na tej podstawie wskazano cechy charakterystyczne tekstów pisanych, zawężając eksplikację do grafii oraz zaburzeń struktury wyrazów, które można wpisać w obręb deficytów systemu morfologicznego i fonetyczno-fonologicznego. Wszystkie cechy pozostają niezmiennie niezależnie od wieku. O ile aspekt graficzny pisma wraz z ortografią to najczęściej opisywane kwestie w kontekście zaburzeń dyslektycznych, o tyle dwa ostatnie systemy wydają się sferą wymagającą dokładniejszego opracowania. Należy też zaznaczyć, że w przypadku wielu błędów popełnianych przez dyslektyków trudno o jednoznaczną językoznawczą kwalifikację do określonej kategorii. Te same deficyty można na przykład rozpatrywać jednocześnie jako problem na poziomie morfologicznym oraz ortograficznym. Dlatego interpretacja językoznawcza zaprezentowanych poniżej tekstów pisanych wymaga pewnej umowności opisu.

Kłopotliwe pismo, czyli *verba volant, scripta manent*

Cechą wspólną wszystkich dorosłych dyslektyków jest nieestetyczny charakter pisma, które jest słabo czytelne lub nieustabilizowane graficznie. Dotyczy to nie tylko liter, ale wszelkich znaków graficznych, także liczbowych. Ów brak stabilności graficznej – zaburzenie proporcji i zmiany kierunku pochylenia cyfr i liter oraz niewłaściwe łączenie tych ostatnich – jest charakterystyczny dla dzieci opanowujących dopiero precyzję ruchów i mechanizmy odpowiedzialne za sprawność grafomotoryczną. Jednak w przypadku osób dyslektycznych grafomotoryka i umiejętność estetycznego rozplanowania poszczególnych elementów w perspektywie całości zapisu nigdy nie zostają dostatecznie opanowane. Widać to na przykładzie poniższego zestawienia próbek tekstów tej samej osoby, które pochodzą z różnych okresów jej życia.

We wszystkich zaprezentowanych tekstach, niezależnie od zmieniającego się wieku ich autora, obecne są typowe błędy graficzne, wyróżnione przez Tadeusza Wróbla w pracy poświęconej pismu i pisaniu na etapie nauczania początkowego [Wróbel, 1979, s. 92–95]. Należą do nich, bardzo tu widoczne, deficyty konstrukcyjne polegające na naruszeniu kształtu litery w porównaniu z jej wzorem, na zachwianiu proporcji oraz zniekształceniu linii. Widzimy też brak proporcjonalności, odzwierciedlony w niejednorodnym zagęszczeniu znaków, różnej ich wielkości, wysokości i zachowaniu linii prostej względem płaszczyzny poziomej, a wreszcie na braku jednolitych odstępów między literami i wyrazami. Wyraźnie zauważalne są też zmiany kierunku pochylenia poszczególnych znaków (liter, cyfr) [por. Czelakowska, 2012, s. 113]. W zestawieniu powyższych próbek nieprzypadkowo znalazły się również zapisy działań

matematycznych, problemy w linearnym uporządkowaniu elementów symbolicznych dotyczą bowiem również cyfr i innych symboli [por. Cieszyńska-Rożek, 2010, s. 40].

kraj. Kraj w którym
 kraj w którym mieszka
 kraj w Polska
 orzeł biały orzeł
 biały - uzerłono
 flag. herb Warszawy
 Złoty, błękitny i czerwony
 a. stolicą Polski
 Warszawa
 Polska to moja ojczyzna
 ma

Ilustracja 1. III klasa szkoły podstawowej
 Źródło: archiwum własne.

I AM (I'M) THE SMALLEST
 I'M ALWAYS SMALLER
 I'M THE SMALLEST
 I'M THE SMALLEST
 I'M THE SMALLEST

Ilustracja 2. V klasa szkoły podstawowej
 Źródło: archiwum własne.

GŁOSKI
 BEZDZWIĘCZNE ZIWIĘCZNE
 A B C D E G H J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z
 M O R I X W Z Z Z

Ilustracja 3. I klasa gimnazjum
 Źródło: archiwum własne.

$F(x) = (x^2 + ax + b)^2$
 $W(x) = x^4 + Mx^3 + Nx^2 + P$
 $F(x) = x^4 + 2ax^3 + (a^2 + 2bx^2) + 2abx + b^2$
 $M = 2a$
 $N = a^2 + 2b$
 $P = b^2$
 $a = 20$
 $b = 3$
 $M = 40$
 $N = 40$
 $P = 9$

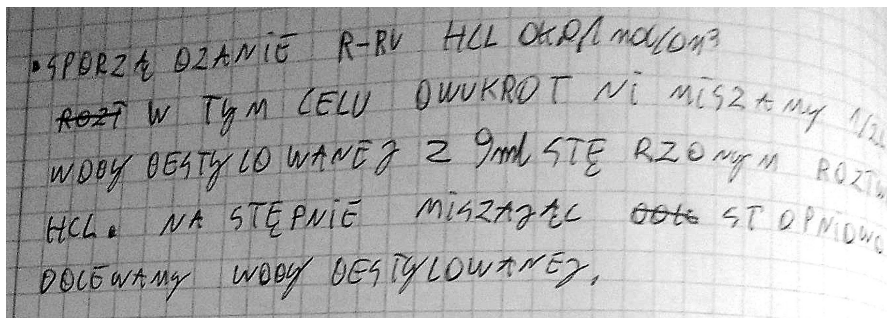
Ilustracja 4. Pierwsze lata nauki w liceum
 Źródło: archiwum własne.

Sposobem na radzenie sobie z opisanymi wyżej kłopotami natury graficzno-estetycznej jest taktyka stosowania pisma wersalikowego, które – przez swoją prostotę – jest bardziej czytelne. Co więcej, nie wymaga łączenia znaków oraz dodatkowo wyłącza konieczność rozróżniania w zakresie zasad stosowania wielkich i małych liter. Jak wynika z zaprezentowanych próbek tekstowych, zabieg ów został uskuteczniiony tuż po zakończeniu kształcenia na etapie początkowym (klasy 1–3), kiedy to strona techniczna pisma, kształt i sposób łączenia liter nie są już kwestią traktowaną priorytetowo przez nauczycieli. Ten rodzaj maskowania problemów z grafią to taktyka realizowana przez większość osób z dysleksją. Potwierdzenie tego znajdujemy

autografu [Bogdanowicz, 2011a, s. 75–76]. Jacek Żakowski – jeden z bohaterów książki *Portrety nie tylko sławnych osób z dysleksją*, tak opisuje swoje doświadczenia w tym zakresie:

Nie wyrobiłem sobie stałego podpisu. Byłem swego czasu prezesem Polskiej Agencji Informacyjnej [...] i w tym charakterze podpisywałem czeki. Banki odsyłały je, bo podpisywałem się za każdym razem inaczej. Musiałem dać komuś pełnomocnictwo [Bogdanowicz, 2008b, s. 170].

Graficzną kwestią pisma są także problemy z ortografią, będące objawami najczęściej kojarzonymi z dysleksją. Oczywiście jest, że kłopoty z ortografią dotyczą również osób dorosłych², jako że mózg głęboko dyslektyczny najczęściej nie jest w stanie zapamiętać i wyabstrahować reguł związanych z tą sferą języka pisanego³. Jak bardzo głęboki i trwały jest to problem, obrazują zaprezentowane poniżej próbki tekstu. Pierwsze dwa przykłady to fragmenty notatek dwudziestoletniego studenta, który przez cały okres nauki szkolnej (podczas wszystkich etapów systemu edukacji) poddawany był intensywnej terapii i wspomagananiu pod kątem zminimalizowania skutków dysleksji. Autorem ostatniego tekstu jest trzydziestoletni mężczyzna, u którego proces terapii trwał do momentu zakończenia nauki w gimnazjum.

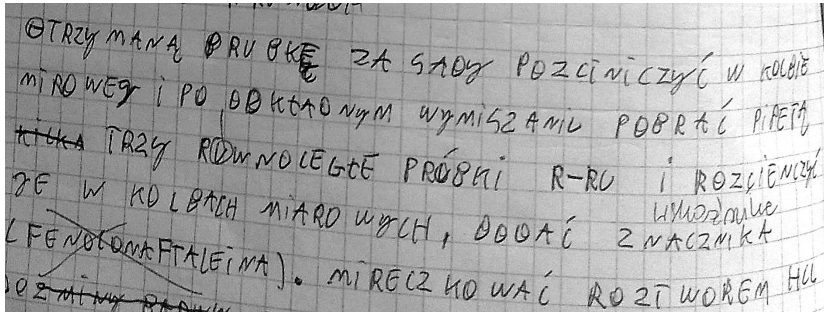


Ilustracja 8. Problemy z ortografią u osoby 20-letniej

Źródło: archiwum własne.

2 Mowa tu o ogromnej większości przypadków, aczkolwiek niektórzy dorośli dyslektycy, u których objawy nie mają charakteru głębokich zaburzeń lub nakierowane są na inną sferę poznawczą (dotyczącą np. liczb i operacji matematycznych), mogą w pewnym stopniu opanować reguły ortograficzne. Jednakże, jak sami mówią, często odczuwają dyskomfort z powodu pojawiania się tak zwanych czarnych dziur w głowie, polegających na przykład na niemożności przypomnienia sobie ortograficznej zasady związanej z zapisem jakiegoś konkretnego wyrazu (najczęściej jest to zawsze ten sam wyraz lub wyrazy).

3 W tym kontekście należy zadać pytanie, czy stosowanie (wciąż niestety aktualne) przez pedagogów działań kompensacyjno-wyrównawczych na zasadzie wielokrotnego przepisywania tych samych wyrazów i zdań z daną regułą ortograficzną, wypełniania ćwiczeń ortograficznych oraz pisania dyktand ma jakikolwiek sens. Korendo [2009, s. 235–236] określiła ten niefortunny sposób działania jako „«leczenie» dysleksji poprzez ćwiczenia obserwowanych objawów”.



Ilustracja 9. Problemy z ortografią u osoby 20-letniej

Źródło: archiwum własne.

jest zainteresowana językiem i
 i umiejętnościach zawodowych, a także
 jej energia w rozwiązywaniu problemów
 z psychologią, umiaste tu nawiązać
 nawiązać z psychologią i etyką.
 Scena ogólnie podlega ~~z~~ zmianom
 podsumować jako celującą.

Ilustracja 10. Problemy z ortografią u osoby 30-letniej

Źródło: archiwum własne.

Nienormatywna grafia (w tym ortografia) to wcale nie jedyny wyznacznik deficytów związanych z dyslektycznym piśmem. Błędy w zapisie polegają też na charakterystycznych aberracjach fonetycznych, co jest szczególnie widoczne w poniższym tekście maturzysty.

Autor zapisu wykazuje dowolność, jeśli chodzi o oznaczanie palatalności, wymiennie stosuje w tym celu znak diakrytyczny oraz literę *i*, która także może występować w funkcji oznaczania miękkości poprzedniej spółgłoski (zakreślenia). Ponadto tekst pokazuje tendencję do odzwierciedlania na piśmie formy dźwiękowej wyrazu (takiej, jaką słyszymy, wymawiając go), jest to zatem zapis fonetyczny, a nie ortograficzny. Taki rodzaj zapisu jest częsty w przypadku wyrazów zawierających samogłoskę nosową w wygłosie lub w śródgłosie przed głoskami szczelinowymi. W wyżej zamieszczonej próbce tekstu (pierwsze zakreślenie) widoczny jest w pierwszej kolejności zapis odzwierciedlający zdenalizowaną oraz zlabializowaną wymowę wygłosowej samogłoski nosowej *a*. Poniżej natomiast (ostatnie zakreślenie) widzimy wtórnie powstałą samogłoskę nosową *ę*, znajdującą się przed spółgłoską szczelinową *s*.

ZACZEĆ żyć NA NOWO TAKŻAK CHCIAŁ.
 JESZCZE INNA SYTUACJE PRZO STANIA JEONXZ LKTUR
 SZKOTY PROSTAWOWEJ A WTA ŚWIĘ JEJ POZĄ TSOUW
 CZĘŚĆ TA LKTURA TO II ROBINSON KRUVZII. GTY WAW
 BOCHATER ROBINSON WIDZIE SPOKONNE ŻYCIE W MGLC
 PORTOUM. JEONAK COŚ LA TY CZ AS BO ORELYS.
 PRAGNIE PRZEŻYĆ PRZYGODE, PRAGNIE WZACIĄG NA CIĘ MATEK
 I WYRUSZYĆ W REZS. JEONAK JEBO MOTYWALIZA JEET PRDGA,
 CHIE POPROSTU WIDZUĆ COŚ NIE SAMOWITEGO. JEONAK
 NIMODNA POWIDZIE ŻE JEET TO BŁACH ZACHCIŃKA PONIWAZ
 JEET TO CHE (H) KTORA ZMINI JEBO ŻYCIE.
 PRACA, PASZA CZY OBOWIĄZEK? NEDA SIĘ WYBRAĆ JEDNEJ
 Z TYCH OPCIZ TAK POPROSTU. W GZYTAKI SIĘ ONE ZEGDRA
 MOGA, ALE NIMUGA PRZEPLATAĆ. OCZYWIŁE MOŻEMY
 PRZELATE ŻYCIE ROBIĆ COŚ CZEGO NIE NAWIDZIMY, ALE
 NIMA TO WYBY. MOJNA POWIDZIEĆ TAK MOŻEMY POUZAC
 ZA PIENIĘDZMI JEONK BZESNIE ROBIŁ TO CO SIĘ KOCHA.

Ilustracja 11. Błędy o charakterze fonetycznym

Źródło: archiwum własne.

Wiele nieprawidłowości dotyczy struktury morfologicznej wyrazów. W analizo-
 wanych przeze mnie tekstach przybierają one najczęściej formę elizji samogłoski e.
 Dzieje się tak konsekwentnie w przypadku bezpośredniego sąsiedztwa z samogłos-
 ką i, co obrazuje kolejny fragment:

ZACZYM WZYCIU CONIĄ WODZIE? DA ZA PASZĄ? PIENIĘDZMI?
~~MOJNA~~ CZY PODARZAJĄ ZA OBOWIĄZKI KTORY SOBIE
 SAMI NA RZECI LUB WZRUCITO JE IM SPOŁECZENISTWO.
 NATURALNYM LELEM CZŁOWIKA ZAPISANYM W GENACH JEET
 PRZEŻYCIE JAK NATOTURZCZĄ I PRZEKAZANIA GENÓW POTOMSTWU.
 JEONAK W TAKIM RAZIE OLCZEBO IGNIWA ZAWDOY, PRACA CZY
 PIENIAZE? DO POWIĆ JEET DOŚĆ PRASTA. WWOZI ZACZELI
 PRAGNĄĆ CZEGOŚ WIĘCEJ, CZY TO JAKIWIŚ JEBO ŻYCIA
 CZY POZOSTAWIŃIA PO SOBIE ZAKŁADÓW? TO WIDARZENIE
 WARTNE JEET TO ŻE WWOZI WYŻELI PONAD SWOJE PIKOWNE
 INSTYTYKTY.

Ilustracja 12. Błędy o charakterze morfologicznym (elizje)

Źródło: archiwum własne.

Innym rodzajem aberracji morfologicznej jest rozbijanie całościowych form wy-
 razowych na dwie części, analogicznie do wyrażen przyimkowych, jak na przy-
 kładzie:

DOBRE WARUNKI DO GODNE. ON TYLKO GIE ROZESMIAT, CO PRAWDOPODOBNIEMIE (ROZBAWNIEMIE) W ~~WARTOSC~~ PRA... ~~ON~~ ROBI TO CO KOCHA ALE JEST TO GTR A SZLIWIE +...

Ilustracja 13. Błędy o charakterze morfologicznym (rozbijanie form jednowyrazowych)

Źródło: archiwum własne.

Wnioski i zakończenie

Powyższe omówienie dotyczy tylko wybranych aspektów języka pisanego dorosłych osób z dysleksją. Faktem jest, że zniekształceniom ulegają też inne podsystemy – składniowy oraz leksykalno-semantyczny, choć ten ostatni dotyczy głównie odchyień na szczeblu szeroko pojętej stylistyki. Zaburzenia obecne są zatem w tekstach dorosłych dyslektyków na poziomie wyrazu i zdania, a także w warstwie tekstu jako większej całości. Ze względów oczywistych nie można zrównywać tekstów dzieci i młodzieży w wieku szkolnym z tekstami dorosłych osób z dysleksją. Ci ostatni wypracowują wiele strategii maskujących, zastępczych lub kompensacyjnych. Pewne cechy pozostają jednak niezmiennie. Przedstawiona w niniejszym opracowaniu analiza tekstów pokazuje trwałość wielu zjawisk związanych z nieprawidłowym przetwarzaniem języka. Świadczy to o tym, że dysleksja nie znika wraz z ukończeniem zinstytucjonalizowanej nauki szkolnej. Może mieć jedynie charakter skompensowany [por. Bogdanowicz, 2009]. Specyficzne deficyty związane z językiem, nawet w przypadku znacznej kompensacji w zakresie pisma, manifestują się często podczas mówienia i przetwarzania mowy. Przejawiają się na przykład w gubieniu wątku, przejęzyczeniach, przekręcaniu nazwisk i nazw, ale też zasłyszanych faktów (co wynika z uruchamiania mechanizmu schematyczności i projekcji). Obserwowane są też trudności ze zrozumieniem wypowiedzi innych ludzi, zwłaszcza w hałasie lub w sytuacji napięcia emocjonalnego (częste dopytywanie, prośby o powtórzenie albo mechaniczne przytakiwanie mimo braku rozumienia).

Na koniec warto podkreślić, że dysleksja w wieku dorosłym dotyczy także innych, pozajęzykowych sfer funkcjonowania człowieka. Odnosząc się do profilu charakterologicznego tych osób, można określić je najogólniej jako roztargnione lub – potocznie mówiąc – „zakręcone”⁴. Jest to związane między innymi ze słabą samoorganizacją lub nieumiejętnością zarządzania czasem. Stąd częste spóźnianie się, zapominanie czy gubienie rzeczy. Do innych cech obecnych w zachowaniu i funkcjonowaniu dorosłych dyslektyków mogą należeć [por. Szurek, 2014, s. 167]:

4 Słownik języka polskiego PWN oprócz znaczenia dosłownego podaje dwa potoczne wyjaśnienia przymiotnika *zakręcony*: ‘szalony lub niesamowity’ oraz właśnie ‘roztargniony’.

- ogólna nieporadność życiowa;
- mylenie kierunków (trudność z odróżnianiem strony prawej od lewej) i brak orientacji w nieznanym terenie, gubienie drogi [Bogdanowicz, 2009];
- mylenie numerów (np. numerów autobusów, telefonów) oraz dat i godzin [por. Bogdanowicz, 2009];
- problemy z posługiwaniem się pieniędzmi i z bezbłędnym odczytywaniem godzin, szczególnie na zegarkach analogowych;
- kłopoty z koordynacją ruchową, na przykład przy próbie opanowania układów gimnastycznych lub tanecznych [Bogdanowicz, 2009];
- słabe radzenie sobie z rozumieniem zasad wypełniania wszelkich formularzy urzędowych [Bogdanowicz, 2009];
- zapominalstwo, zaburzona pamięć krótkotrwała [por. Łockiewicz, Bogdanowicz, 2013];
- nieobecność mentalna, brak koncentracji, nieumiejętność podzielności uwagi [Buchholz, Davies, 2005], zwłaszcza w sytuacjach stresowych lub w chwilach gorszej kondycji psychicznej;
- tendencja do stanów depresyjnych i niskiego poczucia własnej wartości, a nawet samoagresji [Krasowicz-Kupis, 2009a, s. 162, 164 i 167; Szurek, 2014, s. 169–171].

Charakterystyczne dla dorosłych osób dyslektycznych jest również to, że częściej niż u pozostałych spotykany jest u nich lewostronny lub skrzyżowany model lateralizacji stronnej, a nierzadko tendencja do oburęczności⁵. W przypadku osób, których lata nauki szkolnej przypadały na okres nieistnienia dysleksji w świadomości pedagogicznej, częste są sytuacje wymuszonej praworęczności, co dodatkowo intensyfikuje skalę deficytów, zwłaszcza w kontekście problemów dysgraficznych.

Literatura

- Bogdanowicz K., 2008, *W czepku urodzona, czyli portret szczęśliwego dyslektyka*, [w:] M. Bogdanowicz (red.), *Portrety nie tylko znanych osób z dysleksją*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia, s. 261–269.
- Bogdanowicz K., 2011a, *Dysleksja a nauczanie języków obcych. Przewodnik dla nauczycieli i rodziców uczniów z dysleksją*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Bogdanowicz K., 2011b, *Mam dysleksję i nie zawaham się jej użyć*, „Gazeta Wyborcza”, 18.11, strony lokalne GW – Gdańsk, nr 268, s. 12.
- Bogdanowicz K., Bogdanowicz M., Pąchalska M., 2010, *Studenci z dysleksją i ich słabe strony*, „Dysleksja. Biuletyn Polskiego Towarzystwa Dysleksji”, nr 1(6), s. 12–14.
- Bogdanowicz M., 1995, *Uczeń o specyficznych potrzebach edukacyjnych*, „Psychologia Wychowawcza”, nr 3, s. 216–133.

⁵ Na temat znaczenia lateralizacji w rozwoju kompetencji językowych pisałam w artykule *Structural and Functional Asymmetries in the Brain in the Light of Lateralization and Development of Language Competences* [Szurek, 2014].

- Bogdanowicz M., 1996, *Specyficzne trudności w czytaniu i pisaniu u dzieci – nowa definicja i miejsce w klasyfikacjach międzynarodowych*, „Psychologia Wychowawcza”, nr 1, s. 13–23.
- Bogdanowicz M., 1999, *Model kompleksowej pomocy osobom z dysleksją rozwojową – ocena stanu aktualnego i propozycje zmian w świetle reformy systemu edukacji*, „Psychologia Wychowawcza”, nr 3, s. 217–227.
- Bogdanowicz M., 2002, *Recepty na dobre czytanie i pisanie*, [w:] W. Turewicz (red.), *Jak pomóc dziecku z dysortografią*, Zielona Góra: Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli, s. 39–50.
- Bogdanowicz M., 2005a, *Dysleksja problemem całego życia*, [w:] M. Sinica, A. Rudzińska-Rogoża (red.), *W kręgu specyficznych trudności w uczeniu się czytania i pisania*, Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski, s. 7–21.
- Bogdanowicz M., 2005b, *Ryzyko dysleksji. Problem i diagnozowanie*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Bogdanowicz M., 2008a, *Model diagnozowania dysleksji rozwojowej*, „Dysleksja. Biuletyn Polskiego Towarzystwa Dysleksji”, numer sygnałny, s. 7–12.
- Bogdanowicz M., 2008b, *Portrety nie tylko sławnych osób z dysleksją*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Bogdanowicz M., 2009, *Dysleksja u osób dorosłych*, [w:] I. Sosin, M. Matraszek (red.), *Zeszyt terapeutyczny. Edukacja – profilaktyka – terapia*, Warszawa: Polskie Towarzystwo Dysleksji, Warszawski Oddział nr 1, Centrum Wspomagania Rozwoju Osobowości, s. 52–61.
- Bogdanowicz M., 2011a, *Kwestionariusz rozpoznawania ryzyka specyficznych trudności w czytaniu i pisaniu u uczniów rozpoczynających naukę w II, III klasie*, Gdynia: Wydawnictwo Operon.
- Bogdanowicz M., 2011b, *Ryzyko dysleksji, dysortografii i dysgrafii – Skala Ryzyka Dysleksji wraz z normami dla klas I i II*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia Universalis.
- Bogdanowicz M., Krasowicz-Kupis G., 2000, *Kwestionariusz objawów dysleksji u dorosłych Michaela Vinegrada*, [w:] W. Turewicz (red.), *Jak pomóc dziecku z dysortografią*, Zielona Góra: Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli, s. 25–27.
- Bogdanowicz M., Adryjanek A., Różyńska M., 2007, *Uczeń z dysleksją w domu. Poradnik nie tylko dla rodziców*, Gdańsk: Wydawnictwo Operon.
- Bogdanowicz M., Czabaj R., Bućko A., 2008, *Modelowy system profilaktyki i pomocy psychologiczno-pedagogicznej uczniom z dysleksją rozwojową*, Gdynia: Wydawnictwo Operon.
- Bucholz J., Davies A.A., 2005, *Adults with dyslexia demonstrates space-based and object-based covert attention deficits: Shifting attention to the periphery and shifting attention between objects in the left visual field*, „Brain and Cognition”, t. 57(1), s. 30–34.
- Cieszyńska J., 2005, *Nauka czytania krok po kroku. Jak przeciwdziałać dysleksji*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Cieszyńska-Rożek J., 2010, *Zaburzenia linearnego porządkowania, czyli dysleksja*, [w:] J. Cieszyńska, Z. Orłowska-Popek, M. Korendo (red.), *Nowe podejście w diagnozie i terapii logopedycznej – metoda krakowska*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, s. 37–51.
- Chodyna-Santus M., 2014, *Dysleksja w mediach*, <https://repozytorium.ukw.edu.pl/handle/item/1710> (dostęp: 30.10.2019).
- Czabaj R., 2010, *Rozpoznanie i wspomaganie uczniów ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się czytania i pisania (klasa IV–VI, gimnazjum, szkoły ponadgimnazjalne)*, [w:] *Podniesienie efektywności kształcenia uczniów ze specyficznymi potrzebami edukacyjnymi*, cz. 1, Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Czelakowska D., 2012, *Metodyka edukacji polonistycznej dzieci w wieku wczesnoszkolnym*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- DSM-5. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2013, Washington–London: American Psychiatric Association.

- ICD-10, 2000, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków–Warszawa: Wydawnictwo Vesalius.
- Korendo M., 2009, *Dysleksja – problem wciąż nieznanym*, „Studia Pedagogiczne Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego”, t. 18, s. 231–241.
- Kowaluk-Romanek M., 2016, *Dysleksja. Czy taki diabeł straszny, jak go malują?*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny”, t. XXXV, z. 3, s. 305–320.
- Krasowicz-Kupis G., 2009a, *Psychologia dysleksji*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Krasowicz-Kupis G. (red.), 2009b, *Diagnoza dysleksji. Najważniejsze problemy*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia.
- Kurowska B., 2011, *Dziecko ryzyka dysleksji w przedszkolu*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Łockiewicz M., Bogdanowicz K.M., 2013, *Dysleksja u osób dorosłych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Nijkowska J., 2004, *Usprawnianie umiejętności odczytywania i zapisywania wyrazów w języku angielskim młodzieży z dysleksją rozwojową*, [w:] M. Bogdanowicz, M. Smoleń (red.), *Dysleksja w kontekście nauczania języków obcych*, Gdańsk: Wydawnictwo Harmonia, s. 144–157.
- Słownik języka polskiego PWN*, <https://sjp.pwn.pl> (dostęp: 28.11.2019).
- Szurek M.M., 2014, *Dysleksja istnieje naprawdę! – Jak ją rozpoznać i zrozumieć*, „Edukacja Elementarna w Teorii i Praktyce”, t. 33, nr 3, s. 153–174.
- Wejner-Jaworska T., 2019, *Dysleksja z perspektywy dorosłości*, Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Wróbel T., 1979, *Pismo i pisanie w nauczaniu początkowym*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
-

Streszczenie

Artykuł podejmuje wątek deficytów językowych wynikających z dysleksji, dotyczących osób dorosłych i manifestujących się zaburzeniami języka pisanego. Tym samym próbuje odejść od tradycji badań nad dysleksją, które w większości koncentrują się na okresie nauki szkolnej i problemach edukacyjnych. Oprócz wybiórczej analizy językoznawczej próbek tekstowych, która stanowi główną część pracy, w tekście zwrócono też uwagę na ogół symptomów występujących u dorosłych z dysleksją, które w znacznym stopniu mogą komplikować codzienne funkcjonowanie.

Abstract

The article raises the issue of language disability in adults resulting from dyslexia and manifested by written language disorders. This is how it tries to change the tradition of research on dyslexia, which is mostly focused on the school period and educational problems. In addition to the selective linguistic analysis of the text samples – which is the main part of the thesis – the article also looks at the other symptoms generally found in adults with dyslexia, which can significantly complicate the daily functioning.

Tomasz Woźniak* 

Postępowanie logopedyczne w przypadku dzieci z niewielkim nasileniem nie płynności mówienia

Speech-Language Therapist Procedure in Case of Children
with Mild Speech Disfluency

Słowa kluczowe: logopedia, terapia logopedyczna, nie płynność mówienia, jąkanie

Keywords: speech and language therapy, speech disfluency, stuttering

Wprowadzenie

Artykuł podejmuje niezbyt często opisywaną w polskim piśmiennictwie kwestię postępowania logopedycznego w przypadku dzieci od 2. do 7. roku życia z niewielkim nasileniem nie płynności mówienia [por. Tarkowski, 1992]. Niewielkie nasilenie nie płynności jest charakterystyczne zarówno dla rozwojowej nie płynności mówienia (RNM), jak i dla łagodnego jąkania wczesnodziecięcego. Za niewielkie nasilenie nie płynności przyjmuję wartość do 5% sylab nie płynnych w wypowiedzi, bez jakościowych symptomów towarzyszących, wskazujących na patologię, w tym głównie bez napięcia mięśniowego. Proponowane w artykule zasady diagnozowania i działań terapeutyczno-profilaktycznych – opracowane na podstawie metaanalizy danych z literatury przedmiotu oraz własnej praktyki logopedycznej – mogą być przydatne i skuteczne zarówno w przypadkach RNM, jak i łagodnego jąkania wczesnodziecięcego.

Diagnozowanie nie płynności u dzieci jest stosunkowo częste. Badania populacyjne nad występowaniem nie płynności u dzieci dowodzą, że około 5% wszystkich dzieci między 2. a 6. rokiem życia przechodzi przez okres nie płynności trwający sześć miesięcy lub dłużej, z czego około trzech czwartych przewyższa ten problem w dzieciństwie, zwykle do 7. roku życia. Proporcja płci w początkowym stadium występowania

* Uniwersytet Łódzki, Wydział Filologiczny, Zakład Dialektologii Polskiej i Logopedii, ul. Pomorska 171/173, 90-236 Łódź, e-mail: tomasz.wozniak@uni.lodz.pl, ORCID: <https://0000-0002-6745-9639>.

niepłynności mówienia wynosi 1: 1, ale wśród dzieci, u których niepłynność sama nie ustępuje – czyli głównie dzieci jąkających się – jest trzy do czterech razy więcej chłopców niż dziewczynek. Jednak próby interpretowania tych obserwacji poprzez genetyczne podłoże dalekie są od satysfakcjonujących rozstrzygnięć [Felsenfeld, 2002].

Warto przy tej okazji zwrócić uwagę na fakt skuteczności oddziaływań terapeutycznych w wieku przedszkolnym w przypadkach stwierdzonego jąkania. Przy prawidłowym wpływie środowiska (terapia pośrednia) w 65% przypadków jąkanie może ustąpić w wieku przedszkolnym, w 74% przypadków ustępuje całkowicie do wczesnego wieku szkolnego (często już także przy bezpośredniej interwencji logopedycznej), częściej u dziewczynek niż u chłopców [Guitar, 2005]. Podjęcie interwencji terapeutycznej w przypadku nawet łagodnego jąkania wczesnodziecięcego jest zatem głęboko uzasadnione.

Ważne jest zrozumienie procesów leżących u podstaw takiego stanu rzeczy. Przede wszystkim należy stwierdzić, że nie ma wystarczających dowodów na wywodzenie niepłynności w jąkaniu z nadmiernego napięcia mięśniowego, przyczyn psychogennych czy błędów wychowawczych. Dużo lepiej udowodnione są teorie, których podstawą jest twierdzenie, że przyczyny jąkania leżą w budowie i funkcjonowaniu mózgu. Dysponujemy obecnie wieloma wynikami obiektywnych badań, opartych na neuroobrazowaniu, które potwierdzają tę tezę. Prowadzą one do następujących wniosków:

- Jąkające się dzieci w porównaniu z niejąkającymi się rówieśnikami mogą wykazywać osłabioną funkcjonalną i strukturalną łączliwość zarówno w sieciach neuronowych obszarów słuchowo-motorycznych (odpowiedzialnych za autokontrolę), jak i w połączeniach jąder podstawnych z obszarami wzgórzowo-korowymi (odpowiedzialnych za planowanie wypowiedzi „naprzód”), przede wszystkim w lewej półkuli mózgu [Chang, Zhu, 2013].
- U jąkających się dzieci może dochodzić do odmienności w zakresie organizacji istoty białej w mózgu (struktur odpowiedzialnych za połączenia), szczególnie w obszarach wymienionych wyżej, ale i w innych rejonach mózgu (prawa półkula i ciało modzelowate – struktura łącząca obie półkule), co powodowane jest subtelnymi różnicami dotyczącymi rozwoju istoty białej między 3. a 10. rokiem życia [Chang i wsp., 2015].
- Powyższe wyniki korelują również z badaniami strukturalnymi mózgu jąkających się dorosłych, kiedy porównuje się ich wyniki z wynikami osób bez jąkania. Badania te potwierdzają znaczące anomalie w zakresie pęczka łukowatego, a więc tego obszaru istoty białej, który – łącząc ze sobą obszar skroniowy z czołowym, zwłaszcza w półkuli lewej – odpowiedzialny jest za funkcje ruchowe mowy [Cieslak i wsp., 2015].
- Badania wykazały również znaczącą redukcję przepływu krwi, a więc redukcję aktywności, w ośrodku Broki u jąkających się osób. Nasilenie objawów jąkania jest wprost proporcjonalne do stopnia redukcji przepływu krwi [Desai i wsp., 2017].

Należy zatem stwierdzić, że – w świetle najnowszej wiedzy – przyczyną niepełności w jękananiu w większości przypadków są neuroanatomiczne i neurofunkcjonalne różnice na poziomie mózgu, dokonujące się w okresie kształtowania się połączeń, głównie w istocie białej. Dotyczy to przede wszystkim osłabienia połączeń w obwodach planowania i kontroli wypowiedzi, gdzie gęstość połączeń jest dwu-, trzykrotnie mniejsza. Może to prowadzić do opóźnień w przetwarzaniu informacji i wiązać się z zaburzeniami lateralizacji w zakresie słuchowej kontroli wypowiedzi – może wystąpić kompensacyjne wykorzystywanie prawej półkuli i lewego ucha do kontroli wypowiedzi u praworęcznych. U większości jękających się obserwuje się dominację lewego ucha w zakresie autokontroli słuchowej. Badania nad audiogennymi uwarunkowaniami zaburzeń mowy, prowadzone przez Zdzisława M. Kurkowskiego, dowodzą, że 65% osób jękających się ma przewagę ucha lewego w autokontroli słuchowej (przy uwzględnieniu rodzaju przewodnictwa sygnału mowy – w tym wypadku: kostnego). Jednocześnie 75% spośród badanych wykazywało dominację ucha prawego dla rozumienia mowy. Lewouszne słuchanie powoduje przechodzenie sygnału najpierw do półkuli prawej, a następnie przejście informacji przez ciało modzelowate do półkuli lewej, właściwej dla kontroli mowy [Kurkowski, 2013, s. 219–220].

Obok czynników biologicznych, które są podstawą jękania i należą do tzw. czynników predysponujących, istnieją jeszcze czynniki wyzwalające i podtrzymujące jękanie, wśród których zauważamy wiele zmiennych środowiskowych. Możemy do nich zaliczyć wzajemne relacje w rodzinie, szkole czy miejscu pracy oraz styl komunikowania się. Wczesne relacje w rodzinnym domu mają potężną siłę oddziaływania na kształtowanie się osobowości człowieka, jego późniejsze relacje z innymi ludźmi, nastawienie do siebie i świata. Jak się okazuje, czynniki środowiskowe i psychologiczne mogą również mieć wpływ na kształtowanie przebiegu funkcji związanych z kontrolą płynności mowy na poziomie organizacji połączeń w mózgu. Wczesne warunkowanie instrumentalne prawdopodobnie wpływa na układ połączeń i, wykorzystując neuroplastyczność młodego mózgu, pozwala na płynną mowę. Potwierdza się to w pracy z małymi dziećmi jękającymi się, na przykład w programie Lidcombe [Onslow, Packman, Harrison, 2003; Harrison, Onslow, 2010]. Praca ze środowiskiem rodzinnym jest uznawana za jeden z fundamentów terapii jękających się dzieci.

W przypadku RNM niepełność powinna całkowicie zaniknąć samoistnie między 5. a 7. rokiem życia, co wskazuje na inny rodzaj przyczyn jej wystąpienia, to jest na czynniki predysponujące, pierwotne, mające – w świetle współczesnej wiedzy – opisane wyżej podłoże neuroanatomiczne i neurofunkcjonalne. Należy także pamiętać o istnieniu przywołanych czynników psychologicznych i społecznych: wyzwalających i podtrzymujących niepełność, mających wprawdzie wtórny charakter, ale wyraźnie oddziałujący na jakość i nasilenie niepełności. Niektórzy rodzice mogą być bardzo zaniepokojeni występującymi niepełnościami, co powoduje u nich częste reakcje lękowe i błędy w relacjach emocjonalnych i komunikacyjnych z dzieckiem. Może to doprowadzić do obniżenia samooceny dziecka, a w skrajnych

przypadkach do wystąpienia trudności komunikacyjnych. Dokładna diagnoza, wsparcie rodziców i wskazanie właściwych sposobów postępowania przez logopedę jest najlepszym rozwiązaniem [Guitar, Conture, 2012].

Według współczesnej refleksji naukowej za najczęstsze przyczyny normalnej nie płynności mówienia w okresie między 2. a 7. rokiem życia uznaje się procesy psycholingwistyczne: opanowywania mowy, przechodzenia od informacji danej do nowej, syntaktycznego planowania wypowiedzi [Tarkowski, 1992; 1999; Guitar, Conture, 2012]. Prawdopodobnie należałoby także uwzględnić procesy biologiczne, głównie formowania się sieci połączeń w istocie białej [por. Chang i wsp., 2015], ale teza taka czeka dopiero na udowodnienie.

Dzieci z RNM wykazują normalną nie płynność mówienia. Oznacza to, że pomiędzy 18. miesiącem życia a 3. rokiem życia w wypowiedziach tworzonych przez dziecko możemy odnaleźć powtórzenia słów, sylab i głosek najczęściej na początku frazy, przeważnie jednokrotne. Objawy te nie powinny występować zbyt często (poniżej 5% w próbie sylabowej). Po 3. roku życia dodatkowo mogą pojawić się także pauzy wypełnione (dźwięki wtrącone, np. *yyy, aaa*). Nie mają one jednak charakteru spastycznego. Za normalne należy także uznać to, że zjawiska te mogą się nasilić w momentach zmęczenia, ekscytacji, pośpiechu, złego nastroju. Wypowiedzi dziecka mogą być również mniej płynne, gdy dzieci mówią na nowy, trudny temat lub gdy ktoś zadaje im pytania i żąda odpowiedzi. Jednak ogólne zwiększenie nie płynności trwa zwykle kilkanaście tygodni, a potem znacząco się zmniejsza. W czasie występowania nie płynności dzieci przeważnie nie wykazują zaniepokojenia, lęku, złości czy frustracji.

Aby postępowanie z dzieckiem o niewielkim nasileniu nie płynności mówienia było skuteczne, należy podjąć działania praktyczne, obejmujące opisane niżej kierunki:

- przeprowadzenie dokładnej diagnozy dziecka z nie płynnością mówienia, w celu uzyskania pewnego obrazu jego trudności;
- nawiązanie i zorganizowanie współpracy z rodzicami;
- dokonanie wyboru działań prewencyjno-terapeutycznych;
- ocena efektywności podjętych oddziaływań.

Diagnoza

Schemat czynności diagnostycznych w ocenie dziecka z niewielką nie płynnością pozostaje taki jak w przypadku innych osób z występującymi zaburzeniami płynności mowy [Woźniak, 2008a]. Bierzymy pod uwagę kolejno:

- ocenę płynności mówienia (ilościową i jakościową);
- ocenę symptomów towarzyszących;
- wywiad;
- inne badania specjalistyczne, jeśli są wskazane.

Zasadnicza różnica w przebiegu diagnozy u małych dzieci w porównaniu z dziećmi w wieku szkolnym, młodzieżą i dorosłymi dotyczy zastosowanych technik i narzędzi diagnostycznych. Podstawowymi technikami diagnostycznymi stają się obserwacja w zabawie, ocena wypowiedzi w gabinecie i środowisku pozagabinetowym, a narzędzia testowe muszą być dostosowane do wieku dziecka. Podstawą jest stworzenie przyjaznej atmosfery i zainteresowanie małego pacjenta wykonywanymi zadaniami. Jeśli dziecko odmawia współpracy i nie bawi się dobrze w czasie sesji diagnostycznych, należy przyjąć, że to logopeda popełnia jakiś błąd.

Nie stawiamy diagnozy w czasie jednego spotkania. Diagnozowanie powinno obejmować minimum dwa, trzy spotkania, organizowane w odstępie jedno- lub dwutygodniowym, co pozwala na większą precyzję w opisie objawów i uchwycenie dynamiki rozwoju nie płynności. Jedno ze spotkań diagnostycznych może odbyć się nawet bez udziału dziecka i wiązać się na przykład z analizą nagrań jego wypowiedzi w sytuacjach pozagabinetowych oraz przeprowadzaniem wywiadu z obojgiem rodziców.

Ocena płynności mówienia (ilościowa i jakościowa)

Ocenę płynności mówienia możemy przeprowadzić na przykład na podstawie prób przeznaczonych dla dzieci w *Próbie sylabowej do oceny nie płynności mówienia* [Kurkowski, 2007]. Oceniamy kolejno czynności powtarzania, nazywania obrazków, realizacji dialogu i – opcjonalnie – ciągów zautomatyzowanych (np. recytacja wierszyka). Zgodnie z przyjętymi założeniami oceny należy dokonywać także w sytuacjach pozagabinetowych; prosimy rodziców o nagrywanie mowy dziecka w różnych sytuacjach codziennych. Włączenie do procesu diagnostycznego rodziców ma duże znaczenie także dla działań profilaktyczno-terapeutycznych.

Ocena ilościowa jest podstawą orzeczenia o nasileniu nie płynności. Obecnie na świecie przyjmuje się za normę wartość 2% występowania nie płynności w próbie sylabowej. Potwierdzają ten fakt badania Kurkowskiego [2007], w których metodą sędziów kompetentnych analizowano wypowiedzi 200 osób w wieku od 6 do 28 lat. Wyniki tych analiz pozwalają uznać za płynną wypowiedź, w której nasilenie objawów nie przekracza 3% u dzieci i 2% u dorosłych w próbie sylabowej. Jednak dane te wymagają dodatkowej interpretacji.

Interesujące wyniki przynosi zestawienie danych zawartych w pracy Kristjany Einarsdóttir i Rogera Inghama [2005, s. 263]. Przedstawili oni wyniki badań dotyczących nie płynności mowy dzieci w okresie rozwoju mowy, porównując dzieci jąkające się z ich płynnie mówiącymi rówieśnikami. Zestawienie prezentowanych przez autorów danych wskazuje, że średnia norma dla próby wyrazowej wynosi 5,79%, natomiast dla próby sylabowej 5,25%. W świetle powyższych ustaleń różnica między oceną za pomocą próby sylabowej lub wyrazowej wydaje się mało istotna. Zwraca na to także uwagę J. Scott Yaruss [1997], zauważając, że w przypadku dzieci przeważają słowa jednosylabowe, a u dorosłych, w potocznej wypowiedzi, średnia długość używanych form wyrazowych wynosi 1,5 sylaby. Należy zaznaczyć, że omawiane

wyniki odnoszą się do języka angielskiego. Można jeszcze dodać, że Morton Cooper za wartość graniczną uznał 5% nie płynnie realizowanych wyrazów, w większości sytuacji wymagających mówienia, obserwowanych przez co najmniej pół roku, zarówno u dzieci, jak i u dorosłych [Tarkowski, 1992].

W konkluzji można przyjąć, że maksymalną granicą normy jest wynik do 5% całkowitej nie płynności ocenianej w próbie sylabowej. Wynik większy/równy 5% uznamy zatem za patologiczne ilościowo nasilenie nie płynności. Na uznanie tego wyniku za wartość graniczną wpływa zarówno uwzględnienie przypadków rozwojowej nie płynności mówienia, założenie pewnego zakresu tolerancji dla określenia granic normy (podobnie jak „odchylenie standardowe”), jak i doświadczenia z praktyki klinicznej.

Ocena jakościowa w praktyce logopedycznej traktowana jest jako równie ważne kryterium. Nawet mniejsza niż 5% nie płynności liczba ewidentnie patologicznych symptomów nie płynności może zadecydować o diagnozie jąkania lub gielkotu. O patologicznym lub fizjologicznym charakterze nie płynności decyduje przebieg objawów oraz ocena symptomów towarzyszących.

Za patologiczne uznamy: przeciągnięcia dźwięków z widocznym napięciem mięśniowym, pauzy związane z zatrzymaniem realizacji dźwięku, dłuższe niż 2–3 sekundy, z towarzyszącym napięciem mięśniowym, powtórzenia sylab i głosek we wszystkich pozycjach dźwiękowych, ale też wyrazów i fraz, więcej niż raz, stosowanie dźwięków wtrąconych („pauz wypełnionych”): typowych (yyyy...) i nietypowych (yśst..., aee...), bez uzasadnionej przyczyny.

Za normalne uznać należy: przeciąganie dźwięków bez napięcia mięśniowego, zwykle związane z zastanawianiem się, pauzy nienapięte (trwające zwykle do 2–3 sekund), powtórzenia fraz, wyrazów i sylab w nagłosie (przeważnie tylko raz), stosowanie typowych pauz wypełnionych w momentach dalszego planowania wypowiedzi.

Ocena symptomów towarzyszących

Oceniając symptomy towarzyszące nie płynności mówienia, powinno się zwrócić uwagę na występowanie wysiłkowego podnoszenia napięcia mięśniowego w czasie artykulacji. Prawie zawsze wskazuje ono na stan patologiczny i generuje następne reakcje, które z czasem stają się nawykowe, to jest: zaburzenia toru oddechowego oraz koordynacji oddechu i artykulacji, współruchy, grymasy, zaburzenia kontaktu wzrokowego. Występowanie tych objawów zawsze świadczy o jąkaniu.

Następnie zwracamy uwagę na wyrazistość artykulacyjną (w ocenie poprawności wymowy naturalnie uwzględniamy kryterium rozwojowe), głos, tempo mówienia. W ocenie obserwujemy stopień trudności nawiązywania interakcji przez dziecko, zasób jego słownictwa, sprawność w budowaniu dialogu i narracji. Tylko całościowa ocena zachowań werbalnych umożliwi nam orzeczenie o prawidłowości rozwoju mowy u dziecka.

W ocenie dziecka z nie płynnością mówienia powinno dokonać się także orientacyjnej oceny słuchu oraz określić model lateralizacji (ręka, noga, oko, ucho).

Szczególnie należy zwrócić uwagę na model lateralizacji słuchowej w kontekście kontroli sygnału mowy. Ciekawe rozwiązania w tym zakresie przynoszą propozycje oceny układu ust w czasie obserwacji prowadzonej podczas swobodnej rozmowy (kierowanie kącika ust w stronę dominującego ucha) [Kurkowski, 2018]. Należy bowiem uznać, że część przypadków niepełności może mieć podłoże audiogenne i być powodowane bądź skrzyżowaniem lateralizacji motorycznej i słuchowej, bądź niedosłuchem w dominującym uchu [por. Kurkowski, 2013]. Spotkałem się z przypadkiem dziecka, u którego niepełność występowała głównie w hałasie, co prawdopodobnie było związane z ubytkiem słuchu w prawym uchu. Natomiast lateralizacja słuchowa dopiero kształtuje się u dzieci w omawianym przez nas okresie ich życia i istnieje możliwość zmiany wadliwego jej modelu, zanim się utrwali. Rozwiązanie problemów słuchowych może być podstawą usunięcia niepełności.

Wywiad i inne badania specjalistyczne

Wywiad i analiza ewentualnych wyników badań innych specjalistów mają kluczowe znaczenie dla określenia czynników środowiskowych, psychologicznych i zdrowotnych, niedostępnych obserwacji diagnostycznej w gabinecie logopedycznym. Wywiad powinien pozwolić na zebranie danych w kilku wymiarach: ogólnego rozwoju dziecka, jego zdrowia oraz relacji w środowisku rodzinnym.

- Ogólny rozwój dziecka (w tym rozwój mowy) i dane na temat czasu i okoliczności wystąpienia i utrzymywania się niepełności.

W tym punkcie należy wykluczyć ewentualne opóźnienia całościowego rozwoju dziecka, których występowanie może wskazywać, że niepełność jest symptomem wynikającym z innych przyczyn (np. niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim, opóźnień rozwoju sfery motorycznej). Zwykle niepełność może pojawić się już między 2. a 5. rokiem życia. W RNM po 5. roku życia będzie się zmniejszać, w jękananiu będzie się utrzymywać bądź zwiększać. Samo wystąpienie niepełności może mieć charakter nagły, ale może także rozwijać się stopniowo. Nie przesądza to o patologicznym lub fizjologicznym charakterze niepełności, ale częściej gwałtowny początek niepełności dotyczy jękania. W RNM usłyszymy raczej, że „zaczęło się to pojawiać od jakiegoś czasu”. Mimo że wielu rodziców tłumaczy wystąpienie niepełności jakąś traumą psychologiczną (np. wystraszeniem się psa lub przycięciem palca drzwiami), nie ma wystarczających dowodów na to, że zachodzi jakiś związek przyczynowo-skutkowy między czynnikami psychologicznymi a jękananiem. Oczywiście należy poważnie rozważyć potencjalny wpływ sytuacji powodujących długotrwały stres (np. rozvodu rodziców, długotrwałej izolacji od rodziny, śmierci bliskiej osoby). Sytuacje takie mogą mieć wpływ na model lateralizacji słuchowej, a więc na płynność wypowiedzi [por. Kurkowski, 2013].

- Ocena stanu innych problemów zdrowotnych, mających możliwy wpływ na wystąpienie niepełności.

Oprócz wspomnianych już zagadnień dotyczących oceny percepcji słuchowej istotne dla nas mogą być informacje o innych aspektach zdrowia dziecka: wszelkich chorobach neurologicznych, urazach głowy, niedotlenieniu, astmie itp. Warto zwrócić uwagę na fakt występowania nie płynności przy okazji zmian w zapisie EEG. Wprawdzie zmiany takie nie są typowe dla jąkania, ale spotkałem się z przypadkami jąkania występującego w padaczkach lub w mózgowym porażeniu dziecięcym (bez cech dyzartrii i oligofazji). Epileptoidalna postać jąkania wyróżniana jest w literaturze od dawna [de Quirós, 1975]. Ponadto zmiany w zapisie EEG mogą wskazywać na gielkot [Woźniak, 2008b].

– Charakterystyka relacji w środowisku rodzinnym dziecka.

Ważne jest ocenienie wzajemnych relacji w rodzinie pod kątem potencjalnego wpływu na podtrzymywanie i utrwalanie nie płynnego mówienia. Podkreślmy jeszcze raz: rodzice nie są przyczyną nie płynności mowy dziecka, ale mogą mieć wpływ na jej utrwalenie lub zanik. Dlatego szczególnie istotne jest określenie relacji emocjonalnych, w tym głównie poziomu lęku w rodzinie (szczególnie u matek) oraz stopnia akceptacji dziecka przez ojca i jego zaangażowania w wychowanie. Obniżenie lęku związanego z wystąpieniem nie płynności, zbudowanie relacji opartej na akceptacji dziecka przez oboje rodziców, wspieranie go w różnych sferach życia bez zwracania uwagi na nie płynność powinno stać się priorytetem postępowania prewencyjno-terapeutycznego.

Drugim faktem, który musimy ustalić, jest styl komunikacji w rodzinie, analizowany głównie pod kątem sposobu komunikacji z dzieckiem. Należy stwierdzić, czy komunikacja z dzieckiem wiąże się z przyjemnością rozmowy dla obu stron, czy też dominuje jakiś inny model: kontrolujący lub autorytarny.

Ponadto warto zwrócić uwagę na tempo mówienia rodziców, szczególnie matek, ponieważ w początkowym okresie mowa matki jest wzorcowa dla dziecka. Zbyt szybkie tempo mowy utrudnia percepcję wypowiedzi i powoduje duży stres komunikacyjny u rozmówcy.

Współpraca z rodzicami

Postawienie rzetelnej diagnozy na podstawie wszechstronnego, kilkutygodniowego procesu diagnostycznego pozwala nam nie tylko na pewny wybór postępowania profilaktyczno-terapeutycznego, ale stanowi już jego pierwszy element. Sam fakt zgłoszenia się rodziców do logopedy jest sygnałem ich troski i zaniepokojenia. Angażując rodziców w zbieranie danych, analizując z nimi nagrania, tłumacząc charakter zaobserwowanych objawów oraz biorąc na siebie odpowiedzialność za przebieg działań, przeciwdziałamy poczuciu narastającego lęku. Pomagamy rodzicom nazwać, zrozumieć i zaakceptować nie tylko objawy nie płynności mowy u dziecka, ale również ich własne uczucia. Stworzone

w trakcie diagnozowania zaufanie i przekonanie o kompetencjach terapeuty buduje motywację i stanowi podstawę dalszych działań.

Kiedy jesteśmy już pewni, że niepełność mówienia ma niewielkie nasilenie, podejmujemy postępowanie prewencyjno-terapeutyczne w formie interwencji pośredniej. Nasza interwencja ograniczona zostanie do poradnictwa dla rodziców i okresowych wizyt kontrolnych. Aktywność rodziców powinna zostać ukierunkowana przede wszystkim na wypracowanie odpowiednich własnych reakcji na niepełność mówienia dziecka, kształtowanie poczucia bezpieczeństwa emocjonalnego i akceptacji, dostarczanie odpowiedniego wzorca mówienia. We wszystkich działaniach należy przyjąć naturalność zachowań, bez jakichkolwiek oznak sztuczności – na przykład mówienia bardzo wolnego lub okazywania nadzwyczajnej delikatności w interakcjach rodzic – dziecko.

Punktem wyjścia jest wyjaśnienie rodzicom wszystkich aspektów zdiagnozowanej niepełności i zapewnienie ich, że z dzieckiem wszystko jest w porządku. Nie oznacza to, że nie można zapewnić mu pomocy przy przejściu przez okres podwyższonej niepełności, a także w przeciwdziałaniu jej nasilaniu. Proponowane działania, oparte na własnej praktyce, zawierają się w kilku punktach, które korespondują z opisywanymi metodami terapeutycznymi przeznaczonymi dla dzieci [Byrne, 1989; Tarkowski, 1999; Guitar, Conture, 2012].

- Redukcja uwag i strategii słuchania.

Pierwszym zaleceniem jest konsekwentny zakaz zwracania uwagi na niepełności, przerywania dziecku wypowiedzi w momentach niepełności, poprawiania go, dawania rad typu: „zwolnij”, „powiedz to jeszcze raz”. Nie wolno okazywać też lęku czy irytacji niewerbalnie. Zawsze pozwalamy dokończyć wypowiedź. Ogromnym błędem jest mówienie o „jąkaniu” przy dziecku. Uwagi te dotyczą wszystkich osób mających kontakt z dzieckiem.

Ponadto rodzice powinni wypracować strategię zaangażowanego słuchania dziecka. Ważne, aby codziennie stwarzać okazje do bezpośrednich dłuższych rozmów, w spokojnym otoczeniu, najlepiej tylko z uczestnictwem najbliższych. Dziecko ma czuć, że rzeczy, o których opowiada, są ważne, a rodzice interesują się tym, co ono mówi. Dobrze, jeśli samo wybiera tematy rozmowy. Do strategii słuchania należy także odpowiedni sposób reagowania w momentach, kiedy dziecko zauważy u siebie kłopoty z płynnością i zasygnalizuje to. Należy wówczas uspokoić je i powiedzieć, że: „to zupełnie normalne, każdy miewa czasem problemy z płynnością, kiedy uczy się mówić. Małe dziecko nie umie dobrze chodzić, ale z czasem się nauczy. Ty też nauczysz się mówić dobrze, tak jak teraz pięknie chodzisz i biegasz”.

- Praca nad relacją rodzic – dziecko.

Relacja między dzieckiem a rodzicami ma fundamentalne znaczenie dla poczucia bezpieczeństwa i przeciwdziałania rozwojowi reakcji lękowych. Wskazane jest tu zaangażowanie obojga rodziców, nawet jeśli relacja między nimi

jest trudna (np. są rozwiedzeni). Ogólnie można przyjąć, że dotyk, kontakt fizyczny i wspólna zabawa są naturalną potrzebą każdego rozwijającego się człowieka w wykształcaniu poczucia bezpieczeństwa. Dodatkowo uwzględniamy fakt, że prawie wszyscy skarżą się na brak czasu na jakieś specjalne ćwiczenia. Dlatego zalecenia w tym zakresie muszą być proste i łatwe do realizacji.

Mamę prosimy o codzienne poświęcenie dziecku kilku minut przed snem. Matka przytula je, głaszcząc po buzi, wykonując delikatny masaż w okolicy policzków, ust, brwi, linii włosów. Dziecko zaśnie spokojne i wyciszone. Bardzo ważne jest, aby matka sama się wyciszyła przed takim kontaktem terapeutycznym.

Ojca angażujemy w spędzanie z dzieckiem czasu: spacerów, gry, zabawy ruchowe. Powinien również czytać lub opowiadać dziecku bajki.

Dobrym rozwiązaniem dla obojga rodziców jest wspólne z dzieckiem wykonywanie prac plastycznych czy korzystanie z wybranych elementów Metody Ruchu Rozwijającego, szczególnie ćwiczeń budujących zaufanie lub zabaw podobnych do propozycji Weroniki Sherborne [1997].

– Praca nad komunikacją werbalną.

Główną zasadą w kontakcie werbalnym z dzieckiem powinno być ograniczenie tempa mówienia osoby dorosłej. Zwolnienie tempa mówienia przez rodziców stwarza bardziej komfortowe warunki do budowania płynnej wypowiedzi przez dziecko. Po pierwsze – zmniejsza się presja czasu w dialogu, po drugie – drogą naśladownictwa nieświadomie powiela ono wzorzec mówienia rodzica. W związku z tym nie może być to wzorzec sztuczny: nienaturalnie wolne tempo mówienia spowoduje sprzeciw rodzica, zdziwienie u dziecka i w rezultacie nie da żadnego efektu.

Praca logopedy nad tempem mowy rodziców jest jednym z najtrudniejszych zadań. Tempo powinno być wolniejsze, ale naturalne (około 8–10 głosek na sekundę), sposób mówienia spokojny, artykulacja wyraźna (zwykle trzeba popracować nad wyrazistością samogłosek), słownictwo zrozumiałe dla dziecka. Należy używać pauz i odczekiwać z reakcją werbalną 2–3 sekundy po wypowiedzi dziecka. Trzeba poświęcić szkoleniu rodziców odrębne 1–2 spotkania i zalecić co najmniej tydzień ćwiczeń i samoobserwacji. Rodzice w komunikacji z dzieckiem powinni starać się używać wypracowanego sposobu mówienia, w czasie specjalnym powinni stosować go cały czas. Czas specjalny to około 15 minut przeznaczonych na czytanie dziecku książeczek lub spokojną rozmowę z nim w trakcie wspólnej zabawy, rysowania itp. Realnie oznacza to pełną kontrolę własnego mówienia przez około 20–30 minut dziennie, a w pozostałym czasie pewnie tylko około 20% komunikacji z dzieckiem. Jednak nawet tylko tak skromne czasowo, konsekwentnie stosowane modelowanie, działające przez 2–3 miesiące, powinno dostarczyć trwałego wzorca budowania wypowiedzi w mowie opowieściowej czy dialogu w sytuacji bardziej oficjalnej. Wzorzec mówienia wolniejszego, starannego artykulacyjnie, sprzyja płynności.

Spotkania diagnostyczne i prewencyjno-terapeutyczne obejmują zwykle okres miesiąca, w czasie którego przeprowadzamy średnio cztery spotkania.

Dalsze zalecenia

Dalsze zalecenia sprowadzają się do monitorowania przebiegu postępowania i weryfikacji hipotezy diagnostycznej. Prosimy rodziców o informacje dotyczące przebiegu ich działań i zachowań werbalnych dziecka po czterech, a następnie po ośmiu tygodniach. Po dwunastu tygodniach powinna odbyć się wizyta kontrolna. Zazwyczaj po upływie trzech miesięcy, pod warunkiem rzetelnego wykonywania zaleceń, nie płynność powinna całkiem ustąpić lub spaść do poziomu 2%, bez cech patologiczności. Jeśli jednak nie płynność się utrzymuje lub nasila, trzeba rozważyć zmianę diagnozy i włączenie innych metod terapii. Opisany w artykule model postępowania profilaktyczno-terapeutycznego stanowi właściwą bazę dla wszelkich działań terapeutycznych przeznaczonych dla dzieci z zaburzeniami płynności mowy o niewielkim nasileniu.

Literatura

- Byrne R., 1989, *Pomówmy o zacinaniu*, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Chang S., Zhu D., 2013, *Neural network connectivity differences in children who stutter*, „Brain”, nr 136, s. 3709–3726.
- Chang S., Zhu D., Choo A., Anstat M., 2015, *White matter neuroanatomical differences in young children who stutter*, „Brain”, nr 138, s. 694–711.
- Gieslak M., Ingham R.J., Ingham J.C., Grafton S.T., 2015, *Anomalous white matter morphology in adults who stutter*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, t. 58(2), s. 268–277.
- Desai J., Huo Y., Wang Z., Bansal R., Williams S.C., Lythgoe D., Zelaya F.O., Peterson B.S., 2017, *Reduced perfusion in Broca's area in developmental stuttering*, „Human Brain Mapping”, t. 38(4), s. 1865–1874.
- Einarsdóttir J., Ingham R.J., 2005, *Have Disfluency-Type Measures Contributed to the Understanding and Treatment of Developmental Stuttering?*, „American Journal of Speech – Language Pathology”, November, t. 14, nr 4, s. 260–273.
- Felsenfeld S., 2002, *Finding susceptibility genes for developmental disorders of speech: The long and winding road*, „Journal of Communication Disorders”, nr 35, s. 329–345.
- Guitar B., 2005, *Stuttering: An Integrated Approach to Its Nature and Treatment*, San Diego: Lippincott Williams & Wilkins.
- Guitar B., Conture E.G., 2012, *Dziecko, które się jąka. Informacje dla pediatry*, tłum. M. Węsierska, Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Harrison E., Onslow M., 2010, *The Lindcombe Program for Preschool Children Who Stutter*, [w:] B. Guitar, R. McCauley (red.), *Treatment of Stuttering. Established and Emerging Interventions*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, s. 118–140.
- Kurkowski Z.M., 2007, *Próba sylabowa do oceny nie płynności mówienia*, Warszawa: Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących „Człowiek-Człowiekowi”.
- Kurkowski Z.M., 2013, *Audiogenne uwarunkowania zaburzeń komunikacji językowej*, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Kurkowski Z.M., 2018, *Lateralizacja słuchowa – wybrane problemy diagnozy i terapii*, „Logopedia”, nr 47, s. 215–230.

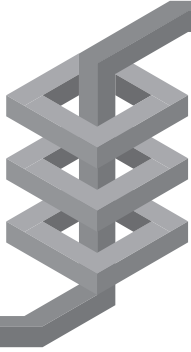
- Onslow M., Packman A., Harrison E., 2003, *The Lindcombe Program of Early Stuttering Intervention: A Clinicians' Guide*, Austin: Pro-Ed.
- Quirós J.B. de, 1975, *Leczenie jąkania. Wybrane zagadnienia z defektologii III*, Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
- Sherborne W., 1997, *Ruch rozwijający dla dzieci*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tarkowski Z., 1992, *Jąkanie wczesnodziecięce*, Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Tarkowski Z., 1999, *Jąkanie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Woźniak T., 2008a, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku jąkania*, „Logopedia”, nr 37, s. 217–226.
- Woźniak T., 2008b, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku gielkotu*, „Logopedia”, nr 37, s. 227–234.
- Yaruss J.S., 1997, *Clinical Measurement of Stuttering Behaviors*, https://pubs.asha.org/doi/pdf/10.1044/cicsd_24_S_27 (dostęp: 15.06.2020).
-

Streszczenie

Artykuł podejmuje zagadnienie postępowania logopedycznego w przypadku dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, u których występuje niewielkie nasilenie nie płynności mówienia. Jest to ważny problem w praktyce logopedycznej, ponieważ nie płynność mówienia występuje w okresie rozwoju mowy u 5% dzieci. Jąkanie dotyczy tylko 1% i tylko w przypadku dzieci jąkających się napotyka jasno określone procedury terapii. Praca logopedy z dziećmi z mniej nasiloną nie płynnością, odróżnienie nie płynności rozwojowej od patologicznej oraz odpowiednie działania terapeutyczne i profilaktyczne stają się zasadniczą kwestią terapii. W artykule omówiono zagadnienia podłoża nie płynności u dzieci, jej diagnozy oraz dalszych działań terapeutyczno-profilaktycznych.

Abstract

The article addresses the issue of speech-language therapy in the case of preschool and early school age children who have a slight severity of disfluency. This is an important problem in speech-language therapy practice, because disfluency of speech occurs in the period of speech development in 5% of children. Stuttering only affects 1% and only stuttering children encounter clearly defined therapy procedures. The work of a speech-language therapist with children with less severe disfluency, distinguishing between developmental and pathological disfluency, as well as appropriate therapeutic and preventive procedures become fundamental issue. The article discusses in turn the issues of the basis of children's disfluency, its diagnosis and further therapeutic and preventive procedures.



Recenzje

Anna Skoczek*

**Recenzja: *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka*, tom 2,
pod redakcją Katarzyny Węsierskiej
i Mikołaja Witkowskiego, Wydawnictwo
Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2020,
ss. 286**

Publikacja *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka* pod redakcją Katarzyny Węsierskiej i Mikołaja Witkowskiego stanowi kontynuację dobrze przyjętej przez czytelników wcześniejszej publikacji pod tym samym tytułem. Na tom drugi, podzielony na trzy części, składa się wiele artykułów poświęconych niepełności mowy o charakterze jąkania. Z przeglądu wyłania się logiczny, przemyślany zamysł – prezentacja niepełności mowy z perspektywy wszystkich podmiotów zaangażowanych w terapię.

Część pierwsza – *Logopedia oparta na dowodach – doniesienia z badań* – to rzetelna wiedza przybliżająca czytelnikowi zagadnienia jąkania z perspektywy historycznej i socjokulturowej. Wart podkreślenia jest fakt, że artykuły tu zamieszczone stanowią prezentację wyników badań własnych, są więc niezwykle cenne metodologicznie i naukowo. Dla osób poszukujących inspirującej perspektywy spojrzenia na jąkanie godny uwagi jest artykuł traktujący o możliwości zmiany postaw wobec tego zaburzenia z wykorzystaniem sztuki teatralnej.

Części druga i trzecia stanowią ukłon w stronę odbiorców mających do czynienia z jąkaniem na co dzień. Pierwsza z wymienionych analizuje niepełność mowy z perspektywy klienta, kolejna podkreśla rolę terapeuty w spotkaniach z osobami mówiącymi niepełnie. Zawarte tu teksty odsłaniają problemy, z którymi zmagają

* Akademia Ignatianum, Wydział Pedagogiczny, Katedra Dydaktyki i Pedagogiki Szkolnej, ul. Kopernika 26, 31-501 Kraków, e-mail: anna.skoczek@ignatianum.edu.pl.

się osoby jękające się: funkcjonowanie psychospołeczne, metody i techniki poprawiające płynność wypowiedzi czy – jakże rzadko poruszaną – kwestię bilingwizmu w pracy z dzieckiem. Mowa tu zarówno o jękających się bilingwalnych osobach, jak i dwujęzycznych terapeutach.

Wobec tak wielu pojawiających się w praktyce logopedycznej ofert terapii kierowanych do osób z niepełną mową, deklaracji i składanych obietnic w kwestii całkowitego upłynnienia mowy ta – jasno wyrażona i poparta dowodami płynącymi z badań oraz wieloletnim doświadczeniem w pracy logopedycznej – propozycja terapii integrującej podejście modyfikacji jękania i mówienia bardziej płynnego wydaje się bardzo obiecującą alternatywą. Celem modyfikacji jękania nie jest brak jękania, ale jękanie się bez walki czy unikania, a ogromną pomocą w osiągnięciu takiej postawy jest wykorzystanie technik mówienia bardziej płynnego.

O wykorzystaniu sztuki w terapii i jej nieocenionej roli w balbutologii traktuje artykuł zachęcający do zróżnicowanej terapii jękania z wykorzystaniem podejścia integrującego różne metody interwencji logopedycznej. Autorki rzetelnie informują o prowadzonych cały czas badaniach nad efektywnością terapii, wskazując jednocześnie na zasadność stosowania terapii wielodyscyplinarnych oraz podejścia integrującego różne metody interwencji logopedycznej.

Ostatnia, trzecia część książki dedykowana jest terapeutom. To ich systematycznie pogłębiania wiedza, kompetencje, umiejętności oraz doświadczenie w pracy logopedycznej są ważnym predyktorem zmian obserwowanych zarówno w kompetencji komunikacyjnej, jak i postawie jękających się osób. Z cyklu artykułów wyłania się obraz terapeuty przede wszystkim mocno zmotywowanego do pracy z pacjentem mówiącym niepełnie. To właśnie motywacja jest kluczem do ciągłego uczenia się, zdobywania wysokich kompetencji do wykonywanego zawodu. W parze z podnoszeniem kwalifikacji idzie u balbutologopedy refleksyjność – wszak holistyczne podejście do jękającego się pacjenta, jego rodziny i najbliższego otoczenia jest podejściem niezbędnym. Mowa tu też o etyce badacza i terapeuty podejmującego się pracy z osobą z niepełnością mowy. Rozważania oparte są na wytycznych kodeksu etycznego Amerykańskiego Stowarzyszenia Logopedów i Audiologów (ASHA).

Do ustaleń Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia ICF odwołuje się także autorka opracowania poświęconego diagnozie funkcjonalnej dziecka jękającego się w wieku szkolnym. To ważny dla terapeutów przyczynek do tego, jak wieloaspektowo traktować niepełność mowy, zaczynając takie podejście już od etapu pierwszych diagnostycznych spotkań z dzieckiem.

Godny polecenia jest artykuł traktujący o wzmacnianiu poczucia sprawstwa i samoakceptacji w terapii modyfikacji utrwalonego jękania. Jego przesłaniem może być zamieszczony przez autorkę cytat: „Akceptacja w terapii nie oznacza nigdy niezmienniania tych sytuacji, które dają się zmienić” [Hayes, Strosahl, Wilson, 2013, s. 354]. Oznacza ona tolerancję niedoskonałości, a także docenienie wartości wysiłku – nawet w sytuacjach, gdy jego efekty nie zawsze są zgodne z naszymi oczekiwaniami.

Jednym ze sposobów uzyskania poczucia sprawstwa i samoakceptacji jest coaching, opisywany w artykule zamykającym tom. Cennym wkładem w szeroko pojmowany proces terapeutyczny jest budowanie relacji terapeutycznej przez balbutologopedę – traktują o tym dywagacje zamieszczone w jednej z prac. Cieszy fakt dostrzeżenia problemu wpisującego się w zagadnienia powstającej dopiero w Polsce psychologii.

Zaprezentowana publikacja stanowi logopedyczny namysł nad diagnostyczno-terapeutycznymi zagadnieniami związanymi z balbutologopedią. Jest skierowana do szerokiego kręgu odbiorców – zarówno bezpośrednio zaangażowanych, jak i tylko (i aż) zainteresowanych niepełnością mówienia. Lektura książki stanowi wyjątkową okazję do usystematyzowania i poszerzenia wiedzy na temat zagadnień związanych z jękaniami. Jestem głęboko przekonana, że zaprezentowane treści – mądrze usystematyzowane i precyzyjnie dobrane – staną się inspiracją dla szerokiego kręgu odbiorców; zarówno tych parających się zagadnieniem jękania naukowo, jak i praktyków balbutologopedów oraz osób doświadczających niepełności mowy. Wierzę, że założony, główny cel publikacji – niesienie pomocy, wspieranie i wzbogacanie warsztatu terapeutycznego – został przez autorów osiągnięty.

Na zakończenie pragnę podkreślić jeszcze jeden wyjątkowy aspekt książki. Otóż szczególnie wydzwięk, nie tylko w odniesieniu do publikacji, ale i ogólnie do współcześnie prowadzonej terapii jękańcych się osób, ma wywiad-rozmowa zamieszczony w pierwszym rozdziale tomu. Uczestnicy, „podwójni terapeuci”, a więc osoby doświadczające niepełności mówienia, a jednocześnie zajmujące się wsparciem profesjonalnym lub pozainstytucjonalnym, wskazują na sukces w terapii jękania. Zgodnie twierdzą, że przezwyciężenie jękania to coś więcej niż tylko uzyskanie płynności mówienia. Osoba z niepełnością może mówić o sukcesie w terapii we własnym odbiorze jękania, jeśli – nie zważając na utrudnienia – potrafi swobodnie się komunikować z otoczeniem, nie odczuwa lęku przed kontaktami interpersonalnymi, jeśli wreszcie sens tego, co ma do przekazania, zwycięża nad sposobem wyrażania myśli.

Wsluchując się w głos ekspertów, dążmy do tego, by jękańcy się otwarcie mówili o swoim jękanii, mimo niepełności uzyskiwali życiowe cele, nie traktowali jękania jak życiowego przekleństwa. To trudne zadanie i dla terapeutów, i dla samych jękańcych się, i wreszcie dla społeczeństwa, ale możliwe do wykonania. Wymaga jednak zmian: w myśleniu i podejściu do terapii logopedów, akceptacji jękania u doświadczających niepełności i przebywających z nimi ludzi. Wypowiedź jednej z podwójnych terapeutek – „nauczyłam się wplatać jękanie w tkanekę mojego życia, uznawać za swoją część i odnalazłam dla niego adekwatne miejsce w obrazie samej siebie” [Węsierska, Witkowski, 2020, s. 17] – niech stanie się przesłaniem dla terapeutów i wskazówką dla wszystkich, którym towarzyszy w życiu niepełność mówienia.

Literatura

- Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G., 2013, *Terapia akceptacji i zaangażowania. Proces i praktyka uważnej zmiany*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Węsierska K., Witkowski M. (red.), 2020, *Zaburzenia płynności mowy – teoria i praktyka*, t. 2, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Informacja dla autorów artykułów zamieszczanych w „Logopaedica Lodziensia”

Zasady kwalifikowania tekstów do druku

1. Po otrzymaniu tekstu redakcja dokonuje wstępnej kwalifikacji tekstu do druku pod względem:
 - merytorycznym, zwracając uwagę na zgodność tematyki zgłoszonej pracy z profilem czasopisma,
 - technicznym, sprawdzając przygotowanie tekstu zgodnie z przyjętymi zasadami redakcyjnymi zamieszczonymi na stronie internetowej czasopisma. Jeśli ten warunek nie jest spełniony, Redakcja zwraca się do Autora o wniesienie poprawek i uzupełnień.
2. Główną podstawą kwalifikacji tekstu do druku są dwie pozytywne recenzje niezależnych recenzentów – specjalistów w danej dziedzinie wiedzy, powołanych z grona współpracujących z Redakcją recenzentów spoza jednostki naukowej afiliowanej przez Autora publikacji.
3. Autor/Autorzy publikacji i recenzenci nie znają nawzajem swojej tożsamości. Lista współpracujących z Redakcją recenzentów zamieszczona jest na stronie internetowej czasopisma. Nazwiska recenzentów publikowanych w danym roczniku tekstów nie są ujawniane Autorom, w każdym numerze czasopisma zamieszczana jest ich zbiorcza lista, uwzględniająca również recenzentów tekstów odrzuconych lub wycofanych przez Autorów.
4. Recenzja ma formę pisemną w postaci formularza oceny (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).
7. Testy można nadsyłać korzystając z formularza zamieszczonego na stronie: <https://czasopisma.uni.lodz.pl/logopedica/about/submissions>

Wymagania redakcyjne

1. Objętość artykułu – do 14 stron znormalizowanego maszynopisu (ok. 25 000 znaków ze spacjami).
2. Objętość recenzji – do 5 stron znormalizowanego maszynopisu (ok. 12 000 znaków ze spacjami).
3. Artykuł powinien być zredagowany w edytorze Word, zgodnie z następującymi zasadami:
 - a) imię i nazwisko Autora (Autorów) – w lewym górnym rogu pogrubioną czcionką 12 pkt. Times New Roman; nazwisko winno być opatrzone odśladaczem do przypisu w postaci gwiazdki, a w przypisie należy podać: adres e-mail, afiliację Autora (Autorów) wraz z dokładnym adresem pocztowym reprezentowanej instytucji, numer ORCID (bądź informację o jego braku);
 - b) tytuł: wyśrodkowany pogrubioną czcionką 12 pkt. Times New Roman; jako pierwszy w języku, w którym napisany został tekst, jako drugi – dla tekstów polskojęzycznych – w j. angielskim, dla tekstów napisanych w języku innym niż polski w języku polskim;
 - c) słowa kluczowe: pod drugim tytułem (w języku polskim i angielskim);
 - d) do artykułu należy dołączyć streszczenie (do pół strony) w języku polskim i angielskim i zamieścić po spisie literatury;
 - e) stosowane skróty: pod tekstem, przed literaturą, nagłówek: Wykaz skrótów (12 pkt. pogrubione);
 - f) marginesy: 2,5 cm;
 - g) wcięcie akapitowe w tekście: 1,25 cm (wcięcia akapitowe należy wykonać poprzez wprowadzenie stałego wcięcia w oknie Akapit; prosimy nie robić wcięć spacjami);
 - h) tekst artykułu oraz przypisy wyrównane do lewego marginesu, bez dzielenia wyrazów;
 - i) czcionka: test główny – 12 pkt. Times New Roman, interlinia 1,5 pkt., przypisy – 10 pkt. Times New Roman, interlinia 1 pkt.

- j) każdy element graficzny (tabela, wykres, fotografia itp.) w tekście powinien być opatrzony tytułem oraz informacją o źródle;
- k) cytaty: włączone w tekst (do 3 wersów) w cudzysłowie, dłuższe cytaty (ponadtrzywersowe) – czcionka 10 pkt., wcięcie z lewej 0,5, interlinia – 1 pkt.;
- l) zwroty obcojęzyczne wplecione w tekst polski – kursywą;
- m) analizowane wyrażenia – kursywą;
- n) znaczenia omawianych wyrazów w tzw. łapkach ‘ ’;
- o) wyróżnienia – pogrubione;
- p) śródtytuły – czcionka 12 pkt. pogrubiona;
- q) uwagi odautorskie (w tym opuszczenia w cytatach) w nawiasach kwadratowych.

Informacje bibliograficzne

1. W tekście głównym, w nawiasach kwadratowych, wg wzoru: nazwisko, rok wydania, strona, np. [Pluta-Wojciechowska, 2011, s. 43].
2. Do każdego odwołania w tekście głównym należy podać pełny opis bibliograficzny w bibliografii, zamieszczonej po tekście głównym wg następującego wzoru:
 - a) nagłówek: Literatura (12 pkt. pogrubione);
 - b) tytuły publikacji zwartych oraz tytuły rozdziałów / artykułów pojawiające się w tekście głównym i przypisach – kursywą, bez cudzysłowów, np. Gacka E., [2014], *Zaburzenia rozwoju mowy u dzieci z porodów przedwczesnych. Diagnoza i efekty oddziaływań terapeutycznych*, Gdańsk: Harmonia Universalis; Marciniak-Firadza R., [2016], *Elementy metody werbotonalnej w terapii dzieci z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] I. Jaros, R. Gliwa (red.), *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*, Łódź: Wydawnictwo UŁ, s. 69–78;
 - c) tytuły czasopism: w cudzysłowach, antykwą, np. Kaźmierczak M., [2016], *Świadomość celu w pracy logopedy i pacjenta z zaburzeniami głosu*, „Pedagogika”, t. XXV, nr 1, s. 87–97;
 - d) adresy stron internetowych antykwą, 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. z wzorami opisu bibliograficznego): nazwisko autora, rok publikacji w Internecie, np. [Bauer 2009], nazwisko autora, np. [Wierzbicka b.r.], tytuł publikacji lub skrócony tytuł publikacji i rok publikacji w Internecie, jeśli jest znany, np. [Celebryci trafią na uniwersytety? 2013], adres strony lub skrócony adres strony, np. [http://filolog.uni.lodz.pl].

Wzory opisu bibliograficznego (w tym wzory opisu źródeł internetowych)

- Gacka E., 2014, *Zaburzenia rozwoju mowy u dzieci z porodów przedwczesnych. Diagnoza i efekty oddziaływań terapeutycznych*, Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Marciniak-Firadza R., 2016, *Elementy metody werbotonalnej w terapii dzieci z niepełnosprawnością intelektualną*, [w:] I. Jaros, R. Gliwa (red.), *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*, Łódź: Wydawnictwo UŁ, s. 69–78.
- Każmierczak M., 2016, *Świadomość celu w pracy logopedy i pacjenta z zaburzeniami głosu*, „Pedagogika”, t. XXV, nr 1, s. 87–97.
- Jaros I., Gliwa R. (red.), 2016, *Problemy badawcze i diagnostyczne w logopedii*, Łódź: Wydawnictwo UŁ.

Źródła internetowe

- Bauer Z., 2009, *Tabloidyzacja*, <http://www.slideshare.net/52zbigi/tabloidyzacja> (dostęp: 12.04.2016).
- Celebryci trafią na uniwersytety? Wygląda na to, że to nieuniknione* (2013), Wywiad z W. Godzicem rozm. A. Koziński, <http://www.polskatimes.pl/artypkyl/1061304,celebryci-trafia-na-uniwersytety-wyglada-na-to-ze-to-nieuniknione,2,id,t,sa.html> (dostęp: 1.01.2014).
- NKJP: Narodowy Korpus Języka Polskiego*, <http://nkjp.pl> (dostęp: 23.04.2013).
- <http://filolog.uni.lodz.pl/vhosts/ifp/> (dostęp: 12.04.2016).

Uwaga: Jeśli autor lub data powstania publikacji zamieszczonej w Internecie nie są znane, w opisie bibliograficznym należy używać tytułu strony lub jego skróconej formy. Datę dostępu w nawiasach okrągłych.

Informacje dostępne są także na stronie: https://czasopisma.uni.lodz.pl/logopedica/_instrukcja-redakcyjna_

Recenzenci artykułów w bieżącym tomie

Joseph Agius (Malta)

Eliana Danilavichitue (Kyiv)

Katarzyna Jachimowska (Łódź)

Katarzyna Kaczorowska-Bray (Gdańsk)

Henriette Langdon (San Jose)

Stanisław Milewski (Gdańsk)

Agnieszka Myszka (Rzeszów)

Magdalena Olempska-Wysocka (Poznań)

Irena Polewczyk (Katowice)

Ewa Małgorzata Skorek (Zielona Góra)

Tomasz Woźniak (Lublin)

Marta Wesierska (York)

Shu-Lan Yang (Pingtung)

