

**GŁOS - JĘZYK - KOMUNIKACJA**

**TOM 5**

**W OBLICZU EMOCJI**



# GŁOS – JĘZYK – KOMUNIKACJA

TOM 5

W OBLICZU EMOCJI



WYDAWNICTWO  
UNIwersytetu RZESZOWSKIEGO  
RZESZÓW 2018

Redaktorzy tomu  
AGNIESZKA MYSZKA  
KATARZYNA ITA BIEŃKOWSKA

Komitet naukowy serii  
prof. dr hab. KAZIMIERZ OŻÓG (UR Rzeszów)  
prof. NATALIYA SHUMAROVA (Kijów, Ukraina)  
prof. HENRIETTE LANGDON (San Jose, Kalifornia, USA)  
dr hab. HALSZKA GÓRNY, prof. PAN (PAN Kraków)  
dr hab. URSZULA KOPEĆ, prof. UR (UR Rzeszów)  
dr hab. KATARZYNA WĘSIERSKA (UŚ Katowice)

Komitet redakcyjny serii  
KATARZYNA ITA BIEŃKOWSKA (APS Warszawa)  
IZABELA MARCZYKOWSKA (UR Rzeszów)  
AGNIESZKA MYSZKA (UR Rzeszów – red. naczelny)  
EWA ORONOWICZ-KIDA (UR Rzeszów)  
OLGA PRZYBYŁA (UŚ Katowice)  
MAŁGORZATA ZABORNIAK-SOBCZAK (UR Rzeszów)

Recenzent tomu  
dr hab. MIROSŁAW MICHALIK, prof. AP

Opracowanie redakcyjne i korekta  
WŁADYSŁAW WÓJTOWICZ

Opracowanie techniczne  
EWA KUC

Łamanie  
MAREK KUC

Projekt okładki  
GRZEGORZ WOLAŃSKI

© Copyright by  
Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego  
Rzeszów 2018

**ISBN 978-83-7996-582-3**  
DOI: 10.15584/978-83-7996-582-3

1551

WYDAWNICTWO UNIwersYTETU RZESZOWSKIEGO  
35-959 Rzeszów, ul. prof. S. Pigoń 6, tel. 17 872 13 69, tel./faks 17 872 14 26  
e-mail: [wydaw@ur.edu.pl](mailto:wydaw@ur.edu.pl); <http://wydawnictwo.ur.edu.pl>  
wydanie I; format B5; ark. wyd. 11,20; ark. druk. 12,25; zlec. red. 24/2018

---

Druk i oprawa: Drukarnia Uniwersytetu Rzeszowskiego

## SPIS TREŚCI

|                   |   |
|-------------------|---|
| Od redakcji ..... | 7 |
|-------------------|---|

### CZĘŚĆ 1

#### KOMPETENCJE JĘZYKOWE, KOMUNIKACYJNE I KULTUROWE

|                                                                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Kazimierz Ożóg</b> , Słowa dobre i słowa złe w komunikacji między Tobą a mną .....                                                     | 15 |
| <b>Henriette W. Langdon</b> , Studium przypadku użytkownika języka polskiego jako ojczystego, urodzonego i mieszkającego za granicą ..... | 31 |

### CZĘŚĆ 2

#### NIEPŁYNNOŚCI MOWY

|                                                                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Maria Fańciszevska</b> , Trudne postawy i emocje towarzyszące jękananiu – sposoby wspierania jękającego się dziecka .....              | 49 |
| <b>Lukasz Kowalczyk</b> , Postawy i emocje wobec jękania – praca z dziećmi oraz rodzicami. Modyfikacja modelu góry lodowej Sheehana ..... | 61 |

### CZĘŚĆ 3

#### WSPOMAGANIE ROZWOJU

|                                                                                                                                                         |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Aleksandra Buchholz, Joanna Ilnicka</b> , Ośrodek wczesnej interwencji jako miejsce wsparcia dla dzieci z niepełnosprawnościami i ich rodziców ..... | 75  |
| <b>Edyta Tomińska Conte</b> , Opieka logopedyczna jako podstawowe wsparcie dla dzieci z wadą słuchu w Szwajcarii romańskiej .....                       | 90  |
| <b>Maria Bystrzanowska</b> , Terapia logopedyczna dziecka z mutyzmem wybiórczym. Opis i analiza przypadku .....                                         | 101 |
| <b>Monika Budkowska</b> , Muzyka w terapii logopedycznej dzieci .....                                                                                   | 116 |

### CZĘŚĆ 4

#### VARIA

|                                                                                                                                                                                                  |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Anna Maria Pękacka</b> , Terapia i diagnostyka afazji Broki przy użyciu modeli przetwarzania języka w badaniach z obszaru niemieckojęzycznej lingwistyki klinicznej – studium przypadku ..... | 131 |
| <b>Katarzyna Ita Bieńkowska</b> , Tradycje współpracy polsko-słowackiej w dziedzinie logopedii – upamiętnienie 100-lecia urodzin docenta Józefa Liszki .....                                     | 151 |
| <b>Joanna Mikołajczyk</b> , VB-MAPP – właściwa ocena podstawą właściwej terapii .....                                                                                                            | 163 |
| <b>Agnieszka Myszk</b> a, Emisja głosu w kształceniu nauczycieli (rozważania na marginesie książki Agnieszki Plusajskiej-Otto) .....                                                             | 176 |

**Z cyklu *Moje życie z...***

|                                                                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Witold Tuleja</b> , <i>Moje życie z depresją (Samotny jak liść, zamknięty w sobie, bo życie zostawiło swoje rany...)</i> ..... | 189 |
| Noty o autorach .....                                                                                                             | 192 |

## OD REDAKCJI

Oddajemy do rąk Czytelników piąty już tom serii wydawniczej pt. „Głos – Język – Komunikacja”. Podobnie jak poprzednie, także ten podejmuje problematykę przeszkód w komunikacji, mających różne podłoże: brak wystarczających kompetencji językowych, komunikacyjnych i kulturowych, ale także ograniczenia funkcjonalne (ze strony zarówno aparatu nadawczego, jak i odbiorczego), anatomiczne, psychiczne, neurologiczne, intelektualne, środowiskowe itp.

Tym razem tematem przewodnim poszczególnych artykułów stały się emocje towarzyszące komunikacji. Człowiek jest istotą społeczną i musi – z powodów naturalnych i kulturowych – porozumiewać się z innymi, o czym przekonuje w jednym z artykułów zamieszczonych w tomie Kazimierz Ożóg. Nie można jednak zapominać, że od jakości tych kontaktów językowych, od ich skuteczności, fortunności i przebiegu zależy bardzo dużo. A, jak powszechnie wiadomo, komunikat nadawcy odbierany jest nie tylko na poziomie językowym, ale także na poziomie pozawerbalnym (poprzez obserwację mimiki, gestów, tonu głosu itp.). Przekazując jakkolwiek komunikat, ujawniamy swój stosunek do drugiego człowieka, do pojęć, do świata, a tym samym odkrywamy – czy tego chcemy, czy nie – własne emocje.

Sposób wyrażania emocji zależy od wielu czynników: sytuacji komunikacyjnej, rzeczywistości kulturowej<sup>1</sup>, kompetencji językowych czy nastroju mówiącego itp. Wprawdzie ukrywanie emocji jest wyrazem racjonalnego stosunku do rzeczywistości<sup>2</sup>, ale z emocjonalności trudno jest nam się wyzwolić, bo –

---

<sup>1</sup> Sporo na temat kulturowych uwarunkowań nazywania i wyrażania emocji pisała Anna Wierzbicka, która dowodziła, że nie można analizować emocji w oderwaniu od kultury, zob. np. A. Wierzbicka, 1999, *Emotions Across Languages and Cultures: Diversity and universals*, Cambridge: Cambridge University Press; A. Wierzbicka, 1999, *Mówienie o emocjach, semantyka, kultura i poznanie* [w:] *Język – umysł – kultura*, Warszawa: PWN, s. 138–188. Zob. też K. Kuś, 2010, *Teoria emocji Anny Wierzbickiej*, „Linguistica Copernicana”, nr 1 (3), s. 207–224.

<sup>2</sup> W bardzo ciekawej książce prezentującej teksty z zakresu antropologii emocji (M. Rajtar, J. Straczuk, 2012, *Emocje w kulturze*, Warszawa) znajdują się rozważania dotyczące początków zainteresowania emocjami. Redaktorki tomu odwołują się do filozofii starożytnej (Sokratesa, Platona), w której emocje były obecne jako negatywny punkt odniesienia – były czymś szkodliwym, zagrażającym rozumowi. Stąd właśnie wywodzi się charakterystyczna dla euroamerykań-

choć nie jest ona logicznie umotywowana – wynika z właściwości psychicznych<sup>3</sup>, jest wpisana w naszą naturę. A język, jako najdoskonalszy środek porozumiewania się, pozwala utrwalić uczucia, ale też pomaga je określić. Swój nastrój można wyrazić nie tylko przez leksemy nazywające uczucia, ale także poprzez środki słowotwórcze czy ton głosu<sup>4</sup>. Jednak dla komunikacji ważne jest też to, co niezwerbalizowane. Są bowiem wśród nas osoby, które nie tylko nie potrafią mówić o uczuciach, ale nie potrafią podjąć komunikacji, np. w obawie przed wyśmianiem, odrzuceniem. Są też tacy, którzy w ogóle nie odczuwają potrzeby komunikowania się. Jeszcze inną grupę stanowią osoby przeżywające stres, napięcie w konfrontacji z osobami zmagającymi się z problemami z mówieniem.

Badaniami emocji zajmują się naukowcy z różnych dziedzin, wykorzystując przy tym – w zależności od celów i charakteru badań – różne metody; także w tym tomie głos na temat emocji zabrali przedstawiciele różnych nauk i zawodów: pedagodzy, logopedzi, językoznawcy, psychologowie, terapeuci. Tom ma zatem charakter interdyscyplinarny. Otwierają go dwa bardzo ciekawe i niezmiernie ważne artykuły dotyczące kompetencji językowych i komunikacyjnych, ale przede wszystkim kulturowych. W pierwszym z nich profesor Kazimierz Ożóg dowodzi, że każdy akt komunikacji niesie ze sobą emocje: z jednej strony radość ze spotkania z drugim człowiekiem, z możliwości poznania, a z drugiej strony – lęk przed agresją językową ze strony interlokutora. Autor wprowadza bardzo ciekawą kategorię, którą nazwał **komfortem komunikacyjnym**. Skupia się zwłaszcza na trzech czynnikach, które mogą budować lub niszczyć ów komfort: grzeczności językowej, maksymach konwersacyjnych Grice’a i wybranych elementach językowej niegrzeczności. Dowodzi, że słowa dobre budują ogólną, przyjemną, pożyteczną dla rozmówców atmosferę dialogu, otwarcia na drugą osobę, życzliwego traktowania, co jest niezbędne dla fortuności aktów mowy; z kolei brak komfortu zakłóca komunikację, rodzi frustrację uczestników, wyzwała lęk, obraża godność osoby. W drugim artykule z tej części profesor Henriette Langdon, bazując na osobistych doświadczeniach, przedstawia sytuację osób dysponujących kilkoma kodami językowymi (bi- oraz multilingwalnych), funkcjonujących w różnych środowiskach i kulturach. Analizuje zmienne, które odgrywają rolę w wieloletnim procesie utrzymania języka ojczystego (polskiego) u osoby dwujęzycznej zamieszkującej całe życie za granicą, oraz akcentuje znaczenie znajomości kilku języków u osób dotkniętych zabu-

---

skiego kręgu kulturowego dychotomia serca i rozumu (por. też <http://www.edupress.pl/warto-przeczytac/art,400,emocje-w-jezyku-jezyk-emocji.html>).

<sup>3</sup> Por. M. Bugajski, 2007, *Język w komunikowaniu*, Warszawa.

<sup>4</sup> Na temat emocji w języku i ekspresjonizmów zob. więcej np. w: S. Grabias, 1981, *O ekspresywności języka*, Lublin: Wydawnictwo Lubelskie; B. Budzik, 2014, *Emocje w języku, język emocji*, „Polonistyka”, nr 4.

rzeniami komunikacji powstałymi w wyniku nagłych zdarzeń czy chorób otępiennych. Autorka podkreśla, że aby prawidłowo ocenić umiejętności komunikacyjne i zaplanować interwencję, konieczne jest przeprowadzenie nie tylko diagnozy stanu obecnego pacjenta, lecz także szczegółowego wywiadu dotyczącego historii znajomości języków. Ten postulat staje się coraz bardziej aktualny zwłaszcza w aspekcie wzrostu różnorodności języków i kultur, z którymi spotykamy się na co dzień.

Drugą część tomu tworzą dwa artykuły dotyczące zaburzeń płynności mowy. Oboje autorzy analizują ten problem w kontekście emocji towarzyszących zarówno samym osobom jaskającym się, jak i ich otoczeniu: rodzinie, terapeutom, nauczycielom itp. Maria Faściszewska podkreśla, że jaskanie może wpływać na obniżenie jakości życia dziecka jaskającego się, dlatego niezwykle ważna jest szeroka diagnoza wszystkich aspektów tego zaburzenia, tzn. nie tylko niepłynności czy współruchów, ale również postaw i emocji towarzyszących komunikowaniu się, i to zarówno u dziecka, jak też u jego najbliższego otoczenia. W artykule zaprezentowano ponadto narzędzia diagnostyczne pomocne w ocenie postaw i emocji towarzyszących jaskaniu, a także wskazano sposoby profilaktyczno-terapeutyczne wspierające jaskające się dziecko w radzeniu sobie z trudnymi uczuciami. Z kolei Łukasz Kowalczyk dokonuje modyfikacji modelu góry lodowej Sheehana, by opisać istotę jaskania w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. Omawia ponadto wieloczynnikową koncepcję jaskania zakładającą indywidualną kombinację uzupełniających się czynników (fizjologicznych, lingwistycznych, psychologicznych oraz środowiskowych), które mogą stanowić przyczynę wystąpienia tego zaburzenia mowy u jednostki.

W trzeciej części Czytelnik znajdzie artykuły omawiające sposoby wspomagania osób (głównie dzieci) z różnymi problemami komunikacyjnym, których podłożem mogą być m.in. zaburzenia emocjonalne. Aleksandra Buchholz i Joanna Ilnicka podnoszą wagę wczesnej interwencji terapeutycznej dla rozwoju dziecka z niepełnosprawnością, podkreślając przy tym rolę wsparcia dla rodziny małego pacjenta. Omawiają funkcjonowanie ośrodków wczesnej interwencji i – co bardzo ważne – analizują sytuację rodziców, którzy muszą się zmierzyć z trudnym zadaniem wychowania dziecka z niepełnosprawnością (problem pokazany został na przykładzie dzieci ze spektrum autyzmu). Także Maria Bystrzanowska poświęca swą uwagę dziecku z zaburzeniami w sferze emocji. Prezentuje przypadek 5-letniego chłopca ze zdiagnozowanym mutyzmem wybiórczym. Autorka – zgodnie z metodologią studium przypadku – opisuje diagnozę i terapię logopedyczną chłopca, uwzględniającą aktywny w niej udział rodziców i przedszkola (nauczycieli, kolegów). Przypadek Kamila dowodzi, iż odpowiednio prowadzona terapia może sprawić, że nawet dziecko ze sporymi zaburzeniami osobowości zaczyna normalnie funkcjonować zarówno w grupie rówieśniczej, jak i w relacjach z dorosłymi – w różnych sytuacjach społecznych. Autorką kolejnego artykułu jest surdologopeda pracująca w Szwajcarii – kraju,

który od lat 70. XX w. jest jednym z czołowych państw prowadzących badania nad implantami ślimakowymi i w którym dokonano pierwszych operacji wszczepienia implantu. Edyta Tomińska Conte pokazuje, jak zorganizowane jest tam wsparcie dzieci z wadą słuchu i ich rodzin, a w szczególności, jak przebiega opieka logopedyczna nad dzieckiem w Szwajcarii romańskiej. Ostatni artykuł tej części jest poświęcony zastosowaniu muzyki w terapii logopedycznej dzieci. Monika Budkowska opisuje wpływ muzyki na funkcjonowanie całego organizmu, a także na terapię poszczególnych zaburzeń z perspektywy logopedycznej. Szczególnie cenna jest prezentacja różnych form pracy z dźwiękiem i możliwości zastosowania ich w terapii indywidualnej i grupowej dzieci.

Czwarta część monografii gromadzi artykuły bardzo zróżnicowane tematycznie i metodologicznie. Pierwszy z nich, autorstwa wykształconej w Niemczech, a pracującej w niemieckojęzycznej części Szwajcarii Polki, Anny Marii Pękackiej, jest kontynuacją teoretycznych rozważań podjętych w poprzednim tomie. W swoim drugim artykule autorka analizuje proces terapii pacjentki z afazją typu Brocki: przedstawia praktyczne zastosowanie w diagnostyce testu acheńskiego oraz modelu logogenowego Tesaka oraz produkcji i recepcji języka Levelta w terapii. Poza polskie badania logopedyczne wychodzi także autorka kolejnego artykułu, Katarzyna Ita Bieńkowska, która postanowiła przybliżyć polskim logopedom nieco zapomnianą postać zasłużonego dla rozwoju słowackiej logopedii docenta Józefa Liszki (w 100. rocznicę jego urodzin). Przy tej okazji badaczka omawia historyczne powiązania i współczesną współpracę polskich i słowackich logopedów, a także wskazuje możliwe obszary współdziałania oraz wymiany myśli naukowej. Kolejny artykuł to prezentacja narzędzia do oceny umiejętności językowych i społecznych dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami w rozwoju – VB-MAPP, który jest oparty na analizie zachowań werbalnych B.F. Skinnera. Tekst zawiera opis narzędzia, prezentację najważniejszych badanych operantów oraz opis praktycznego zastosowania uzyskanych w diagnozie wyników, a jak dowodzi Joanna Mikołajczyk, używanie właściwych narzędzi diagnostycznych jest warunkiem dokonania dokładnej oceny umiejętności wyjściowych pacjenta – bez tego nie może być mowy o efektywnej terapii. Ostatni artykuł, autorstwa Agnieszki Myszy, jest recenzją książki Agnieszki Płusajskiej-Otto, poszerzoną o refleksje dotyczące zajęć z emisji głosu dla studentów kierunków nauczycielskich.

Tom kończy emocjonalny esej, już drugi z serii *Moje życie z...*, tym razem dotyczący życia z depresją. Swoim refleksjami na temat tej często lekceważonej choroby podzielił się młody mężczyzna, Witold Tuleja. Depresja rozwinęła się u niego pod koniec studiów, czyli w tym okresie życia, który przez wiele osób uznawany jest za najpiękniejszy. On w tym czasie musiał się zmagać z brakiem wiary w ludzi, w Boga, w siebie... Dziś opisuje, jak poradził sobie z problemem, ale też prosi o to, byśmy wszyscy byli czujni i patrzyli na innych ludzi z troską, byśmy nie byli obojętni. Witku, jesteśmy z Tobą i życzymy dużo siły!

Podobnie jak poprzednie tomy tej serii, także tę publikację adresujemy przede wszystkim do studentów logopedii, ale także do logopedów, nauczycieli, pedagogów, dziennikarzy, studentów i wszystkich innych osób czynnie pracujących głosem i nad głosem. Mamy nadzieję, że lektura prezentowanych tu tekstów zainspiruje czytelników do samokształcenia i pracy, której celem jest rozwijanie umiejętności komunikacyjnych dzieci i dorosłych z różnymi problemami dotyczącymi nadawania i odbioru mowy, a także problemami z panowaniem nad emocjami, zwłaszcza tymi negatywnymi, powodującymi brak komfortu komunikacyjnego.

*Agnieszka Myszka*  
*Katarzyna Ita Bienkowska*



## **CZĘŚĆ 1**

# **KOMPETENCJE JĘZYKOWE, KOMUNIKACYJNE I KULTUROWE**



**Kazimierz Ożóg**

Uniwersytet Rzeszowski

## **SŁOWA DOBRE I SŁOWA ZŁE W KOMUNIKACJI MIĘDZY TOBĄ A MNĄ**

Każda komunikacja językowa między osobami niesie z jednej strony otwarcie na drugiego człowieka, radość ze spotkania, nadzieję na wymianę informacji, z drugiej zaś rodzi lęk przed agresją językową ze strony interlokutora. Aby temu choć w części zapobiec, wspólnoty komunikacyjne stworzyły niepisane reguły modelu grzeczności, chroniące rozmówców. Autor artykułu rozpatruje kategorię komfortu komunikacyjnego, który stwarzają słowa dobre; są to w głównej mierze słowa grzeczne. Słowa złe (zachowania niegrzeczne) rujnują ten model, uderzają w godność osób, dezintegrują komunikaty, osłabiają więź wspólnoty. W artykule zanalizowano językową grzeczność, najbardziej sprzyjającą dobrej atmosferze wymiany informacji i tworzenia więzi między rozmówcami, maksymy konwersacyjne Grice’a oraz językową niegrzeczność.

Słowa kluczowe: komunikacja interpersonalna, godność osoby, komfort komunikacyjny, grzeczność językowa, niegrzeczność, model grzeczności, maksymy konwersacyjne, gry komunikacyjne

### **I. Uwagi wstępne**

Wspaniały, niemający równych sobie dar dla pojedynczego człowieka i ludzkich wspólnot – język naturalny, ten najdoskonalszy system znaków funkcjonujący wśród ludzi, ma szereg ważnych funkcji, ale służy przede wszystkim do porozumiewania się osób i – mówiąc metaforycznie – najbardziej wypełnia przestrzeń wspólnot ludzkich. Jak światło i powietrze wypełniają przestrzeń fizyczną świata i są nieodzowne do biologicznego życia człowieka, tak język wypełnia przestrzeń społeczną i jest konieczny do życia duchowego ludzi. Wspólnoty komunikacyjne przebywają w żywiole języka, który znakowo reprezentując elementy świata (desygnaty), jednocześnie buduje bądź burzy ich więź. Słowa między ludźmi – jak zatytułował swoją książkę Walery Pisarek – komunikują jakąś treść, przekazują informację o świecie i są elementem zespalającym wspólnoty, zaspokajają zatem podstawowe potrzeby człowieka, najpierw – ze względów bezpieczeństwa – poszukiwanie wiedzy o rzeczywistości, i kolejno,

tworzenie przyjaznej, życzliwej osobie grupy, w której czuje się dobrze i może się spełniać. Realizują te potrzeby słowa dobre, mądre, życzliwe.

Język jest także powszechną formą działania w różnych typach kontaktu: w rodzinie, w grupach zawodowych, w szkole, na uczelniach, w sądach, w szpitalach, w Internecie, w ośrodkach władzy, wszędzie tam, gdzie działa grupa. Słowo daje schronienie, bezpieczeństwo, zadowolenie z pracy spełnianej przez język, jednak może być źródłem lęku, narzędziem agresji, obrażania, złośliwej dyskredytacji drugiego człowieka, uderzania w jego godność. Są to słowa złe.

Anna Cegiela napisała znakomitą pracę o tym, że język jest kategorią moralną. Warszawska Autorka zatytułowała swoją rozprawę *Słowa i ludzie. Wprowadzenie do etyki słowa* (Cegiela 2014). Moje badania mają w tej rozprawie najszerze tło. Z tego studium zaczerpnąłem definicję terminu *etyka słowa*. Cegiela tak ją określa: „Etyka słowa to dziedzina nauki lub wiedzy humanistycznej, zajmująca się badaniem, opisem i oceną sposobów posługiwania się językiem w jego relacji do przyjętych przez społeczeństwo wartości oraz ustalaniem norm użycia słowa, które sprzyjają ochronie tych wartości” (Cegiela 2014: 9). Mój artykuł – jak mówi tytuł jednego rozdziału – napisałem w *poszukiwaniu modelu etycznej komunikacji*.

Pismo święte, fundament kultury europejskiej, zaleca język, który przynosi życie i daje chwałę człowiekowi. Jest to język określany wprost jako **dobry** i zestawiany z językiem **złym** (przewrotnym). Jest to mowa życzliwa, łagodna, oszczędna w słowach, nieobłudna, niosąca prawdę. Obraz dobrej komunikacji proponowany i chwalony przez Biblię jest uniwersalny i jak najbardziej można go zastosować do współczesnych sposobów porozumiewania się ludzi (Lurker 1989: 78–79). Nasza mowa do Innym powinna być łagodna, życzliwa, empatyczna, nieobłudna, naznaczona troską o rozmówcę. Kierowane do rozmówcy słowo winno być dobre, bo tylko takie potrafi uskrzydlić człowieka, tylko dobre słowo, dając ludziom rozliczne wartości, buduje osobę, wzmacnia więzi, nadaje sens życiu, pociesza, leczy, przynosi radość z bycia we wspólnocie. Dobre słowo buduje mosty i obala mury (Steward red. 2005). I na odwrót, złe słowo – jak mocno podkreśla Pismo św. – rani, zabija, zadaje ból, powoduje lęk, dezintegruje osobę i wspólnotę. Wznosi między ludźmi mury. Porównajmy jeszcze trzy celne cytaty biblijne: *Dobre słowa są plastrem słodczy dla gardła i lekiem dla ciała* (Prz 16, 24), *Drzewem życia jest język łagodny, złamaniem na duchu – przewrotny* (Prz 15, 4), *W mowie jest hańba i chwała człowiekowi, a język może spowodować jego upadek* (Syr 5, 13).

W niniejszym artykule analizuję ciekawą – moim zdaniem – kategorię, którą nazywam komfortem komunikacyjnym. Słowa dobre tworzą ogólną, przyjemną, pożyteczną dla rozmówców atmosferę dialogu, otwarcia na drugą osobę, życzliwego traktowania. A nasze życie to niezliczony ciąg rozmów, kontaktów

z Innymi. Jest to **komfort komunikacyjny**, kiedy wyzwoleni od lęku, pełni zaufania w dobre intencje partnera komunikacji wymieniamy z nim w bardzo różnych celach słowa. To zaufanie (bezpieczeństwo) przekłada się na fortunność, skuteczność aktów mowy, w sposób istotny buduje więź między rozmówcami (uczestnikami komunikacji), podnosi i wzbogaca duchowo człowieka, buduje grupę, daje perspektywę na kolejne spotkania. Brak tego komfortu zakłóca komunikację, rodzi frustrację uczestników, wywołuje lęk, często powoduje przerwanie porozumiewania, burzy grupę, obraża godność osoby. Człowiek jest istotą społeczną i musi – z powodów naturalnych i kulturowych – porozumiewać się z innymi. Od jakości tych kontaktów językowych, od ich skuteczności, fortunności i przebiegu zależy wiele, także i w pewnym stopniu pomyślność naszego życia.

Spśród wielu czynników, które budują bądź niszczą komfort komunikacyjny, omówię trzy kategorie: grzeczność językową, maksymy konwersacyjne Gric'e'a i niektóre elementy językowej niegrzeczności.

## II. Językowa grzeczność i jej udział w tworzeniu komfortu komunikacyjnego

Kiedy czterdzieści lat temu w roku 1977 rozpoczynałem pod kierunkiem profesora Bogusława Dunaja w krakowskim zespole opisującym język mówiony na przykładzie Krakowa i Nowej Huty badania nad polską grzecznością, nie przypuszczałem, że te prace tak się rozwiną i że po wielu latach będę wracał do problematyki grzeczności językowej. Grzeczność językowa, należąca do pragmatycznego poziomu języka, stała się w ciągu ostatnich trzydziestu lat domeną analizy wielu badaczy. Pierwsze miejsce zajmują tu badania Małgorzaty Marcjanik, która najbardziej przyczyniła się do rozpoznania polskiej grzeczności językowej. Jej znakomite, merytorycznie nośne monografie, artykuły, redagowane tomy zbiorowe pomnażają naszą wiedzę o zwrotach grzecznościowych polskich i obcych oraz ich relacjach do kultury (Marcjanik 1997, 2005 red., 2007). Inni badacze dołożyli nośne i ważne ustalenia, by wymienić rozprawy Kazimierza Ożoga (1990, 2005), Małgorzaty Kity (2006), Marka Cybulskiego (2003), Anny Żurek (2008), Kazimierza Sikory (2010) czy świetny tom z serii „Język a Kultura” pod red. Anny Dąbrowskiej i Alicji Nowakowskiej (2005).

O grzeczności i nawiązywaniu więzi interpersonalnej napisała bardzo interesującą rozprawę Beata Drabik (2010). Autorka, wykorzystując liczne badania językoznawców zajmujących się grzecznością, a także dociekania pragmalingwistyczne i swoje własne rozliczne obserwacje empiryczne, odpowiedziała na pytanie, jak „za pomocą działań językowych budujemy więzi

międzyludzkie: jak je najpierw nawiązujemy, potem podtrzymujemy oraz pogłębiany, a także jak chronimy je w sytuacjach interakcyjnego zagrożenia i odbudowujemy, jeśli zostały naruszone bądź zerwane” (Drabik 2010, ostatnia strona okładki). Badany przeze mnie komfort komunikacyjny można sprowadzić do pewnej odmiany więzi interpersonalnej.

O jakości kontaktów między osobami (między Tobą a mną) decyduje w głównej mierze słowo grzeczne. Zwykle słowa otulone zachowaniami realizującymi model grzeczności mają szczególną moc. I odwrotnie, takie słowa w otoczeniu niegrzecznych (obraźliwych, często nienawistnych) zwrotów niewiele mogą zdziałać dobra, przynoszą więcej zła. Pisano i mówiono o tym wielokrotnie nie tylko w dociekaniach językoznawczych. Bardzo chwałę polską szkołę, że już na etapie nauczania początkowego wiele się mówi o „czarodziejskich słowach” *proszę, dziękuję, przepraszam*. Te trzy najczęściej spotykane w kontaktach Polaków grzecznościowe zwroty reprezentują całą grzeczność językową. Swoisty „czar” tych wyrazów to wielkie ułatwianie naszych kontaktów językowych, właśnie wprowadzanie komfortu komunikacyjnego. Adam Mickiewicz w „Panu Tadeuszu” dał piękną lekcję grzeczności, która jest często cytowana i niezmiennie od momentu ukazania się tego arcydzieła daje wskazówki, jak być grzecznym (Księga I, Gospodarstwo, wersy 366–372); oto jej fragment:

Grzeczność wszystkim należy, lecz każdemu inna;  
Bo nie jest bez grzeczności i miłość dziecinna  
I wzgląd męża dla żony przy ludziach, i pana  
Dla sług swoich, a w każdej jest pewna odmiana.  
Trzeba się długo uczyć, ażeby nie zbłądzić  
I każdemu powinnał uczciwość wyrządzić.

U Mickiewicza *uczciwość* oznaczała uhonorowanie drugiej osoby, oddanie czci, szacunku przez dobre słowa i gesty. To są niezmiennie fundamenty polskiej grzeczności.

Grzeczność funkcjonuje tylko w grupie – pojedyncza osoba sama wobec siebie jest naturalnie grzeczna – jest zatem zjawiskiem społecznym (kulturowym, symbolicznym), złożonym z różnych elementów ideowych wspólnoty i jej zachowań rytualnych. Zadaniem głównym zachowań grzecznościowych jest ułatwianie komunikacji. Ludzkie społeczności, przechodząc przez różne stopnie rozwoju, udoskonalwały porozumiewanie się, czyniły komunikację coraz bardziej ludzką. Ewolucja była wyraźna: od pierwotnej, częstej walki także na słowa ku formom bardziej delikatnym, wyrażającym empatię, szanującym drugiego człowieka. Niekiedy jednak brutalna walka na słowa dominuje, zwłaszcza wtedy, kiedy emocje biorą górę nad rozumem. Wtedy łamiemy zasady grzeczności, odrzucamy formuły łagodzące i – mówiąc potocznie – w sumie źle na

tym komunikacyjnie wychodzimy. Grzeczność należy więc do kategorii psychologii społecznej. Pojęcie kluczowe – *model grzeczności* – wprowadziłem w rozprawie o grzeczności krakowian (Ożóg 1982, 1990, 2005). Jest to teoretyczna konstrukcja wyabstrahowana w czasie moich długoletnich badań z tysięcy autentycznych sytuacji mówienia, także z innych sposobów współczesnej komunikacji językowej. Nowe materiały modyfikują nieco ten model, ale jego podstawowy trzon pozostaje taki sam.

Przez model grzeczności rozumiem system społecznie zaaprobowanych i powszechnie przyjętych w danej społeczności (grupie, wspólnotie) zasad, norm określających pewien usankcjonowany sposób zachowania, także werbalnego członków danej wspólnoty w kontaktach między sobą. Współcześnie jest to sposób zachowania określany jako *szanujący godność rozmówcy, odpowiedni, kulturalny, grzeczny, uprzejmy* i stoi on w wyraźnej opozycji do zachowania *nieodpowiedniego, nieuprzejmego, niekulturalnego, uderzającego w godność drugiej osoby, chamskiego*.

Społecznie akceptowany model grzeczności, nabywany w danej grupie wraz z procesem wzrastania i wychowania dzieci i ich wejścia do wspólnoty (socjalizacji), opiera się na kilku zasadach. Wydzielam jednak dwie zasady główne, najważniejsze, z których można wyprowadzić inne, bardziej szczegółowe. Jest to, po pierwsze, zasada zakładająca autonomię, godność, ważność każdego człowieka, potencjalnego uczestnika komunikacji jako osoby. Drugi człowiek, partner komunikacji (interakcji, spotkania w dialogu), powinien być postrzegany jako osoba, która ma z natury swoją godność. Wszyscy w godności jesteśmy równi, bo jesteśmy osobami. Nie ma osoby bardziej godnej i mniej godnej, Rzecz to dawna, obecna w różnych systemach filozoficznych i religijnych, a zwłaszcza w chrześcijaństwie. Każdej osobie należy się szacunek i tę fundamentalną zasadę trzeba respektować w kontaktach z drugim człowiekiem, znajomym czy nieznajomym, bardzo wykształconym czy analfabetą, z Innym pod względem rasowym, kulturowym, religijnym, majątkowym. To zasada podstawowa, ale jakże często łamana w systemach (ludzkich wspólnotach) niedemokratycznych. Wystarczy porównać wielkie zróżnicowanie zwrotów grzecznościowych w ustrojach feudalnych, kiedy pan (jaśnie pan) traktował z pogardą ludzi stojących niżej; podobnie było w drapieżnym kapitalizmie. Jeszcze do niedawna w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, w kraju – wzorze demokracji i wolności – była segregacja rasowa, a wcześniej niewolnictwo, „czarny” był dosłownie i w przenośni własnością pana. Nie tak dawno w Niemczech hitlerowskich Żyd – według ustaw norymberskich – nie był osobą i był skazany tylko z racji swego pochodzenia rasowego na śmierć. Nierówność społeczna, gorsze traktowanie wielu grup osób, także na poziomie kontaktów językowych, były to kategorie wpisane w dawne systemy, które

często w majestacie prawa pogardały człowiekiem. Dzisiejsze systemy demokratyczne mają w tej mierze inne założenia, przynajmniej formalnie traktujące wszystkich równo jako autonomiczne osoby.

Po wtóre, fundamentem modelu grzeczności jest zasada życzliwości. Społeczny imperatyw jest wyraźny: *Traktuj życzliwie rozmówcę, nawet nieznanego, innej kultury, wyznania, rasy itp.* Zasada ta jest konsekwencją zasady pierwszej, mamy też w naszym judeochrześcijańskim kręgu kulturowym potężną jej motywację w ewangelicznym przykazaniu miłości bliźniego. Rewolucja Chrystusowej nauki polegała właśnie na przykazaniu miłości każdego człowieka. Było to nie do pomyślenia w tamtym starożytnym, bardzo brutalnym świecie, kiedy życie człowieka niewiele było warte. A miłość nieprzyjaciół jest już najwyższym moralnym radykalizmem. Można powiedzieć, że nauka Chrystusa stworzyła podstawy językowej grzeczności.

Życzliwość to postawa przyjazna wobec każdej osoby. Pięknie o niej pisze Mariola Jakubowicz: „Postawę przyjazną innym określa się przymiotnikami: *życzliwa, uprzejma, przychylna, sprzyjająca*. Postawę przeciwną: *agresywna, napaśtliwa, wroga, wyzywająca, prowokacyjna*” (Jakubowicz 2005: 61).

Barbara Boniecka na podstawie swoich badań wymienia cechy życzliwości jako postawy: a więc jest to wsparcie drugiej osoby w razie niepowodzenia, niekłopotliwe (niewścibskie) zainteresowanie jej sprawami, dobre działania dla drugiego, dobre (nieapodyktyczne) doradzanie, zauważanie dobrych stron rozmówcy, wydobywanie jego zalet, dzielenie radości, zadowolenia, także smutku, dyskretne pocieszanie, delikatne wyrażanie ocen, opinii, kierowanie pochwałą, wyrazów uznania, gratulacji (Boniecka 2005). Na zakończenie tego indeksu lubelska badaczka daje dwie istotne uwagi, które łączą się z moimi rozważaniami na temat maksymy jakości Grice’a i modelu grzeczności. Najpierw: „Życzliwość dla odbiorcy manifestuje się w audycjach, gdy się mu udziela dostatecznych i prawdziwych informacji” (Boniecka 2005: 57). I cytat drugi, dobrze rozwijający moje rozważania o grzeczności: „Znakiem życzliwości są ponadto zachowania grzeczne wobec słuchacza. W badanych audycjach grzeczność wyraża się za pośrednictwem zwrotów konwencjonalnych: pozdrowień, podziękowań i życzeń. Intensywność życzliwości zdradza zazwyczaj wzbogacające te zwroty słowo *serdecznie* i *bardzo serdecznie*” (Boniecka 2005: 58).

Przytoczone wyżej dwie zasady są fundamentem polskiej konwencji grzecznościowej, a używane przez nas, Polaków, formuły grzecznościowe, unikanie zwrotów agresywnych, obelżywych, wulgarnych, stosowanie wyrażen podnoszących osobę na duchu, przyjaznych, o różnym stopniu empatii to najlepsza realizacja polskiego modelu grzeczności.

Szczegółowe elementy tego modelu można ująć następująco:

– Godne, z szacunkiem nazywanie drugiej osoby; tu warianty w polskim uniwersum językowo-kulturowym są bardzo liczne, często czułe, ale też oficjalne, urzędowe, ciepłe i zimne, por.: *proszę pana, proszę pani, panie doktorze, panie kolego, panie szanowny, Stasiu kochany, Zosiu droga, moja ty złociutka, słoneczko ty moje, Kazimierzu, Leszku, Michał, mamusiu, ciociu, Frączak, człowieku, bracie*. Stosowane przez uczestników komunikacji określenia partnerów są z punktu widzenia komfortu komunikacyjnego podstawowe. Od tego, w jaki sposób zwrócimy się do partnera, jak go określimy, zależy niejednokrotnie przebieg i powodzenie aktu komunikacji.

– Wypracowane przez polską społeczność normy grzecznościowe wymagają, aby rozpoczynać kontakt (nawiązywać dialog, inicjować spotkanie) przez życzliwe powitanie. Tak samo powinniśmy kończyć kontakt (zamykać spotkanie, rozmowę) przez przyjazne zwroty pożegnalne. Powitania i pożegnania należą do rytualnej obudowy naszych dialogów. Już samo powitanie to życzliwe zauważenie i wywyższenie rozmówcy. Brak powitania czy pożegnania to zachowania odpychające, obraźliwe. Także i w tej grupie zwrotów grzecznościowych mamy bogactwo różnych wariantów.

– Okazywanie w słowach i gestach wdzięczności za wyświadczone nam dobro, nawet to najmniejsze, czyli podziękowania za przysługę. Wyrazy oznaczające wdzięczność to – ze względu na powszechność wymiany dóbr między osobami – najczęściej używane zwroty grzecznościowe. Bycie wdzięcznym znakomicie wpływa na komfort komunikacyjny, bardzo ułatwia porozumiewanie się, jest dobrą energią w kontaktach między Tobą a mną, por.: *dziękuję, bardzo dziękuję, bardzo dziękuję za to spotkanie, chciałem bardzo serdecznie podziękować, cudownie, kapitalnie, jesteś fantastyczny, pan jest bardzo uprzejmy, cudowna książka – dziękuję z serca*.

– Okazywanie skruchy za nietakt, przewinienie, uchybienie, jakieś naruszenie godności drugiej osoby to przeproszenia. W życiu społecznym dochodzi często do konfliktów i nieporozumień między osobami, co skutkuje utrudnieniem, a nawet przerwaniem komunikacji. Model grzeczności dostarcza nam wtedy formułę rzeczywiście niezwykłą, wprost „czarodziejską”, jak nazywają to dzieci uczące się etykiety, właśnie przeproszenie. Jest to zwrot grzecznościowy bardzo pożyteczny zarówno w kontaktach potocznych, zwyczajnych, jak i oficjalnych. Użycie przeproszenia i jego przyjęcie najbardziej wpływa na komfort komunikacyjny, umożliwia bowiem na nowo normalny, niezakłócony przebieg komunikacji, por.: *przepraszam, żałuję, głupio mi*. Ciekawie wyjaśnia znaczenie przeproszenia Anna Wierzbicka:

**PRZEPROSINY**

wiem, że zrobiłem coś, co było dla ciebie złe  
sądzę, że możesz czuć do mnie coś złego z tego powodu  
mówię: żałuję, że to zrobiłem  
mówię to, bo chcę, żebyś nie czuł do mnie nic złego (Wierzbicka 1983: 130).

– Delikatne wyrażanie prośby. Jeśli stosujemy tu uprzejme formy, wówczas mamy większe szanse na ich spełnienie. Kierowane do innych nakazy, zakazy, imperatywy powinny być złagodzone. Podobnie w sposób delikatny, łagodny powinniśmy podawać treści nieprzyjemne dla rozmówcy.

– Okazywanie skromności przy równoczesnym dowartościowaniu partnera rozmowy, pomniejszanie własnych zasług, podnoszenie zasług innych osób, por. repliki na podziękowanie czy przeproszenie: *dziękuję bardzo – nie ma za co; przepraszam bardzo – ależ nic się nie stało*.

– Współodczuwanie z partnerem – razem się cieszyć, razem się smucić. W tym obszarze można wydzielić cały szereg zwrotów grzecznościowych: gratulacji, kondolencji, komplementów, okolicznościowych życzeń.

– Delikatność względem drugiej osoby – jeśli można, nie mówić o rzeczach przykrych, raniących rozmówcę (partnera komunikacji), a jeśli to konieczne, to podawać takie treści z delikatnością.

### **III. Maksymy konwersacyjne Grice'a budują komfort porozumiewania się**

W znanym artykule *Logika a konwersacja* Herbert P. Grice, zafascynowany *Dociekaniami filozoficznymi* Ludwiga Wittgensteina, dał bardzo płodną dla współczesnego językoznawstwa, zwłaszcza pragmatyki językowej i teorii komunikacji, koncepcję mówienia i implikowania. Grice jako logik i filozof języka zwraca szczególną uwagę na racjonalność komunikacji. Aby porozumiewanie osób było skuteczne, by w ogóle do niego doszło, uczestnicy aktu mowy muszą podjąć trud rozumnego współdziałania. Grice nazywa to zasadą kooperacji. Właśnie to współdziałanie osób inicjuje komfort komunikacyjny. Osoby chcą współdziałać w dialogu mimo dzielących je różnic. Już na poziomie kooperacji mamy sukces, bo wiele aktów mowy nie może się odbywać z braku chęci do rozmowy (komunikacji).

Z zasady kooperacji wyprowadza Grice cztery maksymy; ich stosowanie w konkretnych aktach mowy nie tylko zapewnia prawidłowy, niezakłócony przekaz pola informacyjnego, daje dużą szansę na skuteczność językowego działania, ale przynosi odpowiedni poziom komfortu komunikacyjnego (Grice 1980).

– Maksyma pierwsza, najważniejsza – maksyma jakości chroni podstawy komunikacji odnoszące się do kategorii prawdy. Jacek Grębowiec w bardzo ciekawej książce *Mówić i działać. Wykłady z pragmatyki języka* tak eksplikuje tę maksymę:

(staraj się, aby twój wkład w konwersację był prawdziwy):

1. nie mów tego, o czym jesteś przekonany, że nie jest prawdą;
2. nie mów tego, do stwierdzenia czego nie masz dostatecznych podstaw (Grębowiec 2013: 59).

Nasze porozumiewanie powinno być szczere, powinniśmy przekazywać komunikaty prawdziwe (asercje), bo w przeciwnym razie nie ma ono sensu (dosłownie i w przenośni). Rozmówcy muszą się poruszać wśród zdań prawdziwych. Świadome kłamstwo uderza nie tylko w rozmówcę, którego partner – dla osiągnięcia własnych korzyści – wprowadza w błąd, ale godzi także w podstawy języka i istotę językowego porozumiewania się. Język jako system znaków powstał po to, aby w jednoznacznym logicznym przyporządkowaniu zastępować elementy rzeczywistości. Znaki kłamliwe nie zastępują (nie reprezentują) jednostek świata, ale je zaciemniają. Maksyma ta obowiązuje we wszystkich typach komunikacji. Szczególne znaczenie ma jednak w komunikacji medialnej, politycznej, także potocznej, w której mamy zjawisko plotki.

– Maksyma druga, mniej nośna filozoficznie, ale bardzo praktyczna, zdroworozsądkowa, bardzo pożyteczna stoi na straży ilości podawanych informacji. Kapitalnie sprzyja dobrej atmosferze porozumiewania, tworzy komfort komunikacyjny. Nadmiar, redundancja burzą porządek porozumiewania:

1. niech twój wkład w konwersację zawiera tyle informacji, ile jej potrzeba (dla aktualnych celów wymiany);
2. niech twój wkład nie zawiera więcej informacji niż trzeba (Grębowiec 2013: 59).

Wielomówność partnera dialogu męczy wszystkich uczestników komunikacji (nie angażujemy się w rozmowę, tylko myślimy, kiedy on/ona skończy?!), potok słów rozmówcy utrudnia nam włączenie się do dialogu (zajęcie kanału), powoduje zniecierpliwienie, może być przyczyną nieporozumień, nie sprzyja prawidłowej wymianie informacji i budowaniu więzi. Niepohamowane mówienie jest oznaką pychy, a ta nie sprzyja komfortowi komunikacyjnemu. Podobnie niedobór informacji wywołuje u rozmówców niepokój odnośnie do prawidłowego zrozumienia intencji rozmówcy.

– Maksyma trzecia – odniesienia (istotności, relewancji). Jest to ważna dla komfortu komunikacyjnego zasada, aby w podawanych treściach trzymać się tematu. Maksyma ta chroni porządek logiczny naszych komunikatów i ich merytoryczność:

1. niech to, co mówisz, będzie relewantne, czyli na temat (Grębowiec 2013: 59).

– Bardzo pojemna znaczeniowo jest maksyma czwarta, czyli imperatyw sposobu (wyrażaj się przejrzyście, poprawnie, ładnie, w sposób uporządkowany). J. Grębowiec tak przybliża jej treści:

1. unikaj niejasnych sformułowań;
2. unikaj wieloznaczności;
3. bądź zwięzły (unikaj zbędnej rozwlekłości wypowiedzi);
4. mów w sposób uporządkowany (Grębowiec 2013: 59).

Do tych czterech maksym dodano maksymę piątą – grzeczności Leecha. Powstała ona mniej więcej w tym samym okresie, kiedy i w naszym językoznawstwie rozwijały się badania nad tym zagadnieniem. Zasada ta współgra z przedstawionymi wyżej badaniami polskiej grzeczności językowej. Geoffrey Leech uważa, że językowa grzeczność to podstawowe zabiegi, fundamentalna strategia językowego oddziaływania, zapewniająca powodzenie komunikacji między osobami. Ten znakomity filozof języka, rozwijając treść tej maksymy mieszczącej się w inwariancie: *Bądź uprzejmy*, dał jej eksplikację w postaci kapitalnie ułatwiających komfort komunikacyjny zasad: zasady taktu, zasady wspaniałości, zasady aprobaty, zasady skromności, zasady zgody i zasady sympatii (Leech 1983: 132).

Maksymy Grice’a są – rzecz jasna – modelem idealnym, do którego w trosce o racjonalną efektywność komunikatu powinni zmierzać uczestnicy komunikacji. Życie jednak, jak to bywa w przypadku wielu aktów, przynosi częste ich pogwałcenie. Jeśli chodzi o komfort komunikacyjny, to stosowanie tych maksym z pewnością pomnaża ten komfort. Chroni zatem rozmówców przed niepożądanymi zakłóceniami, które mogą wystąpić na płaszczyźnie **komunikatów**, bo w swej istocie zasady te dotyczą maksymalnej racjonalności komunikatów.

#### IV. Językowa niegrzeczność burzy komfort komunikacyjny

W ciągu ostatnich kilku dekad obserwujemy w Polsce, ale w skali globalnej wzrost zachowań łamiących zasady nie tylko językowej grzeczności, ale następuje w ogóle skokowy wzrost agresywnych zachowań słownych i fizycznych wobec drugiego człowieka. Zjawisko to było niejednokrotnie opisywane przez badaczy. Językowa niegrzeczność to domena działania słów złych, które niszczą więź między uczestnikami komunikacji, przekreślają komfort komunikacyjny, wywołują lęk, w drastycznych przypadkach poniżają człowieka, uderzają w jego godność, są w wielu przypadkach wstępem do jawnej agresji fizycznej.

Wyróżnić można całą mozaikę językowych zachowań niegrzecznych: od złośliwego krytykowania drugiej osoby, przez fałszywe, niesprawdzone oskar-

zenia, przytyki, do słownego wyzywania, używania wobec drugiego wyrazów, które wyrażają groźbę, łamią tabu i są powszechnie uznawane za wulgarne, obelżywe (obraźliwe). Ryszard Tokarski wyróżnił dwanaście grup wyrazów obrażających osobę przez przypisanie jej jakiejś cechy człowieka, nazwijmy to, małej wartości. Przytoczę tu tylko niektóre grupy; otóż uderzamy w drugą osobę przez złe słowa oznaczające nazwy związane z niepoważnym wykonywaniem zadań zawodowych (ogólnie życiowych), np. *blażen, kłown*, gdy wykonywane przez drugiego czynności są nazywane jako usługiwanie, np. *podnóżek, najemnik, pacholek*, przez wyrazy łączące się z funkcją nadzorowania: *żandarm, policjant*, przez słowa oznaczające ludzi wykonujących czynności, które zadają ból, niosą śmierć: *kat, oprawca, bandzior*, przez nazwy konotujące niesamodzielność lub sterowanie z zewnątrz, np. *robot, maszyna, marionetka*, przez nazwy przedmiotów uważanych za brzydkie, brudne: *ścierwo, zgnilizna, ścierka, szmata*, przez wyrazy określające negatywne cechy człowieka, niepełnosprawnego umysłowo bądź chorego: *ślepiec, impotent, platfus, cholera, syfilis, idiota, półgłówek* (Tokarski 1990).

Bardzo interesująco napisał o słowach złych Piotr Lewiński. Zanalizował on aż 122 wyrazy pierwotnie obelżywe, służące tylko do obrażania (Lewiński 2005). Określają one człowieka odwrotnie do komplementów, niejako w krzywym zwierciadle, tylko po to, aby go dotknąć i poniżyć. Złe słowo może ranić do głębi drugiego człowieka. Przykład z moich materiałów: uczennica klasy 7. szkoły podstawowej nie może się uspokoić przez kilka dni po otrzymanym od koleżanki esemesie: *ty suko pier..., ja ci pokażę!*

W moich badaniach, rozpoczętych – podobnie jak studia nad grzecznością jeszcze w zespole krakowskim – przyglądam się wyrazom obraźliwym, które niszczą komfort komunikacyjny i uderzają w godność człowieka.

W roku 1965 Zenon Klemensiewicz ogłosił w „Języku Polskim” artykuł pod znanym tytułem *Higiena językowego obcowania*. Znajdujemy w nim taki oto fragment: „I tu może językoznawca podać pierwszą wskazówkę higieny językowej: oszczędzaj bliźniego, łagodząc kształt swoich wypowiedzi, nawet wtedy, kiedy masz prawo, kiedy musisz mu przekazać przykrą dla niego treść” (Klemensiewicz 1965: 3). Klemensiewicz, jeden z największych polskich językoznawców, zaleca zatem łagodność: *Komunikatami waszymi niech rządzi łagodność*. Krakowski uczony bił w latach 60. XX wieku na alarm. W przytaczanym artykule omawiał oczywiste przykłady łamania higieny językowej, pisał o używaniu wyrazów obraźliwych, wulgarnych, obelżywych, sprośnych, o nieposzanowaniu rozmówcy podczas agresji językowej, która jest często wstępem do agresji fizycznej.

Negatywne zjawiska używania wobec innych słów złych w ciągu ostatnich pięćdziesięciu lat, jakie upłynęły od badań Klemensiewicza, bardzo się nasiliły.

Wspominałem o tym w moich badaniach (Ożóg 2011). W ostatnich dekadach przeżyliśmy liczne rewolucje – polityczną, ekonomiczną, informatyczną, medialną, konsumpcyjną, obyczajową. Dzisiaj słowa wulgarne i obraźliwe można usłyszeć w miejscu publicznym; język polityki to często mowa nienawiści, filmy i liczne programy czy instalacje medialne są wypełnione słowną agresją, przeraża szaleństwo hejtów internetowych, kiedy z powodu anonimowości komunikacji używane są najgorsze – już nie karczemne, ale jeszcze gorsze wyrażenia. Nie tylko uderzamy słownie na różne, nowe, nieznane wcześniej sposoby w drugiego człowieka, ale przez słowa złe zadajemy wielki cios kulturze polskiej. Szczególnie naganne są złe słowa, inwektywy w życiu politycznym Polski po roku 1989. Gorszące sceny rozgrywają się w Sejmie Rzeczypospolitej, w którym elity polityczne (powinny być wzorem pięknego mówienia) używają najbardziej obraźliwych, często bardzo prymitywnych złych wyrazów obrażających przeciwnika politycznego, któremu przypisuje się najgorsze cechy, por.: *wykształciuchy, bandyci, mordercy, złodzieje, nieudacznicy, dorżnąć watahy, pan jest zerem, ekonomiczny analfabeta*.

Interesująco tłumaczy Irena Kamińska-Szmaj inwektywy polityczne. Otóż uderza się w osobę, niszczy się piękną mowę polską, bo każdy wulgaryzm i zwrot obraźliwy depcze także nasz język, z chęci osiągnięcia korzyści politycznych. Wrocławska badaczka pisze:

Z punktu widzenia pragmaty lingwistyki wypowiedzenie inwektywy w dyskursie politycznym należy traktować jako specyficzne zdarzenie komunikacyjne, mające określony cel i wywołujące określone skutki pragmatyczne. W komunikacji politycznej dążenie nadawcy do zdeprecjonowania adresata wypowiedzi wynika z zamierzonego efektu perlokucyjnego, czyli wywołania pożądanych skutków w sferze uczuć, myśli i działań odbiorcy (Kamińska-Szmaj 2007: 60).

A odbiorcami są zwykli obywatele, przyszli wyborcy. Wielki niepokój budzi wzrost agresji językowej w szkole. Jak twierdzą w wywiadach nauczyciele, uczniowie często się obrażają bardzo wulgarnymi słowami, por.: *ty downie!, ty idioto!, ty imbecylo!* Wielką rolę odgrywają tu negatywne wzorce medialne i internetowe hejty, a także swoista moda panująca wśród młodych na „silne typy”.

Podanie definicji wyrazu obraźliwego jest rzeczą trudną, gdyż w obrębie tej grupy znajduje się wiele wyrazów i zwrotów niejednorodnych, o różnym natężeniu obraźliwości, poczynając od wyrazów ironicznych, lekko obraźliwych okazjonalizmów, aż po bardzo obraźliwe wyrazy nieprzyzwoite, wulgarne wyzwiska (Ożóg 1981). Wydaje się zatem konieczne wyjście od aktu mowy i przyjęcie definicji funkcjonalnej. Mianowicie: za obraźliwy wyraz (zwrot frazeologiczny) uznaje taki, który w konkretnym akcie mowy wywołał (może wywołać) obrażenie (dotknięcie) osoby, do której został skierowany. Wyraz

obraźliwy wywołuje zatem akt obrazy. Krystyna Pisarkowa łączy obrazę z naruszeniem honoru partnera komunikacji (Pisarkowa 1978).

Jest to grupa wyrazów bardzo niejednorodna semantycznie, wszystkie mają jednak – mówiąc metaforycznie – jad zdolny w jakiś sposób porazić bliźniego. Zazwyczaj są to ujemne określenia danej osoby, mogą więc to być przymiotniki, np.: *głupi, stuknięty, walnięty*, częściej będą to rzeczowniki bądź całe grupy nominalne, por.: *cham, idiota, dureń, kurzy mózdzek, ciota*; wydziela się liczna grupa czasowników używanych w czasie teraźniejszym i w imperatywnie: *co mi tu, kurwa, pierdolisz, pojechało cię, masz nasrane w tej głupiej głowie*.

Wyrazy i zwroty obraźliwe występują zwykle w czasie ostrych sprzeczek bądź kłótni. Skierowane do rozmówcy, radykalnie zmieniają całą rozmowę. Akt mowy, w którym używa się tego typu zwrotów, ma cechy pośredniego aktu mowy, o jednoznacznie odczytywanej intencji obrażania. Intencję tę rozmówcy bez trudu odczytują z sytuacji mówienia i semantyki używanych złych słów, które ranią. Należy tu mocno podkreślić, że oprócz wyrazów i zwrotów mogą służyć obrażaniu jeszcze inne środki językowe i pozajęzykowe. Niektóre są nawet kategoryczne. Jest to przede wszystkim forma zaimka osobowego *ty* używana w stosunku do rozmówcy, którego powinniśmy tytułować przez *pan, pani*, i – co tu najważniejsze – forma 2. osoby czasowników. Jednostronne przejście na *ty* może być obraźliwe, jest bowiem w sytuacji oficjalnej obniżeniem prestiżu naszego rozmówcy. Zaimek *ty* staje się także konwencjonalnym elementem najczęstszego typu wyrażen obraźliwych: *ty + wołacz wyrazu negatywnego: ty kutasie!, ty draniu!, ty bydlaku!* Zaimek *ty* bezpośrednio dotyka drugą osobę, jest niejako częścią jej istoty, dlatego jest tak eksploatowany. Jeśli do tych konstrukcji dodamy jeszcze obraźliwy przymiotnik, to już mamy „piramidę obraźliwości”: *ty pojebany gnoju!* Kategoryczne są także i inne niż leksykalne wyznaczniki obraźliwości, np. stylizacje na wymowę wiejską: *ty wsioku!, ty bidoto!* czy naśladowanie mowy innych osób, popularne pomawianie się. Powszechne na polskich drogach stało się, niestety, obrażanie przez demonstrowanie środkowego palca. Skutecznie tym gestem obrażamy innych kierowców, bo „nie mamy czasu”. A jeśli taki jest, np. przed czerwonym światłem, to gestom towarzyszą słowa poniżające.

Ze względu na funkcję, jaką w konkretnym akcie mowy mogą pełnić wyrazy obraźliwe, można podzielić je na trzy grupy:

– Wyrazy prymarnie obraźliwe. Do tej grupy zaliczam takie, które służą tylko do obrażania. Są to przede wszystkim negatywne, mocne w poniżających treściach określenia danej osoby, słowa wulgarne ze sfery seksu i wydalania, por.: *matoł, frajer, cwel, paskuda, ramoł, tłuszczoch, safandula, gówno śmierdzące, ch..., cipa, kurwa*. Piotr Lewiński opisał duży zbiór tych wyrazów (aż 122). Oto tylko początek tej niechlubnej listy: *abnegat, baba, bachor, bałamut,*

*bałwan, bastard, bęćwał, bękart, bisurman, bladź, blagier, bubek, bufon, bumelant, bździach, bździągwa, cham, cherlak, chłystek, chuj, chuligan, ciapa, ciemięga, cipa, ciura, cizia.* Do tej grupy zaliczam też czasowniki zrywające kontakt, brutalnie wieszczące: *nie chce z tobą rozmawiać: spierd...: wypieprzaj, goń się.*

– Wyrazy o sekundarnej funkcji obraźliwej. Tych mamy najwięcej, prymarnie są to nazwy rzeczy, zwierząt, roślin, ale skierowane do człowieka są bardzo obraźliwe, naruszające godność osoby. W konkretnym akcie mowy funkcjonują one jako metafory bądź neosemantyzmy, por. *osioł, baran, źmija, padalec, krowa, kłępa, goryl, małpa, klawisz, fujara, młot, palant, ścierka, burak, wieśniak.*

– Wyrazy, które w konkretnym akcie mowy zyskują cechę obraźliwości zwykle przez nałożenie mechanizmów ironii; praktycznie każde dobre słowo, pozytywnie wartościujące drugiego człowieka, może się stać obraźliwe głównie przez wykorzystanie elementów prozodycznych: ironicznej intonacji, akcentu, iloczasu, np. *mądry jesteś!, geniusz się trafił, ale mamy filozofa!*

Za podstawową cechę opisywanych wyrazów należy uznać ich ekspresywny, pejoratywny charakter, są one bowiem świadectwem silnych negatywnych uczuć i chęci degradacji rozmówcy. Z emocjonalnym, ujemnym nacechowaniem ekspresywnym wiąże się często metaforyczność wyrazów obraźliwych. Metafory te powstają na zasadzie skojarzenia negatywnej – w odczuciu społecznym – cechy zwierzęcia czy rzeczy z samym człowiekiem – z konkretnym partnerem komunikacji. Oto kilka przykładów autentycznych sprzeczek, kiedy użyto wyrazów obraźliwych. Zostały zanotowane w Krakowie:

- (1) A. odpieprz się ty głąbiu!  
B. cholerniku jeden, nie wiedziałem, że z ciebie taki muł.
- (2) A. ty pijaku zatracony! moralna zgnilizno! prymitywie!  
B. dobra, dobra, z ciebie też lepsze ziółko!
- (3) A. ty świnię podła! zobaczysz! ja ci odpłacę!  
B. idź! ty łachudro! won stąd, dziaduro jedna.

Interesujące zjawiska zachodzą wtedy, kiedy jednostka mająca jakąś przewagę nad grupą kieruje pod jej adresem wyrazy obraźliwe. Występują wtedy pejoratywne, degradujące *collectiva* typu: *hołota, dzicz, motłoch, banda, pospółstwo, swołocz*, w użyciu są też rzeczowniki w liczbie mnogiej: *debile, bękarty, skurwysyny, cymbały, gnoje* bądź abstracta typu: *ciemnota, durnota, tępota, tumaństwo.*

Wyrazy burzące dobrą atmosferę znajdujemy często w stosowanych grach komunikacyjnych. Wychodzę tu od koncepcji Erica Berne'a, który opisuje szczególne, powtarzalne układy komunikacyjne między ludźmi. Te układy, mające zawsze swój komunikacyjny cel, nazywa gramami (Berne 2004). Grę pierwszą można nazwać: *moje jest lepsze*. Jeden z rozmówców, nazwijmy go X,

przyzwyczajony do wysokiego mniemania o sobie, krytykuje ciągle innych, jest apodyktyczny. Stała krytyka nie sprzyja komfortowi komunikacyjnemu, por. *jak można być takim niemotą, co za niepraktyczny człowiek z ciebie, niczego się nie nauczyłeś, źle to robisz, tylko kretyni tak to robią*. Gra druga: *gdyby nie ty – wylewane żale na partnera mogą komunikacyjnie zmęczyć każdego*. Gra trzecia operuje na płaszczyźnie podejrzliwości: *jak cię dopadnę: fatalnie to zrobiłeś, jak można być tak mało spostrzegawczym i mało rozgarniętym, co za niedbałość, niechlujstwo i bezmyślność!* Gra czwarta: *ty nigdy + zaprzeczenie czasownika*, por.: *ty nigdy nie zrobisz tego porządnie. Ty nigdy nie potrafisz porządnie domyć naczyni!* Gra piąta: *ty zawsze (ciągle) + czasownik oznaczający coś negatywnego: ty zawsze się spóźnisz, ty zawsze zostawisz po sobie syf*.

Na zakończenie znów wracam do artykułu Zenona Klemensiewicza z roku 1965: „Chamstwo językowe jak wszelkie chamstwo nie jest środkiem społecznie skutecznym [...]. Jeśli nie trafimy do kogoś słowem dobrym, uprzejmym i życzliwym, to z pewnością nie podbijemy go ordynarnym i wrogim” (Klemensiewicz 1965: 9).

## Literatura

- Cybulski M., 2003, *Obyczaje językowe dawnych Polaków. Formuły werbalne w dobie średniopolskiej*, Łódź: Wydaw. UŁ.
- Berne E., 2004, *W co grają ludzie. Psychologia stosunków międzyludzkich*, Warszawa: PWN.
- Cegiella A., 2014, *Słowa i ludzie. Wprowadzenie do etyki słowa*, Warszawa: Dom Wydawniczy Elipsa.
- Dąbrowska A., Nowakowska A. (red.), 2005, *Życzliwość i agresja w języku i kulturze*, „Język a Kultura”, t. 17, Wrocław.
- Drabik B., 2010, *Językowe rytuały tworzenia więzi interpersonalnej*, Kraków: Wydaw. UJ.
- Grębowiec J., 2013, *Mówić i działać. Wykłady z pragmatyki języka*, Wrocław: Wydaw. UW.
- Grice P.H., 1980, *Logika a konwersacja* [w:] *Język w świetle nauki*, wybór, wstęp, tłum. B. Stanosz, Warszawa: Czytelnik, s. 91–114.
- Kamińska-Szmaj I., 2007, *Agresja językowa w życiu publicznym. Leksykon inwektyw politycznych 1918–2000*, Wrocław: Wydaw. UW.
- Karwat M., 2006, *O złośliwej dyskredytacji. Manipulowanie wizerunkiem przeciwnika*, Warszawa: PWN.
- Kita M., 2005, *Językowe rytuały grzecznościowe*, Katowice: WSiM.
- Klemensiewicz Z., 1965, *Higiena językowego obcowania*, „Język Polski” LXV, s. 3–11.
- Leech G., 1983, *Principles of Pragmatics*, London – New York.
- Lewiński P., 2005, *O wyrazach ogólnie obelżywych* [w:] *Życzliwość i agresja w języku i kulturze*, red. A. Dąbrowska, A. Nowakowska, „Język a Kultura”, t. 17, Wrocław, s. 101–112.
- Lurker M., 1989, *Słownik obrazów i symboli biblijnych*, Poznań: Pallotinum.
- Marcjanik M., 1997, *Polska grzeczność językowa*, Kielce: Wydaw. WSP im. Jana Kochanowskiego.
- Marcjanik M., 2005 (red.), *Grzeczność nasza i obca*, Warszawa: Trio.
- Marcjanik M., 2007, *Grzeczność w komunikacji językowej*, Warszawa: PWN.

- Ożóg K., 1981, *O współczesnych polskich wyrazach obraźliwych*, „Język Polski”, LXI, z. 3–5, s. 179–187.
- Ożóg K., 1982, *Zwroty grzecznościowe w języku mówionym mieszkańców Krakowa. Studium socjolingwistyczne*, egzemplarz rozprawy doktorskiej na Wydziale Polonistyki Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Ożóg K., 1990, *Zwroty grzecznościowe współczesnej polszczyzny mówionej (na materiale języka mówionego mieszkańców Krakowa)*, „Prace Językoznawcze”, z. 98, Warszawa–Kraków.
- Ożóg K., 2005, *Współczesny model polskiej grzeczności językowej [w:] Życzliwość i agresja w języku i kulturze*, red. A. Dąbrowska, A. Nowakowska, „Język a Kultura”, t. 17, Wrocław, s. 9–16.
- Ożóg K., 2011, *Polszczyzna przełomu XX i XXI wieku. Wybrane zagadnienia*, Rzeszów (wyd. III): Stowarzyszenie Literacko-Artystyczne Faza.
- Pisarek W., 1985, *Słowa między ludźmi*, Warszawa: Wydawnictwa Radia i Telewizji.
- Pisarkowa K., 1978, *Hasło „honor” jako przedmiot analizy pragmatyczno-językowej*, „Polonica” IV, s. 125–137.
- Sikora K., 2010, *Grzeczność językowa wsi*, cz. I: System adresatywny, Kraków: Wydaw. UJ.
- Stewart J. (red.), 2005, *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej*, Warszawa: PWN.
- Taras B., 2013, *Agresja. Studium semantyczno-pragmatyczne*, Rzeszów: Wydaw. UR.
- Tokarski R., 1999, *Językowy obraz świata w metaforach potocznych [w:] Językowy obraz świata*, red. J. Bartmiński, Lublin: Wydaw. UMCS, s. 65–81.
- Wierzbicka A., 1983, *Genry mowy [w:] Tekst i zdanie. Zbiór studiów*, red. T. Dobrzyńska, E. Janus, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, s. 125–137.
- Żurek A., 2008, *Grzeczność językowa w polszczyźnie cudzoziemców. Wybrane zagadnienia*, Łask: Oficyna Wydawnicza Leksem.

## Good and bad words in communication between you and me

### Summary

Each language communication between people brings on the one hand openness to another man, joy of meeting, hope for exchange of information, and on the other hand raises fear of language aggression on the part of the interlocutor. To prevent this from happening, communication communities have created unwritten rules of the courtesy model that protect the interlocutors. The author of the article considers the category of communication comfort that is created by good words, being mainly polite words. Bad words (bad behaviour) destroy this model, hurt dignity of people, disintegrate messages, weaken the bond that keeps the community together. The article analyses linguistic politeness that is the most favourable to good atmosphere of information exchange and creating bonds between interlocutors, Grice's conversational maxims and linguistic rudeness.

**Key words:** interpersonal communication, dignity of a person, communication comfort, language courtesy, rude behaviour, politeness model, conversational maxims, communication games

**Henriette W. Langdon, Ed.D. F-CCC-SLP, BCS-CL<sup>1</sup>**

Profesor emerytowany Uniwersytetu Stanowego  
w San José, Kalifornia, Stany Zjednoczone<sup>2</sup>

## **STUDIUM PRZYPADKU UŻYTKOWNIKA JĘZYKA POLSKIEGO JAKO OJCZYSTEGO, URODZONEGO I MIESZKAJĄCEGO ZA GRANICĄ**

Autorka napisała<sup>3</sup> ten artykuł, mając na celu dwie rzeczy: 1) lepsze zrozumienie zmiennych, które mają znaczenie w procesie utrzymania znajomości języka ojczystego (polskiego) u osoby dwujęzycznej wychowującej się za granicą, oraz 2) podkreślenie znaczenia wiedzy o historii znajomości danego języka u osoby dwujęzycznej na wypadek wystąpienia u takiej osoby nagłego lub postępującego zaburzenia mowy mogącego być skutkiem nagłego urazu, takiego jak np. urazowe uszkodzenie mózgu (TBI) lub udar, czy też jakiegoś rodzaju demencji, np. choroby Alzheimera.

Słowa kluczowe: bilingwizm, rodowity użytkownik języka, aspekty kulturowe przyswajania i używania języka

### **Tło w zarysie**

Niniejszy artykuł odnosi się do przykładów zaczerpniętych z moich osobistych doświadczeń uczenia się języka polskiego za granicą i utrzymania znajomości tego języka przez okres ponad 70 lat. Przy charakteryzowaniu samego siebie jako użytkownika danego języka problem stanowi fakt, że poziom biegłości w tym języku jest określany subiektywnie i szereg zmiennych powiązanych z pojęciem „bilingwalny” może nie zostać wziętych pod uwagę. Poziom znajomości danego języka zależy od dwóch grup zmiennych – wewnętrznych i zewnętrznych, które zostaną zdefiniowane w dalszej części artykułu.

---

<sup>1</sup> Ed.D. – doktor w zakresie edukacji; F-CCC-SLP – certyfikowany logopeda, BCS-CL – certyfikowany specjalista zaburzeń mowy u dzieci (*przypis tłumacza*).

<sup>2</sup> Właścicielka prywatnej przychodni Sunflower Therapies, Rancho Cucamonga, Kalifornia, Stany Zjednoczone.

<sup>3</sup> Autorka artykułu zastanawiała się, w której osobie powinien być on napisany i zdecydowała, że napisze go w pierwszej osobie, by oddać osobisty, autobiograficzny charakter swojej relacji z uczenia się i używania języka polskiego podczas zamieszkiwania na stałe za granicą.

Języka polskiego nauczyłam się bilingwalnie (równocześnie z językiem hiszpańskim) od rodziców i dziadków, którzy wyemigrowali z Polski do Meksyku jako uchodźcy zaraz po zakończeniu II wojny światowej. Posługuję się tym językiem do dziś. W sytuacji, gdy język przyswajany jest od urodzenia, jak było w moim przypadku, określa się go często jako „język dziedziczony” (Montrul 2016).

Gdy przyjechaliśmy do Meksyku, miałam cztery miesiące. W szkole, do której zapisano mnie w stolicy tego kraju, stosowano metodę immersyjną. Zaczęłam tam uczyć się francuskiego, gdyż był to język, w którym prowadzono w tej placówce wszystkie lekcje, z wyjątkiem lekcji języka hiszpańskiego (obejmujących literaturę i gramatykę), formalnie wprowadzonych w klasie 6. i będących w programie nauczania do końca szkoły średniej, nauczanych w wymiarze trzech godzin tygodniowo, oraz języka angielskiego, który był prowadzony jako język obcy również w wymiarze trzech godzin tygodniowo. Ponadto miałam możliwość rozmawiania po angielsku w związku z wizytami u rodziny mieszkającej w Stanach Zjednoczonych i odwiedzaniem młodszego brata, który tam studiował. Po ukończeniu studiów licencjackich ja również wyjechałam do Stanów Zjednoczonych na studia magisterskie i od tego czasu, czyli niemal od pięćdziesięciu lat, mieszkam w tym kraju.

## Definiowanie pojęć

Pojęcie „bilingwalny może być używane w różnym znaczeniu” (Grosjean 2010: 3). Jest ono złożone, dlatego też konieczne jest podanie określonej charakterystyki umożliwiającej precyzyjne zdefiniowanie go. Rozwój jednego języka, a także, co za tym idzie, dwóch i większej liczby języków, nie odbywa się w sposób liniowy. Nie zawsze przebiega on identycznie w przypadku dwóch osób o podobnym poziomie znajomości jednego lub więcej języków. Nauka języków może następować równocześnie, co oznacza, że przyswajane są one razem przed trzecim rokiem życia, lub sekwencyjnie, gdy uczy się ich po skończeniu trzech lat. Zaczęłam równocześnie mówić w języku hiszpańskim i polskim, a sekwencyjnie opanowałam francuski i angielski. A. de Houwer (2009) odnosi się do procesu równoczesnego uczenia się dwóch języków jako do „bilingwalnego przyswajania języka pierwszego”. Przyswajanie języków zależy głównie od dwóch kategorii zmiennych: wewnętrznych i zewnętrznych. Zewnętrzne to kontekst, funkcja i zakres, w jakim każdy z języków jest używany, a często ważną rolę odgrywa też podejście danej społeczności do danego języka/języków. Ponad czterdzieści lat temu Lambert (1974) rozróżnił dwa typy środowisk mające wpływ na uczenie się danego języka: „addytywne” i „subtraktywne”.

Wewnętrzne zmienne obejmują motywację danej osoby i jej stosunek do języka ojczystego oraz pozostałych języków (Montrul 2016), a także wybory, jakich dokonuje dana osoba, gdy komunikuje się z rozmówcą mono- lub bilingwalnym posługującym się tymi samymi językami. Baker (2011) omawia dwa typy motywacji: „integracyjny” i „instrumentalny”. Grupa kierująca się motywacją pierwszego typu uczy się lub używa jakiegoś innego języka, by „nawiązać relację z inną społecznością”, pragnąc nabyć lub zachować aspekty kulturowe tego języka (Baker 2011: 128). Druga grupa (z motywacją instrumentalną) przyswaja dany język, by zarobić więcej pieniędzy lub też spełnić warunki zatrudnienia, a powód jest „samozorientowany i krótkoterminowy” (Baker 2011: 129). Jednakowoż, jak twierdzi Montrul (2016: 306), przeprowadzono dotąd niewiele badań na temat roli, jaką odgrywa stosunek do danego języka i motywacja, a według niego w szczególności w przypadku języków dziedziczonych (jakim dla mnie jest język polski) przy analizie zmiennych należy wziąć pod uwagę właśnie te dwa typy motywacji, które wymieniam powyżej.

Kolejną grupę zmiennych, które należy rozważyć, stanowi poziom, w jakim dany język został opanowany na różnych płaszczyznach, takich jak znajomość w mowie i piśmie oraz stopień *biegłości* w danym języku. Często używa się terminu *dominacja* w celu określenia, który z języków jest „silniejszy”, ale niezależnie od tego, jak mierzy się tę umiejętność, czy poprzez testowanie, czy na podstawie oceny własnej, nie oddaje to pełnych umiejętności językowych danej osoby. Jak twierdzi Baker: „Testy obejmują jedynie niewielką próbkę umiejętności, które można przetestować. Dominacja będzie się zmieniać zależnie od danej sprawności i wraz z upływem czasu, będąc stale zmieniającą się cechą charakterystyczną. Można posługiwać się dwoma językami na podobnym poziomie biegłości, ale zwykle jeden pozostaje dominujący” (Baker 2011: 34).

Zawiłości przyswajania przeze mnie języków można opisać, odnosząc się do wspomnianych powyżej zmiennych.

## Język polski za granicą

Ponieważ znaczna część czytelników tego artykułu to osoby biegle mówiące po polsku, nie będę opisywać pochodzenia tego języka ani jego zasad gramatycznych czy fonetycznych. Zamiast tego skoncentruję się na opisie mojego doświadczenia z uczeniem się języka polskiego w Meksyku od moich rodziców i dziadków-imigrantów. Najpierw jednak wspomnę w kilku słowach o zakresie, w jakim ten język używany jest w skali globalnej.

Na świecie jest w sumie 40 milionów użytkowników języka polskiego, z czego 36 milionów mówi tym językiem na terenie Polski (Ethnologue 2017). Jak twierdzi Charles Fennig, redaktor zarządzający Ethnologue, z którym rozmawiałam 9 stycznia 2017 r., każdy język ma pewien status zależny od tego, w jakim kraju jest używany. I tak język polski jest językiem *ugruntowanym* (tzn. używanym nie tylko przez imigrantów) w następujących krajach: Niemcy, Węgry, Izrael, Litwa, Rumunia i Federacja Rosyjska. *Język ugruntowany* ma dobrze rozwiniętą, wielopokoleniową społeczność użytkowników tego języka w danym kraju i jest tam ugruntowany w związku z ich długoletnią obecnością lub w związku z instytucjonalnym wsparciem jego używania i uznawania. Język polski jest *językiem autochtonicznym* w Czechach, Polsce, na Słowacji i Ukrainie, a językiem imigrantów w Australii, Austrii, Azerbejdżanie, Białorusi, Belgii, Bułgarii, Kanadzie, Chorwacji, na Cyprze, w Danii, Estonii, Finlandii, Irlandii, Kazachstanie, na Łotwie, w Luksemburgu, Holandii, Serbii, Szwecji, Zjednoczonych Emiratach Arabskich, Zjednoczonym Królestwie i Stanach Zjednoczonych. Szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych około 575 000 osób mówi po polsku (U.S. Census 2014), ale nie jest znana dokładna liczba użytkowników tego języka w Meksyku<sup>4</sup>.

Były dwie główne fale imigracji do Meksyku – pierwsza pod koniec lat 20. XX wieku, obejmująca głównie polskich Żydów uciekających przed rozwijającym się w Europie antysemityzmem, oraz druga w 1942 r. – sierot uciekających przed II wojną światową<sup>5</sup>. Pamiętam kilkoro późniejszych imigrantów z Polski z okresu po II wojnie światowej, którzy osiedlili się w Meksyku, ale większość polskich uchodźców pochodziła z tej pierwszej fali. Moi rodzice i dziadkowie poznali kilkoro z tych osób w czasie, gdy wraz z bratem dorastaliśmy w stolicy Meksyku w latach 50. XX wieku. W tym czasie było bardzo niewiele dzieci czy też nastolatków z naszego pokolenia, które rozmawiałyby z rodzicami lub krewnymi po polsku. Część rodzin „przerzuciła się” na język hiszpański, choć większość dorosłych rozmawiała ze sobą po polsku. Poza tym nasze rodziny raczej nie utrzymywały kontaktów z polskimi imigrantami z lat wcześniejszych.

Nasza matka, polska katoliczka, razem z moją babką ze strony matki i dwiema ciotkami, odegrały kluczową rolę w ocaleniu mojego ojca i jego rodziców (dziadków, którzy razem ze mną wyemigrowali z Europy) przed ujęciem ich w Polsce przez nazistów w związku z tym, że byli Żydami. Gdyby nie one, mój ojciec i dziadkowie najprawdopodobniej wojny by nie przeżyli. Z tego powodu moja matka (Kamila Wyszewianski-Sikorski) wraz ze swoją rodziną zo-

---

<sup>4</sup> W materiałach dostępnych w Internecie, informację na temat polskiej imigracji do Meksyku można znaleźć pod następującym adresem: <http://culture.pl/en/article/mexico-and-poland-centuries-of-cultural-relations>.

<sup>5</sup> Szczegółowe informacje na ten temat można znaleźć w Angulo (2015).

stała zaliczona przez Izrael w poczet 6600 Sprawiedliwych wśród Narodów Świata z Polski<sup>6</sup>.

Zawsze intrygowało mnie, dlaczego nasza rodzina chciała, byśmy my – młodsze pokolenie – mówili po polsku, i dlaczego zapoznawała nas częściowo z polską kulturą i zwyczajami. Choć język polski był elementem łączącym katolików i Żydów w okresie międzywojennym, gdy Polska odzyskała swoją państwowość, to każda z tych grup miała swoją własną kulturę i tradycję. Rodziny polskich Żydów wysyłały dzieci albo do polskich szkół, albo do szkół polsko-żydowskich. Mój ojciec chodził do polskiej szkoły w Łodzi, w której większość uczniów nie była żydowskiego pochodzenia, podczas gdy jego siostra chodziła do szkoły polsko-żydowskiej, gdzie większość uczniów stanowili Żydzi. Jednak nigdy nie zapytałam otwarcie o powód, dla którego kazano nam uczyć się języka polskiego, choć nasi najbliżsi kraj rodzinny przecież opuścili i wiadomo było, że nigdy do niego nie powrócą. Kiedy byłam dzieckiem, przyjmowałam ten fakt bezrefleksyjnie, sądząc, że ani rodzice, ani dziadkowie nie znali na tyle hiszpańskiego, by rozmawiać z nami w tym języku. Kiedy podrosłam, w dalszym ciągu tego nie kwestionowałam. Uważałam znajomość języka polskiego za przywilej, swego rodzaju skarb, który miałam w posiadaniu, i znakomity sposób na przekazywanie sekretnych informacji w miejscach publicznych. Dopiero wiele lat później zaczęłam rozumieć powód, dla którego moja rodzina nie przestała używać języka polskiego. Był to język, którym władali najlepiej, choć był to też język, który przypominał im o cierpieniach czasu II wojny światowej. Kiedy zastanawiam się nad okresem mojego dzieciństwa, rozumiem, że zwłaszcza dla moich rodziców, bardziej niż dla dziadków, którzy często przechodzili na rosyjski, utrzymanie języka polskiego oznaczało jeszcze coś więcej. Nowicka-McLees i Dziwirek (2010: 250) wyjaśniają to w taki sposób:

W polskim systemie edukacyjnym podkreśla się znaczenie utrzymania języka polskiego w okresie, gdy Polska nie istniała jako kraj. Kluczowe w programie nauczania są utwory literackie, w których bohaterzy Polacy zachowują swój język pomimo rozlicznych przeciwności i surowych przepisów wprowadzonych przez niemieckie, rosyjskie i austriackie władze, a słowa takie jak *germanizacja*, *rusyfikacja*, a w czasach współczesnych *amerykanizacja*, są silnie negatywnie nacechowane. Co za tym idzie, polscy imigranci czują silną presję, by przekazać znajomość tego języka swoim dzieciom.

Teraz rozumiem motywację moich rodziców, by przekazać nam znajomość tego języka. Jako dzieci używaliśmy wyłącznie języka polskiego do komunikowania się z naszymi rodzicami i dziadkami, a także z dorosłymi przyjaciółmi rodziny i znajomymi. Było kilkoro dzieci w naszym wieku, które z rodzicami rozmawiały po polsku, ale ze sobą młodsze pokolenie porozumiewało się wy-

---

<sup>6</sup> Więcej informacji na ten temat można znaleźć na stronie internetowej: <http://www.savingjews.org/righteous/wv.htm>.



| 1                                                          | 2 |   |  |   |   |  |        |   |  |  |
|------------------------------------------------------------|---|---|--|---|---|--|--------|---|--|--|
| Używanie języka z częstotliwością do kilku razy w tygodniu |   |   |  |   |   |  |        |   |  |  |
| (5–17 lat)                                                 |   |   |  | A | A |  |        |   |  |  |
| (18–30 lat)                                                |   |   |  |   |   |  | P      |   |  |  |
| (31–50 lat)                                                |   |   |  |   |   |  | P<br>F | F |  |  |
| (51 – dziś)                                                |   |   |  | P |   |  | P      |   |  |  |
| Używanie języka z częstotliwością do kilku razy w miesiącu |   |   |  |   |   |  |        |   |  |  |
| (18–30 lat)                                                |   | P |  |   |   |  |        |   |  |  |
| (31–50 lat)                                                |   | P |  |   |   |  |        |   |  |  |
| (51 – dziś)                                                |   |   |  |   |   |  | F      | F |  |  |

Legenda: P – język polski, H – hiszpański, F – francuski, A – angielski, m – w mowie, p – w piśmie.

Przedstawione dane oparte są na skali samooceny, która z różnych powodów, wymienionych szczegółowo przez Bakera (2011: 28–29), jest skalą dużej wrażliwości. Oceny są często przesadzone lub zaniżone, zależą także od samoświadomości i tego, w jakim zakresie potrafimy porównać się z osobami, które mówią tylko jednym, danym językiem. W moim przypadku próbowałam być jak najbardziej obiektywna, wykorzystując moją zawodową wiedzę jako logopedy (SLP) oraz doświadczenia wynikające z wieloletniego czytania, wykładania i pisanie na temat bilingwizmu.

## B. Użycie i biegłość

Mój poziom biegłości w mowie i piśmie w danym języku zmienia się wraz z upływem czasu w przypadku każdego z języków, którymi się posługuję, co ilustruje tab. 1. W wieku przedszkolnym używałam polskiego i hiszpańskiego codziennie, z niemal jednakową częstotliwością. Odzwierciedla to moje doświadczenia, gdyż czas spędzałam z dziadkami i matką, którzy zajmowali się nami w ciągu dnia, i z ojcem, z którym przebywaliśmy wieczorami. Językiem zabawy i interakcji z bratem oraz innymi dziećmi z sąsiedztwa był zawsze hiszpański. Moja biegłość językowa w każdym z tych dwóch języków była niemal identyczna.

Gdy poszłam do szkoły, w której obowiązywał program immersji w języku francuskim, sytuacja się zmieniła. Został dodany język francuski, a z upływem czasu moja biegłość w tym języku doszła do poziomu wysokiego zarówno w mowie, jak i piśmie, w związku z tym, że to w tym właśnie języku były prowadzone lekcje do końca szkoły średniej. Utrzymałam znajomość języka hiszpańskiego i polskiego, a biegłość w tych językach pozostała wysoka w zakresie języka mówionego, choć w obrębie języka pisanego zeszła do poziomu średnio-zaawansowanego w związku z ograniczonym nastawieniem na język hiszpański

i jego używanie, a w przypadku języka polskiego sprawność ta była nawet na jeszcze niższym poziomie, w związku z bardzo ograniczonym używaniem języka polskiego w piśmie. W angielskim, wprowadzanym stopniowo od starszych klas szkoły podstawowej, osiągnęłam poziom średniozaawansowany zarówno w mowie, jak i w piśmie, otrzymując z czasem coraz bardziej formalne instrukcje w tym języku i nawiązując kontakt z anglojęzycznymi dziećmi w czasie kilku wycieczek do Stanów Zjednoczonych. Używałam na co dzień hiszpańskiego, francuskiego i polskiego, a angielskiego tylko kilka razy w tygodniu, co tłumaczy średniozaawansowany poziom tego języka. Poza tym tego języka nie uczyłam się aż do 12. roku życia.

W okresie wczesnej dorosłości (17 do 30 lat) nastąpiły w moim życiu dwie ważne zmiany: przeprowadzka do innego kraju (z Meksyku do Stanów Zjednoczonych) i, co za tym idzie, zmiana częstotliwości używania danego języka w interakcjach i instrukcjach. Ukończenie studiów licencjackich na uniwersytecie meksykańskim w stolicy tego kraju przyczyniło się znacznie do rozwoju mojej biegłości w piśmie w języku hiszpańskim. Po ukończeniu tego etapu studiów przenieśliśmy się na stałe do Stanów Zjednoczonych, by kontynuować tam studia magisterskie. Mój mówiony język polski pozostał żywy w związku z cotygodniowymi rozmowami telefonicznymi z dziadkami lub rodzicami. Zawęziły się jednak tematy rozmów i zauważyłam, że moja biegłość w języku polskim nieco zmalała. Z drugiej jednak strony, rozwinęłam umiejętność pisania w tym języku w związku z motywacją do pisania krótkich listów do rodziców. Jednak czytanie po polsku wymagało ode mnie dużo wysiłku. Zgodnie z oczekiwaniami, ogromny postęp dokonał się w zakresie mojej znajomości języka angielskiego w mowie i piśmie. W dalszym ciągu używałam hiszpańskiego i francuskiego, dając lekcje uczniom szkoły średniej, uczestnicząc w kursach literatury w tych dwóch językach i pracując z hiszpańskojęzycznymi dziećmi w czasie pisania pracy na temat bilingwalnych dzieci hiszpańskojęzycznych. Poza tym utrzymałam znajomość języka francuskiego dzięki częstym kontaktom z moim bratem i z przyjaciółmi, a także dzięki lekturze. W ciągu ośmiu lat moja znajomość języka angielskiego doszła do takiego poziomu, że mogłam w tym języku napisać pracę doktorską.

Po 30. roku życia język angielski zaczął dominować w moim życiu, ponieważ wyszłam za mąż za mężczyznę, który mówił wyłącznie po angielsku. Język ten był też podstawowym, jakiego używałam w pracy, choć z niektórymi współpracownikami, klientami i ich rodzicami rozmawiałam po hiszpańsku. Przestałam jednak czytać w jakimkolwiek języku innym niż angielski. Mój polski pozostał na dotychczasowym poziomie, ponieważ używałam go z taką samą częstotliwością (zob. tab. 1). Znacznie rozwinęła się moja znajomość języka angielskiego.

skiego w piśmie, gdyż musiałam pisać artykuły naukowe, a także napisałam i zredagowałam podręcznik.

Po 50. roku życia mój mówiony polski pozostał na takim samym poziomie. Co tydzień miałam kontakt z gospożą i w dalszym ciągu rozmawiałam z rodzicami przez telefon przez około godzinę w tygodniu, a także na co dzień w okresie letnim, gdy przyjeżdżali do Stanów. W ciągu ostatnich czterech lat (od 2013 r.) moja znajomość języka polskiego w mowie poprawiła się w rezultacie nawiązania kontaktów z osobami polskojęzycznymi, które są rodowitymi użytkownikami tego języka. Zaczęłam raz w roku odwiedzać Polskę, za każdym razem na tydzień lub dwa, i porozumiewam się tam wyłącznie po polsku. Używanie Skype'a umożliwia mi comiesięczne rozmowy z kolegami i koleżankami z Polski, pisuję też do kilkorga nowych przyjaciół i znajomych, którzy angielskim biegle nie władają i czytają literaturę fachową tylko po polsku. W tab. 1 można więc zauważyć, że moja znajomość języka polskiego w piśmie przesunęła się z poziomu niskiego do niskiego średniego. Mój angielski w sposób naturalny pozostaje mocny, ale umiejętności w zakresie pisania znacznie się rozwinęły w ciągu ostatnich dwudziestu lat, odkąd pracuję jako profesor na uniwersytecie i muszę pisać więcej artykułów naukowych i pism formalnych. Mój hiszpański również pozostał mocny w związku z codziennym kontaktem w pracy z klientami, ich rodzicami i kilkorgiem z moich znajomych. Hiszpański jest teraz powszechnie używany w Kalifornii, gdzie mieszkam od czterdziestu lat. Mój mówiony francuski jest w dalszym ciągu mocny, choć zwykle zajmuje mi kilka minut, by się poczuć swobodnie po jakimś okresie nieużywania tego języka. Jeśli osoba, z którą rozmawiam, mówi biegle, moja umiejętność mówienia bardzo szybko rozkwita, ale jeśli rozmawiam z kimś, kogo francuski nie jest płynny, to tak się nie dzieje. Ponieważ nie mówię i nie piszę po francusku zbyt często, moje umiejętności mówienia i pisania zmalały, a co za tym idzie, w ocenie przedstawionej w tab. 1 są one zaznaczone na poziomie średniozaawansowanym.

W opisie posługiwania się moimi czterema językami skupiałam się przede wszystkim na kontekstach i okolicznościach, które miały wpływ na używanie tych języków i moją w nich biegłość. Nie podkreślałam znaczenia kultury i emocji, które pociągają za sobą używanie danego języka (Baker 2011; Grosjean 2010). Powszechnie zakłada się, że można być dwujęzycznym bez konieczności bycia dwukulturowym. Dwukulturowość definiowana jest na wiele sposobów, podobnie jak dwujęzyczność, gdyż istnieje bardzo wiele aspektów, jakie należy wziąć pod uwagę: od ubrania, jedzenia, wartości, tradycji, praktyk zdrowotnych, po przynależność do grup religijnych, wychowanie dzieci i sposób obchodzenia świąt. Bycie w pełni bilingwalnym lub w pełni poliglotą to koncepcja nierealistyczna, tak jak bycie w pełni dwukulturowym czy wielokulturowym, zwłaszcza dla tych z nas, którzy doświadczyli ukierunkowania na więcej niż dwa języki.

W moim przypadku nie mogę stwierdzić, że jestem w pełni wielokulturowa. W kontekście wszystkich języków, którymi mówię, jest to niemożliwe. Wychowałam się, mówiąc po polsku, ale miałam kontakt z różnymi tradycjami, które przekazali mi rodzice i dziadkowie, bo każde z rodziców było innego wyznania (matka katoliczka, ojciec i dziadkowie wyznania mojżeszowego), co miało i wciąż ma w Polsce znaczenie. Wychowywałam się w Meksyku i byłam zanurzona w tamtej kulturze we wczesnym okresie kształtowania się osobowości, uczenie się francuskiego w szkole stosującej metodę immersji umożliwiło mi poznanie kolejnych tradycji, historii, „francuskiego sposobu myślenia”, mówienia do siebie i refleksji wewnętrznej w języku francuskim, który powoli zastąpił angielski. Mieszkanie w Stanach Zjednoczonych od pięćdziesięciu lat umożliwiło mi poznanie kultury tego kraju, bardzo zróżnicowanej, wywodzącej się ze świata anglosaskiego, ale wymieszanej z całą gamą innych kultur (hiszpańską/latynoską i kilkoma innymi). Poznawałam je (m.in. kulturę chińską, wietnamską, indyjską czy arabską) i uczyłam się rozumieć w ciągu wielu lat bez znajomości języków z nimi powiązanych. Gdzie zatem jest moje miejsce w chwili, gdy piszę ten artykuł? Jeśli chodzi o emocje, wyrażam je w szerszym zakresie po angielsku, poza myślami i sytuacjami, w których zwracam się do małych dzieci. Mam tendencję do używania większej liczby czułych słów w języku polskim i francuskim.

Większość życia spędzam zanurzona w świecie anglojęzycznym i używam angielskiego przez 85% swojego czasu, komunikując się niekiedy po hiszpańsku z rodzicami i dziećmi, z którymi pracuję jako logopeda. Mówię po francusku raz w miesiącu lub rzadziej, a średnio dwa razy w miesiącu mam możliwość interakcji w języku polskim. Jednak, jak wspomniałam powyżej, z każdym z tych języków i kultur łączę mnie osobna historia.

Zastanawiam się, co by się ze mną stało w przypadku wystąpienia urazowego uszkodzenia mózgu (TBI) czy udaru lub gdyby moje możliwości umysłowe uległy ograniczeniu, a co za tym idzie, pojawiłyby się problemy z mową i uczeniem się języka na nowo.

### **Znaczenie wiedzy o wielojęzyczności pacjenta w przypadku osób dorosłych z nabytym zaburzeniem językowym**

Zakres tematyczny tego artykułu uniemożliwia mi obszernie przedstawienie tego zagadnienia. Jednak wobec narastającej różnorodności językowej i kulturowej, z którą mamy obecnie do czynienia, ważne jest, by poznać historię znajomości języka danego pacjenta poprzedzającą uraz, aby móc właściwie ocenić jego umiejętności komunikacyjne bezpośrednio po urazie i przygotować plan

interwencji, lub by zdiagnozować demencję, gdy nastąpi spadek sprawności językowej w którymś z języków, jakimi mówi dany pacjent. Choć dzięki rozwojowi technologii w ciągu ostatnich trzech dekad dokonaliśmy znacznego postępu w zakresie lokalizowania urazu, to nadal konsekwencje danego uszkodzenia w określonych obszarach mózgu nie pozwalają na przewidywanie zdolności językowych pacjenta, a tego typu prognozy są jeszcze trudniejsze w przypadku osoby dwujęzycznej / wielojęzycznej.

Moja własna historia znajomości czterech języków służy przypomnieniu wszystkim logopedom-terapeutom (SLTs) oraz innym osobom zawodowo mającym do czynienia z pacjentami po urazie lub cierpiącymi na postępującą chorobę, taką jak demencja, by zebrali szczegółowy wywiad na temat języków, jakimi posługuje się klient.

Niedawno opublikowany przegląd modeli odzyskiwania mowy w przypadku afazji u osób dwujęzycznych posługujących się różnymi wariantami kombinacji dwóch języków (hebrajski i rosyjski; koreański i japoński; hiszpański i włoski), trzech języków (niemiecki, angielski i francuski; farski, niemiecki i angielski) oraz czterech języków (telugu, kannada, angielski i hindi; słoweński, włoski, friuński i angielski) wskazuje na to, że modele odzyskiwania mowy mogą się różnić w zależności do przypadku (Cezza 2012). Fakt ten stwierdzono wiele lat temu. Najczęściej odzyskiwanie mowy wydaje się następować w formie równoległej (61%), choć są przypadki, gdy język dominujący wraca jako pierwszy, lub język, który był przyswojony jako pierwszy, wykazuje się zróżnicowanym odzyskiwaniem. Rzadziej mowa powraca w formie mieszanego modelu odzyskiwania (9%), poprzez selektywne odzyskiwanie (7%) i odzyskiwanie w sposób sukcesywny (5%), ale Cezza sugeruje, że mogą występować odchylenia od wskazanych danych liczbowych zależnie od przypadku. Niedawno opublikowany przegląd literatury dokonany przez Akbari (2014) wskazuje, że modele odzyskiwania mowy u osób bilingwalnych są bardzo złożone, gdyż należy rozważyć wiele zmiennych. Przedstawia on badania referencyjne oparte na rodzaju urazu, kombinacji danych języków i ich strukturze, wieku przyswajania każdego z języków i kontekstu, w którym język jest używany. Trwa również debata nad tym, w jakim języku lub językach powinna być prowadzona terapia, biorąc pod uwagę potrzeby pacjenta i dostępność terapeutów, którzy mogą prowadzić terapię w danym języku (Faroqui-Shah, Frymark, Muller i Wang 2010; Lorenzen i Murray 2008; Łuczyńska 2011).

Wspomniana debata łączy się z zagadnieniem zrozumienia związków istniejących między danymi dwoma językami. Należy też rozważyć szereg czynników, takich jak spontaniczne odzyskanie języka (chodzi o język w ogóle – mowę, zdolność mówienia), czas rozpoczęcia terapii, strukturę języków, którymi mówi pacjent, czas, w którym każdy z języków został przyswojony, oraz

kontekst i zakres, w jakim każdy z języków był używany, konkretny rodzaj uszkodzenia i rozpatrywany rodzaj sprawności językowej, taki jak mówienie (słownictwo, składnia, pragmatyka) czy pisanie (gatunek czytanego lub pisanego materiału). Jak sugeruje Green (2008), neuroanatomia osoby bilingwalnej, która opanowała dwa języki równocześnie, jest inna niż osoby, która nauczyła się ich sekwencyjnie. Różnica ta może mieć znaczenie w przypadku uszkodzenia mózgu na skutek udaru lub urazu.

W przypadku demencji zazwyczaj następuje osłabienie znajomości języków opanowanych najpóźniej i powrót do pierwszego języka, którym pacjent mówił. Choć Białystok, Craik i Friedman (2007) wykazują, że u osób bilingwalnych demencja rozwinęła się cztery lata później niż w grupie kontrolnej składającej się z osób monolingwalnych, to fakt, że ktoś jest dwujęzyczny lub jest poliglotą, nie daje pełnej ochrony przed tą chorobą. Grosjean (2015) powołuje się w swojej niedawnej publikacji na późniejsze badania przeprowadzone w Indiach oraz na kolejne z Montrealu. Badanie w Indiach (Freedman et al. 2014) wykazało szereg podobieństw z pierwszym badaniem przeprowadzonym przez Białystoka et al. (2007). Natomiast drugie badanie, przeprowadzone w Montrealu przez Baka, Nissana, Allerhanna i Deary'ego (2014), nie wykazało takich samych pozytywnych efektów, jak badanie pierwotne. Na przykład odkryto korzyści w przypadku osób, które mówiły czterema językami, a w przypadku tych, które mówiły dwoma lub trzema – już nie, przy czym w badaniu nie była określona definicja populacji, w szczególności brakowało rozróżnienia na imigrantów i nie-imigrantów (za Grosjean 2015). Jednym z wniosków było to, że bilingwizm nie jest najważniejszym czynnikiem w procesie opóźniania demencji, ale doświadczenie bycia dwujęzycznym jest jednym ze znaczących czynników w takim procesie (Grosjean 2015). Rzeczywiście, ci z nas, którzy są dwujęzyczni, używają mózgu inaczej, gdyż muszą wybierać między różnymi typami dźwięków, słów i zdań przez znaczną część swojego życia (Bak i Alladi 2014). Powoduje to powstanie czegoś, co nazywane jest „rezerwą kognitywną” (Białystok, Craik i Freedman 2012; Woumans et al. 2014), na co wskazują badania post mortem osób mono- i bilingwalnych – u tych pierwszych obszary mózgu objęte atrofią są większe (Schweizer, Ware, Fisher, Craik i Białystok 2014).

Wspomniane powyżej badania wskazują, jak ważne jest przeprowadzenie przez logopedów-terapeutów i inne osoby zajmujące się zawodowo zaburzeniami mowy dokładnego wywiadu w przypadku pacjentów dwujęzycznych lub poliglotów. W tab. 2 przedstawiam pięć pytań dotyczących historii języka pacjentów, którzy doznali urazu powodującego zaburzenia mowy lub/i zgłaszają problemy z mową. Odpowiedzi na pytania są uzupełnione dla przykładu moimi danymi.

**Tab. 2.** Panorama historii znajomości języków HWL

1. *Poziom formalnego wykształcenia?*  
 Szkoła średnia \_X studia licencjackie \_X\_ studia magisterskie X\_ i jaki(e) język(i)?  
 Szkoła średnia: francuski  
 Studia licencjackie: hiszpański  
 Studia magisterskie i doktoranckie: angielski

2. *Jakich języków pacjent się nauczył i w jakiej kolejności?*  
 a. polski i hiszpański (równocześnie) od wczesnego dzieciństwa  
 b. francuski (od 5. roku życia)  
 c. angielski (od 12. roku życia)

3. *Jakich języków używał pacjent w okresie, w którym nastąpił uraz i w jakim wymiarze tygodniowo?*  
 a. Jaki był procent i typ użycia?  
 i. język (1) – polski (30 minut tygodniowo) – rozmowa, czytanie, pisanie e-maili.  
 ii. język (2) – hiszpański (4 godziny tygodniowo) – prowadzenie oceny i terapii z dziećmi z różnymi zaburzeniami mowy i języka, prowadzenie doradztwa dla rodziców.  
 iii. język (3) – francuski (minimalne) – rozmowa  
 iv. język (4) – angielski (pozostały czas pracy) – rozmowa, wykłady, czytanie artykułów, przygotowywanie zadań dla dorosłych studentów, pisanie e-maili, pisanie artykułów naukowych.

4. *Jaka była biegłość pacjenta w mówieniu i pisaniu w każdym z języków w chwili urazu?*

| Poziom biegłości | Niski                                                                                                |   | Niski średni |         | Średni |   | Wysoki średni |            | Wysoki    |           |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------|---------|--------|---|---------------|------------|-----------|-----------|
|                  | m                                                                                                    | p | m            | p       | m      | p | m             | p          | m         | p         |
| Modalność        |                                                                                                      |   |              |         |        |   |               |            |           |           |
| bieżący          |                                                                                                      |   |              | pol-ski |        |   | pol-ski       | francu-ski | angielski | angielski |
| użycie           | <b>Tygodniowo</b>                                                                                    |   |              |         |        |   |               |            |           |           |
|                  | angielski – cały czas w ciągu dnia; hiszpański – 4 godziny; polski – 30 minut; francuski – minimalne |   |              |         |        |   |               |            |           |           |

5. *W jakich językach pacjent rozmawiał ze współmałżonkiem i/lub dziećmi?*  
 Z moją córką – angielski (92%), od czasu do czasu – francuski (5%) i hiszpański (3%)

Legenda: m – w mowie, p – w piśmie.

Choć powyższy kwestionariusz nie ujmuje wszystkich elementów historii językowej pacjenta dwujęzycznego / poliglota, to daje ogólny ogląd jego biegłości językowej w mowie i piśmie w chwili urazu. Taki kwestionariusz musi być uzupełniony na podstawie wywiadu zebranego od osoby, która zna dobrze danego pacjenta. Jeśli pacjent/pacjentka nie ma współmałżonka, najlepszym informatorem może być jedno z dzieci. Dzięki temu terapeuci będą w stanie lepiej zrozumieć spontaniczne odzyskiwanie mowy u danego pacjenta, lepiej sformułować oczekiwania i będą mogli lepiej przygotować plan leczenia.

## Uwagi końcowe

Wobec wzrastającego zróżnicowania populacji we wszystkich zakątkach świata logopedzi-terapeuci, a także inne osoby pracujące z pacjentami z zaburzeniami mowy, którzy będą zajmować się pacjentem dwujęzycznym lub poliglota, muszą być świadomi konieczności dobrego zrozumienia językowej historii takiej osoby. Skorzystałam z możliwości przedstawienia sposobu, w jaki ja nauczyłam się języka polskiego i starałam się utrzymać jego znajomość, mieszkając poza Polską, oraz opisałam naukę trzech pozostałych języków, których używam przez większość życia. Przyswajanie każdego z tych języków było inne, ale udało mi się zachować w nich biegłość pomimo mieszkania przez większość dorosłego życia w Stanach Zjednoczonych.

Informacja na temat historii języka pacjenta jest kluczowa w interpretowaniu sposobu, w jaki następuje u niego spontaniczne odzyskiwanie mowy, i może pomóc w przygotowaniu bardziej realistycznego planu interwencji na poziomie językowym. W przypadku demencji może również pomóc w wyjaśnieniu utraty możliwości komunikowania się w jednym lub większej liczbie języków i da możliwość wyjaśnienia sposobu, w jaki to się dzieje. W wielu przypadkach, gdy mamy do czynienia z urazem, może wystąpić niedopasowanie języka lub języków, w których pacjent będzie w pierwszej kolejności odzyskiwał zdolność komunikacji, do dostępności specjalistów, jacy będą mogli pracować z pacjentem w tych właśnie językach. Może być wówczas konieczne skorzystanie z pomocy osoby bliskiej (współmałżonka, krewnego, opiekuna), która zna zarówno język bazowy, jak i inne języki, jakimi mówił pacjent. Jednak w przypadku, gdy nie ma możliwości pomocy ze strony członka rodziny, konieczna może być współpraca z wykwalifikowanym tłumaczem aż do momentu, gdy pacjent będzie w stanie porozumiewać się językiem, którym mówi dany członek rodziny. Jednak nawet wtedy pomoc tłumacza jest bardzo ważna, by mieć pewność, że zachodzi właściwa komunikacja. Artykuł opublikowany niedawno w języku polskim przez Langdona, Węsierską i Gawęł (2018) opisuje taki proces szczegółowo i udowadnia wzrastającą potrzebę współpracy z wykwalifikowanymi tłumaczami w przypadku terapii pacjentów mających zaburzenia mowy w kilku językach.

Niniejszy opis i komentarz mają szereg ograniczeń. Jest to historia moja, czyli osoby, która pracuje w obszarze edukacji i uczyła się języków przez wiele lat. Jest to studium jednego przypadku i jest to mój własny przypadek, więc można założyć, że opis poziomu znajomości w każdym z języków, w których się przez lata komunikuję, jest subiektywny. Niemniej jednak zaproponowany w tab. 2 sposób zapisu historii językowej pacjenta dwujęzycznego lub poliglota może być pomocny w opracowaniu modelu zapisu zakresu znajomości każdego

z języków używanych przez tego rodzaju pacjenta. Sugeruję, by ten formularz stał się częścią dokumentacji lekarza rodzinnego lub innej osoby zajmującej się zdrowiem pacjenta i został wypełniony, gdy osoba jest w dobrym zdrowiu, na wypadek, gdyby wystąpił u niej jakiś uraz lub zaburzenie w komunikacji, które będą miały wpływ na jej zdolności językowe.

## Literatura

- Akbari M., 2014, *A multidimensional review of bilingual aphasia as language disorder*, „Advances in language and literature studies”, 5 (2), s. 73–86.
- Angulo A., 2015, *Mexico and Poland: Centuries of cultural relations*, [available at:] <http://culture.pl/en/article/mexico-and-poland-centuries-of-cultural-relations>.
- Bak T.H., & Alladi S., 2014, *Can being bilingual delay onset of dementia?*, „Future Neurology”, 9 (2), s. 101–103.
- Bak T.H., Nissan J.J. Allerhan N.M. & Deary L., 2014, *Does bilingualism influence cognitive aging?* „Annals of Neurology” 75 (6), s. 959–963.
- Baker C., 2011, *Foundations of bilingual education and bilingualism*, (5<sup>th</sup> ed), Bristol, UK: Multilingual Matters.
- Bialystok E., Craik F., Freedman M., 2007, *Bilingualism as a protection against the onset of symptoms of dementia*, „Neuropsychologia” 45, s. 459–464.
- Cezza M., 2012, *Recovery patterns in bilingual aphasia: Influential factors and recovery patterns*, Topics in Psychology and Neuroscience (November) <https://mariannecezza.wordpress.com/2012/11/>.
- Fennig C. (January 2017). Rozmowa.
- Faroqui-Shah Y., Frymark T., Muller R., Wang B., 2010, *Effect of treatment for bilingual individuals with aphasia: A systematic review of the evidence*, „Journal of Neurolinguistics” 23, (4), 319–341.
- Freedman M., Alladi S., Chertkow H., Bialystok E., Craik F., Phillips N., Duggirala V., Bapi Raju S. and Bak T., 2014, *Delaying onset of dementia: Are two languages enough?* „Behavioural Neurology”, Article ID 808137.
- Grosjean F., 2015, *What is the impact of bilingualism on dementia and later life in aging?* <https://www.psychologytoday.com/blog/life-bilingual/201508/dementia-later-life-cognition-and-bilingualism>.
- Grosjean F., 2010, *Bilingual: Life and reality*. Cambridge, MA: Harvard University Press [<http://culture.pl/en/article/mexico-and-poland-centuries-of-cultural-relations>].
- Houwer A. de, 2009, *Bilingual first language acquisition*, Bristol, UK: Multilingual Matters.
- Langdon H.W., Gawel K., Węsierska K., 2018, *Diagnozowanie zaburzeń w komunikacji językowej u osób bilingwalnych – praca w zespole logopedy i tłumacza* [w:] *Logopedia międzykulturowa*, red. E. Czaplewska, Gdańsk: Harmonia Universalis, s. 209–234.
- Lambert W.E., 1974, *Culture and language as factors in learning and education*, [w:] E.E. Aboud & R.D. Meade (Eds.), *Culture and language as factors in learning and education*. 5<sup>th</sup> Western Symposium on Education, Bellingham, Washington.
- Lorenzen B., Murray L.L., 2008, *Bilingual aphasia: A theoretical and clinical review*, „American Journal of Speech-Language Pathology” 17, s. 299–317.

- Luczyńska J., 2011, *Recovery patterns in bilingual aphasia*, „Acta Neuropsychologica” 9 (1), s. 59–77.
- McLees Nowicka B., Dziwireck N., 2010, *Polish in the USA* [w:] *Language diversity in the USA*, red. K. Potowski, New York: Cambridge University Press, s. 238–254.
- Montrul S., 2016, *The Acquisition of Heritage Languages*, Cambridge UK: Cambridge University Press.
- Paradis M., 1977, *Bilingualism and aphasia* [w:] *Studies in neurolinguistics*, red. H. Whitaker & H. Whitaker, vol. 3, New York: Academic Press, s. 65–121.
- Paradis M., 2004, *A neurolinguistic theory of bilingualism*, The Netherlands: John Benjamins.
- Schweizer T.A., Ware J., Fischer C.E., Craik F.I.M., Bialystok E., 2012, *Bilingualism as a contributor to cognitive reserve: Evidence from brain atrophy in Alzheimer's disease*, „Cortex” 48 (8), s. 991–996.
- Simons G., Fennig C. (eds.), 2017, *Ethnologue: Languages of the World, Twentieth edition*, Dallas, Texas: SIL International [<http://www.ethnologue.com>].
- Woumans E., Santens P., Sieben A., Versijpt J., Stevens M., Duyck W., 2015, *Bilingualism delays clinical manifestation of Alzheimer's disease*, „Bilingualism: Language and Cognition” 18 (3), s. 568–574.

## **A Personal Case Study of Polish as a Native Language Born and Used Abroad**

### **Summary**

The article, based on a personal account of the author's bilingualism, serves two main purposes: 1) To better understand the variables that play in the shifts and maintenance of a bilingual's native language (Polish) acquired abroad over time and, and 2) To emphasize the importance of learning about a bilingual individual's language history in case that individual is affected by a sudden or progressive language disorder which may originate from a sudden trauma like a traumatic brain injury (TBI) or stroke, or any sort of dementia such as Alzheimer's.

Key words: bilingualism, native speaker, cultural aspects of the language acquisition and using

Tłumaczenie artykułu z języka angielskiego:  
Elżbieta Rokosz-Piejko

## CZĘŚĆ 2

# NIEPŁYNNOŚCI MOWY



**Maria Fańciszevska**

Uniwersytet Gdański

## **TRUDNE POSTAWY I EMOCJE TOWARZYSZĄCE JĄKANIU – SPOSOBY WSPIERANIA JĄKAJĄCEGO SIĘ DZIECKA**

W artykule podkreślono, iż jąkanie jest złożonym zaburzeniem, które może wpływać na obniżenie jakości życia dziecka jąkającego się. Niezwykle ważna jest szeroka diagnoza wszystkich aspektów jąkania, nie tylko tych widocznych (niepłynności, współruchów), ale również trudniejszych do zauważania, jak postawy i emocje związane z jąkaniem i komunikowaniem się zarówno dziecka, jak i jego najbliższego otoczenia. W artykule zaprezentowano narzędzia diagnostyczne pomocne w ocenie postaw i emocji towarzyszących jąkaniu. Wskazane zostały również sposoby profilaktyczno-terapeutyczne wspierające jąkające się dziecko w radzeniu sobie z trudnymi uczuciami oraz w budowaniu odpowiedniego nastawienia do mówienia i jąkania.

Słowa kluczowe: jąkanie, postawy i emocje dziecka jąkającego się, narzędzia diagnostyczne do oceny postaw i emocji dziecka jąkającego się

*Doświadczenie przez dziecko jąkania to coś więcej  
niż tylko produkcja niepłynnej mowy*

Nina Reardon-Reeves, Scott Yaruss<sup>1</sup>

### **Wprowadzenie**

Jąkanie jest złożonym zaburzeniem, które dotyka wszystkich sfer funkcjonowania dziecka. Często postrzegane jest nadal tylko jako niemożność wypowiedzenia tego, co ma się na myśli z powodu pojawiających się powtórzeń, prolongacji czy bloków. Współcześnie dominuje tendencja do definiowania jąkania jako zaburzenia wielowymiarowego o wieloczynnikowej etiologii, dlatego też zarówno w postępowaniu diagnostycznym, jak i terapeutycznym konieczne jest uwzględnienie aspektów: behawioralnego, afektywnego i kognitywnego (Woźniak 2008; Vanryckeghen, Brutten 1997, Tarkowski 2011). Niezwykle ważna

---

<sup>1</sup> Tłumaczenie własne słów „Stuttering is more than just stuttering” (Reardon-Reeves, Yaruss 2013).

jest ocena i skupienie się na wszystkich aspektach jąkania, nie tylko na tych widocznych, tzn. określonych formach nie płynności i współruchach, ale również tych, które trudniej zauważyć, mianowicie uczuciach, postawach i innym zachowaniach.

Jak podkreśla Katarzyna Węsierska, „opieranie diagnozy wyłącznie na jakościowej (typy zająknięć) i ilościowej (nasilenie) analizie objawów jąkania może skutkować błędnym rozpoznaniem i uznaniem za jākające się dziecko, które się nie jāką, lub stwierdzenie, że problem jākania nie występuje, choć w rzeczywistości jest on obecny” (Węsierska 2015: 8). Joseph Sheehan natomiast podkreślał, że dokonując rozpoznania tylko na podstawie symptomów nie płynności, „ignoruje się osobę, jej odczucia na swój temat, ignoruje się znaczenie jākania w jej życiu” (Sheehan 1984: 226 za: Węsierska 2015: 9).

### Emocje i postawy towarzyszące jākaniu u dzieci

Przyjrzenie się emocjom i postawom towarzyszącym jākaniu jest ważnym elementem wielowymiarowej i kompleksowej diagnozy jākania u dzieci, a następnie planowania działań terapeutycznych.

Przez wiele dekad w środowisku terapeutów dzieci jākających się oraz rodziców panowało przekonanie, że o jākaniu nie należy rozmawiać z dzieckiem lub w jego obecności. Takie traktowanie jākania jako tabu zrodziło się w Stanach Zjednoczonych w latach 40. XX wieku i utrzymało się do lat 70. XX wieku. Wpływ na to miała teoria diagnozogeniczna Wendella Johnsona, zgodnie z którą jākanie wczesnodziecięce jest wynikiem niewłaściwych reakcji rodziców na normalną nie płynność mówienia, pojawiającą się u dzieci w wieku przedszkolnym. Rodzice lub inna osoba znacząca zostali obciążeni odpowiedzialnością za rozwinięcie się jākania u dziecka. Przez wiele lat rodzicom rekomendowano porady typu „czekaj i obserwuj” (ang. *wait and see*) oraz „należy ignorować problem, a on sam zniknie” (ang. *ignore the problem and it will go away*) (Ward 2008; Kelman, Nicholas 2013; Węsierska, Jeziorczak 2016). W ten sposób doprowadzono do wytworzenia się zмовy milczenia (ang. *conspiracy of silence*) wokół jākania. Jednak najnowsze badania, prowadzone również w Polsce, wykazały, że małe dzieci mogą mieć świadomość występujących w ich mowie trudności oraz przejawiać w związku z tym negatywne postawy (Węsierska, Vanryckeghem, Jeziorczak, Wilk 2014; Vanryckeghem, Brutten 1997). Otwarte rozmawianie z dzieckiem na temat jego trudności w komunikowaniu się, zwrócenie uwagi na jego jākanie działa odczulająco na dziecko i jego rodzinę (Kelman, Nicholas 2013).

Emocje, jakie przeżywa dziecko w związku ze swoim jękananiem, i postawy, jakie manifestuje w związku ze swoim mówieniem, są różne. Niektórym dzieciom jękanym się nie towarzyszą żadne negatywne uczucia i reakcje związane z ich mówieniem. Są to dzieci, które mimo niepełności rozmawiają z kolegami, podejmują wszystkie aktywności w domu i klasie. Jękanie nie przeszkadza im w codziennym funkcjonowaniu. Najczęściej jednak u dzieci doświadczających jękania pojawiają się trudne emocje, takie jak strach, panika (*boję się mówić, bo nie wiem, jak zareaguje środowisko*), wstyd (*wstydzę się mówić, bo czuję się inny niż pozostali*), poczucie winy, niepokój, napięcie, poczucie samotności (*tylko mnie to spotkało*). Są to dzieci, które wycofują się z wypowiedzi, nie zabierają głosu w grupie, boją się, ukrywają swoje jękanie za wszelką ceną, tzn. nie odzywają się. Odczuwają one silny wpływ jękania na swoje życie, jękanie ogranicza ich funkcjonowanie w wielu aspektach (Kelman, Whyte 2012).

Należy tu jednak podkreślić, że stopień nasilenia niepełności nie przekłada się na stopień ograniczenia codziennych działań czy możliwości uczestniczenia w życiu społecznym. Część osób, mimo silnej niepełności, doświadcza stosunkowo niewielkiego negatywnego wpływu jękania na swoje życie, inne osoby, mimo niewielkiej niepełności, odczuwają duży dyskomfort. Czynnikiem, które wpływają na sposób postrzegania jękania przez dziecko, są np.: większa wrażliwość na reakcje słuchacza, sposób postrzegania jękania i reagowania na nie przez osoby bliskie, nauczycieli, umiejętności dzielenia się przez dziecko swoimi uczuciami (Chmela, Reardon 2014). Dziecko jękanym się nie jest w stanie samodzielnie poradzić sobie z trudnymi emocjami, których doświadczają; potrzebuje wsparcia ze strony terapeuty, rodziców i rodziny. Briggs (1975) pisał, że jeśli stworzy się środowisko, w którym dziecko będzie mogło wyrazić swoje negatywne uczucia i uczucia te będą wolne od ocen, to stracą one swoją negatywną moc.

### **Emocje i postawy towarzyszące jękananiu u rodziców dzieci jękanymych się**

Oprócz rozpoznania reakcji i postaw samego dziecka na objawy niepełności ważne jest też rozpoznanie reakcji i stosunku otoczenia do trudności występujących w mowie dziecka oraz globalnego wpływu zaburzenia na jakość jego życia (Ambrose, Yari 1999; Tarkowski 2011).

Badania przeprowadzone przez Langevin, Packman i Onslow (2010) nad reakcjami na wczesnodziecięcą niepełność w mówieniu u dzieci wykazały, że 89,6% dzieci przejawiało negatywne reakcje na swoje jękanie, takie jak: wyco-

fywanie się z mówienia, izolowanie się, ograniczanie aktywności słownej, odczuwanie frustracji. Zdecydowana większość rodziców, obserwując jąkanie u swojego dziecka oraz jego reakcje na nie płynność w mowie, odczuwa silne zaniepokojenie, lęk, a nawet strach. Rodzice bardzo boją się, że ich dziecko będzie wyśmiewane przez rówieśników, nie poradzi sobie w życiu, będzie miało trudności ze znalezieniem pracy. Reakcje rodziców na nie płynność w mowie dziecka są bardzo różne: od postaw akceptujących, cierpliwych, po postawy pełne zniecierpliwienia, frustracji, złości czy irytacji. Dlatego też ważnym aspektem diagnozy oraz późniejszych działań terapeutycznych jest rozpoznanie, jak jąkanie wpływa na jakość życia dziecka i jego rodziny.

Logopeda powinien pamiętać, że diagnoza w jąkanii jest procesem ciągłym, tzn. zachodzą zmiany poprzez dynamikę procesów następujących w rodzinie, zmieniają się postawy i przekonania rodziców i dziecka, dziecko nabywa większej sprawności w wyrażaniu swoich uczuć, myśli, nabywa nowe umiejętności.

### **Diagnoza jąkania dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym**

Przy dokonywaniu pogłębionej diagnozy jąkania u dzieci należy brać pod uwagę wiele czynników, takich jak: liczba i natężenie nie płynności, ogólna ocena stopnia rozwoju językowego pod kątem odbiorczym i nadawczym, budowa i sprawność aparatu mowy. Ale niezwykle istotnym etapem diagnozy jest także poznanie opinii dziecka na temat własnego jąkania, reakcji na jąkanie, tego, w jaki sposób dziecko radzi sobie z nie płynnością (Dell 2008; Schneider, Sandrieser za: Boroń 2016).

Chmela i Reardon (2014), Yaruss i Reardon (2013), Walton (2013) stworzyli standard diagnozy dla dzieci jąkających się w wieku szkolnym, gdzie emocje i postawy stanowią ważny jej element. Jak podkreślają wymienieni wyżej badacze, błędem jest planowanie terapii bez uwzględnienia uczuć i postaw, szczególnie u tych dzieci, które unikają jąkania czy starają się je ukryć. Dodatkowym obszarem badań jest zakres zdolności komunikacyjnych dziecka (to, jak dziecko postrzega siebie w komunikacji, czy lubi mówić, jak się czuje, gdy się jąka, czy jąkanie wpływa na to, że wycofuje się ze swojej wypowiedzi), reakcje środowiska na nie płynność w mowie dziecka.

Kompleksowa diagnoza jąkania u dzieci musi uwzględniać kilka aspektów:

- a) widoczne objawy jąkania i współtruchy,
- b) reakcje osoby jąkającej się (uczucia, myśli i zachowania),
- c) reakcje w otoczeniu osoby jąkającej się (reakcje rodziców, dzieci, nauczycieli, rówieśników, znajomych).

Amerykańscy badacze zaburzeń płynności mowy Scott Yaruss i Quesal proponują wyżej przedstawioną diagnozę uzupełnić o rozpoznanie wpływu, jaki jękanie wywiera na jakość życia osoby jękającej się (Yaruss, Quesal 2006, 2010).

Dla uzyskania pełnego obrazu jękania logopeda dokonujący diagnozy nie powinien i nie może koncentrować się tylko na opisie i udokumentowaniu częstotliwości i stopnia nasilenia objawów jękania oraz symptomów towarzyszących, takich jak: trudności oddechowe, napięcia w ciele, mrużenie oczu, utrata kontaktu wzrokowego (Woźniak 2008; Chęćek 2001). Równie ważne jest uzyskanie danych na temat emocji i przekonań towarzyszących jękananiu u dziecka oraz w jego najbliższym otoczeniu.

### **Narzędzia używane w diagnozie jękania u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym**

Poniżej zamieszczono spis przykładowych narzędzi, które umożliwią pełniejszą diagnozę jękania u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym. Obecnie terapeuci mają dostęp do coraz większej bazy narzędzi, w dużej mierze opartych na anglojęzycznych tekstach i kwestionariuszach.

#### Narzędzia do analizy ilościowej i jakościowej objawów nie płynności

Narzędziami pozwalającymi ocenić liczbę i jakość objawów nie płynności występujących u dzieci, z których może skorzystać logopeda, są<sup>2</sup>:

- *Próba sylabowa do oceny nie płynności mówienia* (2007) Zdzisława M. Kurkowskiego.
- *Kwestionariusz Eugene'a i Crystal Cooperów do oceny jękania* (KCOJ) (2001) w adaptacji Mieczysława Chęćka (dzieci powyżej 11. r.ż).
- Dziecięca wersja kwestionariusza Cooperów stworzona przez Mieczysława Chęćka i Katarzynę Węsierską (wersja robocza).
- *Kwestionariusz nie płynności mówienia i logofobii* (diagnoza i terapia jękania) (1992) KNML Zbigniewa Tarkowskiego.
- *Diagnoza jękania. Materiały do badania dzieci w wieku przedszkolnym* (2016) Katarzyny Węsierskiej i Barbary Jeziorczak.

#### Narzędzia do mierzenia postaw i emocji dotyczących jękania u dzieci

W Polsce terapeuci również mają dostęp do narzędzi, które pozwolą zbadać uczucia i postawy dzieci przedszkolnych i szkolnych związane z komunikowaniem się. Są to:

---

<sup>2</sup> Dokładne omówienie narzędzi można znaleźć w artykule: Fańciszevska M., Tuchowska A. (2017), *Narzędzie stosowane w diagnozie jękania u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym* [w:] J. Skibska (red.), *Diagnoza interdyscyplinarna. Wybrane problemy*, Kraków: Wydawnictwo Impuls, s. 321–344.

- *Kiddy-CAT. Test do badania postaw związanych z komunikowaniem się jękających się dzieci w wieku przedszkolnym* autorstwa Martine Vanryckeghen i Gene Bruttana (2015) w tłumaczeniu i adaptacji Katarzyny Węsierskiej.
- W pozycji B. Guitar i T. J. Peters *Dobór metod terapii jękania* (2014) można odnaleźć przetłumaczoną na język polski skalę A-19 (*A-19 Scale*) autorstwa Susan Andre i Barrego Guitara.

#### Narzędzia do oceny reakcji rodziców i nauczycieli na niepełność w mowie dziecka

Ważnym elementem diagnozy jest również poznanie reakcji rodziców i nauczycieli na niepełność w mowie dziecka. W tym celu można wykorzystać następujące narzędzia:

- *Skala reakcji na niepełność mówienia (SNRM)* autorstwa Zbigniewa Tarkowskiego (2011).
- W publikacji Scott L. i Guitar C. *Jak mówić w szkole o jękaniu? Podręcznik dla nauczycieli i logopedów* (2012) można odnaleźć kwestionariusz dla nauczyciela (jest to polska adaptacja *Teacher's Questionnaire*) i rodzica.
- *Test Teasing and bullying questionnaire for children who stutter – revised (TBQ-CS revised)* autorstwa Marilyn Langevin (1998) – *Dokuczenie i znęcanie się nad jękającymi się dziećmi – kwestionariusz dla dzieci, wersja zaktualizowana* w tłumaczeniu Katarzyny Węsierskiej i Marty Węsierskiej (Węsierska, Gacka, Langevin, Węsierska 2015; Langevin, Bortnick, Hammer, Wiebe 1998).
- *Skala Palin dla rodzica dziecka jękającego się – Palin Parent Rating Scales* (Węsierska 2013).

#### Narzędzia do oceny wpływu jękania na życie

- Został przetłumaczony na język polski test *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES). Manual*, Bloomington 2010. Test OASES (Yaruss, Quesal 2010), a podtest OASES-S przeznaczony do oceny postaw dzieci w wieku 7–12 lat ma obecnie jedynie wolne tłumaczenie (M. Danielowska, M. Faściszewska, J. Tuchowska, K. Węsierska).

Na uwagę zasługuje narzędzie stworzone na gruncie polskim przez Katarzynę Węsierską i Barbarę Jeziorczak: *Diagnoza jękania u dzieci w wieku przedszkolnym* (2016), które pozwala na kompleksową diagnozę jękania u dzieci od 2,11 do 6,11 r.ż. Umożliwia ono zgromadzenie różnorodnych danych służących dokonaniu pełnej oceny sytuacji dziecka jękającego się, tzn. pozwala ocenić czynniki wyzwalające (lingwistyczne i neurofizjologiczne), utrwalające (emocjonalne i środowiskowe), opisać obraz jękania na poziomie zachowań dziecka i interakcji rodzic – dziecko, zauważyć komponenty emocjonalne świadczące o występowaniu reakcji wtórnych w odpowiedzi na problem w mowie – trudnych emocji związanych z jękaniem i wypowiadaniem się, ocenić poziom emocji i postaw wobec

jękania i mówienia w środowisku dziecka oraz ocenić cechy wskazujące na chroniczność zaburzenia. Jest to narzędzie umożliwiające przeprowadzenie kompleksowej diagnozy dziecka i wybór odpowiedniego postępowania terapeutycznego.

### **Dlaczego warto pracować na postawami i emocjami dzieci jękających się?**

Jak podkreślają K. Chmela i N. Reardon, „uczucia i przekonania dotyczące jękania, komunikacji i samych siebie są tak istotną częścią jękania u dzieci w wieku szkolnym, jak sama niepełność mowy” (2014: 1). Badaczki wskazują, iż podczas pracy nad postawami i emocjami dzieci jękających się należy pamiętać, że:

1. Stopień nasilenia i typ jękania nie przekłada się na obecność negatywnych uczuć i przekonań doświadczanych przez dziecko, tzn. dziecko z nasilonym jękaniem może nie odczuwać negatywnych emocji związanych ze swoją mową, a dziecko z niewielkim jękaniem może być bardzo zawstydzone i zakłopotane z powodu jękania.
2. Dzieci i ich rodziny różnią się w sposobie myślenia na temat jękania oraz przyjmowania i odczuwania swoich problemów. Należy tu również wspomnieć o osobach z najbliższego środowiska dziecka, tzn. rodzeństwie, nauczycielach, dziadkach itd., którzy również mają różne przekonania i uczucia na temat jękania.
3. Dzieci i ich najbliżsi różnią się pod względem umiejętności dzielenia się swoimi uczuciami i przekonaniami (Chmela, Reardon 2014: 1–3).

Praca nad postawami i emocjami dzieci jękających się jest niezwykle ważna i ma na celu zrozumienie, jak dziecko ogólnie postrzega jękanie, czy widzi je jako problem, trudność. Rozpoznanie uczuć i potrzeb konkretnego dziecka pomaga w udanym przekazaniu technik oraz zwiększa skuteczność stosowania przez dziecko technik upłynniających mowę, czy też modyfikacji jękania, co zmniejsza prawdopodobieństwo nawrotu. Otwarte mówienie o swoich uczuciach i przekonaniach pomaga w zmniejszeniu ogólnego wpływu jękania na jakość życia dziecka.

### **Sposoby wspierania jękającego się dziecka, które przeżywa trudne emocje dotyczące swojego jękania**

Poniżej przedstawiono kilka głównych strategii wspierania jękającego się dziecka. Autorka ma świadomość, że temat nie został w pełni wyczerpany. Przedstawione strategie mają zasygnalizować główne tematy, które należy poruszyć podczas zajęć terapeutycznych z dzieckiem jękającym się.

### 1. Wyrażanie uczuć. Daj możliwość dziecku powiedzenia o swoich uczuciach

Podczas zajęć ważne jest stworzenie atmosfery zaufania, by dziecko oraz rodzic mieli możliwość podzielenia się swoimi uczuciami, przemyśleniami dotyczącymi życia i jąkania. Ważne jest również rozpoznanie, jak dziecko radzi sobie z nazywaniem swoich uczuć i emocji. Kristin Chmela i Nina Reardon proponują nadawanie ważności uczuciom dziecka w pięciu krokach:

- a) Słuchaj uważnie i aktywnie, potwierdzaj, że to, co dana osoba mówi, jest dla ciebie ważne, np. poprzez: *hmm, aha, tak itp.*
- b) Staraj się powtórzyć wypowiedź dziecka, np. *czyli chcesz powiedzieć, że... czyli mówisz, że...*
- c) Postaraj się zebrać jak najwięcej informacji od dziecka, np. *nie lubisz czytania w klasie, ponieważ...*
- d) Ważne jest nazwanie przeżywanych przez dziecko emocji, np. *czujesz lęk, gdy obok ciebie jest dużo nieznanych ci ludzi.*
- e) Nadanie ważności uczuciom: *w tej sytuacji to normalne, że czujesz lęk przed mówieniem* (zob. Chmela, Reardon 2014: 8).

Ważne jest również kształtowanie adekwatnych postaw wobec jąkania, tzn. rozpoznania i nazwania tego, co dziecko czuje, a z drugiej strony, pokazanie, czy to uczucie jest adekwatne do sytuacji, czy też jest wygórowane. Odkrycie poczucia wpływu na jąkanie pozwala uniknąć w późniejszych etapach życia wrażenia skrzywdzenia (Janowska-Szafarska, Tuchowska 2017, warsztaty).

### 2. Rozmowa na temat jąkania/mowy – edukacja

Rozmowa na temat jąkania pozwala w początkowym etapie terapii/rodzicom na poznanie tego, w jaki sposób dziecko widzi i postrzega swoje jąkanie. Bennett (2006) proponuje taką rozmowę przeprowadzić w kilku krokach. Powinna się ona rozpocząć od ogólnej wymiany zdań, następnie skupić się na zainteresowaniach dziecka, rozmowie o tym, co dziecko lubi, ogólnej dyskusji o doświadczeniach związanych z jåkaniem, na temat jåkania w ogóle i na temat jåkania dziecka.

W kolejnych etapach terapii dziecko zdobywa wiedzę na temat mówienia i wiedzę o własnym jåkaniu. Dziecko uczy się o aparacie mowy, częściach ciała zaangażowanych w mówienie, by następnie rozmawiać o tym, co może pomóc w usprawnianiu mówienia. Terapeuta pomaga dziecku zrozumieć to, co się z nim dzieje, oraz zrozumieć emocje, które temu towarzyszą. Jednym z ćwiczeń jest rysowanie aparatu mowy i określanie, jakie jego części są potrzebne przy tworzeniu mowy. Terapeuci anglojęzyczni wykorzystują tu różne metafory, np. maszyna mowy (Chmela, Reardon, Scott 2014), skrzynia biegów (Walton 2013). Kolejnym ćwiczeniem jest zabawa w udawanie sposobu mówienia różnych osób, zabawa w udawanie głosem różnych emocji (Kelman, Nicholas, Reardon-Reeves & Yaruss 2013).

Uzyskanie wiedzy sprawdzonej w praktyce na temat mowy, umiejętności jej kontrolowania sprawia, że dziecko lepiej rozumie, co się z nim dzieje, przeżywa mniej intensywnie trudniejsze dla niego uczucia. Należy tu również podkreślić, iż edukacja rodziców dziecka jękającego się jest również kluczowa w procesie terapeutycznym. Rodzic powinien posiadać wiedzę na temat jękania, emocji, jakie przeżywa jego dziecko itd. Ważne jest także monitorowanie przez terapeutę reakcji i uczuć rodzica na nie płynność w mowie dziecka.

### 3. Otwarte mówienie o jękananiu

Rozmowa z dzieckiem na temat tego, co się z nim dzieje, jak się czuje, gdy się jąka, otwiera drzwi do swobodnego mówienia o jękananiu. Rodzice, a czasem terapeuci, nie są pewni, w jaki sposób poprowadzić taką rozmowę. Pomocne mogą być pozycje książkowe, takie jak: *Kto-kto-kto mówi hu-hu-hu* Petera Schneidera i Giseli Scharmann oraz *Czasami po prostu się jąkam* autorstwa Eelco de Geus, które mogą być pretekstem do rozpoczęcia rozmowy na temat nie płynności.

Ważne jest również otwarte, spokojne, naturalne pokazywanie, że nie płynności dotyczą wszystkich osób. Rodzice czy też logopeda mogą modelować lekkie nie płynności w swojej mowie, np. *Gdzie-gdzie położyłem moją popoduszkę*, dodając do tego komentarz: *Słyszałeś. Podskoczyłem na słowie*. Zastosowanie takiej strategii pozwala dziecku lepiej się poczuć ze swoimi trudnościami oraz sprawia, że przezwycięża ono myśli, że jest coś, co musi ukrywać przed innymi ludźmi. Zmniejsza to lęk przed mówieniem i uczucie napięcia u dziecka. Jednocześnie takie ćwiczenia „odczulają” na jękanie.

Peter Schneider w poradniku *Moje dziecko się jąka. Co mogę zrobić?* podaje możliwe sposoby mówienia o jękananiu, takie jak:

- Komentowanie, gdy dziecko silnie się jąka i okazuje frustrację, np.: „To słowo nie chciało wyjść z twojej buzi. Widzę, że cię to rozzłościło”.
- Udzielenie odpowiedzi, gdy dziecko pyta, dlaczego nie może normalnie mówić, np.: „Czasem słowa nie mogą wyjść z twojej buzi, tak jak przed chwilą, to jest nieprzyjemne, ale możesz normalnie dalej mówić. Gdy tatuś był mały, przeżywał to samo – słowa utykały w jego buzi”.
- Komentowanie, gdy dziecko boi się jakiejś sytuacji, np.: „Powiedziałaś, że nie chcesz więcej mówić, gdy siedzicie w kręgu? Czy wówczas słowa nie chcą wyjść z twojej buzi? [...] Czy inne dzieci wiedzą, co się dzieje z Twoim mówieniem? Jeśli one będą wiedzieć, jak to jest, gdy słowa utykają w buzi, to będą czekały na ciebie i słuchały cię. Chcesz, byśmy im to wyjaśnili?” (Schneider 2017: 56).

Ważne jest traktowanie w rodzinie jękania nie jako tematu tabu, ale mówienie o trudnościach w sposób naturalny. Rozmowa na temat jękania, możliwych reakcji słuchaczy przynosi ulgę zarówno rodzicom, jak i jękającemu się dziecku.

#### 4. Budowanie u dziecka wiary w siebie

Wzmacnianie samooceny dzieci jest bardzo ważne w terapii, gdyż pomaga dziecku w budowaniu dobrego obrazu samego siebie. Jak podkreśla mama chłopca jękającego się Doreen Lenz Holtz w świadectwie swoich zmagania z wieloletnią niepełnością mowy swojego dziecka: „Okazuje się, że najczęstszym czynnikiem prowadzącym do zmniejszenia napięcia oraz bardziej naturalnej mowy jest pewność siebie” (2016: 93). Budowanie wewnętrznej siły dziecka wspomaga uzyskanie płynności w mowie.

### Zakończenie

Niepełność w mowie małego dziecka to złożony problem, który dotyka całą rodzinę. W jego skutecznym przezwyciężaniu ważne jest skupienie się w diagnozie i terapii również na trudnych postawach i emocjach towarzyszących zaburzeniu u dziecka i jego najbliższych.

Tak jak stwierdził Tomasz Woźniak w wystąpieniu *Eksperci mają głos*, nagrany podczas I międzynarodowej konferencji „Zaburzenia płynności mowy. Teoria i praktyka”: „Nie można powiedzieć, że osoby jękające się stanowią jakąś homogenną grupę, są różni [...], terapia powinna być skrojona do człowieka jak garnitur szyty na miarę”. W terapii należy spojrzeć na jakość życia dziecka jękającego się i jego rodziny i podnosić tę jakość. Ważną rolę pełni w tym wspieranie jękającego się dziecka i jego rodziny w rozpoznaniu i radzeniu sobie z trudnymi emocjami związanymi z dotykającym ich zaburzeniem.

### Literatura

- Ambrose N.G., Yari E., 1999, *Normative Disfluency Data for Early Childhood Stuttering*, „Journal of Speech, Language, and Hearing Research”, vol. 42, s. 895–909.
- Andre S., Guitar B., *A-19 Scale* <http://www.fluencyfriday.org/A19scale2.pdf> [dostęp: 18.10.2015].
- Bennett E.M., 2006, *Working with people who stutter: A lifespan approach*, Upper Saddle River, NJ.
- Boroń A., 2016, *Jękanie u dzieci w wieku przedszkolnym*, „Forum Logopedy” 11, s. 53–57.
- Briggs D., 1975, *Your child's self esteem*. Random House Digital, Inc.
- Chęć M., 2001, *Kwestionariusz Cooperów do oceny jękania. Zarys terapii*. Podręcznik, Lublin: Fundacja Orator.
- Chmela K.A., Reardon N., Scott L.A., 2014, *Jak skutecznie pracować nad postawami i emocjami w terapii jękania*, Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Dell C.W., 2008, *Terapia jękania u dzieci w młodszym wieku szkolnym. Podręcznik dla logopedów*, Kraków: Wydaw. Impuls.
- Dziecięca wersja kwestionariusza E.C. Cooperów w wersji roboczej* M. Chęć i K. Węsierskiej – materiał szkoleniowy.

- Faściszewska M., Tuchowska A., 2017, *Narzędzie stosowane w diagnozie jękania u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym* [w:] *Diagnoza interdyscyplinarna. Wybrane problemy*, red. J. Skibska, Kraków: Wydaw. Impuls, s. 321–344.
- Geus de Eelco, 2013, *Czasami po prostu się jękam. Książka dla dzieci w wieku od 7 do 12 lat*, Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Guitar B., Peters T.J., 2014, *Dobór metod terapii jękania. Przewodnik dla logopedów*, Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Holte D.L., 2016, *Głos odzyskany. Poradnik dla rodziców dzieci jękakających się*. Kraków: Wydaw. Edukacyjne.
- Kelman E., Nicholas A., 2013, *Praktyczna interwencja w jękananiu wczesnodziecięcym. Podejście interakcyjne Rodzic – Dziecko* Palin PCI, Gdańsk: Harmonia.
- Kelman E., Whyte A., 2012, *Understanding Stammering or Stuttering. A guide for parents, teachers and others professionals*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Kurkowski Z.M., 2007, *Próba sylabowa do oceny nie płynności mówienia*, Warszawa: Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu.
- Jankowska-Szafarska L., Tuchowska J.A., 2017, *Terapia osób jękakających się w nurcie modyfikacji jękania. Metoda wystarczająco płynnej mowy*, 30.09.–1.10.2017, Skawina – materiały z warsztatów.
- Langevin M., Bortnick K., Hammer T., Wiebe E., 1998, *Teasing/bullying experienced by children who stutter: Toward development of a questionnaire*. „Contemporary Issues in Communication Science and Disorders” 25, s. 12–24.
- Langevin M., Packman A., Onslow M., 2010, *Parent perceptions of the impact of stuttering on their preschoolers and themselves*, „Journal of Communication Disorders” 43 (5), s. 407–423.
- Reardon-Reeves N., Yaruss S.J., 2013, *School-Age Stuttering Therapy: A Practical Guide*, McKinney: Stuttering Therapy Resources.
- Scott L., Guitar C., 2012, *Jak mówić w szkole o jękananiu? Podręcznik dla nauczycieli i logopedów*, Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Schneider P., 2017, *Moje dziecko się jęka. Co mogę zrobić? Poradnik dla rodziców i opiekunów dzieci jękakających się*, Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Schneider P., Scharthmann G., 2014, *Kto-kto-kto robi hu-hu-hu?*, Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Tarkowski Z., 1992, *Kwestionariusz nie płynności mówienia i logofobii (diagnoza i terapia jękania)*, Lublin: Fundacja Orator.
- Tarkowski Z., 2011, *Skala reakcji na nie płynność mówienia*, Lublin: Fundacja Orator.
- Yaruss S., Quesal R., 2006, *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment*, „Journal of Fluency Disorders”, nr 31, s. 90–115.
- Yaruss S., Quesal R., 2010, *Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES). Manual*, Bloomington 2010.
- Walton P., 2013, *Fun with fluency for the school-age child*, Austin, TX: PROED.
- Ward D., 2008, *Stuttering and Cluttering. Frameworks for understanding and treatment*, Taylor & Francis e-Library.
- Węsierska K., 2013, *Badanie wpływu zastosowania podejścia Palin PCI w terapii jękania u polskojęzycznego dziecka – studium indywidualnego przypadku* [w:] *Interakcyjne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, red. M. Michalik, A. Siudak, H. Pawłowska-Jaroń, „Nowa Logopedia” t. 4, Kraków: Collegium Columbinum, s. 295–316.
- Węsierska K., 2015, *Przedmowa* [w:] M. Vanryckeghem, G.J. Brutton, *Kiddy-CAT. Test do badania postaw związanych z komunikowaniem się jękakających się dzieci w wieku przedszkolnym*, Gdańsk: Harmonia.

- Węsierska K., Gacka E., Langevin M., Węsierska M., 2015, *Sytuacja szkolna dzieci jękających się w Polsce – wstępne wyniki badań i strategii pomocy* [w:] *Zaburzenia płynności mowy. Teoria i praktyka*, red. K. Węsierska, Katowice, s. 221–236.
- Węsierska K., Jeziorczak B., 2016, *Diagnoza jękania u dzieci w wieku przedszkolnym (DJ)*, Katowice: Wydaw. Komlogo.
- Węsierska K., Vanryckeghem M., Jeziorczak B., Wilk B., 2014, *Porównanie postaw komunikacyjnych mówiących płynnie i jękających się dzieci w wieku przedszkolnym – standaryzacja polskiej wersji testu Kiddy-Cat©*, „Forum Logopedyczne”, nr 22, s. 70–79.
- Woźniak T., 2008, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku jękania*, „Logopedia” t. 37, s. 217–226.
- Woźniak T., 2014, *Eksperci mają głos* – wystąpienie nagrane podczas I międzynarodowej konferencji „Zaburzenia. Teoria i praktyka”, Katowice 12 września 2014. Film dostępny na stronie: <http://www.konferencja-zpm.edu.pl/pl/i-edycja-konferencji/>.
- Vanryckeghem M., Brutten G., 1997, *The speech-associated attitude of children who do and do not stutter and the differential effect of age*, „American Journal of Speech-Language Pathology”, vol. 6, s. 67–73.
- Vanryckeghem M., Brutten G.J., 2015, *Kiddy-CAT. Test do badania postaw związanych z komunikowaniem się jękających się dzieci w wieku przedszkolnym*, Gdańsk: Harmonia.

### **Difficult attitudes and emotions accompanying stuttering – ways to support a stuttering child**

#### **Summary**

The article stresses that stuttering is a complex disorder that can affect the quality of a stuttering child's life. It is crucial to diagnose all the aspects of stuttering – not only the visible ones (disfluency, synkinesis) but also the more difficult to see, i.e. the stuttering-related attitudes and emotions in both the children and their friends and families. The article presents the diagnostic tools that help to assess the attitudes and emotions associated with stuttering. Some prophylactic and therapeutic measures have also been advocated to support stuttering children in coping with difficult feelings and in building appropriate attitudes towards speaking and stuttering.

Key words: stuttering, attitudes and emotions of stuttering children, diagnostic tools to assess the stuttering-related attitudes and emotions in children

**Łukasz Kowalczyk**

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie

## **POSTAWY I EMOCJE WOBEC JĄKANIA – PRACA Z DZIEĆMI ORAZ RODZICAMI. MODYFIKACJA MODELU GÓRY LODOWEJ SHEEHANA**

Wieloczynnikowa koncepcja jąkania zakłada indywidualną kombinację uzupełniających się czynników, które mogą stanowić przyczynę wystąpienia tego zaburzenia mowy u jednostki. Są to czynniki fizjologiczne, lingwistyczne, psychologiczne oraz środowiskowe. W niniejszym artykule autor dokonuje modyfikacji modelu góry lodowej Sheehana, by opisać istotę jąkania w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

Słowa kluczowe: jąkanie, postawa, emocje, model góry lodowej

### **Jąkanie – aspekt wieloczynnikowości**

Jąkanie jest zaburzeniem mowy, które nie ma uwarunkowań kulturowych, religijnych, etnicznych czy społecznych. Wspólny mianownik stanowią jego objawy, ale również one pod względem częstotliwości występowania, typu oraz natężenia bez wątpienia są mocno zindywidualizowane. Do podstawowych objawów jąkania można zaliczyć: powtórzenia całych słów, powtórzenia pojedynczych sylab, przedłużanie dźwięków, blokowanie dźwięków, wzmożone napięcie twarzy, współruchy, zakłócenie oddychania, zburzenie tempa mówienia. Powyższe zakłócenia w zachowaniu płynności mówienia są dość szybko dostrzegane przez otoczenie, co może nie pozostawać obojętne wobec kształtowania się m.in. postaw komunikacyjnych u jåkającego się dziecka. Dlatego na proces definiowania, diagnozowania i terapii jåkania należy spojrzeć wieloaspektowo.

Jąkanie jest zjawiskiem niezwykle złożonym zarówno w fazie początkowej jego powstawania, jak i w dalszym przebiegu. Nie sposób opisać tego zaburzenia mowy, posługując się jedynie widocznymi objawami, ponieważ jego istota sięga znacznie głębiej. Specjaliści zgodnie podkreślają, że jąkanie jest wieloczynnikowe (zob. m.in.: Conture 2001; Guitar 2006; Riley i Riley 1979; Rustin i in. 1996; Smith i Kelly 1997; Wall i Myers 1995, za: Kelman, Nicholas 2013).

Doświadczenie praktyków w tej dziedzinie pozwoliło stworzyć koncepcję wzajemnie uzupełniających się czynników: fizjologicznych, lingwistycznych, psychologicznych oraz środowiskowych (zob. rys. 1.)



**Rys. 1.** Wieloczynnikowa koncepcja jąkania

Źródło: rycina własna na podstawie Kelman, Nicholas 2013.

Bardziej szczegółowo opisane czynniki mogące w indywidualnej kombinacji warunkować wystąpienie jąkania u dziecka przedstawia tab. 1.

**Tab. 1.** Czynniki związane z rozwojem jąkania u dziecka

| <b>Czynniki fizjologiczne i lingwistyczne</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Czynniki psychologiczne i środowiskowe</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>1</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <i>2</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– dziedziczność (występowanie jąkania w rodzinie),</li> <li>– różnice funkcjonalne i strukturalne mózgu osób jękających się,</li> <li>– zredukowane sprawności w zakresie motoryki aparatu artykulatoryjnego,</li> <li>– dłuższy czas reakcji w zadaniach werbalnych i manualnych,</li> <li>– trudności w stabilizowaniu i kontrolowaniu ruchów krtani,</li> <li>– płeć (bardziej prawdopodobne jest to, że problemy w mowie i języku pojawiają się u chłopców niż dziewczynek),</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– środowisko komunikacyjne: <ul style="list-style-type: none"> <li>o jąkanie u dziecka może spowodować zmianę stylu interakcji u rodziców (w wyniku niepokoju rodziców jękaniem się dziecka),</li> </ul> </li> <li>– niepokój rodziców: <ul style="list-style-type: none"> <li>o obawy w interakcji z dzieckiem z nie płynnością mówienia,</li> <li>o obwinianie się za jąkanie dziecka,</li> <li>o mniej spójne funkcjonowanie w rolach rodzicielskich,</li> <li>o wpływ reakcji otoczenia na świadomość problemu i stosunek do własnej mowy,</li> </ul> </li> <li>– temperament dziecka: <ul style="list-style-type: none"> <li>o bardziej aktywne i mniej zdolne do utrzymania oraz przenoszenia uwagi,</li> </ul> </li> </ul> |

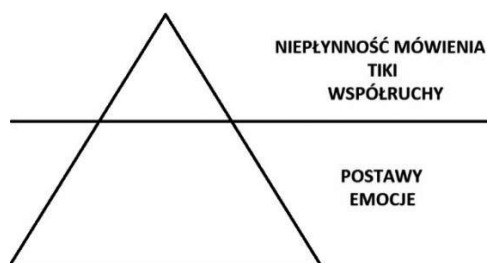
| 1                                                                                                                                                                      | 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– opóźnienie rozwoju mowy,</li> <li>– ponadprzeciętne zdolności językowe, dysproporcje w rozwoju funkcji językowych.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>o bardziej czujne, trudniej jest rozproszyć ich uwagę,</li> <li>o bardziej impulsywne,</li> <li>o mniej elastyczne, trudniej przystosowują się do zmian, różnic i nowych sytuacji,</li> <li>o mniej zdolne do panowania nad emocjami,</li> <li>o bardziej niespokojne, introwertyczne, wrażliwe, wycofane, nieśmiałe, niepewne, lękliwe, mniej chętne do podejmowania ryzyka,</li> <li>– świadomość niepełności mówienia u dziecka (małe dziecko jākające się może uświadamiać sobie swoje trudności).</li> </ul> |

Źródło: Kelman, Nicholas 2013.

Według E. Kelman i A. Nicholas (2013) istnieje prawdopodobieństwo, że czynniki predysponujące do jąkania (fizjologiczne i lingwistyczne) są istotne w początkowej i zaawansowanej fazie jąkania. W połączeniu z dwoma pozostałymi (psychologicznymi oraz środowiskowymi) mogą wpływać nie tylko na natężenie i częstotliwość jego objawów, ale również bezpośrednio na osobę jākającą się i jej rodzinę. Należy jednak pamiętać, że także w tej sytuacji występować będzie indywidualna forma kombinacji wcześniej opisanych czynników.

## Model góry lodowej Sheehana – istota jąkania

By zrozumieć istotę jąkania, warto posłużyć się modelem góry lodowej Sheehana (zob. rys. 2.). Widoczna ponad powierzchnią część stanowi metaforę tego, co w jākaniu jest dostrzegalne przez otoczenie (niepełność mówienia, tiki i współruchy). Jest to jednak jedynie wierzchołek całej bryły. Pod powierzchnią wody znajduje się bowiem olbrzymia struktura tego, co pozornie (w kontekście diagnostyczno-terapeutycznym) jest niewidoczne (m.in. postawy i emocje).



Rys. 2. Góra lodowa jąkania

Źródło: rycina własna na podstawie Sheehan 2008.

Rodzice dzieci, u których pojawiły się pierwsze objawy jąkania, dość często słyszą od wielu specjalistów zalecenie, by ignorować u dziecka te trudności. Zapewne chodzi o to, aby pod żadnym pozorem nie uświadamiać dziecku tego, że coś niedobrego dzieje się z jego mową. Należy jednak wziąć pod uwagę fakt, że nawet małe dzieci mogą być świadome swoich trudności z utrzymaniem płynności mówienia. Nie muszą one tego nazwać i wypowiedzieć. Nie wolno jednak przejść obojętnie obok emocji, które mogą się w tej sytuacji u dziecka pojawić. Terapeuta nie powinien także pominąć związanych z jąkaniem emocji rodziców. Badania naukowe wyraźnie pokazują, że brakuje dowodów na to, by w jakimś stopniu rodzice przyczyniali się do powstania jąkania u dzieci. Niemniej jednak coraz częściej zwraca się uwagę na to, że rodzaj podatności decydujący o predyspozycjach dzieci do jąkania powoduje, że zachowanie płynności mówienia w typowych interakcjach dorosły – dziecko stanowi dla nich trudność. Jąkanie u dziecka może spowodować zmianę stylu interakcji rodziców, co może wynikać ze zwiększonego niepokoju wywołanego dysfluencją mowy dziecka (Kelman, Nicholas 2013; tam też poglądy innych autorów na omawiane zagadnienie).

Choć zmiany w sposobie komunikowania się rodziców nie przyczyniają się do wystąpienia jąkania, to mogą mieć wpływ na jego częstotliwość u niektórych dzieci. Potwierdzono, że rodzice mają większe obawy w interakcji z jåkającym się dzieckiem niż z dzieckiem mówiącym płynnie. Dzieci mogą odczuć zaniepokojenie rodzica i w jakiś sposób na nie zareagować. Rodzice mogą więc nieświadomie wywrzeć wpływ na świadomość problemu u dziecka i na jego stosunek do własnej mowy. Niepokój rodziców może determinować rodzaj reagowania na własne dziecko, a ich funkcjonowanie w rolach rodzicielskich, wskutek silnych emocji, może stać się mniej spójne (Kelman, Nicholas 2013; tam też poglądy innych autorów na omawiane zagadnienie).

## **Postawy i emocje wobec jåkania**

Koncentrując się na ważnej roli postaw i emocji w całym procesie diagnostyczno-terapeutycznym, należy wyjaśnić kilka podstawowych kwestii. Pierwszą z nich jest samo pojęcie postawy. Postawa to świadomość, która warunkuje aktualnie przeżywane bądź potencjalne reakcje jednostki wobec świata społecznego (Marody 1976; Puzynina 2000). W Polsce dominuje stanowisko strukturalne w formułowaniu tej definicji. Według Stefana Nowaka postawa to „ogół względnie trwałych dyspozycji do oceniania (jakiegoś) przedmiotu i emocjonalnego nań reagowania oraz ewentualnie towarzyszących tym emocjonalno-oceniającym dyspozycjom względnie trwałych przekonań o naturze i właściwo-

ściach tego przedmiotu i względnie trwałych dyspozycji do zachowania się wobec tego przedmiotu” (Nowak 1973: 23). W kontekście funkcjonowania rodziny trudno jest jednak nie dostrzec kwestii relacyjnych i pojmowania postaw prezentowanych przez jej członków w ujęciu systemowym. Przyjmując więc taką optykę, postawa rodzicielska zawierać będzie trzy komponenty: poznawczy, uczuciowo-motywacyjny, behawioralny. Pierwszy z nich to pogląd na dziecko, który może zawierać pewnego rodzaju ocenę jego zachowania. Kolejny przejawia się zarówno w wypowiedzi, jak i w jej tonie oraz sposobie ekspresji. Trzeci odzwierciedla się w zachowaniu rodzica wobec dziecka – sposób jego traktowania, rozwiązywania problemów, stosowanie kar, nagród itp. (Rembowski 1972; Ziemska 1973, za: Płopa 2011). Cechą charakterystyczną postaw rodzicielskich jest ich plastyczność, co może oznaczać, że ich komponenty mogą kształtować się w różnym tempie niezależnie od siebie (Mądrzycki 1997, za: Płopa 2011).

Nie ulega wątpliwości, że w sytuacji pojawienia się objawów niepełności mówienia u dziecka w centrum zainteresowania i obaw znajdzie się prawdopodobnie jåkanie – stanie się ono elementem głównej fiksacji rodziców. W związku z tym analizie poddawane są nie tylko postawy wobec dziecka, ale również wobec jåkania, a dalej – wobec jåkającego się dziecka. Można przyrzeć się im, uwzględniając trzy aspekty postaw wobec danej grupy i/lub osoby. Są nimi reakcje: afektywne (odczucia i emocje), behawioralne (zachowania), poznawcze (wiedza) (Böhner, Wänke 2004). W mojej ocenie świadomość jest zasadniczym punktem wyjścia do poczynienia jakichkolwiek zmian. Proces uświadamiania sobie poszczególnych reakcji jest trudny, tym bardziej że pozostajemy pod wpływem funkcjonujących w społeczeństwie stereotypów. Wiedzę na temat tego, jak oceniać drugą osobę, czerpiemy z doświadczenia kontaktu z tą osobą lub osobami podobnymi (Moskowitz 2009). Według Aronsona (2008) w sytuacjach niejednoznacznych ludzie mają tendencję do dokonywania ocen zgodnych ze swoimi przekonaniami lub uprzedzeniami. Zatem negatywne stereotypy (oceny i postawy) wpływają negatywnie na stereotypizowanych. W kontekście jåkania i przy uwzględnieniu faktu, że osoby jåkające się są częścią społeczeństwa, można wysunąć wniosek, że to, jak są odbierani przez otoczenie, może wpływać na ich radzenie sobie ze swoimi trudnościami w mówieniu. W odniesieniu do jåkających się dzieci można zatem powiedzieć, że to, jak one będą radziły sobie ze swoim mówieniem, zależeć będzie również od postaw najbliższego środowiska, czyli w głównej mierze od rodziców.

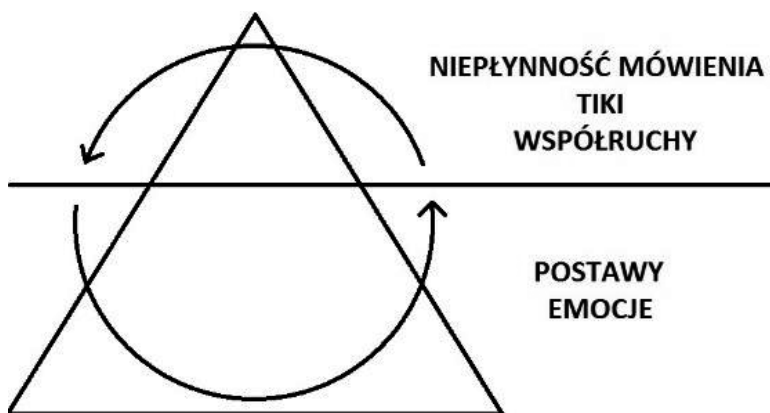
Oto kilka doniesień z badań, będących przykładem stereotypów dotyczących osób jåkających się:

- osobom jåkającym się przypisuje się większe nasilenie emocji negatywnych niż one w rzeczywistości odczuwają (Błachnio 2013),

- osoby jękające się są nieufne oraz lękliwe (Grzybowska, Łapińska, Michalska 1991),
- nauczyciele i logopedzi nie czują się komfortowo w zetknięciu z jękaniem (Cooper, Cooper 1996; Crichton-Smith, Wright, Stackhouse 2003; Moćko, Węsierska 2015; Lass at al. 1992; Tarkowski 2005; Węsierska 2012, za: Węsierska 2014).

### Modyfikacja modelu góry lodowej

Biorąc pod uwagę podkreślaną przeze mnie rolę postaw i wiążących się z nimi emocji, można powiedzieć, że model góry lodowej ulega w pewnym sensie odwróceniu, ponieważ to, co wcześniej pozornie niewidoczne, staje się widzialne, a w kontekście diagnozy i terapii wręcz kluczowe (zob. rys. 3).



Rys. 3. Model odwróconej góry lodowej

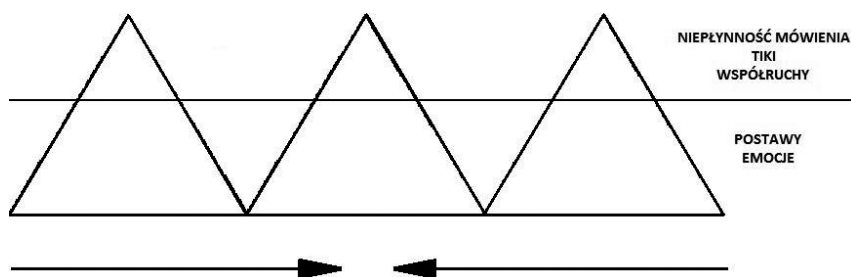
Źródło: opracowanie własne.

Należy wziąć pod uwagę fakt, że owo odwrócenie również jest procesem. Obiektywne objawy jękania, jak i te, które związane są ze sferą emocjonalną, nieustannie się przenikają. Pozostają pod wzajemnym wpływem, zatem to, co znajduje się pod i ponad powierzchnią wody zależeć może m.in. od interakcji między tymi czynnikami.

Potencjalna zmiana postaw wobec jękania wymaga podejścia uwzględniającego wspomniane wcześniej trzy aspekty:

- zrozumienie istoty trudności (**wiedza!**),
- zmiana reakcji wobec osoby jękającej się (**empatia!**),
- zmiana sposobu myślenia (**zachowanie!**).

Zmiana postaw otoczenia wobec osób jākających się związana jest ze zrezygnowaniem z agresji, nadopiekuńczości, irytacji, litości i zastąpieniem tych zachowań tolerancją, stawianiem wymagań, zrozumieniem i wsparciem (Tarkowski 2002). Procesu tego nie da się zawrzeć w konkretnych ramach czasu. Budowanie świadomości (**wiedza**) po to, by zrozumieć (**empatia**), a w rezultacie zmienić **zachowanie**, jest kwestią indywidualną. Tak jak wieloczynnikowe jest samo jākanie, tak i jego proces diagnostyczno-terapeutyczny zależny jest od wielu aspektów. Góra lodowa z przywoływanego modelu w mojej ocenie nie tylko zostaje odwrócona (i to również może być wieloczynnikowy proces), ale zostaje zderzona z górami innych uczestników procesu diagnozy i terapii (zob. rys. 4).



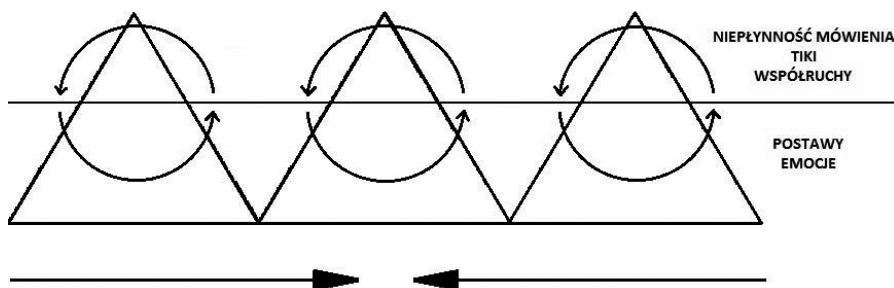
**Rys. 4.** Zderzenie gór lodowych uczestników procesu diagnostyczno-terapeutycznego w jākaniu  
Źródło: opracowanie własne.

Jākanie nie jest zaburzeniem mowy, w którego tok terapii zaangażowana może być tylko i wyłącznie osoba jākająca się. Myśląc o dzieciach, rodzice powinni stać się partnerami w całym procesie. Aby jednak tak się stało, należy zdać sobie sprawę z tego, że zarówno specjaliści, jak i rodzice jākających się dzieci mają swoją górę lodową. W tej interakcji nie da się pominąć perspektywy rodzica, jeżeli chodzi o:

- percepcję poziomu jākania się dziecka,
- lęk związany z jākaniem się dziecka,
- reakcję na jākanie się dziecka.

By móc z kolei traktować rodziców po partnersku, logopeda powinien zdać sobie sprawę z tego, że również jego dotyczą wcześniej wspomniane aspekty. Przyjmowane (w pewnym sensie na siebie) emocje jākającego się dziecka oraz jego rodziców nie pozostają obojętne wobec naszych emocji i przybierających postaw (zwłaszcza w procesie diagnostyczno-terapeutycznym).

Kolejnym argumentem przemawiającym za tym, że wieloczynnikowa koncepcja istoty jākania wymaga równie złożonego ujęcia diagnozy oraz terapii, będzie kolejny zmodyfikowany model, w którym funkcjonujące góry lodowe uczestników procesu ulegają odwróceniu (zob. rys. 5).



**Rys. 5.** Zderzenie odwróconych gór lodowych uczestników procesu diagnostyczno-terapeutycznego w jękananiu

Źródło: opracowanie własne.

Z powyższego modelu wynika, że proces ten winien być zindywidualizowany. W przypadku dzieci – ukierunkowany nie tylko na techniczny aspekt mówienia, ale również na emocje, których dziecko doświadcza ze względu na jękanie. Te natomiast bardzo często warunkowane są przez czynniki znajdujące się pod powierzchnią wody góry lodowej rodzica. Zatem logopeda, świadomie definiując swój model, ma szansę proces diagnostyczno-terapeutyczny poprowadzić nie w kierunku zderzenia gór lodowych, a spotkania, w którym budowana będzie świadomość, jako punktu wyjścia do poczynienia jakichkolwiek pozytywnych zmian.

## Strategie rodzinne w terapii jękania

Rodzice są specjalistami w wychowaniu swoich dzieci. Terapeuci ze swoją wiedzą oraz umiejętnościami mogą (w połączeniu z rodzicielskimi siłami) osiągać cele terapeutyczne znacznie łatwiej. Jedną ze strategii ukierunkowanych na tego rodzaju współdziałanie jest strategia DOM (Węsierska, Jeziorczak 2011). Złożona jest ona z trzech aspektów:

- D jak dobry kontakt,
- O jak organizacja,
- M jak modelowanie.

Dobry kontakt ukierunkowany jest na wyposażanie rodzica w wiedzę na temat tworzenia warunków sprzyjających płynnemu mówieniu, m.in. poprzez: pozwalanie dziecku na swobodę w mówieniu, bycie wzorem mówcy dla dziecka, budowanie pozytywnej samooceny dziecka i wiary w siebie, unikanie „zmowy milczenia” na temat jękania.

Organizacja skoncentrowana jest wokół: tworzenia rytmu w życiu dziecka, konsekwencji działań rodzicielskich, form aktywności i zabaw wspierających płynność, tzw. magicznego czasu z mamą i tatą, podczas którego każdy z rodziców indywidualnie z dzieckiem spędza chwilę, która m.in. ukierunkowana jest na modelowanie mówienia.

Modelowanie to nic innego jak wdrażanie przez rodziców sposobu mówienia wspierającego płynność mówienia. Zawiera się ona w poniższych postulatach:

- Mamo! Tato! Mów do mnie wyraźnie, prosto i odpowiednie wolno!
- Mamo! Tato! Zostaw mi przestrzeń na wypowiedź, nie zasypuj mnie grudem pytań!
- Mamo! Tato! Pozwól mi popełniać błędy!
- Mamo! Tato! Pozwól mi mówić tak, jak potrafię, nie wyręczaj mnie!
- Mamo! Tato! Słuchaj uważnie tego, co mówię, potwierdzaj, że rozumiesz!
- Mamo! Tato! Czekaj na mnie cierpliwie, bez ponaglania!
- Mamo! Tato! Naucz mnie stosować pauzy w mówieniu!
- Mamo! Tato! Baw się ze mną! Nie musimy rozmawiać, chętnie spędzę z Tobą czas także bez mówienia!
- Mamo! Tato! Cieszymy się sobą nawzajem – kontakt z Tobą jest dla mnie ważniejszy niż stuprocentowa płynność!
- Mamo! Tato! Ucz się razem ze mną!

## Podsumowanie

Każda terapia logopedyczna powinna odbywać się w ścisłej współpracy z rodziną, a w przypadku jąkania jest to szczególnie ważne. Wieloczynnikowa istota tego zaburzenia mowy nakłada na specjalistów równie wieloaspektowe działania w procesach: diagnostycznym oraz terapeutycznym. Współpraca z rodziną dziecka powinna odbywać się na zasadach partnerskich, przy zintegrowanym budowaniu świadomości tego, czym jąkanie jest nie tylko dla dziecka, ale również, a może nawet przede wszystkim, dla jego rodziców.

## Bibliografia

- Adamczyk B., 1961, *Próba wyjaśnienia mechanizmu jąkania*, „Logopedia”, nr 2, s. 12–18.  
Adamczyk B., 1996, *Zakład Fizyki Stosowanej Instytutu Fizyki Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. 40 lat badań nad jąkaniem*, „Logopedia”, nr 23, s. 9–25.  
Aronson E., 2008, *Człowiek – istota społeczna*, Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN.

- Błachnio A., 2013, *Emocje odczuwane podczas mówienia przez osoby jękające się*, „Kwartalnik Pedagogiczny”, nr 3 (229), s. 31–50.
- Błachnio A., Przepiórka A., St. Louis K.O., Węsierska K., Węsierska M., 2015, *Postawy i emocje wobec jękania w Polsce – przegląd badań z użyciem POSHA-S* [w:] *Zaburzenia płynności mowy. Teoria i praktyka*, red. K. Węsierska, t. 1, Katowice: KOMLOGO, s. 89–99.
- Böhner G., Wänke M., 2004, *Postawy i zmiana postaw*, Gdańsk: GWP.
- Chęciek M., 2007, *Jękanie. Diagnoza, terapia, program*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Chmela K.A., Reardon N., Scott L.A. (red.), 2014, *Jak skutecznie pracować nad postawami i emocjami w terapii jękania*, Katowice: Centrum Logopedyczne.
- Cooper E.B., Cooper C.S., 1996, *Clinician attitudes toward stuttering: Two decades of change*, „Journal of Fluency Disorders”, vol. 21, s. 119–135.
- Dell C.W., 2008, *Terapia jękania u dzieci w młodszym wieku szkolnym*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Grzybowska A., Łapińska I., Michalska R., 1991, *Postawy nauczycieli wobec jękania*, „Psychologia Wychowawcza”, nr 2, s. 97–149.
- Guitar B., 1992, *Parent verbal interactions and speech rate: a case study In stuttering*, „Journal of Speech and Hearing Research”, nr 35, s. 742–754.
- Kelman E., Nicholas A., 2013, *Praktyczna interwencja w jękanu wczesnodziecięcym*, Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Marody M., 1976, *Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy. Analiza metodologiczna zasad doboru wskaźników w badaniach nad postawami*, Warszawa: PWN.
- Moskowitz B.G., 2009, *Zrozumieć siebie i innych. Psychologia poznania społecznego*, Gdańsk: GWP.
- Nowak S., 1973, *Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych* [w:] Nowak S., *Teorie postaw*, Warszawa: PWN, s. 23–33.
- Płopa M., 2006, *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Płopa M., 2011, *Psychologia rodziny: teoria i badania*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Puzynina J., 2000, *Uczucia a postawy we współczesnym języku polskim* [w:] *Uczucia w języku i w tekście*, red. I. Nowakowska-Kempa, A. Dąbrowska, J. Anusiewicz, „Język a Kultura”, t. 14, Wrocław: Wydaw. Uniwersytetu Wrocławskiego, s. 9–24.
- Sheehan J., 2008, *Wiadomość do jękających się* [w:] *Wskazówki dla jękających*, wyd. 2, Memphis, Tennessee: Stuttering Foundation of America, s. 43–48.
- Szamburski K., 1996, *Nerwica jękania – inny sposób spojrzenia na problem niepełności mówienia*, „Logopedia”, nr 23, s. 191–213.
- Tarkowski Z., 2002, *Jękanie*, Warszawa: PWN.
- Tarkowski Z., 2003, *Jękanie. Gielkot* [w:] *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, t. 2, Opole: Wydaw. UO.
- Tarkowski Z., 2005, *Wizerunek zawodowy i społeczny logopedy* [w:] *Logopedia. Teoria i praktyka*, red. M. Młynarska, T. Smereka, Wrocław: Agencja Wydawnicza a linea, s. 395–405.
- Ward D., 2006, *Stuttering and Cluttering. Frameworks for understanding and treatment*, Psychology Press.
- Węsierska K., 2010, *Interakcyjna Terapia Rodzic – Dziecko – Parent – Child Interaction Approach (Palin PCI) – przykładem skutecznego postępowania logopedycznego w jękanu wczesnodziecięcym*, „Forum Logopedyczne” nr 18, s. 23–30.

Węsierska K., Jeziorczak B., 2011, *Czy moje dziecko się jąka? Przewodnik dla rodziców małych dzieci, które mają problem z płynnym mówieniem*, Katowice: Centrum Logopedyczne Katarzyna Węsierska.

# **Attitudes and emotions towards stuttering – working with children and parents. Modification of the Sheehan's iceberg model**

## **Summary**

The multifactorial dynamic pathways theory of stuttering implies an individual combination of complementary factors that may be the cause of this speech disorder. These are: physiological, linguistic, psychological and environmental factors. In this article, the author modifies the Sheehan iceberg model to describe the essence of stuttering in diagnostic and therapeutic process.

Key words: stutter, attitude, emotions, iceberg model



## **CZĘŚĆ 3**

# **WSPOMAGANIE ROZWOJU**



**Aleksandra Buchholz**

Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie  
Ośrodek Wczesnej Interwencji w Warszawie

**Joanna Ilnicka**

Polskie Towarzystwo Neurologopedów,  
Ośrodek Wczesnej Interwencji w Warszawie

## **OŚRODEK WCZESNEJ INTERWENCJI JAKO MIEJSCE WSPARCIA DLA DZIECI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI I ICH RODZICÓW**

Artykuł porusza temat znaczenia wczesnej interwencji terapeutycznej dla rozwoju dziecka z niepełnosprawnością, a także dla jego rodziny. Jako przykład dla opisu zjawiska służy praca ośrodka wczesnej interwencji. Pierwsza część artykułu poświęcona jest opisowi funkcjonowania placówki terapeutycznej oferującej kompleksową pomoc dzieciom od 0 do 7. roku życia oraz ich rodzinom. Dalsza część skupia się na przedstawieniu trudnej sytuacji rodziców w obliczu wychowania dziecka z niepełnosprawnościami. Ma to stanowić silny argument przemawiający za koniecznością objęcia interwencją terapeutyczną nie tylko dzieci, ale i rodziny. Ostatnia część jest prezentacją wywiadów, jakie autorki przeprowadziły z matkami dzieci z autyzmem będącymi pod opieką Ośrodka Wczesnej Interwencji w Warszawie. Celem wywiadów było przedstawienie perspektywy rodzica jako uczestnika procesu terapeutycznego swojego dziecka, a także pokazanie przeżyć matek, jakie towarzyszą wychowaniu dziecka z autyzmem. Artykuł kończą wnioski potwierdzające konieczność pracy terapeutycznej z dzieckiem i rodzicem jako jednej z istotniejszych dróg prowadzących do skutecznej adaptacji do niepełnosprawności.

Słowa kluczowe: ośrodek wczesnej interwencji (OWI), autyzm, rodzice dzieci z niepełnosprawnością

### **Wstęp**

Wczesne uszkodzenie mózgu znajduje się w swego rodzaju współzawodnictwie z procesami dojrzewania i plastycznością OUN [...]. Ten specyficzny wyścig może być zakończony sukcesem albo porażką dla dziecka, ale też dla dorosłych (lekarzy, terapeutów, rodziców). Wreszcie niezależnie od tego, jak doskonały byłby program usprawniania, pewna część jego

realizacji pozostanie niezależna od naszych poczynań i naszego projektu. Zależy ona bowiem od specyficznego potencjału i motywacji każdego dziecka i jego środowiska. Świadomi tego powinniśmy zachować pokorę i skromność, bowiem nie wszystkie sukcesy dziecka są wynikiem naszych działań (Kułakowska 2003: 92).

Rodzice spodziewający się dziecka zawsze mają wobec niego jakieś oczekiwania, wyrażające preferencje co do wyglądu, płci czy cech charakteru. Część matek formułuje potrzeby na wysokim poziomie ogólności, pragnąc przede wszystkim dziecka zdrowego (Żyta 2004; Parchomiuk 2011). Nieprawidłowości rozwojowe pojawiają się między innymi w następstwie przedwczesnego porodu, zaburzeń o charakterze genetycznym, uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego czy innych dysfunkcji neurorozwojowych. Dane GUS z 2014 r. pokazują, że w Polsce odsetek dzieci z niepełnosprawnościami wynosił 2% całej populacji dzieci do 2. r.ż. Odsetek dzieci w wieku 3–5 lat wahał się między 2,1% a 2,8%, z kolei wśród dzieci powyżej 6 r.ż. tych z niepełnosprawnościami było 3,0–3,8% (gov.pl/.../dzieci\_w\_polsce\_w\_2014\_roku\_charakterystyka\_demograficzna.pdf).

Pierwszym krokiem, jaki powinno się podjąć w przypadku urodzenia dziecka z nieprawidłowością rozwojową, jest jak najwcześniejsze zdiagnozowanie zaburzenia oraz opracowanie indywidualnego planu interwencji terapeutycznej. Istotność tych działań jest uwarunkowana procesami rozwojowymi i podatnością układu nerwowego na zmiany, szczególnie na wczesnym etapie życia dziecka. Warunkują one rozwój psychoruchowy dziecka, a co za tym idzie, możliwość podejmowania działań edukacyjnych, wychowawczych i usprawniających (Borkowska 2008). W rozwoju dziecka istotne są trzy wymiary plastyczności: pamięciowa, rozwojowa i kompensacyjna. Pierwsza związana jest z uczeniem się, druga – z wpływem środowiska sensorycznego na rozwój mózgu, a trzecia – z efektami naprawczymi po uszkodzeniu mózgu. Wiedza o mechanizmach plastyczności mózgowej umożliwia skuteczną interwencję opartą na odpowiedniej ilości stymulacji polisensorycznej i utrwalaniu zdobytych doświadczeń, doprowadzając do powstania *engramu*, czyli śladu pamięciowego, zwiększając tym samym szansę na opanowanie nowej umiejętności (Sadowska 2002).

Czas między urodzeniem a 6. r.ż. nazywany jest okresem krytycznym z uwagi na moment najdynamiczniej rozwijających się umiejętności językowych, matematycznych, społeczno-emocjonalnych. Jest to czas budowania poczucia własnej wartości i ciekawości świata, a zatem podstaw do osiągania sukcesu w edukacji. Brak podjęcia działań terapeutycznych w okresie krytycznym w przypadku dzieci rozwijających się nieprawidłowo może powodować pogłębienie zaburzeń, zahamowanie rozwoju dziecka lub pojawienie się nieprawidłowości o charakterze wtórnym (Piotrowicz 2014).

## **Ośrodek wczesnej interwencji jako źródło wsparcia dziecka i rodziny**

Praca w ośrodku wczesnej interwencji (OWI) ma charakter interdyscyplinarny, co oznacza stałą współpracę specjalistów różnych profesji. Zespół konsultacyjny dokonuje diagnozy i decyduje o formach terapii oraz częstotliwości oddziaływań interwencyjnych. W skład zespołu wchodzi: lekarz pediatra, neurolog, psychiatra dziecięcy, lekarz rehabilitacji medycznej, a także neurologopeda, psycholog i fizjoterapeuta. Dziecko, które trafia do ośrodka, jest obserwowane i diagnozowane podczas konsultacji przez każdego ze specjalistów, a jego rodzice/opiekunowie otrzymują wskazówki do pracy w domu. OWI oferuje terapię psychologiczną, pedagogiczną, logopedyczną i fizjoterapię. Psycholog – na podstawie diagnozy – prowadzi stymulację sfery poznawczej, emocjonalnej i społecznej. Pedagog specjalny wspiera ten proces terapeutyczny ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki dysfunkcji. Logopeda/neurologopeda skupia się w pracy nad prawidłowym funkcjonowaniem aparatu oddechowego, fonacyjnego i artykulatoryjnego, zajmuje się ponadto stymulacją percepcji słuchowej, rozwijaniem rozumienia mowy oraz kompetencji komunikacyjnych dziecka poprzez wywoływanie i rozwijanie mowy czynnej, a u dzieci niemówiących – przez wprowadzanie komunikacji alternatywnej i wspomagającej. Zadaniem fizjoterapeuty jest praca nad sferą motoryczną pacjenta. Rehabilitacja obejmuje rozwój koordynacji wzrokowo-ruchowej, osiąganie równowagi w różnych pozycjach, opanowanie orientacji w schemacie ciała i przestrzeni. Nad spójnością i ciągłością procesu terapeutycznego czuwa zespół konsultacyjny, który omawia postępy i wyznacza nowe kierunki pracy z dzieckiem podczas organizowanych cyklicznie zebrań klinicznych. W zebraniach uczestniczą wszyscy członkowie zespołu terapeutycznego, którzy wspólnie dokonują ewaluacji planu terapii oraz ustalają dalszy plan działania interwencyjnego (Kastory-Bronowska, Pakuła 2002; Statut OWI PSONI<sup>1</sup>).

## **Rodzicielstwo dziecka z niepełnosprawnością w świetle badań naukowych**

Przyjście na świat dziecka niepełnosprawnego wpływa dezorganizująco na stosunki wewnątrzrodzinne i społeczne. Brak czasu na kontakty towarzyskie, napięcie wynikające ze zwiększenia obowiązków rodzicielskich, niemożliwość odpoczynku, konieczność ciągłego skupienia uwagi na dziecku, zmęczenie od-

---

<sup>1</sup> Ośrodki wczesnej interwencji działają w szczególności na podstawie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 2007, nr 14, poz. 89 ze zm.) oraz ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994, nr 111, poz. 535 ze zm.).

powiedzialnością, jednostajnością, brakiem perspektyw na przyszłość, lęk przed nią sprzyjają rozwinięciu „zespołu wypalenia się sił”, definiowanego jako utrata fizycznych i/lub psychicznych sił w konsekwencji przeciążenia sprawowaniem opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym (Stelter 2013; Pisula 1998). Cechami charakteryzującymi „zespół wypalenia się sił” są: poczucie braku energii, rezygnacja, rozproszenie sił, poczucie osamotnienia i odizolowania od otoczenia, poczucie beznadziejności podejmowanych działań skutkujące utratą motywacji (Garncarz-Podlasko 2001).

Wychowanie dziecka z niepełnosprawnością jest zadaniem trudnym, szczególnie w pierwszym etapie po narodzinach rodzice czują się osamotnieni w swoich przeżyciach. Żaneta Stelter (2014), badając role rodzicielskie osób wychowujących niepełnosprawne dzieci, zauważyła, że istotny dla realizacji wspomnianych ról okazał się aspekt emocjonalny funkcjonowania dziecka. Niepełnosprawność, a w szczególności autyzm często niosą za sobą brak kontaktu emocjonalnego, nie występują typowe reakcje społeczne, jak uśmiech czy radość. Pojawiają się natomiast trudne do akceptacji zachowania: agresja, autoagresja, apatia. To powoduje silnie odczuwany przez rodziców dysonans wobec dziecka, poczucie złapania się w pułapkę, z której nie ma wyjścia. W uczuciach rodzica dominuje cierpienie, strach, zmęczenie i nierzadko zazdrość rodzicom dzieci pełnosprawnych (Stelter 2014; Cases, Paquette 2016). Biorąc pod uwagę te wszystkie fakty, konieczne wydaje się objęcie opieką w ramach wczesnej interwencji nie tylko dzieci, ale również rodziny.

Działania interwencyjne mają na celu nie tylko włączenie rodziców w proces konstruowania i realizowania planu terapeutycznego, ale również zaopatrzenie w odpowiednią wiedzę z zakresu niepełnosprawności ich dziecka i towarzyszenie w całym procesie zmierzającym do akceptacji sytuacji, w której się znaleźli. Sprzyja to rozwinięciu się autentycznej relacji z dzieckiem opartej na szacunku, akceptacji i zrozumieniu zarówno ograniczeń, jak i potrzeb. Rozwój dziecka przebiega lepiej, gdy relacje z dorosłymi są ufne i opiekuńcze (Trivette, Dunst, Hamby 2010).

Model wczesnej interwencji skoncentrowany na rodzinie jest coraz częściej wykorzystywany w pracy terapeutycznej. Specjaliści nie ograniczają się do pracy w gabinetach, lecz trafiają do środowiska domowego. W takim podejściu wychodzi się z założenia, że rodzic posiada największą wiedzę o swoim dziecku. Terapeuci, jako osoby zaopatrzone w wiedzę co do specyfiki niepełnosprawności, etapów rozwojowych i metod stymulacji, wspólnie z rodzicem układają indywidualny plan terapeutyczny. Uczą jednocześnie obserwacji i wzmacniania zmian u dziecka. Pozwala to rodzicom, po pierwsze, lepiej rozumieć indywidualny rozwój ich dziecka, po drugie, na bieżąco reagować na te zmiany. Dostrzeganie rozwoju, czasem na pozór niezauważalnych jego elementów, umacnia

rodziców w poczuciu kompetencji opiekuńczych, daje radość z postępu syna czy córki (Pighini, Goelman, Buchanan, Schonert-Reichl, Brynelsen 2014). Ma to pozytywny wymiar w kontekście myślenia o dziecku i jego przyszłości. Zaangażowanie rodziców w proces terapeutyczny zapobiega postawom biernym, wyczekującym, pozbawionym inicjatywy. Wczesna interwencja skoncentrowana na rodzinie realizuje zadania zgodnie z ideą empowermentu. Jego celem jest wzmocnienie potencjałów, zasobów, sił tkwiących w jednostce, a także możliwości ich wykorzystania i zastosowania na drodze samorozwoju. Chodzi o zakorzenienie w jednostce silnego poczucia sprawczości i kontroli nad własnym życiem (Kulesza 2017). Dla rodziców wychowujących dzieci z niepełnosprawnościami jest to tym bardziej istotne, ponieważ wypalenie się sił rodzicielskich, stres i problemy związane z codziennością sprzyjają postawom rezygnacji. Rodzice zgłaszający się na terapię deklarują niechęć wobec podejmowania działań, przyszłość zarówno swoją, jak i dziecka widzą w czarnych barwach. Pojawiają się stany subdepresyjne, z których może rozwinąć się depresja.

Ośrodek wczesnej interwencji w swojej ofercie, poza opieką konsultacyjną całej rodziny, ma opiekę terapeuty systemowego, przeznaczoną wyłącznie dla rodziców. Terapeuci w swojej pracy nakierowanej na pomoc rodzinie wykorzystują metodę terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (TSR) oraz wideotrening komunikacji. Terapia skoncentrowana na rozwiązaniach opiera swoje założenia na inspiracjach ericksonowskich, gdzie dokonuje się swoistej depatologizacji klientów, skupienia się na zasobach, nie na deficytach (Zeig, Munion 2005). To podejście wykorzystuje TSR, który w swoich założeniach koncentruje się na przeniesieniu punktu ciężkości z problemów na rozwiązania. Nadrzędnym celem pracy z wykorzystaniem TSR jest odnalezienie alternatyw dla obecnej sytuacji, dających możliwość zmiany i sprzyjających spojrzeniu na siebie z nowej perspektywy. Terapia służy rozwinięciu umiejętności nadawania bardziej użytecznego znaczenia rzeczywistości otaczającej klienta, a także podejmowania użyteczniejszych działań (Świtek 2009). W przypadku rodziców dzieci z niepełnosprawnościami dzięki terapii wykształcają się konstruktywne sposoby radzenia sobie ze stresem i trudną sytuacją. Rodziny zaczynają dostrzegać pozytywne zmiany związane z faktem bycia rodzicem dziecka niepełnosprawnego. Zauważają wytworzenie się szczególnej więzi między członkami rodziny, dokonuje się w nich przemiana religijna, zwrot w kierunku wiary, przewartościowanie celów życiowych, uwrażliwienie na drugiego człowieka (Pisula 2015).

Dopełnieniem działań łączących terapię z dzieckiem i opiekę nad rodzicem jest wideotrening komunikacji. Metoda ta opiera się na analizie nagrań wideo wykonanych przez terapeutę podczas rutynowych czynności domowych w relacji rodzic – dziecko. Akcent kładzie się na rozbudowywaniu pozytywnych kontaktów. Podstawową orientacją wideotreningu komunikacji jest wychodzenie od

mocnych stron całego systemu rodzinnego i poszczególnych jego członków, rozwijanie tego, co funkcjonuje dobrze, wspieranie rodziny w środowisku domowym i środowisku jej życia, wczesne zapobieganie nawarstwianiu się nieprawidłowości w relacjach rodzice – dziecko (Reczek, Srzednicka, Kaczmarek-Maderak 2007). Dzięki tej metodzie rodzice nabierają wiary we własne siły i kompetencje wychowawcze, rozwija się w nich przekonanie o swojej skuteczności i coraz częściej zauważają postępy dziecka, co sprzyja wzmacnianiu więzi między członkami rodziny.

### Głos matek dzieci z autyzmem

Na konieczność wczesnych oddziaływań terapeutycznych obejmujących swym zakresem również rodziny wskazują wyniki rozmów przeprowadzonych wśród czterech matek dzieci z autyzmem (tab. 1). Dzieci są w wieku od 5 do 7 lat i wszystkie poza OWI uczęszczają do przedszkoli. Dwie dziewczynki opanowały mowę i obecnie prezentują wysoki poziom funkcjonowania psychospołecznego. Najmłodszy chłopiec nie opanował mowy na poziomie komunikacyjnym, nadal pojawiają się u niego zachowania trudne. Respondentki są objęte opieką konsultacyjną i terapeutyczną, jaką oferuje ośrodek wczesnej interwencji. Dzieci uczestniczą w zajęciach terapeutycznych przynajmniej od 2 lat. Dodatkowo część z matek korzystała z pomocy wideotreningu komunikacji w domu.

**Tab. 1.** Trudności rodzicielstwa dziecka z autyzmem z perspektywy matek

|                                          | <b>Wypowiedzi matek<sup>2</sup></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sytuacja emocjonalna po diagnozie</b> | <p>1: Kiedy usłyszałam diagnozę „autyzm wczesnodziecięcy”, to pamiętam, że siedziałam na korytarzu poradni i płakałam dwie godziny. Pocieszała mnie wszyscy, łącznie z paniami sprzątaczkami na Pilickiej, a potem już było tylko gorzej.</p> <p>2: Na zajęciach „Mama i ja” panie sygnalizowały różne niepokojące zachowania. Sama miałam poczucie nieradzenia sobie z trudnymi zachowaniami. Ta lawina krytyki otoczenia i własnej bezsilności była tak duża, że diagnozę przyjąłam z ulgą. Wreszcie wiadomo było, co się dzieje. Miałam też okres, kiedy obwinałam siebie, szukałam każdej możliwej przyczyny, skąd to się wzięło, analizowałam ciężę, pierwsze miesiące życia, czy mogłam coś przeoczyć, zaniedbać. Z tego czasu pamiętam uczucie dominującego smutku i jakiejś takiej matni i strachu, co będzie dalej, jak ja sobie z tym poradzę [...].</p> <p>3: Największym szokiem była dla mnie pierwsza diagnoza syna, w wieku 10 miesięcy, która mówiła, że cierpi on na mózgowie porażenie</p> |

<sup>2</sup> 1. mama Blanki (lat 7), 2. mama Weroniki (lat 5;6), 3. mama Kuby (lat 5), 4. mama Olka (lat 5).

|                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                      | <p>dziecięce. Pamiętam, że ten czas był dla mnie wyjątkowo trudny. Oto moje wymarzone, wyczekane „idealne i zdrowe” dziecko, wobec którego miałam wielkie plany i wyobrażenia, zniknęło... i pojawił się strach, wielki strach. Zaraz potem niepewność, co będzie?, jak będzie? jak ja sobie poradzę? Przecież dopiero uczyłam się być matką, a tu z dnia na dzień miałam nauczyć się być matką dziecka niepełnosprawnego – wydawało mi się, że to niemożliwe, byłam pewna, że nie dam rady.</p> <p>4: Dopiero kiedy go zdiagnozowali, zaczęłam zauważać pewne jego zachowania. To znaczy ja je widziałam wcześniej, takie symptomy dziecka autystycznego, natomiast jak został zdiagnozowany, to bardziej się na to wyczuliłam. Potem miałam żal do siebie, że wcześniej tego nie zauważyłam, że mogłam go wcześniej zdiagnozować i ta terapia mogła być wcześniej podjęta.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Przeżycia w okresie między diagnozą a terapią</b> | <p>1: To był czas mojego niewychodzenia z nią na dwór, bardzo nie lubiłam innych rodziców, innych dzieci. Generalnie chyba nie lubiłam nikogo, najbardziej siebie. Siedziałam i płakałam, a życie ogarniali wszyscy inni, nie ja. Po czterech latach nadal jest to dla mnie trudne.</p> <p>2: To był dla nas bardzo trudny okres, bo w tamtym czasie Weronika zaczęła chodzić na zajęcia dla 2,5-laktów przygotowujące dzieci do przedszkola. Niby nic wielkiego. 3 razy w tygodniu kilka godzin wspólnej zabawy z dziećmi, gdzie zupełnie nie dawała sobie rady i jej trudności na tle grupy stawały się coraz bardziej widoczne. Bardzo źle to znosiła, ja również, więc kiedy pojawiła się propozycja umieszczenia jej w przedszkolu OWI i uczestnictwa w zajęciach, poczułam ulgę, że jej będzie łatwiej, uspokoi się, a ja razem z nią.</p> <p>3: Były olbrzymie wyrzuty sumienia, szukałam w sobie winy za problemy mojego syna. Wyrzucałam sobie, dlaczego wcześniej nic nie zauważyłam, sądziłam, że gdybym wcześniej coś zrobiła, to dziś byłoby lepiej. Później pojawiło się zaprzeczenie – myśl, że może jednak to nieprawda, że oni wszyscy się mylą, swoiste obrazanie się na rzeczywistość. Kolejnym krokiem była chęć wypróbowania wszystkich dostępnych metod i form terapii, by dokonać „uzdrowienia” dziecka. Dopiero na samym końcu przyszła akceptacja, systematyczna praca nad tym, co jest możliwe do zrobienia i cieszenie się z bycia razem.</p> <p>4: Była rozpacz, nie będę mówiła, że nie, bo to już człowiek myśli na zaś. Teraz Olek jest mały [...]. Na początku bardzo się bałam, myślałam o tym, jak sobie poradzi, to były przeżycia na zaś, nie w tym momencie, kiedy on jest mały, tylko co będzie, kiedy będzie starszy.</p> |
| <b>Strategie radzenia sobie z problemem</b>          | <p>1: Potem przyszedł wrzesień, przyszło zebranie się w sobie z tym wszystkim. Jako samotny rodzic musiałam to „ogarnąć”. To był też taki czas, kiedy rodzina przestała do mnie mówić, że wmawiam dziecku chorobę, że ona z tego wyrośnie, więc przypuśćmy, że w tym momencie było mi łatwiej. I to był ten czas, kiedy zaczęłam działać, bo tak było mi lepiej, było mi łatwiej pogodzić się z tym – trudno jest mi powiedzieć, bo nadal się z tym nie pogodziłam – ale oswoić swojego wroga. Zaczęłam bardzo dużo czytać, zaczęłam korzystać z opieki psychologa, próbowałam dostać się na wszystkie możliwe realizowane warsztaty i projekty w Warszawie dotyczące pogodzenia się z niepełnosprawnością dziecka z autyzmem, generalnie</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                   | <p>wszystko, co było skierowane do rodziców, bo wiedziałam, że jeżeli ja się nie podniosę, to nie podniosę jej i nie udźwignę całości tego. Następne dwa lata to była walka o to, co wiem, co umiem, co rozumiem, bardzo dużo wyjeżdżałam na różne konferencje, warsztaty.</p> <p>2: Przetrwąć kolejny dzień w spokoju i nie zamartwiać się o przyszłość. Uczę się tolerancji, radości nawet z małych sukcesów córki, niestawiania wygórowanych wymagań. Nauczyłam się żyć w systemie zadaniowym, tydzień podporządkowany jest dniom terapii córki i jej nastrojom czy kondycji fizycznej i psychicznej. Kiedy ma gorszy okres, nie planuję wizyty w urzędzie, zakupów w dużym sklepie itp.</p> <p>3: Myślę, że dobrą strategią na radzenie sobie z codziennymi problemami związanymi z opieką, wychowaniem czy po prostu byciem z dzieckiem z ASD jest poszukiwanie innych ludzi, którzy borykają się z podobnymi problemami. Mówię tu o innych rodzicach dzieci ze spektrum autyzmu. Powstaje coraz więcej miejsc czy grup wsparcia, w których można znaleźć takich ludzi i poczuć się „wśród swoich”. Takie zrzeszenia dają ogromne wsparcie poprzez doświadczenie wspólnoty, akceptacji, zrozumienia czy dzielenia się doświadczeniami. Ja osobiście mam kilka bliskich koleżanek – mam dzieci z autyzmem, z którymi kontakt jest dla mnie olbrzymim wsparciem, bo daje mi poczucie, że jest ktoś, kto naprawdę rozumie, o czym mówię.</p> <p>4: Ja zaczęłam szukać placówek dla Olka w Internecie. Nie chce ze mną w domu pracować i to jest ból. No i przede wszystkim terapia. Od razu jak Olek został zdiagnozowany, zaczął chodzić do poradni i od samego początku jest z nami w soboty i w niedziele nauczyciel, który pracuje z takimi dziećmi [...]. Przychodzi do nas w soboty i w niedziele na dwie godziny.</p> |
| <p><b>Choroba dziecka z perspektywy matki</b></p> | <p>1: Choroba mojej córki to na pewno z mojej strony poświęcenie samej siebie. Od prawie pięciu lat tylko i wyłącznie jej [...].</p> <p>2: Nie myślę o córce jak o chorym dziecku. Na co dzień mieszkamy tylko we dwie, ona dobrze funkcjonuje, rozumiem jej gorsze okresy, więc jej trudności stały się po prostu częścią jej charakteru. Gorzej jest, gdy gdzieś wyjeżdżamy i na nie nakłada się stres związany z brakiem rutyny, zmianą miejsca czy obecnością dodatkowych osób. Wtedy najczęściej jest mi smutno, że ona pewnych, dla innych dzieci zupełnie naturalnych rzeczy po prostu „nie przeskoczy”.</p> <p>3: Bycie matką dziecka z autyzmem [...] to olbrzymie wyzwanie. To także odpowiedzialność, wymagająca cierpliwości, dobrej organizacji, logistyki, dyscypliny w stosunku do siebie. To również ogromny wysiłek zarówno fizyczny, jak i psychiczny. Czasem to wrażenie bycia nierozumianym, innym. To zakłopotanie, a nawet złość. To także doświadczenie zmieniające stosunek do samej siebie i konfrontacja ze stereotypami, niezręcznie stawiającymi matkę dziecka niepełnosprawnego w roli umęczonego herosa. To wreszcie umiejętność godzenia się z tym, że nie wszystko uda się naprawić bądź zmienić, że pewne rzeczy są na zawsze.</p> <p>4: To jest praca 24 na dobę. Jest ciężko z Olkiem. Muszę cały czas na niego zwracać uwagę, jego jest wszędzie pełno. Jest ciężko, jest ciężko. Ja nie mam czasu się położyć, nie mam czasu zachorować.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Źródła wsparcia</b>             | <p>1: Moja córka... Jej sukcesy, nawet jej porażki... A także OWI – samo miejsce, samo to, że są inni rodzice, możemy sobie pożartować, możemy się sobie pożalić – nikt nas tak dobrze nie zrozumie, jak my siebie.</p> <p>2: Liczę na siebie. Są oczywiście moi rodzice, tata córki, ale to ja najwięcej czasu spędzam z córką i ostatecznie do mnie należy ostatnie słowo, jeśli chodzi o wybór przedszkola, dodatkowych terapii czy zajęć. Ten ciężar odpowiedzialności czuję, zwłaszcza gdy coś idzie nie tak i pojawia się pytanie, czy można było coś zrobić inaczej, lepiej, uniknąć trudności. Nie widzę chęci pomocy w placówkach oświatowych.</p> <p>3: To, co mnie najbardziej wspiera w byciu matką dziecka z autyzmem, to wiedza – sprawdzona, rzetelna wiedza, na której mogę budować plan pomocy mojemu dziecku. Taki plan, który wyczerpuje wszystkie możliwości, ale jednocześnie jest też możliwy do spełnienia. Moją strategią na radzenie sobie z tą sytuacją jest działanie, angażowanie się w terapię dziecka, nieuciekanie od problemu, korzystanie ze szkoleń czy warsztatów dla rodziców. Gdyż wszystko, co wspiera moje dziecko, wspiera również mnie, daje mi energię do dalszego działania. Daje mi nadzieję na osiągnięcie najważniejszego celu – samodzielności.</p> <p>4: Moi rodzice bardzo nam pomagali, córki moje [...], córki moje w ogóle są super, one bardzo dużo się Olkiem zajmują, mają tak dużo empatii. Tata Olka „załatwia” wożenie i przywożenie z przedszkola, to jest jego obowiązek i to jest dopilnowane.</p>                                                                                                                       |
| <b>Co zmieniło dziecko w matce</b> | <p>1: Byłam zapatrzoną w siebie egoistką, dla której w pewnym momencie liczyła się tylko kariera i nic więcej, nie chciałam mieć dzieci, drażniły mnie. Teraz mam w sobie bardzo dużo akceptacji, jakiejś mądrości życiowej... Ta choroba dała mi też możliwość na poznanie lepszej siebie, bardziej empatycznej, bardziej wyrozumiałej.</p> <p>2: Choroba córki zmieniła moje podejście do życia, znajomych, pracy, do samej siebie. Pracowałam kiedyś dla dużych firm, dużo podróżowałam, miałam sporo znajomych. Żyłam aktywnie i sądziłam, że po urodzeniu dziecka za wiele się nie zmieni. Dzisiaj już się przekonałam, że macierzyństwo zmienia wszystko, a dziecko, które wymaga dodatkowej opieki, cierpliwości, potrzebuje jeszcze więcej czasu i uwagi [...]. Nie pamiętam, kiedy usiadłam z książką, gazetą czy po prostu pospałam po południu, bo byłam zmęczona. Nawet jak jestem chora, jestem „na chodzie”, bo i tak niczego to nie zmienia. Muszę zrobić, co trzeba i nie ma mnie kto zastąpić. Staram się nie zauważać przepisanych z roku na rok postanowień, by porządnie zrobić badania okresowe czy zapisać się na jakiś zawodowy kurs doszkalający. Nie pracuję teraz na pełnym etacie. Mam swoją działalność, bo tylko taki rodzaj pracy umożliwia mi swobodne dysponowanie czasem. Nie jest to praca, która pozwalałaby mi na realizację zawodowych ambicji czy nawet wykorzystanie wszystkich umiejętności [...]. Mam świadomość tych ograniczeń i pracuję nad tym, by znaleźć czas dla siebie, tylko popołudnia po powrocie córki z przedszkola są takie krótkie, a zmęczenie doskwiera, więc odsuwa się to wszystko w czasie i tak mija rok za rokiem.</p> |

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                               | <p>3: Samo doświadczenie macierzyństwa na zawsze zmienia kobietę, ale myślę, że doświadczenie urodzenia dziecka z niepełnosprawnością odzwierciedla się w kobiecie w sposób szczególny. Kiedy myślę o sobie z czasów, gdy Kuby nie było na świecie, to myślę, że zmieniałam się bardzo. Na pewno stałam się bardziej otwarta na świat, na innych ludzi. Stałam się bardziej uważna i empatyczna w stosunku do innych. Myślę, że jestem bardziej stanowcza, dowiedziałam się też o sobie, że potrafię być bardzo waleczna, wytrwała i odważna. Kuba nauczył mnie także cierpliwości, mam w nim prywatne „krzywe zwierciadło” własnych zachowań, więc muszę się bardzo pilnować.</p> <p>4: Dużo się u mnie zmieniło, ponieważ wcześniej ja pracowałam zawodowo i to bardzo intensywnie. Od półtora roku jestem mamą w domu, ale to ze względu na to, że Olek ma rehabilitację i trzeba z nim pojechać [...]. Było ciężko. Ja nie pracuję już drugi rok. Najgorsze było pierwsze pół roku, bo nie mogłam sobie miejsca znaleźć. Jak Olek jechał do przedszkola, ja zostawałam w domu... bardzo źle się czułam w domu, bo odkąd skończyłam szkołę, pracowałam... to mi bardzo przeszkadzało.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p><b>Potrzebna pomoc</b></p> | <p>1: Taka grupa wsparcia, w której człowiek nie czuje się sam i w której może się z kimś spotkać i na przykład usłyszeć nie taki wyświechtany tekst, że wszystko będzie dobrze, tylko może spotkać się z innymi rodzicami w tym samym momencie swojej drogi życiowej, czyli na przykład na początku, w pierwszym roku tego, kiedy dowiaduje się o chorobie swojego dziecka i po prostu porozmawiać o tym, jak to jest żyć z chorym dzieckiem. Bo rodzic z tym wszystkim jeszcze bardzo się w sobie zamyka, ma bardzo wiele takich ciężkich sytuacji.</p> <p>2: Myślę, że bardzo przydałaby się dobra strona internetowa z rzetelnymi informacjami o autyzmie, rodzajach terapii, forum. Po otrzymaniu orzeczenia wiele osób na ślepo weryfikuje informacje, szuka wsparcia, czyta o różnych terapiach. Właściwie wszyscy przechodzą przez to, opierając się na informacjach z Internetu, których jakoś jest różna. Działa oczywiście „rodzicielska poczta pantoflowa”, ale to nie to samo, co informacje z pierwszej ręki. Wydaje mi się też, że mamy, które spotykam w poczekalni, mają dużą potrzebę „wygadania się”. Czasami aż czuję się skrzepowana intymnością informacji, którymi dzielą się inne mamy, zwierając z trudności w związku, zmęczenia, braku pomocy i zrozumienia. Kilkakrotnie miałam już taką refleksję, że przydałaby się jakaś grupa wsparcia pod kierunkiem psychologa, najlepiej w czasie, kiedy dzieci są na zajęciach, bo i tak jest to czas spędzony poza domem.</p> <p>3: Obserwując innych rodziców, jak i samą siebie, mam poczucie, że czegoś w tym systemie brakuje, czegoś jest za mało. Moim zdaniem, przynajmniej na początku swojej drogi, zaraz po diagnozie, rodzice potrzebują profesjonalnego wsparcia nie tylko w postaci terapii dla dziecka, ale również wsparcia dla siebie. Myślę, że żeby efektywnie pomóc dziecku, to najpierw trzeba zadbać o rodzica, bo to on będzie stanowił filar dalszego procesu usprawniania czy terapii dziecka.</p> <p>4: Mało jest tolerancji. Większy dostęp, tego jest mało. Integracja to jest tylko teoria, tego nie ma w praktyce. Rodzice nie chcą mieć w klasie dziecka z autyzmem w szkołach integracyjnych.</p> |

|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Spoleczny odbiór autyzmu a odczucia matki</b> | <p>1: Na przykład moja córka histeryzowała i potrafiła krzyczeć po 3–4 godziny wieczorami. Pukali do mnie sąsiedzi, czekałam na to, co byłoby dla mnie najgorsze, że przyszlaby do mnie policja i zapytała „Co Pani robi swojemu dziecku?”. O tym się nie mówi, ale tak jest. Na wiele rzeczy dzieciom się pozwala: ze wstydu? z lęku?</p> <p>2: Myślę, że sporo w temacie autyzmu już się w społecznej świadomości zmieniło. Jest świadomość choroby, tylko niestety opiera się na stereotypach. Na porządku dziennym są uwagi na ulicy, w sklepach, pociągu czy komunikacji miejskiej, że dziecko rozwyrzone, że brak wychowania, dyscypliny itp. Myślę, że w przypadku autyzmu podejście do niepełnosprawności nie odbiega od innych chorób. W zależności od środowiska poprawność polityczna wymaga, by przynajmniej głośno nie wyrażać swojej dezaprobaty, ale w swoim otoczeniu nikt z nas nie chce osób, które mogą sprawiać problemy. Weronika uchodzi wśród naszych znajomych za dziecko zdrowe, choć nieco ekscentryczne... W moim otoczeniu 100% osób wykształconych, otwartych, niby myślących nowatorsko, bez uprzedzeń, nie chce dla swoich dzieci kontaktu z niepełnosprawnymi rówieśnikami. „Po co nam Downy czy Aspergery, skoro można posłać do zwykłej szkoły bez dzieci z obciążeniem”. O ile jeszcze dysfunkcje fizyczne jakoś uchodzą, to inne schorzenia są postrzegane jako zagrożenie dla własnych wychuchanych dzieci.</p> <p>3: Myślę, że za sprawą kampanii społecznych, publikacji w środkach masowego przekazu wiele zmienia się w świadomości społecznej na temat autyzmu. Problem został zauważony, myślę, że zwiększa się tolerancja dla różnorodności. Ale z mojego doświadczenia wynika, że wciąż ta rozpowszechniona wiedza nacechowana jest różnego rodzaju stereotypami. Z jednej strony wielokrotnie nietypowe zachowania mojego syna były uznane za niegrzeczne. Nie pomagały nawet tłumaczenia, że ma autyzm, że może inaczej odbierać sygnały płynące z zewnątrz [...], najczęściej słyszałam, że przesadzam, że wszystko to wynik bezstresowego wychowywania. Z drugiej strony często słyszę niedowierzanie co do diagnozy syna. Funkcjonuje stereotyp, że dziecko z autyzmem nie nawiązuje relacji, że jest wycofane, nieufne, najczęściej niekomunikujące się w sposób werbalny, a jego znakiem rozpoznawczym są różnego rodzaju stereotypy, takie jak machanie palcami przed oczami czy chodzenie na palcach. Mój syn ze swoją nieadekwatną aktywnością, lawiną słów, łamaniem wszelkich barier, nadmierną odwagą w stosunku do obcych, nie mieści się w tych społecznych kryteriach autyzmu.</p> <p>4: Przykładowo, jak jeżdżę komunikacją miejską, widać, że z dzieckiem coś nie tak, słyszę jakieś głupie komentarze, że dziecko jest niegrzeczne... ja już na to nie reaguję. Na początku się denerwowałam i frustrowałam tym. To było na początku, jak zaczęłam z nim tu przyjeżdżać. Jeżdżę komunikacją miejską także po to, by Olek nauczył się funkcjonować w takich sytuacjach. Kiedyś podczas podróży miałam nieprzyjemną przygodę, gdy pasażer, mimo że uprzedzałam, żeby się przesiadł, nie zrobił tego i po 10 minutach odwrócił się i zapytał, czy ja go w końcu uspokoję. Ja mu odpowiedziałam, że to się tak nie da, bo on jest chory. Pan odpowiedział, że jeśli syn jest chory, to powinnam jeździć samochodem lub jakąś inną</p> |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                               | komunikacją i jego to nie interesuje. Odpowiedziałam mu, że on jest taką samą osobą jak Pan i ma takie samo prawo jeździć autobusem jak Pan. To była dla mnie bardzo nieprzyjemna sytuacja, wręcz taka, że się popłakałam. Najmniejsza tolerancja jest wśród młodzieży.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Znaczenie ośrodka wczesnej interwencji</b> | <p>1: Był wsparciem i jest wsparciem, był drogowskazem i takim bezpiecznym miejscem. Komfort tego, że osoby z doświadczeniem oglądają moje dziecko, poznają, śledzą jego postępy (bądź ich brak), jest bardzo ważny, nadaje sens temu. Dzięki OWI mam poczucie, że jeżeli ja nie zauważę, że coś jest nie tak, to wiem, że zauważy to ktoś z terapeutów.</p> <p>2: Jestem bardzo wdzięczna pracownikom OWI za ciepło, uśmiech, zrozumienie, wsparcie dla mnie i córki. Jesteśmy pod opieką ośrodka już kilka lat i nie pamiętam sytuacji, kiedy zobaczyłabym na twarzy terapeutów, lekarzy czy psychologów cień zniecierpliwienia lub dezaprobaty. To jedyne miejsce, któremu ufam. Chodziłyśmy z córką na kilka zajęć prywatnie przez jakiś czas, ale kiedy okazało się, że nawet nie ma założonej karty i nie ma żadnej dokumentacji, co działo się z dzieckiem, jaki jest plan terapii, zrezygnowałam. Cenię w OWI, że dzieckiem zajmuje się kilku specjalistów, którzy mają z sobą kontakt, że są konsultacje. Wszystko odbywa się pod jednym dachem, w duchu jednej filozofii. Cenię wymianę informacji z terapeutami po każdych zajęciach, wiem, co się dzieje i jak córka pracowała na danych zajęciach, co sprawia jej trudność, a z czym sobie poradziła. To dla nas ważne, bo mam ambitną córkę, która bardzo przeżywa swoje małe porażki. Niejednokrotnie też rozmowy z naszą panią psycholog czy psychiatrą nakierowywały mnie na właściwe tory, by nie przesadzać z matczyną troską. Kontakt jest ciągły, więc na bieżąco można otrzymać wsparcie w razie jakichś problemów.</p> <p>3: Dla mnie OWI to przede wszystkim bezpieczna przystań – to miejsce, w którym czuję się rozumiana, nie odmówiono mi tu nigdy żadnej pomocy. To miejsce, gdzie mój syn dostaje profesjonalne, kompleksowe wsparcie. Mam poczucie, że jest w dobrych rękach. Jako rodzic mam pewność, że zrobiłam dla niego wszystko to, co było możliwe do zrobienia, żeby kiedyś, gdy pójdzie w świat swoją drogą, żyło mu się jak najlepiej.</p> |

## Podsumowanie

Pojawienie się w rodzinie dziecka z niepełnosprawnościami wiąże się z kryzysem. Rodzice stają wobec szeregu nowych wyzwań, ich role rodzicielskie ulegają zmianie, pojawia się nieoczekiwana konieczność przeformułowania dotychczasowego funkcjonowania całego systemu rodzinnego. Do tego dochodzi potrzeba „pogrzebania” marzeń o zdrowym dziecku i jego przyszłości. Poczucie niekompetencji opiekuńczo-wychowawczych związanych z brakiem wiedzy na temat niepełnosprawności i źródeł pomocy, a także niepewny los dziecka potęgują stres rodzicielski. Rodzice przeżywają wstyd, czują się skrzywdzeni przez los, napiętnowani, często izolują się od otoczenia i zamykają w czterech

ścianach domu, trawiając w samotności swoje nieszczęście. Kryzysowa sytuacja rodzin wychowujących dziecko z niepełnosprawnością jest mocnym argumentem przemawiającym za koniecznością wczesnej interwencji terapeutycznej obejmującej zarówno dzieci, jak i ich rodziny. Oczywisty wydaje się fakt oddziaływań terapeutycznych nakierowanych na dziecko. Wczesna interwencja ma na celu wyrównanie opóźnień rozwojowych lub stymulowanie funkcji, które te opóźnienia generują.

Praca nad wszystkimi płaszczyznami, a więc poznawczą, komunikacyjną, emocjonalno-społeczną i ruchową, ma umożliwić dziecku osiągnięcie pełni jego możliwości rozwojowych i zagwarantować najlepszy start na drodze edukacyjnej. Nie należy jednak przy tym zapominać o rodzicach. Placówki wczesnej interwencji oraz inne placówki terapeutyczne powinny mieć w swojej ofercie pomoc rodzinom w aspekcie informacyjnym, a więc wyposażać rodziny w niezbędną wiedzę na temat specyfiki funkcjonowania ich dziecka. Matki, z którymi przeprowadzono wywiady, zgłaszały ogromną potrzebę wiedzy dotyczącej autyzmu. Mówiły o szukaniu informacji o całościowych zaburzeniach rozwoju w Internecie jako jednej z pierwszych czynności po otrzymaniu diagnozy. Wiedza o niepełnosprawności eliminuje poczucie niekompetencji i sprzyja rozumieniu niektórych zachowań, a także umożliwia przeciwdziałanie takim, które są nieakceptowane społecznie. Placówki powinny również dysponować wiedzą na temat innych formalnych źródeł pomocy, a więc ośrodków medycznych specjalizujących się w danej niepełnosprawności, przedszkoli oraz szkół specjalnych i integracyjnych, poradni psychologiczno-pedagogicznych, a także informacji o możliwościach uzyskania różnego rodzaju subwencji czy innej pomocy z racji niepełnosprawności. Konieczne wydaje się włączenie rodziców w proces terapeutyczny poprzez przekazywanie instruktaży do pracy z dzieckiem w domu. Spełnia to dwa zadania: po pierwsze, gwarantuje ciągłość terapii w jednym nurcie, po drugie, daje rodzicom poczucie kontroli zarówno nad samym procesem, jak i rozwojem dziecka. Poczucie kontroli z kolei zmniejsza lęk i przywraca ład zaburzonemu funkcjonowaniu rodzinnemu.

Innym rodzajem pomocy gwarantowanej przez ośrodki wczesnej interwencji powinna być pomoc psychologiczna udzielana rodzicom. Matki wspominają o poczuciu osamotnienia, niezrozumienia przez otoczenie, a z drugiej strony mają potrzebę zrzucenia z siebie ciężaru tłumionych emocji poprzez rozmowę ze specjalistą lub inną matką w ramach grup wsparcia. Ośrodek wczesnej interwencji spełnia założenia interdyscyplinarnej pomocy o szerokim zakresie. Obejmuje opieką zarówno dzieci, jak i rodziny, pierwszym umożliwiając jak najpełniejszy rozwój psychoruchowy, drugim towarzysząc na trudnej drodze adaptacji do niepełnosprawności dziecka. Wiadomo natomiast, że tylko pełna adaptacja niepełnosprawności stwarza możliwość autentycznej relacji między dzieckiem

a rodzicem. Adaptacja, a co za tym idzie, akceptacja niepełnosprawności dziecka, umożliwia zaspokajanie jego faktycznych potrzeb i daje przestrzeń dla rozwoju pozytywnych emocji, budując silną więź sprzyjającą dobrostanowi psychologicznemu obu stron.

## Bibliografia

- Borkowska M., 2008, *Neurofizjologiczne procesy uczenia się i najczęstsze zaburzenia tego procesu* [w:] *Zeszyt terapeuty. Edukacja, profilaktyka, terapia*, red. I. Sosin, M. Matraszek, Warszawa: Polskie Towarzystwo Dysleksji Oddział nr 1, Centrum Wspomagania Rozwoju Osobowości, Wydział Pedagogiczny Wyższej Szkoły Społeczno-Ekonomicznej w Warszawie.
- Casses M.M., Paquette K.R., 2016, *Standing outside the fire: reminding objective and family based in early intervention*, „Education”, 137 (2), s. 123–132.
- Garncarz-Podlasko A., 2001, *Sytuacja psychospołeczna rodziców dzieci autystycznych w kontekście zespołu wypalania sił* [w:] *Autyzm wyzwaniem naszych czasów*, red. T. Gałkowski, J. Kossewska, Kraków: Wydaw. Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Kastory-Bronowska M., Pakuła Z., 2002, *Wczesna interwencja*, Warszawa: Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym.
- Kulesza M., 2017, *Rodzinne zasoby w pedagogice społecznej i praktyce psychopedagogicznej*, Warszawa: Wydaw. Difin.
- Kulakowska Z., 2003, *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*, Lublin: Wydaw. Foliu.
- Parchomiuk M., 2011, *Osobiste i rodzinne korelaty aktywności zawodowej matek dzieci z niepełnosprawnościami*, Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Pighini M.J., Goelman H., Buchanan M., Schonert-Reichl K., Brynelsen D., 2014, *Learning from parents' stories about what works in early intervention*, „International Journal of Psychology”, 49 (4), 263–270.
- Piotrowicz R., 2014, *W poszukiwaniu interdyscyplinarnego modelu wsparcia małego dziecka i rodziny* [w:] *Interdyscyplinarne uwarunkowania rozwoju małego dziecka. Wybrane zagadnienia*, red. R. Piotrowicz, Warszawa: Wydaw. APS.
- Pisula E., 1998, *Psychologiczne problemy rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju*, Warszawa: Wydaw. Uniwersytetu Warszawskiego.
- Pisula E., 2015, *Rodzice dzieci z autyzmem*, Warszawa: PWN.
- Reczek E., Szrednicka U., Kaczmarska-Maderak A., 2007, *Zobaczyć, zrozumieć, zmienić. Wideo-trening komunikacji*, Kraków: Wydaw. Plus.
- Sadowska L., 2002, *Podstawy neurofizjologiczne rozwoju psychoruchowego dzieci*, „Kwartalnik Polskiego Towarzystwa Medycyny Manualnej”, 6 (3 i 4), s. 3–10.
- Stelter Ż., 2013, *Pełnienie ról rodzicielskich wobec dziecka niepełnosprawnego intelektualnie*, Warszawa: Difin.
- Stelter Ż., 2014, *Sposób realizacji roli rodzicielskiej wobec dziecka niepełnosprawnego intelektualnie*, „Polskie Forum Psychologiczne”, 19, 1, s. 87–109.
- Świtek T., 2009, *Ścieżki rozwiązań*, Kraków: Księgarnia Akademicka.
- Trivette C., Dunst C. & Hamby D., 2010, *Influences of family-systems intervention practices on parent – child interactions and child development*, „Topics in Early Childhood Special Education”, 30(1), s. 3–19.

- Zeig J.K., Munion W.M., 2005, *Milton H. Erickson*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Żyta A., 2004, *Rodzeństwo osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną*, Kraków: Wydaw. Impuls.

### **Early Intervention Centre as a place of support for children with disabilities and their parents**

#### **Summary**

The article discusses the importance of early therapeutic intervention for the development of a child with disability and also for his/her family. The work of the Early Intervention Centre serves as an example for the description of the phenomenon. The first part of the article is devoted to the description of operation of the therapeutic facility offering comprehensive assistance to children aged 0 through 7 and to their families. Then, it focuses on presenting difficult situation of parents who bring up a child with disabilities. This is to be a strong argument speaking for the need to cover with therapeutic intervention not only children but also their families. The last part is a presentation of interviews conducted by the authors with mothers of children with autism who are under the care of the Early Intervention Centre in Warsaw. The aim of the interviews was to present perspective of the parent being a participant in the child's therapeutic process, as well as to show the experiences of mothers bringing up children with autism. The article ends with conclusions confirming the necessity of therapeutic work with the child and his/her parent as one of the most important ways leading to effective adaptation to disability.

Key words: Early Intervention Centre (OWI), autism, parents of children with disabilities

**Edyta Tomińska Conte**

Uniwersytet w Genewie, Szwajcaria

## **OPIEKA LOGOPEDYCZNA JAKO PODSTAWOWE WSPARCIE DLA DZIECI Z WADĄ SŁUCHU W SZWAJCARII ROMAŃSKIEJ**

Obecnie przyjęto, że po wykryciu wady słuchu i zaprotezowaniu opieka logopedyczna stanowi najważniejszy element wczesnej interwencji. Celem artykułu jest pokazanie, jak zorganizowane jest wsparcie dzieci z wadą słuchu i ich rodzin, a w szczególności, jak zorganizowana jest opieka logopedyczna nad dzieckiem w Szwajcarii na przykładzie części romańskiej<sup>1</sup>.

Słowa kluczowe: interwencja logopedyczna, dzieci z wadą słuchu, wczesne i szkolne wsparcie

### **Wstęp<sup>2</sup>**

Od lat 70. XX w. Szwajcaria jest jednym z czołowych krajów prowadzących badania nad implantami ślimakowymi. Pierwsze operacje wszczepienia implantu przeprowadzono w Zurychu i Genewie w 1977 roku (Brand i in. 2014: 2). W latach 80. XX w. w Klinice Otolaryngologicznej i Chirurgii Głowy i Szyi Szpitala Uniwersyteckiego w Genewie powstał zespół badawczy pod kierunkiem profesorów Montandona i Pelinzzona, współpracujący z naukowcami ze Stanów Zjednoczonych i Australii, którzy opracowali pierwsze implanty wielokanałowe (Kos 2010: 11). Pierwszej operacji wszczepienia implantu wielokanałowego pierwszej generacji u pacjenta dorosłego dokonano w Genewie, w 1985 roku (była to pierwsza tego typu operacja w Europie), z kolei pierwsza implantacja dziecięca miała miejsce w 1996<sup>3</sup>. W 1994 roku otwarto Romańskie Centrum Implantów Ślimakowych oraz jego filię w Szpitalu Uniwersyteckim

---

<sup>1</sup> Szwajcaria romańska składa się z 6 kantonów francuskojęzycznych: Genewa, Vaud, Valais, Fryburg, Jura, Neuchatel, oraz jednego włoskojęzycznego: Ticino.

<sup>2</sup> Autorka składa podziękowania dr Katarzynie Icie Bieńkowskiej i dr hab. Agnieszce Myszcze za zaproszenie do tej edycji i cenną pomoc w opracowaniu językowym niniejszego tekstu.

<sup>3</sup> Romańskie Centrum Uniwersyteckie Implantacji Ślimakowej w Genewie prowadzi obecnie badania nad implantem westybularnym (m.in. Formos Perez i in. 2014) przeznaczonym dla osób z zaburzeniami równowagi.

kantonu wodlańskiego w Lozannie. Obecnie centra implantologiczne zlokalizowane są, oprócz dwóch wymienionych, w szpitalach uniwersyteckich w Bazylei, Bernie, Lucernie i Zurychu. Jak podają Brand i in. (2014), rocznie w Szwajcarii implantuje się ok. 150 osób, co jest proporcjonalne do liczby ludności i odpowiada odsetkowi notowanemu w innych krajach europejskich.

Aktualnie implantuje się głównie dzieci do 3. r.ż. i osoby w wieku senioralnym (od 60. r.ż.). Grupa pacjentów od 3. do 18. r.ż. stale maleje ze względu na wczesną diagnozę i badania prewencyjne słuchu u dzieci w wieku szkolnym. Ponadto zmienia się świadomość społeczeństwa szwajcarskiego na temat konieczności prowadzenia dodatkowych badań przesiewowych u dzieci w wieku szkolnym, mających na celu wykrycie lekkich, średnich, jednostronnych lub postępujących wad słuchu (tzn. tych, które nie istniały zaraz po urodzeniu dziecka lub były nikłe albo też nie zostały wykryte) (Cao-Nguyen i in. 2013). Regularnie od 2014 roku takie badania przeprowadza się w kantonie genewskim u dzieci w wieku pięciu i ośmiu lat. Nie jest to jednak ogólnie przyjęta praktyka profilaktyczna we wszystkich kantonach<sup>4</sup>.

Badania przesiewowe noworodków były prowadzone w Szwajcarii w szpitalach uniwersyteckich od początku lat 90. XX wieku<sup>5</sup>. Obowiązkowe są od 2000 roku, jednak w poszczególnych kantonach w różny sposób są prowadzone. Jak wskazują analizy Metzger i in. (2013) ze szpitala w Zurychu, badania przesiewowe prowadzi większość szpitali i klinik dla noworodków. Około 98% noworodków ma przebadane przynajmniej jedno ucho, co odpowiada przyjętym międzynarodowym standardom zdrowia.

Po wykryciu wady słuchu i zaprotezowaniu opieka logopedyczna stanowi najważniejszy element wczesnej interwencji. Celem artykułu jest więc pokazanie, jak zorganizowane jest wsparcie dzieci z wadą słuchu i ich rodzin, a w szczególności, jak zorganizowana jest opieka logopedyczna nad dzieckiem w Szwajcarii, na przykładzie części romańskiej. W szczególności poszukiwano

---

<sup>4</sup> Szwajcaria jest krajem federalnym składającym się z 26 kantonów, które dysponują władzą regionalną dotyczącą m.in. zdrowia i oświaty. Istnieje więc 26 różnych systemów opieki i wsparcia dla osób niepełnosprawnych, w tym dzieci i młodzieży z wadą słuchu, oraz 26 różnych systemów edukacji. Konfederacja helwecka szczyci się demokracją bezpośrednią, tzn. w podejmowaniu wszystkich decyzji regionalnych lub federalnych uczestniczą mieszkańcy danego kantonu przez oddanie indywidualnego głosu. Ponadto obecnie Szwajcaria jest krajem wielokulturowym i wielojęzycznym. Oprócz czterech języków narodowych (francuskiego, niemieckiego, włoskiego i retoromańskiego) nauczany i znany jest powszechnie język angielski. Ludność napływowa posługuje się wieloma językami narodowymi.

<sup>5</sup> 1990–1994, *Joint committee of infant hearing statement* – w USA; 1993 – pierwsze programy badań przesiewowych noworodków w USA, 1998 – podpisanie umowy europejskiej o badaniach przesiewowych noworodków, która miała wagę rekomendacji, aby badania te wprowadzić w życie we wszystkich szpitalach i ośrodkach położniczych.

odpowiedzi na dwa pytania: Jakie przygotowanie w tej dziedzinie posiadają logopedzi? Jak zorganizowane jest wsparcie dla dzieci z wadą słuchu w wieku przedszkolnym i szkolnym?

### **Logopedia jako kierunek studiów i przygotowanie do zawodu logopedy**

Logopedia, jak definiuje Lechta (2011: 15) jest działem nauki, „który bada prawidłowości powstawania, eliminowania i prewencji zaburzeń zdolności komunikacyjnej”. Nabywanie tej zdolności w środowisku naturalnym (przez interakcje z otoczeniem i rozwój mowy), zarówno w zakresie percepcji, jak i ekspresji, może być w różnoraki sposób opóźnione lub zaburzone w przypadku dzieci z wadą słuchu. Naturalny rozwój mowy, jej doskonalenie w procesie wzrastania i nabywania nowych umiejętności językowych, są opóźnione, co skłania do natychmiastowej interwencji logopedy, który powinien te opóźnienia lub zaburzenia niwelować, a także wspomagać rozwój możliwości słuchania, mówienia, rozumienia języka rodzimego i tego, który jest językiem otoczenia (również szkoły); innymi słowy: pomagać w przygotowaniu dziecka do podjęcia normalnego obowiązku szkolnego, który zaczyna się w Szwajcarii w wieku czterech lat<sup>6</sup>.

Obszarem obserwacji w zakresie stopnia przygotowania do pracy z dziećmi z wadą słuchu są programy studiów na kierunku logopedia na uniwersytetach romańskich w Genewie i w Neuchatel.

W Genewie kierunek ten znajduje się na Wydziale Psychologii i Nauk Pedagogicznych, w sekcji psycholingwistyki. Aby rozpocząć studia logopedyczne, które są studiami magisterskimi, trzeba najpierw ukończyć studia licencjackie z psychologii, nauk pedagogicznych lub filologicznych w dziedzinie językoznawstwa. Jak wskazuje plan zajęć na tym kierunku, przyjęty trend naukowy odzwierciedla nauki eksperymentalne w dziedzinie psycholingwistyki. Ważną częścią studiów stanowią praktyki w terenie i czynne uczenie się zawodu w prywatnych gabinetach logopedów lub poradniach medyczno-terapeutycznych.

W Neuchatel logopedia znajduje się na studiach filologicznych na Wydziale Nauk Humanistycznych, na którym istnieje Instytut Językoznawstwa i Komunikacji, a w nim Centrum Logopedii. Centrum to pozwala na podjęcie studiów logopedycznych licencjackich i magisterskich. Przyjęto perspektywę naukową

---

<sup>6</sup> Obowiązek szkolny rozpoczyna się w Szwajcarii w wieku lat 4, pierwszy cykl nauczania trwa od 4 do 8 lat i ma za zadanie nauczyć czytania i pisanie, podstaw matematyki i ogólnej wiedzy o świecie; cykl drugi trwa od 8. do 12. r.ż., natomiast cykl trzeci dzieli uczniów na 3 kategorie według ocen i przygotowuje ich do podjęcia dalszej nauki w różnych oddziałach (ogólnym matematycznym, technicznym lub zawodowym).

socjolingwistyki. Studenci mają więc dużo zajęć z dziedziny interakcji, wielojęzyczności, pojęć dotyczących migracji. Jest to wiedza istotna w Szwajcarii, która w zależności od kantonu może mieć od 21 do 47% ludności napływowej (oficjalne dane statystyczne OFS 2016). Ważnym problemem do rozstrzygnięcia w szkole są kwestie językowe: według przyjętych przepisów prawa szkoła powinna przynajmniej rozpoznawać i waloryzować języki mówione używane przez uczniów<sup>7</sup>. Dwa pierwsze lata nauki mają na celu rozwinięcie języka mówionego danego regionu językowego u wszystkich uczniów – zadanie to poprzedza regularną naukę czytania i pisania. Dlatego też dużą wagę przykładą się do wsparcia dzieci obcokrajowców w nauce i rozwijaniu języka francuskiego (w części romańskiej) w pierwszych latach szkoły, aby uniknąć trudności szkolnych w kolejnych latach nauki.

Jak zatem tak różnie przygotowani logopedzi odpowiadają na potrzeby dzieci z wadą słuchu? Jak są do tego przygotowani w dziedzinie surdologopedii? W Zurychu (język niemiecki) istnieją regularne studia surdopedagogów i logopedów w dziedzinie wad słuchu. Kształcą się również tłumacze niemieckiego języka migowego i nauczycieli tego języka. W części francuskojęzycznej sytuacja przedstawia się zupełnie inaczej. W Genewie surdologopedia stanowi część materiału obowiązkowego i jest wpisana w ogólny cykl kształcenia na temat zaburzeń mowy. W Neuchatel istnieje opcja surdologopedii, którą wybierają niektórzy studenci chcący specjalizować się w tej dziedzinie. Jeśli chodzi o naukę różnych sposobów komunikacji z dzieckiem głuchym i jego rodziną, takich jak fonogesty (*cued speech*), język migowy (JM), metoda werbotonalna lub oddziaływania wpływające na rozwój mowy przez gry i zabawy językowe (wychowanie słuchowo-werbalne) – nie ma specjalnych zajęć umożliwiających zdobycie tej wiedzy. Dyplomowany logopeda musi się tego nauczyć we własnym zakresie na prywatnych kursach i szkoleniach<sup>8</sup>.

## Wsparcie rozwoju dzieci z wadą słuchu (0–4. rok życia)

W celu analizy typów wsparcia proponowanych dzieciom z wadą słuchu w okresie przedszkolnym (0–4 lata), w którym rozwój mowy ma niezwykle znaczenie, posłużono się danymi projektu OPERA (Alber i in. 2012), jedynego

---

<sup>7</sup> Często dzieci mówią w domu dwoma językami rodziców, w szkole – po francusku, niemiecki jest wprowadzany wcześniej jako drugi język narodowy i zaraz po nim angielski. Nierzadkie są więc przykłady dzieci wielojęzycznych operujących pięcioma językami, zwłaszcza w dużych miastach. Ta różnorodność dotyczy również dzieci z wadą słuchu.

<sup>8</sup> Języka migowego można nauczyć się na kursach proponowanych przez Szwajcarską Federację Głuchych; jeśli chodzi o *Cued Speech*, propaguje go Fundacja A-Capella dla profesjonalistów, dzieci, jak również dla rodziców.

istniejącego w Szwajcarii romańskiej zestawienia informacji o typach wsparcia i ich finansowaniu. Podsumowanie liczby dzieci z wadą słuchu w wieku 0–20 lat w każdym z kantonów wskazuje, że liczby te tylko lekko ewoluują – pozostają w miarę stałe od kilku lat. Różnią się ze względu na ogólne zaludnienie poszczególnych kantonów oraz system wsparcia, np. w regionie Lozanny – kanton wodlański (Vaud) – wczesne wsparcie jest dobrze zorganizowane i młodsze dzieci są szybko obejmowane opieką. Szczegółowe dane na ten temat zawiera tab. 1.

**Tab. 1.** Liczba dzieci z wadą słuchu w każdym kantonie

| Nb total | FR | GE | JU | NE | TI | VD  | VS |
|----------|----|----|----|----|----|-----|----|
| 346      | 47 | 38 | 19 | 56 | 22 | 127 | 37 |

FR – Fryburg, GE – Genewa, JU – Jura, NE – Neuchatel, TI – Ticino, VD – Vaud, VS – Valais

Źródło: na podstawie zestawienia w pracy Alber i in. (2012).

W poszczególnych kantonach Szwajcarii romańskiej stosuje się różne rozwiązania dotyczące wsparcia wczesnorozwojowego dla dzieci z wadą słuchu. Jednakże we wszystkich kantonach opieka logopedyczna jest przyjętym sposobem pomocy (tab. 2).

**Tab. 2.** Wybrane typy wsparcia dzieci z wadą słuchu w wieku przedszkolnym

| Wsparcie w wieku przedszkolnym                         | FR       | GE       | JU       | NE       | TI       | VD       | VS       |
|--------------------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Serwis wsparcia wczesnorozwojowego w domu (do lat 4–5) | X        | X        | X        | X        | X        | X        | X        |
| Wsparcie komunikacji z fonogestami (LPC)               | X        | X        | X        | X        |          | X        | X        |
| Wsparcie komunikacji z językiem migowym (LSF lub LSI)  | X        | X        | X        | X        | X        | X        | X        |
| <b>Logopedia</b>                                       | <b>X</b> | <b>X</b> | <b>X</b> | <b>X</b> | <b>X</b> | <b>X</b> | <b>X</b> |
| Terapia psychoruchowa                                  | X        | X        | X        | X        | X        | X        | X        |
| Porada i wsparcie psychologiczne                       | X        | X        | X        | X        | X        | X        | X        |
| Transport dziecka na terapię                           | X        | X        | X        | X        | X        | X        | X        |
| Zajęcia pedagogiczne w grupie dzieci z wadą słuchu     |          |          | X        | X        |          | X        |          |

Źródło: Alber i in. (2012).

Jak wynika z tab. 2, wśród wybranych typów wsparcia (opisanych bardziej szczegółowo w: Tomińska 2016a, 2017a) logopedia zajmuje czołowe miejsce w każdym kantonie, jako pierwsze i ewidentne wsparcie dla dziecka z wadą słuchu. Terapia logopedyczna zaczyna się wraz z diagnozą wady słuchu, która jest dokonywana w specjalistycznym centrum otorynolaryngologicznym (ORL).

W Szwajcarii romańskiej dzieci są zwykle kierowane do Genewy i Lozanny, gdyż ośrodki te mają doświadczenie, odpowiedni sprzęt i wyspecjalizowany personel, są również wyspecjalizowane w implantacji ślimakowej. Pewna część rodziców wybiera również InselSpital w Bernie, zazwyczaj z uwagi na odległość od miejsca zamieszkania; czynią tak mieszkańcy kantonów Fryburga, Jury lub Valais, dla których Genewa lub Lozanna są za daleko. Kwestia wyboru jak najbliższego ośrodka specjalistycznego dotyczy również Ticino, dla którego odpowiednim rozwiązaniem jest Lucerna. Rodzice dziecka dokonują wyboru, kierując się nie tylko miejscem zamieszkania, lecz także językiem, jakim się posługuje zespół danego ośrodka.

W przypadku dzieci skierowanych do implantacji, w procesie przygotowań do operacji oddziaływanie logopedyczne jest przewidziane już w szpitalu. Pomocy udziela surdologopeda, który współpracuje z audiologiem, chirurgiem, technikiem i innymi specjalistami. Zespół kwalifikujący dokonuje wieloaspektowej oceny stanu i możliwości rozwojowych dziecka. Przyjęto, że dziecko powinno nosić aparaty słuchowe przez kilka miesięcy, aby określić, jak je akceptuje i jak się do nich przyzwyczaja. Noszenie aparatów służy również przyzwyczajeniu się rodziców do dbania o protezę. Weryfikuje się ponadto, czy i ewentualnie o ile słuch dziecka ewoluuje w aparatach (audiogramy). Logopeda pracuje z dzieckiem regularnie w szpitalu. Wprowadza wychowanie słuchowo-werbalne poprzez różne zabawy dźwiękowe mające na celu zainteresowanie dziecka słuchaniem, powtarzaniem dźwięków i skupianiem uwagi na ich źródle. Po pierwszym okresie w szpitalu, regulacji aparatów lub implantu dziecko kierowane jest do innego logopedy, bliżej jego miejsca zamieszkania. Przejmuje on odpowiedzialność za proces terapii.

W Szwajcarii brak, niestety, przychodni wyspecjalizowanych w terapii dzieci z wadą słuchu<sup>9</sup>, w których dzieci i rodzice mogliby otrzymać różnorodne, dostosowane do ich potrzeb wsparcie terapeutyczne i medyczne. W Lozannie dawna szkoła kantonalna dla dzieci głuchych przeistoczyła się w centrum wsparcia multidyscyplinarnego, w którym dzieci w różnym wieku mogą liczyć na wsparcie psychologa, terapię psychoruchową, rozwijanie mowy z użyciem fonogestów lub języka migowego. Znaczna część personelu pracującego w tym centrum: pedagogzy wczesnorozwojowego wsparcia w domu, psychologzy, logopedzi, przedszkolanki, nauczyciele wsparcia, znają język migowy i fonogesty jako równoważne sposoby komunikacji, mają doświadczenie w pracy z dziećmi z wadą słuchu i ich rodzinami. Jedynie w kantonie wodlańskim (fr. Vaud) w okolicach Lozanny istnieje takie zorganizowane wsparcie w dziedzinie surdopedagogiki już we wczesnym okresie rozwoju dziecka.

---

<sup>9</sup> Jak np. zwiedzana w roku 2017 przez autorkę warszawska *Fundacja Echo*.

Interesująca jest sytuacja kantonu Fryburg, który jako jedyny z kantonów romańskich zachował szkołę specjalną z internatem dla dzieci głuchych – Instytut Świętego Józefa<sup>10</sup>. Prowadzi on nauczanie dzieci z wadą słuchu od 2 do 4 lat w klasie przedszkolnej oraz proponuje inne klasy obejmujące cały program szkolny wraz z cyklem trzecim, orientacyjnym (por. przyp. 5), jak również wsparcie w przygotowaniu do zawodu dla niektórych uczniów. Szkoła ta jako jedyna proponuje używanie języka migowego<sup>11</sup> w całym przebiegu kształcenia. Starsi uczniowie mogą korzystać z internatu, co przez wielu adolescentów jest pozytywnie odbierane. Instytut jest miejscem, w którym dzieci z całego kantonu mogą otrzymywać specjalistyczną terapię, m.in. logopedyczną<sup>12</sup>. To centrum surdopedagogiki proponuje również wsparcie „wędrujące” dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Surdopedagog ze szkoły specjalnej dojeżdża do przedszkola lub szkoły w miejscu zamieszkania dziecka. Tego typu programy wsparcia rozwijają się we wszystkich kantonach romańskich od 2012 roku, dostosowując się do przyjętego prawa o inkluzji. W każdym kantonie jednak obowiązuje inne prawo szczegółowe orzekające o wymiarze tego wsparcia w godzinach pracy nauczyciela wspierającego (od 2 do 6 godzin tygodniowo, co dla wielu dzieci jest niewystarczające).

Dzieci w wieku przedszkolnym, które oprócz indywidulanej pracy z logopedą otrzymują w domu wsparcie pedagoga wczesnorozwojowego, mogą liczyć jeszcze na pomoc psychologa, zajęcia psychoruchowe lub zajęcia w grupie rówieśniczej dzieci z wadą słuchu (por. tab. 2). Tego typu zajęcia organizuje się w niektórych kantonach, często na prośbę rodziców, którzy w czasie tych spotkań mogą zapoznać się z rodzicami innych dzieci z wadą słuchu i wymieniać doświadczenia.

W żadnym kantonie nie istnieją stałe, zharmonizowane programy wczesnego wsparcia (jak np. w USA – por. Easterbrook 2010) ani programy rozwoju językowego dla dzieci z wadą słuchu (obecne np. w Polsce – por. Bieńkowska 2017). Każdy terapeuta interweniuje według swojej skali priorytetów i tylko zebrania całego zespołu multidyscyplinarnego, złożonego z terapeutów, lekarzy, pedagogów i rodziców dwa razy w roku (dotyczące planu interwencji) pozwalają na globalną ocenę tego, jak dziecko się rozwija i jak należałoby mu pomóc.

---

<sup>10</sup> Kanton Fryburga jest kantonem katolickim, do takich również zaliczają się Valais, Jura i Ticino, związane kulturalnie z Włochami; pozostałe trzy kantony, Genewa, Vaud, Neuchatel są protestanckie.

<sup>11</sup> Francuski język migowy (LSF), a dla niektórych uczniów również niemiecki język migowy (SGB), gdyż ten kanton jest dwujęzyczny.

<sup>12</sup> Centrum specjalizuje się w szeroko pojętych zaburzeniach mowy, prowadzi terapię w języku francuskim i niemieckim, jako że kanton Fryburga jest dwujęzyczny. Część terapeutów należy bezpośrednio do wyodrębnionej sekcji „wady słuchu” i zajmuje się dziećmi uczęszczającymi do szkoły na miejscu. W tych „idealnych” warunkach opieki wielopoziomowej logopedzi mają okazję często spotykać się z nauczycielami i z nimi współpracować również w klasie.

## Wsparcie w wieku szkolnym

Jak podkreślają różne badania naukowe (m.in. Archbold, Mayer 2012), implanty ślimakowe zmieniły kompletnie nasze pojęcie o możliwościach dziecka z wadą słuchu; zwłaszcza dotyczy to dzieci zdiagnozowanych wcześniej i zaimplantowanych w pierwszym roku życia. W populacji dzieci z wadą słuchu istnieje duża różnorodność w zakresie możliwości słyszenia, odbierania i rozumienia dźwięków, uczenia się języka lub języków otoczenia, również w zakresie kształtowania się mowy. Różnorodność ta, jak podkreślają Easterbrooks i Bel-Alvarez (2013), wpływa na możliwości uczenia się czytania i pisania, pierwszej i fundamentalnej wiedzy nabywanej w szkole. Dlatego też za wymienionymi autorami, ale również za Domagałą-Zyśk (2014) godna podkreślenia jest potrzeba przystosowania się nauczyciela w szkole do możliwości tego typu uczniów. W Szwajcarii, gdzie nauka szkolna rozpoczyna się w 4 r.ż., wiele dzieci z wadą słuchu nie skonstruowało jeszcze ani podstaw słownictwa, ani form syntaktycznych potrzebnych w komunikacji z innymi dziećmi oraz w podejmowaniu i utrzymywaniu nowych relacji w grupie. Jeśli chodzi o zwiększającą się z wiekiem trudność programów szkolnych i różne formy pracy, m.in. pracę w grupach, dyskusje, debaty, uczniowie z wadą słuchu – nawet jeśli nie są już „osobami niesłyszącymi lecz słabosłyszącymi użytkownikami implantów” (Domagała-Zyśk 2014: 25) – wymagają wsparcia w okresie szkolnym i świadomości nauczycieli, jak i w jaki sposób modyfikować proces nauczania tych uczniów, którzy w większości przypadków komunikują się mową i trafiają do ogólnodostępnych klas.

W Szwajcarii wsparcie w wieku szkolnym jest zorganizowane według decyzji kantonalnych władz departamentu kształcenia i departamentu świadczeń zdrowotnych. Przewidziane dla dziecka w wieku przedszkolnym programy wsparcia mogą być kontynuowane w wieku szkolnym, zwłaszcza w dziedzinie rozwoju mowy, znajomości językowych dziecka, równoległego rozwoju możliwości kognitywnych, które są stymulowane przez intensywny rozwój języka. W wieku od 6 lat, gdy w szkole rozpoczyna się formalna nauka czytania i pisanie, dzieci z wadą słuchu mogą odczuwać trudności, zwłaszcza w zakresie poprawności ortograficznej, rozbudowy słownictwa i produkcji tekstów. W tym wypadku interwencja logopedyczna powinna być ściśle skoordynowana z pracą nauczycieli: nauczyciela ogólnego i nauczyciela wspierającego. Chodzi również o osiągnięcie odpowiednio szerokiej wiedzy, aby czytać ze zrozumieniem teksty z różnych dziedzin szkolnych (historia, geografia, nauki przyrodnicze itd.).

Jak pokazuje analiza przedstawiona w innym opracowaniu autorki (Tomińska 2016b, 2017b), program wsparcia w szkole może również dotyczyć uczniów klasy integracyjnej i nauczycieli ogólnych. Kursy języka migowego lub fonogestów dla kolegów w klasie i dla nauczyciela ogólnego są prowadzone w celu

lepszey i szybszej społecznej integracji dziecka z wadą słuchu w grupie rówieśniczej. Istnieje bardzo ciekawy projekt czytania bajek z dziećmi całej klasy, w której zintegrowane jest dziecko z wadą słuchu z użyciem obu środków komunikacji: języka migowego i fonogestów. Projekt „waliza bajek” pomaga wszystkim dzieciom lepiej poznać fonetykę języka francuskiego, podziały słów na sylaby, litery, nauczyć się wielu znaków języka migowego. Jak opisują autorki projektu (Richard, Ayer 2017), prowadzone w ten sposób zajęcia mają za zadanie przede wszystkim zachęcić dzieci do czytania, a przy okazji nauczyć ich nowych sposobów komunikacji i tolerancji wobec potrzeb innych. Dla dzieci z wadą słuchu zajęcia te stanowią dużą zmianę perspektywy: wszyscy uczą się tego samego, co one, i w tym samym kodzie/języku. Nie są więc napiętnowane jako „inne” z powodu używania innego sposobu komunikacji. Można więc odnieść te zajęcia do postulatów *Universal Design for Learning*, który rozumie nauczanie wszystkich uczniów w sposób zróżnicowany, dostosowujący się do możliwości uczniów, ale również stawiający przed nimi wymagające, stymulujące zadania. W ten sposób zasady inkluzji odnajdują cały swój sens dla wszystkich dzieci w klasie i dla ich nauczycieli, ale również dla rodziców.

## Podsumowanie

Jak wskazuje powyższa analiza, studia logopedyczne przygotowują raczej logopedów „ogólnych”, a nie specjalistów w dziedzinie wad słuchu. Konieczne jest zatem organizowanie regularnych studiów podyplomowych w tej dziedzinie, co rzadko się zdarza w Szwajcarii romańskiej. Istnieją jednak inne możliwości, szybsze i mniej kosztowne, proponowane przez różne instytucje. Dobrym przykładem w tym regionie jest kanton wodlański, w którym zorganizowane wsparcie pozwala instytucji na przygotowywanie regularnych szkoleń dla pracowników. Niestety, taka organizacja istnieje tylko w tym kantonie (jeśli chodzi o Szwajcarię romańską), w pozostałych, aby zdobyć odpowiednią wiedzę w dziedzinie wad słuchu i odpowiedniego postępowania logopedycznego dostosowaną do potrzeb dzieci w różnym wieku, logopeda musi sobie radzić sam; sam musi dotrzeć do źródeł potrzebnej mu wiedzy. Podobnie jest z kształceniem nauczycieli wsparcia w dziedzinie wad słuchu – rzadko jest ono organizowane w formie studiów podyplomowych. Nauczyciele ci, często mający dyplom studiów magisterskich nauczyciela specjalisty w dziedzinie inkluzji, różnicowania nauczania i nauczania wspomagającego, mają za zadanie wspierać wszystkich uczniów mających trudności szkolne lub dotkniętych niepełnosprawnościami. Uczą się oni zawodu surdopedagoga w terenie lub nabywają potrzebną im wiedzę prywatnie (Tomińska, w druku). Nawet więc w tak innowacyjnym kraju jak

Szwajcaria, w którym badania naukowe w dziedzinie medycyny są bardzo mocno zaawansowane, wiele jest jeszcze do zrobienia w zakresie pedagogiki i terapii dzieci z wadą słuchu. Mimo że istnieje międzynarodowa zgoda, jeśli chodzi o wczesną interwencję dla dzieci z wadą słuchu (Moeller i in. 2013) oraz oparte na badaniach naukowych poradniki dotyczące tego, jak takie wsparcie zorganizować, biorąc pod uwagę perspektywę multidyscyplinarną skierowaną zarówno na potrzeby dziecka, jak i jego rodziny (Sass-Lehrer 2016), instytucje kantonalne odpowiedzialne za decyzje i ich finansowanie nie znają prawdopodobnie tych zaleceń. Zastanawia zwłaszcza brak instytucjonalnej, usankcjonowanej prawnie organizacji ogólnorozwojowego wsparcia dla dziecka i jego rodziny; przyjmuje się, że rodzice potrafią wszystko zapewnić sami (?). Zastanawiający jest również brak regularnych studiów specjalistycznych w dziedzinie wad słuchu, pozwalających skupić pedagogów i terapeutów i ułatwić im zdobywanie potrzebnej wiedzy.

## Literatura

- Alber S., Tièche Christinat C., Ayer G., Jost-Hurmi M., 2012, *Concept romand de scolarisation des élèves sourds et malentendants – Projet OPERA. Cinquième rapport*, Edité par CIIP, Haute Ecole Pédagogique Vaud, & Fondation Centre suisse de pédagogie spécialisée.
- Archbold S., Mayer C., 2012, *Deaf Education: the Impact of Cochlear Implantation?*, „Deafness & Education International”, vol. 14, nr 1, 2–15.
- Bieńkowska K.I., 2017, *Program rehabilitacji małych dzieci z wadą słuchu „Dźwięki marzeń” w województwie podkarpackim* [w:] *Głos – Język – Komunikacja*, t. 4, red. A. Myszka, K.I. Bieńkowska, I. Marczykowska, s. 53–67.
- Bleszyński J., Baczała D., 2015, *Wczesna interwencja w logopedii*, Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Brand Y., Senn P., Kompis M., Dillier N., Allum John HJ, 2014, *Cochlear implantation in children and adults in Switzerland*, „Swiss Medical Weekly”, 144, w 13909.
- Cao-Nguyen M.H., Boucherie S., Pichon L., Guyot J.P., 2013, *Bénéfices d'un dépistage systématique de la surdité chez l'enfant en âge scolaire*, „Revue Médicale Suisse” 9, 1780–4.
- Easterbrooks S. R., 2010, *Evidence-based Curricula and Practices That Support Development of Reading Skills* [w:] *The Oxford Handbook of Deaf Studies, Language and Education*, vol. 2, red. M. Marschark, P.E. Spencer, NY: Oxford University Press, s. 111–126.
- Easterbrooks S., Beal-Alvarez J., 2013, *Literacy Instruction for Students Who Are Deaf and Hard of Hearing*, New York: Oxford University Press.
- Domagała-Zyśk E., 2014, *Surdoglottodydaktyka. Lekcje i zajęcia językowe dla uczniów niesłyszących i słabosłyszących*, Lublin: Wydaw. KUL.
- Gunia G., Lechta V., 2012, *Wprowadzenie do logopedii*, Kraków: Impuls.
- Kos M. I., 2010, *The electrical stimulation of the internal ear at the University Hospitals of Geneva*, Université de Genève, Thèse de privat-docent [https://archive-ouverte.unige.ch/unige:12924].
- Moeller M.P., Carr G., Seaver L., Stredler-Brown A., Holzinger D., 2013, *Best Practices in Family-Centered Early Intervention for Children Who Are Deaf or Hard-of-Hearing: An International Consensus Statement*, „Journal of Deaf Studies and Deaf Education”, vol. 18, nr 5, s. 429–445.
- Perez Fornos A. i in., 2014, *Artificial balance: restoration of the vestibulo-ocular reflex in humans with a prototype vestibular neuroprosthesis*, „Frontiers in Neurology”, vol. 5, art. 66.

- Richard K., Ayer G., 2017, *Le Coffre à Histoires : une solution innovante pour une integration optimisée des enfants sourds et malentendants en Suisse romande*, „Revue Suisse de pédagogie spécialisée”, nr 1.
- Sass-Lehrer M., 2016, *Early Intervention for Deaf and Hard-of-Hearing Infants, Toddlers, and their Families. Interdisciplinary Perspectives*, New York: Oxford University Press.
- Tomińska E., 2016a, *Typy wsparcia wczesnorozwojowego dla dzieci z wadą słuchu i ich rodzin w wielojęzycznej i wielokulturowej Szwajcarii. Przykład kantonów romańskich* [w:] *Wybrane problemy wsparcia wczesnorozwojowego i edukacji dzieci i młodzieży z wadą słuchu. Na przykładzie pięciu krajów europejskich*, red. M. Zaborniak-Sobczak, K.I. Bieńkowska, E. Tomińska, Rzeszów: Wydaw. Uniwersytetu Rzeszowskiego, s. 29–46.
- Tomińska E., 2016b, *System szkolnictwa ogólnodostępnego ze specjalnym wsparciem dla dzieci głuchych i niedosłyszących. Perspektywa szwajcarska na przykładzie kantonu genewskiego* [w:] *Wybrane problemy wsparcia wczesnorozwojowego i edukacji dzieci i młodzieży z wadą słuchu. Na przykładzie pięciu krajów europejskich*, red. M. Zaborniak-Sobczak, K.I. Bieńkowska, E. Tomińska, Rzeszów: Wydaw. Uniwersytetu Rzeszowskiego, s. 115–128.
- Tomińska E., 2017a, *What are the types of early development support available to children with hearing loss and their families in multilingual and multicultural Switzerland ? The exemple of Suisse romande* [w:] *Selected issues of early-development support and education of children and youth with hearing impairment – comparative analysis on the example of five European countries*, red. M. Zaborniak-Sobczak, K.I. Bieńkowska, E. Tomińska, Warszawa: Wydaw. Akademii Pedagogiki Specjalnej, s. 9–29 [on-line: [http://www.aps.edu.pl/media/879915/selected\\_issues\\_21-04-2017.pdf](http://www.aps.edu.pl/media/879915/selected_issues_21-04-2017.pdf) ].
- Tomińska E., 2017b, *A mainstream education system with secialised support provision for Deaf and Hard of Hearing children. A Swiss perspective based on the example of the Canton of Geneva* [w:] *Selected issues of early-development support and education of children and youth with hearing impairment – comparative analysis on the example of five European countries*, red. M. Zaborniak-Sobczak, K.I. Bieńkowska, E. Tomińska, Warszawa: Wydaw. Akademii Pedagogiki Specjalnej, s. 104–119 [on-line: [http://www.aps.edu.pl/media/879915/selected\\_issues\\_21-04-2017.pdf](http://www.aps.edu.pl/media/879915/selected_issues_21-04-2017.pdf) ].
- Tomińska E., w druku, *Modernizacja programów kształcenia wyzwaniem współczesnego pedagoga w Szwajcarii romańskiej* [w:] *Implications of cochlear implants in development of children and adolescents*, red. K. Morawski, A. Zwierzchowska. [on-line: [https://en.wikipedia.org/wiki/Universal\\_Design\\_for\\_Learning](https://en.wikipedia.org/wiki/Universal_Design_for_Learning)].
- Tomińska E., w druku, *Modernizacja programów kształcenia wyzwaniem współczesnego pedagoga na przykładzie Szwajcarii romańskiej* [w:] *Universal Design for Learning*, red. A. Zwierzchowska.

## **Speech and language therapy care as a basic support for children with impaired hearing in Roman Switzerland**

### **Summary**

Currently, it has been assumed that after hearing loss diagnosis, speech therapy is the most important element of early intervention. The aim of the article is to show how the early and school age support of children with hearing impairment and their families is organized, and in particular how the speech therapy is organized on the example of French speaking part of Switzerland.

Key words: logopedic intervention, children with hearing impairment, early and school support

**Maria Bystrzanowska**

Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Środzie Śląskiej

## **TERAPIA LOGOPEDYCZNA DZIECKA Z MUTYZMEM WYBIÓRCZYM. OPIS I ANALIZA PRZYPADKU**

Przedmiotem niniejszego artykułu jest opis przypadku Kamila – 5-letniego chłopca, który trafił do poradni psychologiczno-pedagogicznej (dalej: ppp) z powodu trudności w komunikacji werbalnej i pozawerbalnej z rówieśnikami oraz nauczycielami w przedszkolu. Rodzice chłopca po wstępnej diagnozie w ppp udali się na konsultację psychiatryczną w celu potwierdzenia podejrzenia mutyzmu wybiórczego u syna. Następnie, po otrzymaniu diagnozy MW od psychiatry, złożyli wniosek do poradni psychologiczno-pedagogicznej z prośbą o wydanie opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka (dalej: WWRDz). Kamil z chwilą zgłoszenia się do ppp został objęty terapią logopedyczną – najpierw w poradni, potem w przedszkolu (przez 1,5 roku). Obecnie chłopiec w dalszym ciągu objęty jest terapią logopedyczną na terenie przedszkola z powodu wady wymowy, ale nie ma już żadnych trudności z werbalną komunikacją z rówieśnikami i personelem przedszkola.

Słowa kluczowe: mutyzm wybiórczy, terapia logopedyczna, studium przypadku.

### **Wprowadzenie**

W przedszkolu i szkole problemy dzieci cichych, wrażliwych, nieśmiałych często bywają niezauważane przez nauczycieli; zdarza się nawet, że tacy uczniowie są stawiani za wzór do naśladowania. Niektórzy uważają, że zachowanie tych grzecznych i cichych dzieci wynika z dobrego wychowania bądź z ich temperamentu i że stopniowo staną się one bardziej odważne, głośnie, czyli wyrosną z tej nieśmiałości. Czasem jednak zachowanie dzieci cichych, czyli niemówiących, świadczy o ich lękowej osobowości. Personel przedszkola, znając niepokojące objawy w zachowaniu dzieci, powinien skierować rodziców do specjalistów w celu weryfikacji swoich podejrzeń. Wcześniej postawiona diagnoza i właściwa terapia są podstawą do osiągnięcia szybkich efektów terapeutycznych.

## 1. Charakterystyka mutyzmu wybiórczego

### 1.1. Klasyfikacja zaburzenia

Mutyzm wybiórczy (MW) to jedno z zaburzeń funkcjonowania społecznego rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym. W obowiązującej w Polsce klasyfikacji ICD-10 sygnowany jest symbolem F94.0. Zaburzenie to nie charakteryzuje się wyraźnymi uwarunkowaniami konstytucjonalnymi, a deficyty społeczne nie dotyczą funkcjonowania we wszystkich dziedzinach. Mutyzm wybiórczy cechuje wybiórczość mówienia polegająca na tym, że dziecko mówi w pewnych sytuacjach, ale milczy w innych; towarzyszą mu: lęk społeczny, wycofywanie się, wrażliwość i upór. Ponadto często występują zachowania opozycyjne (Pużyński, Wciórka 2000: 228–229). W najnowszej, piątej edycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-V) mutyzm selektywny (wybiórczy) wymieniana się w grupie zaburzeń lękowych obok separacyjnych zaburzeń lękowych, specyficznych postaci fobii, fobii społecznej, napadów paniki, agorafobii i lęku uogólnionego (Sajewicz, Radke 2016: 5–6). Dziecko z mutyzmem wybiórczym rozumie, co się do niego mówi, umie mówić, chce mówić, ale w pewnych sytuacjach po prostu nie może nic powiedzieć.

W literaturze naukowej dostępne są dane dotyczące badań nad występowaniem MW w różnych krajach. Wynika z nich, że wskaźniki występowania tego zaburzenia u dzieci na świecie wahają się w przedziale od 0,18% w Szwecji (Kopp, Gillberg 1997: 257–262) do 1,9% w Finlandii (Kumpulainen i in. 1998: 24–29). Przykładowo częstość występowania MW w populacji ogólnej dzieci w USA wynosiła 7,1 na 1000, tj. 0,71% (Bergman, Piacentini, McCracken 2002: 938–946.) Wielu badaczy wskazuje jednak, że mogą to być wartości niedoszacowane ze względu na wciąż niedostateczny stan wiedzy na temat tego zaburzenia (Cunningham, McHolm, Boyle 2006: 245–255; Schwartz, Freedy, Sheridan 2006: 43–48). Dotychczasowe badania wskazują, że MW występuje częściej u dziewczynek, a proporcje tego zaburzenia u dziewcząt i chłopców kształtują się w przedziale od 2,6 : 1 do 1,5 : 1 (Garcia i in. 2004: 433–455).

### 1.2. Przyczyny MW

Wielu naukowców szuka przyczyn milczenia dzieci z MW. W literaturze przedmiotu można znaleźć różne hipotezy na ten temat. Anna Skoczek (2013: 149–165), szukając źródła dziecięcego milczenia, przedstawia różne hipotezy, które w logiczny sposób próbują wyjaśnić przyczyny trudności w komunikacji werbalnej u dzieci z MW. Jedną z nich jest niewygaszony odruch Moro powo-

dujący u dzieci nadwrażliwość na dźwięk, dotyk, zaburzenia równowagi (Młynarska 2011), co wywołuje odruchy wycofania z komunikacji werbalnej. Następną hipotezą jest teoria neurolingwistyczna, zgodnie z którą żaden etap przekazu werbalnego nie jest wolny od emocji, a traumatyczne wydarzenia dotykające dzieci do 3. r.ż. powodują napięcie emocjonalne wyrażające się blokadą porozumienia się (Kułakowska 2003: 117). Kolejna teza dotyczy biologicznego czynnika związanego z cechą temperamentalną zwaną neurotycznością, wrażliwością emocjonalną lub unikaniem urazów, czyli wysoką podatnością danej osoby na zranienia (Radomska, Jankowska 2000: 20). Nie bez znaczenia dla wystąpienia MW pozostaje również czynnik genetyczny i społeczny związany z modelowaniem pewnych zachowań w rodzinie. Anna Skoczek przytacza także hipotezę Julity Urbaniuk (2008: 456), że MW to zespół heterogeny, czyli na pojawienie się tego zaburzenia ma wpływ kilka współwystępujących czynników.

W innej swojej publikacji Anna Skoczek (2017: 31–45) stwierdza m.in., iż w badaniach nad etiologią mutyzmu wybiórczego zaznacza się wyraźna tendencja do analizowania przyczyn występowania objawów MW w kontekście czynników temperamentalnych oraz biologicznych (które mogą być dziedziczone) i odchodzenia od postrzegania traumy oraz specyfiki relacji wewnątrzrodzinnych jako przyczyn werbalnego wycofania się dziecka (Urbaniuk 2008: 458). Niemniej jednak, zdaniem ww. autorki, nie można całkowicie zlekceważyć roli środowiska, które – co prawda – nawet jeśli nie jest bezpośrednią przyczyną wystąpienia MW u dzieci, może mieć duży wpływ na pogłębienie i utrwalenie tego zaburzenia lękowego<sup>1</sup>.

Dla mnie jako praktyka najbardziej wiarygodna jest hipoteza, że MW to zaburzenie heterogenne. To wieloczynnikowe zaburzenie lękowe, które – podobnie jak inne zaburzenia lękowe – może pojawić się w sytuacji zaistnienia jednego lub kilku czynników oraz posiadania pewnych predyspozycji. Urszula Sajewicz-Radtke w *Skalach objawowych zaburzeń lękowych* (2012: 10–11) przedstawia czynniki predysponujące do występowania zaburzeń lękowych, dzieląc je na indywidualne i środowiskowe. Wśród czynników indywidualnych wymienia czynniki biologiczne (podatność genetyczna) i psychiczne (temperament i niska samoocena). Do czynników środowiskowych zalicza relacje rodzic – dziecko

---

<sup>1</sup> W literaturze można też znaleźć informacje, jakoby mutyzm był efektem patologii w rodzinie (zob. np. Herzyk, 1992, *Afazja i mutyzm dziecięcy*, s. 30). Przez taką teorię część rodziców zaprzestała leczenia MW u swoich dzieci, gdyż specjaliści, zamiast zająć się dzieckiem i rodziną w prawidłowy sposób, szukali patologii w rodzinie dziecka. Teraz wiemy, że nie ma żadnych dowodów naukowych, że MW jest wynikiem patologii i nadużycia w rodzinie (Black, Uhde 1996). Jest to krzywdząca ocena rodziców dzieci z MW, przez co niechętnie zgłaszali się oni z problemem niemówienia swoich dzieci do specjalistów, zwłaszcza że rodzice dzieci z MW to najczęściej również osoby lękowe, które chcą pomóc swojemu dziecku, chcą współpracować, jednak często same potrzebują wsparcia, ale nie ze względu na patologię, lecz swój własny lęk.

(lękowy styl przywiązania) i problemy rodzinne (lękowy i wrażliwy model kulturowy w rodzinie). Jednak, żeby zaburzenie lękowe pojawiło się u danej osoby, musi zadziałać czynnik wyzwalający lęk, np. ostry stres, choroba, wykorzystanie, przemoc rówieśnicza, rozdzielenie z rodzicem, zmiana szkoły, przeprowadzka itd.

Maggie Johnson i Alice Wintgens wszystkie czynniki mające wpływ na wystąpienie mutyzmu wybiórczego, czyli zaburzenia lękowego, dzielą na czynniki ryzyka, tzn. predysponujące, wywołujące i podtrzymujące MW. Do czynników ryzyka są zaliczane: predyspozycje genetyczne, mutyzm wybiórczy występujący w rodzinie, nieśmiałość i choroby psychiczne w rodzinie. W grupie czynników wywołujących MW znajdują się m.in. stresujące wydarzenia życiowe: strata kogoś bliskiego, separacja rodziców, przeprowadzka, pójście do szkoły, poczucie odrzucenia. Natomiast do czynników podtrzymujących MW należy zaliczyć wszystkie działania opóźniające diagnozę, niewłaściwą terapię, która może wynikać z niezrozumienia istoty tego zaburzenia, np. zmuszanie do mówienia czy unikanie sytuacji społecznych wymagających komunikowania się (Johnson, Wintgens 2016: 36–40).

### 1.3. Zaburzenia mowy i języka u dzieci z MW

Bardzo często podkreśla się, że dzieci z MW potrafią mówić, tylko z przyczyn lękowych nie są w stanie tego zrobić, zatem problem nie dotyczy samej produkcji mowy, a komunikacji międzyludzkiej. Jednak nie zawsze tak jest. Potwierdzają to badania, z których wynika, że od 30% do 50% dzieci z MW ma zaburzenia bądź opóźnienia rozwoju mowy i języka. Mają one formę zaburzeń lub subtelnych opóźnień komunikacyjnych, np.: w badaniach Hansa-Christopha Steinhausena i Claudii Juzi stwierdzono tę korelację u więcej niż 30% (Steinhausen, Juzi 1996: 606–614). Nieco wyższy wskaźnik zaburzeń językowych wykazała Hanne Kristensen, bo aż 50% dzieci z MW spełniało kryteria zaburzeń ekspresji języka, zaburzeń mieszanych impresyjno-ekspresyjnych i zaburzeń fonologicznych (Kristensen 2000: 249–256). Podobnie C.B. Andersson i P.H. Thomsen stwierdzili problemy artykulacyjne i alalie rozwojowe u prawie 50% dzieci z MW (Andersson, Thomsen 1998: 231–238). Zaburzenia mowy i języka oraz świadomość trudności w sprawnym komunikowaniu się z otoczeniem u dzieci lękowych może być jedną z wielu przyczyn wystąpienia MW. M. Johnson i A. Wintgens (2016: 37) zaburzenia mowy i języka kwalifikują do czynników wywołujących i podtrzymujących MW. Powyższe dane potwierdzają wyniki moich badań własnych przeprowadzonych w 2016 roku na podstawie ankiet (100-osobowa grupa rodziców dzieci z MW), z których wynika, że 31% dzieci z tym zaburzeniem lękowym ma trudności z wymową (wady wymowy oraz opóźnienia rozwoju mowy – Bystrzanowska 2017: 30).

## **2. Opis i analiza przypadku chłopca z MW i z alalią motoryczną**

### **2.1. Identyfikacja problemu**

Kamil to 5-letni chłopiec, który po raz pierwszy trafił do przedszkola we wrześniu 2015 r. Od początku pobytu miał duże trudności z rozstaniem się z mamą, płakał, nie chciał jej wypuścić z przedszkola; przez pierwszy tydzień mama siedziała z synkiem na zajęciach. Ponadto chłopiec miał poważne problemy z adaptacją do nowego środowiska, na zajęciach był bierny, nie włączał się do zajęć, zabaw z dziećmi, nie odpowiadał na pytania nauczycieli i rówieśników. W przedszkolu nawet w obecności mamy nie jadł śniadania i nie korzystał z toalety. Po pierwszym tygodniu września Kamil już sam zostawał w przedszkolu, nieznacznie podążał za grupą podczas zajęć, zabaw, siadał sam przy stoliku, ale nadal nie mówił, nie jadł, często płakał i nie wykonywał poleceń nauczyciela. Nauczycielki przedszkola były w ciągłym kontakcie z mamą chłopca, starały się zapewnić mu optymalne warunki niezbędne do adaptacji, jednak ich działania nie przynosiły oczekiwanego efektu. Personel przedszkola, świadomy istnienia zaburzeń komunikacji werbalnej, jakim jest mutyzm wybiórczy, zasugerował rodzicom skorzystanie z badań w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Z powodu braku komunikacji werbalnej po dwóch miesiącach uczęszczania do przedszkola, czyli w listopadzie, chłopiec został skierowany do poradni psychologiczno-pedagogicznej.

### **2.2. Środowisko rodzinne i przebieg rozwoju dziecka**

Chłopiec pochodzi z rodziny pełnej, rodzice pracują zawodowo. Kamil nie chodził wcześniej do przedszkola, nie było takiej potrzeby, gdyż w jego wychowaniu oprócz rodziców aktywnie uczestniczyli babcia z dziadkiem. Rozwój motoryczny Kamila zdaniem rodziców przebiegał prawidłowo, natomiast rozwój mowy od początku był opóźniony: Kamil zaczął mówić w wieku około 2. roku 6 m.ż., a jego mowa była bardzo niezrozumiała. Wypowiedzi chłopca rozumiała głównie mama, pozostali domownicy nie zawsze wiedzieli, co mówi. Trudności artykulacyjne sprawiały, że malec często wycofywał się z kontaktów słownych z najbliższymi, a z dorosłymi spoza rodziny nie był w stanie nawiązać żadnego porozumienia, nawet niewerbalnego. Na plac zabaw chodził tylko z mamą, bo tylko z nią czuł się bezpiecznie. Gdy na placu zabaw pojawiały się inne, nieznane dzieci, Kamil od razu przybiegał do mamy. Rozmawiał tylko z Alą – dziewczynką z sąsiedztwa, która była o dwa lata starsza od niego, często przychodziła do domu chłopca, żeby się pobawić, czasem razem szła z nim na plac zabaw.

### 2.3. Diagnoza dziecka w poradni psychologiczno-pedagogicznej

Badanie dziecka przeprowadzono w poradni psychologiczno-pedagogicznej na wniosek rodzica z powodu trudności dziecka w komunikacji werbalnej z rówieśnikami i nauczycielem. Diagnozę wstępną postawiono na podstawie:

- wywiadu z rodzicami,
- opinii nauczyciela przedszkola,
- obserwacji dziecka w przedszkolu,
- wypełnionego przez nauczyciela Arkusza *obserwacji ucznia z podejrzeniem mutyzmu wybiórczego w przedszkolu/szkole* (opracowanie własne, zob. Bystrzanowska 2017: 120–121),
- wypełnionego przez rodziców Arkusza *obserwacji dziecka z podejrzeniem mutyzmu wybiórczego dla rodziców* (opracowanie własne, zob. Bystrzanowska 2017: 117–119),
- badania psychologicznego,
- badania logopedycznego.

Kamil edukację przedszkolną rozpoczął we wrześniu 2015 r., wcześniej nie chodził do przedszkola, nie chodził również do logopedy. Od początku roku szkolnego nie odzywał się do wychowawcy i innych pracowników obsługi, nie rozmawiał też z rówieśnikami. Z nauczycielem nie komunikował się werbalnie ani też pozawerbalnie. Początkowo bierny, w miarę upływu czasu i adaptacji do nowych warunków zaczął siadać z dziećmi w kole podczas zajęć, wykonywał w kartach pracy polecenia nauczyciela kierowane do całej grupy. Chwilami podejmował współpracę z jednym z kolegów (nadal bez kontaktu słownego). W dalszym ciągu nie odpowiadał werbalnie na zadawane przez nauczyciela pytania, milczał, rzadko się uśmiechał, kręcił głową, jego gesty niewerbalne nie pełniły roli komunikacyjnej. Z wywiadu wynika, że chłopiec w sposób spontaniczny, swobodny rozmawiał tylko z najbliższą rodziną, natomiast nie rozmawiał z dalszą rodziną, obcymi dorosłymi i rówieśnikami (oprócz dziewczynki z sąsiedztwa Ali).

Na skutek terapeutycznych oddziaływań podczas badania i terapii logopedycznej chłopiec wchodził w dobrą relację z logopedą, zaczynał komunikować się werbalnie. U Kamila oprócz problemów dotyczących lęku przed mówieniem występowały również poważne zaburzenia wymowy oraz osłabiona sprawność i zaburzona kinestezja artykulacyjna narządów mowy. Zaburzenia wymowy u Kamila miały charakter alalii motorycznej. Chłopiec miał trudności z wymową głosek trzech szeregów dentalizowanych, spółgłosek wargowo-zębowych oraz *k*, *g*, *l*, *r*, ponadto w strukturze słów występowały liczne niedokładności artykulacyjne w postaci elizji i substytucji. Większość słów, które próbował powiedzieć, zaczynało się na głoskę *l* wymawianą bez pionizacji języka. Mowa zdaniowa i potoczna były trudne do zrozumienia, można było przypuszczać, że tak zaburzona wymowa jest jednym z czynników predysponujących do powstania mutyzmu wybiórczego u chłopca.

Kamil ze względu na brak kontaktu słownego badany był przez psychologa testem niewerbalnym, po którym stwierdzono, że jego dojrzałość umysłowa kształtowała się na poziomie przeciętnym dla jego wieku (tj. normy). W sferze emocjonalnej, społecznej i motywacyjnej wykazywał niedojrzałość. W sytuacjach choćby najmniejszych trudności reagował płaczem.

Chłopiec był po konsultacji laryngologicznej i po badaniu słuchu (wynik prawidłowy) oraz psychiatrycznej – potwierdzono podejrzenie mutyzmu wybiórczego. Kamil wymagał terapii logopedycznej i terapii usprawniającej komunikację werbalną z otoczeniem (wskazana była metoda małych kroków – ang. *sliding in*) w ramach wczesnego wspomagania rozwoju dziecka. W styczniu 2016 r. chłopiec otrzymał opinię o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka na okres do rozpoczęcia nauki w szkole podstawowej.

## 2.4. Znaczenie i konsekwencje problemu

Brak postępów w adaptacji do środowiska przedszkolnego oraz duże nasilenie objawów lękowych dawały powody do niepokoju i sugerowały podejrzenie mutyzmu wybiórczego. Zakotwiczenie objawów MW występujących u Kamila było bardzo prawdopodobne. Sytuacja dziecka, które jest bierne, nie bawi się z rówieśnikami, nie wykonuje poleceń nauczycieli, z nikim nie rozmawia, jest bardzo trudna. Kamil wymagał natychmiastowej pomocy, gdyż jego funkcjonowanie w grupie nie sprzyjało jego prawidłowemu rozwojowi. Istniało duże niebezpieczeństwo, że taka sytuacja może tylko pogłębić lęk przed mówieniem i zaburzyć rozwój emocjonalny i społeczny dziecka.

## 2.5. Prognoza

**Pozytywna:** może okazać się, że wymowa chłopca stopniowo poprawi się, dojdzie do obniżenia poziomu lęku przed mówieniem, a następnie do jego minimalizacji. Niestety, taki pozytywny scenariusz jest raczej mało prawdopodobny.

**Negatywna:** najbardziej prawdopodobną prognozą w sytuacji Kamila jest eskalacja lęku przed mówieniem, w wyniku czego dojdzie do utrwalenia mutyzmu wybiórczego na wiele lat w przedszkolu, następnie w szkole. Negatywnym następstwem MW mogą być zaburzenia w postaci fobii szkolnej, społecznej czy depresji.

## 2.6. Propozycje rozwiązań

Po wydaniu przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną opinii o potrzebie wczesnego wspomagania rozwoju dziecka (WWRDz), jeszcze przez okres miesiąca terapia logopedyczna była prowadzona na terenie poradni. Następnie tera-

pia w ramach WWRDz została przeniesiona na teren przedszkola (istniała możliwość prowadzenia terapii na terenie przedszkola przez tę samą osobę – logopedę). U Kamila oprócz MW ważnym problemem okazała się istniejąca wada wymowy. Oddziaływania terapeutyczne oparte były na terapii logopedycznej i technikach metody behawioralnej – wygaszanie bodźca i modelowanie (Johnson, Wintgens 2001: 140–151).

Celem oddziaływań było:

- nawiązanie dobrych relacji i komunikacji werbalnej z dzieckiem w celu obniżenia poziomu lęku przed mówieniem i zmniejszenia intensywności reakcji lękowych,
- usprawnienie wymowy dziecka,
- pokonanie lęku przed korzystaniem z toalety w przedszkolu,
- generalizacja w zakresie komunikowania się z nauczycielami i rówieśnikami w przedszkolu.

### **3. Postępowanie terapeutyczne**

#### **3.1. Wdrożenie oddziaływań terapeutycznych**

Rodzicom dziecka przedstawiono plan działania i rozpoczęto jego realizację według poniższego schematu:

- edukacja rodziców i personelu przedszkola,
- nawiązanie dobrej relacji specjalista – mama – dziecko (na terenie ppp),
- usprawnienie artykulacji i umiejętności komunikacyjnych dziecka (na początku na terenie ppp, następnie na terenie przedszkola),
- pozbycie się lęku przed korzystaniem z toalety,
- nawiązanie dobrej relacji i komunikacji werbalnej z otoczeniem: specjalista – dziecko – rówieśnicy, specjalista – dziecko – nauczyciel, specjalista – dziecko – inni pracownicy przedszkola.

Zaplanowano systematyczną terapię logopedyczną polegającą na:

- usprawnieniu narządów mowy w formie gimnastyki buzi i języka,
- ćwiczeniach oddechowych wydłużających fazę wydechową,
- ćwiczeniach słuchowych (doskonalenie słuchu awerbalnego, werbalnego, słuchu fonemowego),
- wprowadzaniu nowych dla dziecka głosek, których realizacja jest zaburzona,
- automatyzacji poprawnej wymowy w wyrazach, zwrotach dwuwyrazowych, zdaniach oraz w mowie potocznej.

### 3.2. Edukacja rodziców i personelu przedszkola na temat mutyzmu wybiórczego

**Rodzice** – omówiono zaobserwowane objawy, wyjaśniono ich źródło, zaproponowano ciekawą lekturę: książkę *Nie strach się bać* (Cohen 2015) oraz stronę internetową [www.mutyzm.org.pl](http://www.mutyzm.org.pl), na której znajdują się wiarygodne informacje na temat MW i są przedstawione czynniki podtrzymujące mutyzm wybiórczy w domu.

Zachęcono do przeprowadzenia pewnych modyfikacji w zakresie wychowania dziecka w domu, m.in. przekazano poniższe zalecenia:

- nie rozmawiać przy dziecku o sprawach dla niego niezrozumiałych oraz o trudnościach w przedszkolu,
- nie zmuszać dziecka do mówienia, nie pytać codziennie, czy dzisiaj będzie w przedszkolu rozmawiać; nie wyręczać, gdy ktoś zapyta, pamiętać o zasadzie 5 sekund, dać czas dziecku na odpowiedź bądź zmodyfikować pytanie tak, żeby dziecko chociaż niewerbalnie potwierdziło odpowiedź rodzica,
- nie zmuszać dziecka do mówienia zwrotów grzecznościowych,
- prowadzić rodzinne rozmowy w obecności dziecka i z dzieckiem na tematy dla niego zrozumiałe, np. zwierzęta, zabawki, przyroda, spacer, przedszkole czy inne bieżące tematy,
- pozwolić dziecku w domu na aktywność werbalną, zadawanie pytań, odpowiadanie, zachęcać do swobodnej wypowiedzi,
- prowadzić rozmowy z dzieckiem w obecności obcych osób w różnych miejscach (sklep, autobus, fryzjer, poczekalnia u lekarza, podczas spaceru ulicą), w domu podczas wizyty gości; rozmowy te powinny prowadzić osoby, z którymi dziecko kontaktuje się chętnie i pełnym głosem: mama, tato i babcia – taka strategia pomaga dziecku zwiększyć tolerancję na bycie usłyszonym przez inne osoby w miejscach publicznych, takich jak sklepy, parki czy poczekalnie,
- zapraszać do domu inne dzieci z rodziny, sąsiedztwa, następnie z przedszkola; w domu zachęcać do gier i zabaw bez presji na mówienie, zachęcać dziecko do zabaw ruchowych z innymi dziećmi na podwórku, planować z nimi wypad do kina, kawiarni,
- każde wyjście w nowe dla dziecka miejsce (np. wizytę u lekarza, u fryzjera, w urządzenie, w sklepie) należy zaplanować i wcześniej omówić z dzieckiem jego przebieg,
- spotkania z dalszą rodziną powinny być zaplanowane, a rodzina wprowadzona w tematykę mutyzmu wybiórczego.

**Personel przedszkola** – w przedszkolu przeprowadzono szkoleniową radę pedagogiczną na temat: „Mutyzm wybiórczy w teorii i w praktyce”. Przedstawiono następujące zalecenia dla personelu przedszkola:

- zachęcać dziecko do wspólnej zabawy w małych grupach oraz do innych aktywności pozawerbalnych (rola pomocnika nauczyciela),
- modyfikować sprawdzanie listy obecności dzieci w grupie np. poprzez sygnalizację niewerbalną (podniesienie ręki do góry i powiedzenie „jestem”, dla chętnych) lub wspólne odpowiadanie na pytanie nauczyciela: „Czy jest Ola? – Tak. Czy jest Kamil? – Tak. Czy jest Ewa? – Nie ma” itd. (wszystkie dzieci odpowiadają),
- na obecnym etapie nie należy zmuszać czy specjalnie zachęcać dziecka do mówienia,
- nie zmuszać dziecka do mówienia zwrotów grzecznościowych, nie dążyć do bezpośredniego kontaktu wzrokowego,
- zachęcać do wyboru zabawki, książeczki, obrazka do kolorowania,
- reagować na niewłaściwe reakcje rówieśników, np. uwagi dotyczące niemówienia chłopca,
- ściśle współpracować z logopedą i dostosowywać postępowanie nauczycieli wobec dziecka w zależności od etapu terapii.

### 3.3. Etapy pracy z chłopcem

Terapia Kamila przebiegała zgodnie z poniższymi etapami, opracowanymi na podstawie 10 etapów swobodnego mówienia (Johnson, Wintgens 2001: 69–70). Dzięki odpowiedniemu podejściu do badania chłopiec już na pierwszej wizycie w ppp mówił do mamy w obecności logopedy (z pominięciem etapów od 1 do 4):

Etap 1. Dziecko nie komunikuje się i nie bierze udziału w żadnych aktywnościach.

Etap 2. Dziecko współpracuje i komunikuje się niewerbalnie w stopniu minimalnym.

Etap 3. Dziecko komunikuje się za pomocą gestów.

Etap 4. Dziecko wydaje dźwięki niewerbalne.

Po krótkiej rozmowie z mamą chłopca udało się przeprowadzić wstępną diagnozę logopedyczną Kamila.

**Etap 5. Dziecko mówi do mamy w obecności terapeuty.** Odpowiednio poinstruowana mama podczas badania pytała Kamila, jak nazywają się obrazki prezentowane w AFA-skali (Paluch, Drewniak-Wołosz, Mikosza 2005). Następnie Kamil odpowiadał mamie na te pytania w obecności logopedy, która stała

w drugim końcu gabinetu, poza zasięgiem wzroku dziecka. Na podstawie wypowiedzi można było stwierdzić, że chłopiec miał poważne problemy z wymową, wypowiadał się pojedynczymi słowami, a ich wyrazistość była bardzo zaburzona, miał wąski zasób słownictwa czynnego. W mowie występowały elizje, substytucje, uproszczenia głoskowe i sylabowe. Wstępnie stwierdzono alalię motoryczną. Na tym etapie w gabinecie logopedycznym wprowadzono w formie zabawy kilka prostych ćwiczeń usprawniających narządy mowy i ćwiczenia oddechowe.

**Etap 6. Dziecko odpowiada na pytanie jednym słowem.** Podczas kolejnych wizyt w ppp mama Kamila była obecna w gabinecie. Pracowano, wykorzystując wcześniej przygotowaną „drabinę zadań”, na której były zapisane 3 pytania z zakresu tzw. niskiego obciążenia komunikacyjnego:

1. liczenie 10 zwierząt: wspólnie, naprzemiennie, potem liczył sam Kamil (chłopiec mówił bardzo niewyraźnie i tylko elementy prozodyczne mowy i kontekst obrazkowy pozwoliły zrozumieć jego wypowiedzi);
2. nazywanie kolorów 6 klocków: wspólnie, naprzemiennie, potem Kamil sam nazywał;
3. pytania wymagające odpowiedzi: tak, nie, np.: *Czy to koń? Czy krowa szczeka? Czy kot miauczy?* Za każde wykonane zadanie chłopiec otrzymywał naklejkę.

W dalszym ciągu prowadzono usprawnianie narządów mowy, zwiększając zakres ćwiczeń artykulacyjnych, wprowadzono nowe dla dziecka ćwiczenia oddechowe, zabawy wykorzystujące wokalizę, ponadto ćwiczenia słuchu awerbalnego i werbalnego, a także ćwiczenia z głoską *l* – były to ćwiczenia pionizacji języka i artykulacji głoski w izolacji, z samogłoskami i w prostych słowach.

**Etap 7. Dziecko wypowiadało pojedyncze zdania do terapeuty** – w sposób płynny podczas terapii nastąpiło przejście do kolejnego etapu. Chłopiec w obecności mamy i logopedy czuł się coraz bardziej swobodnie, zaczął z mamą rozmawiać prostymi zdaniami i stopniowo zaczął również budować proste zdania podczas rozmowy z logopedą. Logopeda zadawała pytania wymagające odpowiedzi *nie wiem*, np.: *Czy piesek lubi jabłka? Czy wiesz ile lat ma Twoja mama?* Następnie chłopiec odpowiadał na śmieszne pytania typu: *Czy to jest koń? Nie, to kot. (Nie, to tot.)* itp. W dalszym ciągu pracował, wykorzystując zadania z „drabiny zadań”, o stopniowo zwiększającym się obciążeniu komunikacyjnym. Były to kolejno: ciągi zautomatyzowane, odpowiedzi: *tak, nie, nie wiem*, pojedyncze słowa, np. nazwy zwierząt, zdania opisujące obrazki, na których były przedstawione czynności (np. *Kot pije mleko*).

Terapia logopedyczna w ppp była prowadzona od listopada 2015 r. do końca stycznia 2016 r. Wizyty odbywały się raz lub dwa razy w tygodniu i trwały po 45– 60 min. Na tym etapie terapia została przeniesiona na teren przedszkola

(luty 2016 r.) i tam miała być kontynuowana do końca czerwca 2017 r. (z miesięczną przerwą wakacyjną).

W przedszkolu zajęcia odbywały się dwa razy w tygodniu i trwały po godzinie, mamy Kamila podczas tych zajęć już nie było. Chłopiec czuł się z logopedą na tyle bezpiecznie, że podczas spotkań w przedszkolu po powtórzeniu ćwiczeń wykonywanych w ppp, realizował kolejne zadania. Podczas spotkań w dalszym ciągu doskonalono sprawność narządów mowy, stosowano ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia słuchu fonemowego, wprowadzono kolejne głoski: *f, v, k, g, ś, ź, ć, ż, s, z, c, ʒ, ś, ź, ć, ʒ* w izolacji, w słowach, w zadaniach. Następnie wprowadzono ćwiczenia w różnicowaniu opozycyjnych głosek *f – v, k – g, t – d*, a także *k – t i g – d* (które chłopiec zamieniał) oraz różnicowanie głosek trzech szeregów dentalizowanych.

Równolegle była prowadzona terapia metodą małych kroków mająca na celu likwidację lęku przed korzystaniem z toalety. Po dwóch miesiącach systematycznej pracy Kamil korzystał samodzielnie z toalety.

**Etap 8. Dziecko wypowiadało się do kolejnych osób, poszerzano grono rozmówców** – po kilku spotkaniach w gabinecie w przedszkolu na ćwiczenia został zaproszony pierwszy wybrany przez Kamila kolega – Filip. W czasie następnych spotkań zapraszano kolejnych kolegów, potem koleżanki. Stopniowo zwiększała się grupa rozmówców Kamila – aż do 8 osób. Zajęcia grupowe trwały 20, czasem 30 minut. Skład grupy się zmieniał tak, że każde dziecko z grupy przedszkolnej Kamila było obecne na takich zajęciach w gabinecie logopedycznym. Każde słyszało głos Kamila i z zainteresowaniem słuchało, jak mówił. Dzieci dziwiły się i zachwycaly jego głosem (mimo że już wszystkie wiedziały, że Kamil potrafi mówić). Logopeda za każdym razem spokojnie tłumaczyła dzieciom, jak mają się zachować i jak współpracować.

Podczas zabaw z rówieśnikami po wstępnej rozgrzewce, czyli po zadaniach z niskim obciążeniem komunikacyjnym (liczenie, nazywanie kolorów, nazywanie zwierząt – wspólnie, naprzemiennie, na zmianę), następowały pytania zamknięte typu: *Czy kot miauczy? Czy teraz jest dzień?*, na które wszyscy odpowiadali *tak* lub *nie*, po czym odbywały się wspólne zabawy. Dzieci lubiły gry pamięciowe, ćwiczenia oddechowe, gry planszowe, zabawy w kręgle i różne zabawy ruchowe z piłką, np. rzucanie piłką do celu. Podczas zajęć w małych grupach Kamil pracował już bez drabiny, był coraz bardziej pewny siebie i nie oczekiwał specjalnych nagród. Jego pozycja i pewność siebie w małej grupie, w której już rozmawiał, sprawiała, że był bardziej swobodny nie tylko podczas zajęć z logopedą, ale również podczas zajęć z udziałem innych dzieci.

Na tym etapie Kamil był gotowy do rozmowy z nauczycielem. Wcześniej poinstruowana nauczycielka usiadła przy stoliku obok chłopca tak, żeby nie patrzeć bezpośrednio na Kamila. Podczas pierwszych spotkań wykorzystano

„drabinę zadań”: zaczęto od liczenia do 10, nazywania kolorów, zwierząt, odpowiedzi *tak, nie*. Zgodnie z zasadą stopniowania trudności i obciążenia komunikacyjnego (od niskiego do wysokiego) zwiększano zakres zadań. Chłopiec na początku podczas spotkań z nauczycielem był bardzo spięty, spotkania trwały kilka minut: do 5, 10. Stopniowo stawał się coraz bardziej swobodny, a czas pracy z nauczycielem wydłużał się. Z czasem nauczyciel zaczął rozmawiać z Kamilem także w sali, gdy było tam tylko kilkoro dzieci. Kamil nie rozmawiał wtedy jeszcze na forum grupy nawet z osobami, z którymi rozmawiał już w gabinecie.

**Etap 9. Dziecko odzywało się w różnych sytuacjach w przedszkolu** – ten etap był realizowany jednocześnie z etapem 8: było to oswajanie różnych miejsc w przedszkolu: sala zajęć, szatnia, korytarz, łazienka, kuchnia, zabawy z kolejnymi nauczycielami, dyrektorem i innym personelem.

**Etap 10. Dziecko swobodnie komunikuje się w grupie rówieśników** – grupa indywidualnych rozmówców była już duża (25 osób), jednak Kamil nadal nie rozmawiał podczas zajęć na forum grupy. Wskazana była generalizacja rozmów chłopca w dużej grupie. Zaczęto od wymiany krótkich informacji w obecności logopedy. W grupie przeprowadzono szereg zajęć, począwszy od niskiego obciążenia komunikacyjnego, przechodząc następnie do średniego i wysokiego. Dzieci mówiły razem, naprzemiennie i indywidualnie. Chłopiec bez problemu uczestniczył werbalnie w tych zajęciach, ale tylko wtedy, gdy była na nich logopeda. Po wyjściu logopedy z sali Kamil znowu milczał. Zastosowano wspólnie z nauczycielem zajęcia grupowe, następnie logopeda wychodziła z zajęć, które kontynuowała nauczycielka (dziecko wiedziało, że logopeda jest w sali obok). Małymi krokami, po wielu próbach udało się przeprowadzić generalizację mowy Kamila na forum grupy. Następnie chłopiec stał się bardziej odważny i zaczął odpowiadać na pytania nauczyciela podczas zajęć grupowych również na innych zajęciach: religii, angielskim. Pytania, rozmowy w grupie były omówione wcześniej z nauczycielami, którzy chętnie angażowali się do pracy z Kamilem, wspierali dziecko w grupie, czuwali nad nim i starali się nie popełniać błędów.

## Podsumowanie – efekty działań

Obecnie Kamil czuje się w przedszkolu swobodnie, aktywnie uczestniczy we wszystkich zajęciach, odpowiada werbalnie i zadaje pytania nauczycielom, rozmawia z rówieśnikami, zgłasza potrzeby i chętnie chodzi na terapię logopedyczną.

Wypowiedzi chłopca są już wyraźne i pozwalają na swobodne komunikowanie się z rówieśnikami i dorosłymi. Pod względem artykulacyjnym doskona-

lenia wymaga jeszcze wymowa głoski *r*, natomiast pozostałe wcześniej zaburzone głoski należy jeszcze utrzymywać w mowie spontanicznej. Chłopiec zna wszystkie litery, zaczyna czytać, rozumie czytany tekst, potrafi opowiedzieć przeczytany tekst. Małymi krokami został pokonany lęk przed mówieniem, przed toaletą w przedszkolu. Kamil sam (bez mamy) uczestniczy w wycieczkach, chodzi na świetlicę, robi mamie zakupy. Tak jak inne dzieci, czasem dostaje uwagi za rozrabianie z kolegami. Obecnie jest przygotowywany do zmiany przedszkola na szkołę. Odbił już wycieczkę do szkoły, w której poznał budynek, klasy i personel szkoły.

Opisany przypadek dowodzi, iż odpowiednio prowadzona terapia może sprawić, że nawet dziecko ze sporymi zaburzeniami lękowymi zaczyna normalnie funkcjonować zarówno w grupie rówieśniczej, jak i w relacjach z dorosłymi – w różnych sytuacjach społecznych.

## Literatura

- Andersson C.B., Thomsen P.H., 1998, *Selectively mute children: An analysis of 37 Danish cases*, „Nordic Journal of Psychiatry” 52, s. 231–238.
- Bergman R., Piacentini J., McCracken J., 2002, *Prevalence and Description of Selective Mutism in a School-Based Sample*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” 41 (8), s. 938–946.
- Bystrzanowska M., 2017, *Mutyzm wybiórczy – poradnik dla rodziców, nauczycieli i specjalistów*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Cohen L.J., 2015, *Nie strach się bać*. Warszawa: Wydaw. Mamanian.
- Cunningham C.E., McHolm A. E., Boyle M.H., 2006, *Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls*, „European child & adolescent psychiatry” 15, s. 245–255.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* – kolejna edycja klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (ang. *American Psychiatric Association, APA*), która została opublikowana 18 maja 2013 r., [<http://pl.wikipedia.org/wiki/DSM-5> – dostęp: 21.04.2017].
- Garcia A., Freeman J., Francis G., Miller L.M., Leonard H.L., 2004, *Selective Mutism [w:] Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*, red. T. Ollendick, London: Oxford University Press [<http://www.mutyzm.org.pl/> – dostęp 21.04.2017].
- Johnson M., Wintgens A., 2001, *The Selective Mutism Resource Manual*, Oxford: Speechmark.
- Jonhson M., Wintgens A., 2016, *The Selective Mutism Resurce Manual, second edition*, UK: Speechmark.
- Kopp S., Gillberg C., 1997, *Selective mutism: A population based study (Aresearch note)*, „Journal of Child psychology and Psychiatry”, 38(2), s. 257–262.
- Kristensen H., 2000, *Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/ delay, anxiety disorder, and elimination disorder*, „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry” 39, s. 249–256.

- Kulakowska Z., 2003, *Wczesne uszkodzenie dojrzewającego mózgu. Od neurofizjologii do rehabilitacji*, Lublin: Folium.
- Kumpulainen K., Rasanen E., Raaska H., Somppi V., 1998, *Selective mutism among second-graders in elementary school*, „European Child & Adolescent Psychiatry” 7(1), s. 24–29.
- Młynarska M., *Niewygaszone odruchy pierwotne w aspekcie potencjalnych możliwości wykorzystania w terapii jękania. Krytyczne etapy rozwojowe*, [http://www.seminarium.tkdami.net/mlynarska2.htm – dostęp: 20.05.2011].
- Paluch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L., 2005, *AFA-Skala: jak badać mowę dziecka afatycznego*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.
- Pużyński S., Wciórka J., 2000, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków: UWM „Vesalius”.
- Radomska A., Jankowska A., 2000, *W forticy milczenia*, „Charaktery”, nr 4, s. 20–21.
- Sajewicz-Radke U., 2016, *Skale objawowe zaburzeń lękowych*, Gdańsk: Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych.
- Schwartz R.H., Freedy A.S., Sheridan M.J., 2006, *Selective mutism: Are primary care physicians missing the silence?*, „Clinical Pediatrics” 45, s. 43–48.
- Skoczek A., 2013, *Milczące dzieci – zaburzone interakcje w mutyzmie*, „Nowa Logopedia” 4: *Interakcyjne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, red. M. Michalik, A. Siudak, H. Pawłowska-Jaroń, Kraków: Wydaw. Collegium Columbinum, s. 149–165.
- Skoczek A., 2017, *Przyczynek w sprawie etiologii mutyzmu*, „Neurolingwistyka Praktyczna” 3, s. 31–46.
- Steinhausen H.C., Juzi C., 1996, *Elective mutism: An analysis of 100 cases*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” 35, s. 606–614.
- Urbaniuk J., 2008, *Dziecko z fobią społeczną [w:] Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, red. B. Winczura i A. Stawarski, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

## **Speech and language therapy for a child with selective mutation Description and case study**

### **Summary**

This article describes a five year old Kamil who was admitted to a psychological and pedagogical counselling centre (hereinafter: ‘ppc’) due to difficulties in verbal and non-verbal communication with his peers and teachers at kindergarten. After an initial diagnosis at ppc, the boy was referred to a psychiatrist for consultation concerning the suspicion that he suffers from selective mutation. Then, having their son diagnosed with selective mutation by the psychiatrist, the parents applied to the psychological and pedagogical counselling office with a request for issuing an Opinion on the need for early support of the child's development (hereinafter: ‘ESoCD’). Kamil was supported with the speech and language therapy starting from the day he came with his parents to ppc – first at the outpatient clinic, then at kindergarten (for 18 months). Now Kamil is still undergoing speech and language therapy at the kindergarten due to a speech defect, but he has no more difficulties with verbal communication with his peers and kindergarten staff.

**Key words:** selective mutism, speech and language therapy, case study

**Monika Budkowska**

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

## MUZYKA W TERAPII LOGOPEDYCZNEJ DZIECI

Artykuł poświęcony jest zastosowaniu muzyki w terapii logopedycznej dzieci, poszczególnym technikom oraz ich wpływowi na usprawnianie percepcji i ekspresji głosu oraz mowy. Opisano wpływ muzyki na funkcjonowanie całego organizmu, a także na terapię poszczególnych zaburzeń z perspektywy logopedycznej. Celem publikacji jest przedstawienie różnych form pracy z dźwiękiem i możliwości zastosowania go w terapii dzieci: słuchania, gry na instrumentach, śpiewu, form muzyczno-ruchowych, tańca i innych. Zwrócono uwagę także na rolę muzyki jako formy wspomagania rozwoju w okresie prenatalnym.

Słowa kluczowe: muzyka, terapia logopedyczna, profilaktyka

### Wprowadzenie

Muzyka ma zadziwiającą zdolność do wzbudzania emocji, niesie ze sobą wspomnienia, wpływa na nastrój. Być może dlatego uświetnia ważne momenty i stanowi nieodłączny element życia człowieka. Szybkie i wesołe melodie dodają energii, pobudzają do działania, zachęcają do tańca. Smutne i wolne uspokajają, a nawet przygnębiają. Oprócz tego muzyka może pełnić też wiele innych funkcji, na przykład terapeutyczną lub wspomagającą terapię. Zastosowanie znajduje szczególnie w logopedii, bo zarówno słowa, jak i muzyka są nośnikami treści znaczeniowej i emocjonalnej (Cylulko 2014; Stachyra 2014).

### Zastosowanie muzyki w logopedii

Wykorzystanie muzyki w terapii mowy ma korzenie na Pomorzu na początku lat 70. XX wieku, kiedy to ukazały się prace Aurelii Rozentalowej z Toruńskiej Poradni Ortofonicznej i Elżbiety Kilińskiej-Ewertowskiej (Szatan 2014). Obecnie muzyka stosowana jest w terapii wielu zaburzeń: wspomaga proces terapeutyczny osób z afazją, apraksją, dyzartrią, jąkaniem, autyzmem, zespołem Aspergera, uszkodzonym narządem słuchu. Wyniki wielu badań wskazują też na wpływ doświadczeń muzycznych na rozwój umiejętności percepcji prozodii

emocjonalnej i na rozwój sfery psychicznej. Komunikat muzyczny może być przekazem niewerbalnym zastępującym komunikat werbalny pacjenta.

Bodźcami muzycznymi wykorzystywanymi w terapii są: śpiew, muzyka instrumentalna lub same struktury rytmiczne. Mogą one być stosowane w ćwiczeniach słuchowych lub w zadaniach wykonawczych (w szczególności śpiew).

Do technik stosowanych w terapii z wykorzystaniem muzyki można zaliczyć m.in.:

- słuchanie muzyki,
- muzykowanie z wykorzystaniem instrumentów, z dźwiękologestami,
- ilustrowanie muzyki pantomimą lub formami plastycznymi,
- śpiewanie,
- inscenizacja piosenek, bajek i pieśni,
- zajęcia rytmiczne,
- ćwiczenia relaksacyjne,
- ćwiczenia oddechowe,
- improwizacje wokalne,
- improwizacje instrumentalne,
- improwizacje muzyczno-ruchowe,
- ćwiczenia naturalnych form lokomocji,
- wykonywanie ruchów naśladujących czynności dnia codziennego,
- zabawy muzyczno-ruchowe.

## Muzyka w terapii a terapia muzyką

Według K. Bruscia muzykoterapię tworzy obecność terapeuty i muzyki. Jednak w poszczególnych sytuacjach potencjał terapeutyczny może mieć swoje źródło w każdym z tych czynników w równej mierze albo wpływać bardziej z właściwości samej muzyki lub osoby terapeuty. W tym przypadku mowa o muzyce w terapii. W muzykoterapii muzyka staje się czynnikiem terapeutycznym, może też – na co zwraca uwagę Bruscia – stanowić swoisty pretekst dla nadbudowanego dla niej dalszego procesu terapeutycznego. Ważna jest nie tylko ona, ale też – a może nawet bardziej – relacje terapeutyczne powstałe dzięki obecności terapeuty (Bruscia 1998, za: Konieczna-Nowak 2013). Muzyka może zatem pełnić w terapii rolę centralną lub wspomagającą. W obu przypadkach jest ona jednak medium, narzędziem. Warto zaznaczyć, że samodzielnie nigdy nie jest w stanie wywołać takich efektów, jakie przynieść może w dobrze zaplanowanym procesie terapeutycznym. Można powiedzieć, że wpływ muzyki jest niejako samoczynny, ale może mieć różnoraki charakter: terapeutyczny, obojętny czy nawet destrukcyjny. Rolą logopedy w przypadku zastosowania muzyki jest nadać jej zaplanowany i świadomy wymiar terapeutyczny.

## Wpływ muzyki na organizm

Muzyka może pełnić rolę swego rodzaju „leku”. Wpływa na aktywność systemu nerwowego, wywołuje określone zmiany w czynnościach całego organizmu, obniża próg wrażliwości zmysłów i powoduje inne somatyczne reakcje w ciele (Bonny 2002, za: Stachyra 2014, Wierszyłowski 1981). Według badaczy do takich należą:

- zmiana napięcia mięśniowego,
  - zmiana szybkości krążenia krwi,
  - obniżenie progu wrażliwości zmysłów,
  - zmiana siły i szybkość pulsu,
  - modyfikacja oddechu,
  - wzbudzenie uczuć i emocje, usprawnianie komunikacji,
  - poprawa koncentracji.
- Efektom wtórnym mogą być takie reakcje, jak:
- zmniejszenie lęków, napięcia,
  - uspołecznienie,
  - kształtowanie funkcji słuchowych: detekcji dźwięku, identyfikacji, różnicowania cech dźwięków, lokalizacji,
  - usprawnianie koordynacji ruchowej, słuchowo-ruchowej, wzrokowo-ruchowej (w ćwiczeniach muzyczno-ruchowych),
  - polepszenie prozodii mowy.

Biorąc pod uwagę to, czy muzyka ma spowolnić pracę organizmu, czy też pobudzić do działania, rozróżnia się muzykę uspokajającą i pobudzającą. Pierwsza z wymienionych powinna obniżyć stany napięcia i działać rozluźniająco, relaksacyjnie. Używana w tym celu muzyka klasyczna powinna według Elżbiety Galińskiej (1981) charakteryzować się: 1. krótkim czasem trwania (maks. 10 min), 2. powolnym lub umiarkowanym tempem, 3. niewielkim poziomem głośności oraz brakiem kontrastów dynamicznych, 4. płynnością melodii i rytmu, przewagą rytmów miarowych, kołyszących, 5. znacznym poziomem strukturalizowania i regularnością przebiegu, 6. przewagą środkowego rejestru dźwięków, 7. brakiem instrumentów o jaskrawej i ostrej barwie, a także unikaniem kompozycji wokalnych, 8. obecnością nieznacznych punktów kulminacyjnych stwarzających warunki do oscylowania między stanem napięcia i odprężenia.

Muzyka aktywizująca, wskazana także ze względu na problemy komunikacyjne, powinna zaś cechować się: 1. szybkim tempem, 2. dużym zróżnicowaniem melodycznego i rytmicznego przebiegu, 3. dużym zróżnicowaniem dynamiki, 4. kontrastującą melodią przeciwstawnych tematów, 5. przeciwstawnością różnych grup instrumentów (Schwabe 1972).

## Muzyka w zespole Aspergera

Szczególne walory muzyki dostrzega się w terapii dzieci z zespołem Aspergera, u których zauważa się zaburzenia integracji sensorycznej. Obejmują one wszystkie obszary: dotykowe, przedsionkowe, lokalizacyjne, wzrokowe, a także słuchowe przetwarzanie informacji. Osoby z zespołem Aspergera mogą silniej niż inni odczuwać bodźce zmysłowe lub mieć tzw. niedoczulicę zmysłową. Najczęstszym problemem jest nadwrażliwość na bodźce słuchowe, powodująca dyskomfort niekiedy graniczący z bólem, co bardzo utrudnia funkcjonowanie. Szczególnie nieprzyjemne są nagłe, nieoczekiwane dźwięki (np. szczekanie psa, dzwonek do drzwi, przesuwanie krzesła), długotrwałe dźwięki o wysokiej częstotliwości (np. wydawane przez odkurzacz, suszarkę do włosów, mikser, wentylator), kompleksowe dezorientujące dźwięki (np. w centrach handlowych, kinie, restauracji). Dzieci z zespołem Aspergera cechuje także zaburzona koordynacja ruchowa, co często powoduje wycofanie się z działania i nie sprzyja socjalizacji tych dzieci (Szafrąńska 2014).

Interwencje muzyczne mogą mieć zatem bezpośredni wpływ na polepszenie jakości codziennego funkcjonowania. Ważne jest zastosowanie różnych form muzyki w terapii logopedycznej ze względu na jej wpływ na pojawiające się z zespołem Aspergera specyficzne problemy związane z prozodią, brakiem koordynacji ruchowej oraz zaburzeniami komunikacji niewerbalnej (Szafrąńska 2014). Wymienione działania pozwalają na polepszenie czucia własnego ciała, koordynacji, integracji sensorycznej oraz zwiększenie zaufania do siebie. Rezultatem są m.in.: umiejętność nawiązywania kontaktu, rozwój ekspresji emocjonalnej, uspołecznienie, rozwój na płaszczyźnie psychologicznej i kognitywnej (Konieczna-Nowak 2014).

Muzyka w terapii logopedycznej dzieci z zespołem Aspergera przybierać może następujące formy:

- słuchanie muzyki,
- muzykowanie z wykorzystaniem instrumentów – zajęcia te bazują na swobodnej ekspresji muzycznej; ćwiczenia z wykorzystaniem instrumentów (np. bębenek, tamburyn, trójkąt, grzechotki itp.) kształcą percepcję dźwięku, koordynację ruchową, słuchowo-ruchową i wzrokowo-ruchową;
- ilustrowanie muzyki pantomimą lub formami plastycznymi – to przykłady ćwiczeń z zakresu techniki ruchu; głównym celem jest usprawnianie orientacji w schemacie ciała i przestrzeni, a tym samym kinestezji i lateralizacji; ćwiczenia wykorzystujące pantomimę pozwalają wyrażać emocje ruchem i są podstawą uczenia elementów komunikacji niewerbalnej; stosowanie ćwiczeń z formami plastycznymi rozwija wyobraźnię i małą motorykę;

- śpiewanie – to dla dzieci z zespołem Aspergera element stały, który pomaga rozwijać poczucie bezpieczeństwa; linia melodyczna w śpiewie daje podstawę do kształtowania prozodycznych elementów mowy, a w szczególności prowadzenia intonacji w zdaniach;
- inscenizacja piosenek, bajek i pieśni – ćwiczenia rozwijające ruchowo i pomagające kształtować umiejętności komunikacyjne;
- zajęcia rytmiczne – dotyczą percepcji sygnałów uporządkowanych w czasie. Celem jest wskazanie relacji czasowych zachodzących między składnikami przebiegu rytmicznego; wykorzystuje się przy tym naturalną reakcję ruchową na usłyszaną strukturę rytmiczną, używa się też ćwiczeń kształcących poczucie metrum (zjawiska metrum i rytmu są istotne w procesie rozumienia i produkcji mowy); u dzieci z zespołem Aspergera często zauważa się zbyt szybkie lub zbyt wolne i monotonne tempo mówienia, wskazane są więc ćwiczenia w zakresie tempa i rytmu mowy;
- ćwiczenia relaksacyjne – zdarza się, że ze względu na nadpobudliwość psychoruchową niektórym dzieciom nie udaje się skupić na zadaniu od razu; relaks uspokaja dzieci i pozytywnie wpływa na ich sen;
- ćwiczenia oddechowe – wpływają korzystnie na emisję głosu, wydłużenie fazy wydechowej, działają odprężająco, uspokajająco (Szafrńska 2014).

### **Ćwiczenia muzyczno-ruchowe, czyli logorytmika**

Pierwsza definicja logorytmiki brzmi: „Logorytmika jest metodą korekcji mowy, opartą na rytmie muzycznym wraz z zastosowaniem słowa, które jest włączone jako akompaniament (zaprogramowany albo improwizowany) w rytmicznie zestrojony przez muzykę ruch całego ciała” (Rozenalowa 1971: 116–126).

Termin ‘ćwiczenia muzyczno-ruchowe’ jest określeniem szerokim i należy przezeń rozumieć różne formy ćwiczeń ruchowych realizowanych przy muzyce. Zadaniem ćwiczeń logorytmicznych prowadzonych z dziećmi w przypadkach zaburzeń mowy jest przede wszystkim kształcenie sprawności ruchowej i słuchowej, a głównie koordynacji ruchowej, ruchowo-wzrokowej, ruchowo-słuchowej i wrażliwości percepcyjnej. Ćwiczenia te usprawniają zatem funkcje dużej motoryki, co przekłada się na małą motorykę i napięcie mięśniowe. Poza tym logorytmika spełnia funkcję uspołeczniającą i odwraca uwagę od mówienia. Celem ćwiczeń jest także zwrócenie uwagi dzieci na zjawiska wspólne dla muzyki i mowy (wypowiedzi), a więc na rytm, tempo, wysokość dźwięku, melodię, głośność i barwę dźwięku, akcent, frazowanie oraz artykulację (Kilińska-Ewertowska 1987).

Logorytmika przedstawia ogromny zakres ćwiczeń stymulujących podstawowe funkcje słuchowe: recepcję dźwięku, dyskryminację, identyfikację, pamięć słuchową, uwagę słuchową, lokalizację, a także analizę i syntezę dźwięków. Program ćwiczeń logorytmicznych zawiera bloki: 1. ćwiczeń z zakresu techniki ruchu, 2. ćwiczeń percepcyjno-ruchowych i 3. muzykowania, 4. ćwiczeń kształcących zdolność twórczą dzieci, 5. ćwiczeń w zakresie kształtowania form ruchowo-przestrzennych (Kilińska-Ewertowska 1987: 13–63):

### I. Ćwiczenia z zakresu techniki ruchu

Ćwiczenia te obejmują następujące elementy:

- a) naukę pozycji wyjściowej (pozycja wyjściowa stojąca, siad skrzyżny, siad klęczny, siad skulny, siad prosty, siad rozkroczny);
- b) omówienie prawidłowej realizacji ruchów podstawowych (rodzaje chodu – piano, forte, tyłem, bokiem, ze wspięciem na palce, na piętach, w przysiadzie, z pogłębianym sprężynowaniem; rodzaje biegu – bieg rytmiczny, z unoszeniem kolan, z wymachem nóg do tyłu; sprężynowanie – stopami, stopami na przemian, kolanami; skoki – obunóż, skrzyżne, na jednej nodze, przeskoki, podskoki zmienne; obroty – dookoła własnej osi, w kole);
- c) ćwiczenia regulujące napięcie mięśniowe i kształcące orientację przestrzenną (ćwiczenia na opanowanie umiejętności napinania i rozluźniania mięśni i ćwiczenia na opanowanie umiejętności poruszania się w określonej przestrzeni, ćwiczenia usprawniające i koordynacyjne).

CO DAJĄ te ćwiczenia? Poprawiają one sprawność ruchową i fizyczną dzieci oraz precyzję ruchów. DLA KOGO są przeznaczone? Są one kierowane szczególnie do dzieci z zaburzeniami koordynacji ruchowej, słuchowo-ruchowej, wzrokowo-ruchowej, wzrokowo-słuchowej, zaburzeniami orientacji przestrzennej, kierunkowej i czasowej, dla dzieci ze wzmożonym napięciem mięśniowym, występowaniem współruchów, dyskoordynacji ruchowej, zahamowań motorycznych.

### II. Ćwiczenia percepcyjno-ruchowe

Celem tych ćwiczeń jest spowodowanie natychmiastowej reakcji ruchowej dzieci na określone bodźce muzyczne. Warunkiem wywołania przeżycia ruchowego jest umiejętność odbioru danego bodźca muzycznego. Ćwiczenia te są prowadzone nie tylko z wykorzystaniem muzyki, ale i tekstu. Ten rodzaj ćwiczeń należy uznać za podstawowy dla logorytmiki.

Ćwiczenia percepcyjno-ruchowe obejmują:

- ćwiczenia wyrabiające szybką reakcję ruchową na sygnały optyczne, muzyczne, słowne,
- ćwiczenia kształcące poczucie metrum,

- ćwiczenia kształcące poczucie tempa,
- ćwiczenia kształcące poczucie rytmu (realizacja ruchowa wartości rytmicznych i pauz, realizacja ruchowa rytmów).

CO DAJĄ te ćwiczenia? Kształtują one umiejętność różnicowania cech dźwięku, takich jak: wysokość, czas trwania, głośność i barwa, kształcą prawidłową reakcję na dźwięki akcentowane oraz samokontrolę w zakresie analizy słuchowej wypowiedzi danego tekstu, regulują tempo mowy, usprawniają aparat ruchowy. DLA KOGO są przeznaczone? Są zalecane dla dzieci z zaburzeniami percepcji, jękających się, z opóźnionym rozwojem mowy, z zahamowaniami psychoruchowymi.

### III. Muzykowanie

CO DAJĄ ćwiczenia z muzykowania? Ćwiczenia te prowadzą do rozbudzenia i wzbogacenia doświadczeń akustycznych, uwrażliwienia na barwę, wysokość i czas trwania dźwięku, ponadto doskonałą koordynację ruchową i aktywizują do działania.

### IV. Ćwiczenia kształcące zdolności twórcze dzieci

CO DAJĄ ćwiczenia kształcące zdolności twórcze dzieci? Przede wszystkim rozwijają inwencję twórczą każdego dziecka.

### V. Kształtowanie form ruchowo-przestrzennych

CO DAJE kształtowanie form ruchowo-przestrzennych? Ćwiczenia te realizują ruch w określonym czasie i wyznaczonej przestrzeni.

Ćwiczenia służące usprawnianiu percepcji i ekspresji cech oraz zjawisk prozodycznych wchodzi również w zakres oddziaływań logorytmicznych obecnych w polskiej logopedii od lat 70. XX w. Wśród nich można wskazać ćwiczenia słuchowe oraz ćwiczenia wykonawcze, wykorzystujące śpiew i zrytmizowaną mowę. Terapia logorytmiczna może być obecnie wspierana specjalnie opracowanymi w tym celu pomocami multimedialnymi (Wysocka 2015).

## **Choreoterapia**

Drogą do porozumiewania się z innymi, poznania siebie i swoich emocji, do uzyskania harmonii ciała i umysłu jest także choreoterapia. Muzyka i ruch taneczny dają możliwość odreagowania napięcia psychicznego, pozbycia się nadmiaru energii i agresji, poprawiają koordynację ruchową, prowokują do przeżyć

artystycznych, uczą kontaktu wzrokowego i dotykowego z partnerem. Choreoterapia nie jest tańcem w dosłownym znaczeniu, nie uczy kroków ani zasad tanecznych. Jest to złożona, twórcza, fascynująca, idealna metoda integracji ciała, emocji, umysłu i ducha. Wykorzystuje taniec i ruch ekspresyjny przy muzyce. Pobudza energię, którą ma każdy człowiek. Według choreoterapeutów ciało jako fizyczny obraz naszego „wnętrza” stanowi punkt wyjścia do pracy terapeutycznej. Logopedom służy do rozładowania skumulowanych w ciele napięć, bloków, do komunikacji niewerbalnej – czasem jedynej, przełamywania nieśmiałości, integrowania się z grupą (Drejer 2015; Pędzich 2009).

### **Zastosowanie muzyki w terapii dzieci z niepełnosprawnością intelektualną**

Wielostronne korzystne oddziaływanie muzyki przyczynia się do tego, iż znajduje ona zastosowanie w działaniach terapeutycznych i rehabilitacyjnych prowadzonych wobec dzieci o obniżonej sprawności umysłowej. Poprzez elementy strukturalne, takie m.in. jak: rytm, metrum, tempo, dynamika, barwa, aparat wykonawczy, wpływa ona niewerbalnie i podświadomie na sferę emocjonalną osobowości dziecka (Cylulko 2002):

- oddziałuje na jego układ wegetatywny, co może przejawiać się aktywizacją psychoruchową, pobudzeniem, uspokojeniem, rozluźnieniem psychofizycznym, reakcjami kathartycznymi;
- pobudza jego reakcje biochemiczne i czynności fizjologiczne, zmieniając tętno, ciśnienie krwi, rytm pracy serca, częstotliwość i głębokość oddechu, napięcie mięśniowe, częstotliwość bioprądów mózgu;
- porządkuje i harmonizuje jego psychomotorykę zaburzoną defektami, deficytami rozwojowymi, nieprawidłowymi warunkami rozwoju, wychowania lub codziennego życia;
- bardzo silnie inspiruje jego wyobraźnię i ekspresję twórczą;
- jest formą komunikacji emocjonalnej, która pozwala na uzyskanie stanu otwarcia, stwarza warunki do uzewnętrzniania własnych potrzeb, uczuć, nastrojów;
- słuchanie muzyki, granie lub śpiewanie to techniki pobudzające emocje – ekspresja własnych przeżyć za pomocą muzyki bądź percepcji utworu muzycznego ułatwia zrozumienie samego siebie.

Przy różnych objawach chorobowych czy rodzajach niepełnosprawności bawimy się na tym, że muzyka pomija kontrolę intelektu i jest tym czynnikiem, który może – niezależnie od kontroli, od sposobu odbierania przez pacjenta tej muzyki – działać na jego organizm pozytywnie, ponieważ w tym kierunku muzyko-

terapia idzie, w kierunku pozytywnego, korzystnego oddziaływania sztuki muzycznej na organizm człowieka.

Do technik stosowanych we wczesnej terapii muzycznej można zaliczyć m.in.: ćwiczenia oddechowe, słuchowe, dotykowe, mowy, śpiewanie piosenek, muzykowanie gestodźwiękami, przedmiotami codziennego użytku, na instrumentach perkusyjnych i na instrumentach własnej konstrukcji, improwizacje wokalne, instrumentalne, muzyczno-ruchowe, ćwiczenia naturalnych form lokomocji, wykonywanie ruchów naśladowujących czynności dnia codziennego, zabawy muzyczno-ruchowe, śpiewanie piosenek, słuchanie muzyki (Jarkowska 2004).

### **Metoda Tomatisa, efekt Mozarta**

Badania nad wpływem muzyki na percepcję słuchową, mózg i aparat słuchowy po raz pierwszy wykonał Alfred Tomatis. Dowiódł on, że ucho służy nie tylko do słyszenia i słuchania, ale zależy od niego również równowaga, prosta postawa ciała, a także kontrola mowy, języka i głosu. Zjawisko to nazwane zostało „efektem Mozarta”. Podczas słuchania muzyki dźwięk przedostaje się do ucha środkowego, gdzie w ślimaku zostaje zamieniony na impulsy elektryczne. Tomatis określa dźwięki o wysokiej częstotliwości jako dynamizujące, aktywizujące nasz umysł, natomiast dźwięki o niskiej częstotliwości – dezaktywujące, ponieważ wysokie dźwięki dają większą stymulację. Z badań wynika, że najczęściej wysokich częstotliwości można znaleźć w muzyce Mozarta (Tomatis 1995).

Terapia metodą Tomatisa daje wiele możliwości i znajduje zastosowanie w różnych dziedzinach. Może przybrać formę treningu słuchowego, mikrogimnastyki ucha, stymulacji słuchowej, relaksacji noworodków czy dynamizacji przy kłopotach psychosomatycznych. Dokładniej chodzi o to, żeby muzyka stymulowała, pobudzała, była impulsem do pewnych działań, wzmacniała procesy życiowe. Celem edukacji słuchowej jest nauczenie pacjenta świadomego słuchania poprzez muzykę, co prowadzi do wewnętrznej harmonii ciała i ducha, do kreatywnego myślenia i chęci komunikacji. To terapia, która dzięki muzyce – dźwiękowi – wibracji, a zatem energii buduje nowe połączenia nerwowe, neurony w mózgu dziecka. Podczas sesji dzieci mogą się bawić, spać, leżeć, oglądać obrazki itp. W terapii stosowana jest muzyka Mozarta, szczególnie symfonie durowe, które działają aktywizująco. Utwory te cechują się doskonałą formą, jasną, czytelną strukturą, melodyjnością, łatwą przyswajalnością, poprawiają samopoczucie, zmniejszają lęk, zwiększają aktywność. Chorał gregoriański natomiast służy do regularnego oddychania, zwalnia puls, „usypia”, „pozytywnie naładowuje układ nerwowy”, fragmenty służą do powtórzenia mormorando lub na sylabach oraz do poprawy fonacji (Jaworska 2014; Tomatis 1995).

Dzięki treningowi słuchu za pomocą odpowiednio dobranego materiału dźwiękowego, a także dzięki ćwiczeniom wokalnym zauważa się zwiększenie kontroli nad własnym głosem i mową, zmniejszenie nadwrażliwości słuchowej, polepszenie percepcji słuchowej i koncentracji uwagi. Badania potwierdzają także polepszenie umiejętności uczenia się, kompetencji społecznych, językowych i muzycznych. Metoda Tomatisa jest stosowana między innymi w terapii dysleksji, ADHD, autyzmu, zespołu Aspergera, zespołu Downa, centralnych zaburzeń słuchu, w jąkaniu, ale również w rozwoju osobistym i wspomaganiu kreatywności (Tomatis 1995).

### Piosenka w terapii logopedycznej

Najsilniejszy związek muzyki ze słowem wyrażony jest w różnorodnych technikach pracy z piosenką. Szczególne zastosowanie znajdują one w tzw. muzykoterapii neurologicznej w terapii mowy. Obejmują m.in. śpiewanie terapeutyczne – stosowane do wspomagania intonacji i artykulacji w mowie oraz *Melodic Intonation Therapy*, czyli terapię melodyczno-intonacyjną. Działania terapeutyczne w ramach tego programu służą przywróceniu funkcji mownych poprzez wykorzystanie struktur melodycznych, intonacyjnych i rytmicznych, regulujących aktywność niedominującej, nieuszkodzonej półkuli mózgu. Terapia przeznaczona jest dla osób dorosłych, ale po modyfikacji procedury postępowania może być również wykorzystywana u dzieci (np. z apraksją). Materiałem do terapii są początkowo 2–3-sylabowe, a następnie dłuższe frazy, zawierające wyrazy i zwroty o dużej częstotliwości występowania w języku, śpiewane z wykorzystaniem dwóch wysokości dźwięku. Melodie imitują struktury intonacyjne występujące w mowie. Przebieg wysokości jest dodatkowo sygnalizowany znakami i gestami. W praktyce terapeutycznej ten podstawowy materiał jest urozmaicany przez wykorzystanie większej liczby wysokości lub przez akompaniament instrumentalny towarzyszący wykonaniu ćwiczenia. Czynnikiem wspomagającym przebieg ćwiczeń i usprawniającym płynność mowy jest rytm wystukiwany przez terapeutę na dłoni pacjenta lub przez samego pacjenta (Wysocka 2016).

Na rozwój mowy dziecka korzystny wpływ mają także zabawy ruchowe połączone ze śpiewem, ponieważ ćwiczą głos, działanie i mówienie, powtórzenia, reakcje niewerbalne, planowaną zmianę kolejności działań.

Piosenka i śpiew również są wykorzystywane w terapii osób jękających się. Terapią jękania stosującą „śpiew” jako podstawową metodę zajmował się głównie Stanisław Wilczewski. Wielu innych autorów podejmujących temat jękania wymienia „śpiewanie, śpiewoterapię” jako element wspierający w terapii nie-

płynności mowy. Śpiew w terapii jąkania pomaga dzieciom nie koncentrować uwagi na problemie niepłynności i potrzebie terapii, wzmacnia pewność siebie dzięki płynności w śpiewie, pomaga rozluźnić napinane podczas bloków mięśnie i regulować proces fonacyjno-artykulacyjny. Śpiewanie ma także wpływ na poczucie lęku i logofobię. Może pełnić dla dzieci funkcję ekspresji emocjonalnej (Walencik-Topiłko 2014).

## **Kształtowanie zjawisk prozodycznych dzięki muzyce**

Powodem, dla którego wykorzystuje się muzykę w kształtowaniu kompetencji i sprawności prozodycznych, jest to, że zjawiska prozodyczne mają odzwierciedlenie w zjawiskach muzycznych, czyli w rytmie, melodii, akcencie, tempie. Percepcja prozodii wykazuje związki z percepcją zjawisk muzycznych (Wysocka 2016).

Polskim programem terapeutycznym, który wykorzystuje muzykę do kształtowania percepcji i ekspresji prozodii jest program autorstwa Aliny Kowalskiej. Stworzony dla dzieci z uszkodzonym narządem słuchu, znajduje zastosowanie także w zespole Aspergera i innych zaburzeniach języka, w których występują deficyty prozodyczne. Zawarte w programie ćwiczenia dzielą się na trzy bloki: ćwiczenia emisyjne, ćwiczenia słuchu muzycznego i ćwiczenia prozodii mowy. W ćwiczeniach emisyjnych dąży się do uzyskania oddechu dynamicznego i podparcia oddechowego, koordynacji oddechowo-fonacyjnej, miękkiego nastawienia głosowego i odpowiedniego rezonansu nasady. Ćwiczenia te służą też poszerzeniu skali głosu oraz utrzymaniu stabilności jego parametrów, głównie wysokości. Ich celem jest przygotowanie aparatu mowy do ekspresji zjawisk prozodycznych. Ćwiczenia słuchu muzycznego rozwijają funkcje słuchowe, m.in. różnicowanie parametrów dźwięku, funkcję asocjacyjną i lokalizacyjną oraz pamięć słuchową. Uzyskane w nich sprawności są podstawą do ćwiczeń słuchu prozodycznego. Trzeci blok to ćwiczenia prozodii mowy – służą one kształtowaniu percepcji i ekspresji zjawisk prozodycznych (Kowalska 1989).

## **Muzyka w relaksacji**

Oprócz tego, że muzyka może aktywizować, pobudzać do działania, stymulować, może także wyciszać, odprężyć i dlatego znajduje zastosowanie w terapii logopedycznej jako doskonały środek relaksujący.

Warto zaznaczyć, że muzyka relaksacyjna wyodrębniła się jako swoisty, odrębny gatunek muzyki. Relaksację – czyli głębokie odprężenie układu mięśni-

wego, nerwowego i psychiki – można wykonywać zarówno na końcu zajęć, jak i na początku. Narzędziem relaksacji mogą być podawane sugestie o działaniu relaksacyjnym – jak w przypadku treningu Jacobsona – lub też sama muzyka relaksacyjna może być narzędziem do obserwacji (Mastnak 1992; Stachyra 2014). Swoją szczególną rolę może pełnić w przypadku zaburzeń mowy na tle emocjonalnym, jąkania, mutyzmu, wszelkiego lęku związanego z mówieniem i każdego zaburzenia mowy, gdyż wiąże się ono ze wzmożonym stresem i napięciem, często poczuciem inności, odstawiania.

## Muzyczna profilaktyka

Już w życiu płodowym dziecko reaguje na bodźce akustyczne i na muzykę, a indywidualny rozwój muzyczny dziecka przebiega jako dialog z otoczeniem i środowiskiem. Jeśli ten dialog zostanie zaburzony, może przejawiać się to w problemach somatycznych i psychicznych. Już we wczesnym okresie życia dziecka, w życiu płodowym można zatem stymulować jego zmysły. Muzyka słuchana przed urodzeniem, po urodzeniu, w dzieciństwie ma wpływ na odbieranie bodźców dźwiękowych w ciągu całego życia, pomaga budować neuronalne drogi zarówno u dzieci zdrowych, jak i tych, które rodzą się z niedoskonałościami. Ma wpływ na rozwój intelektualny, naukę języków, rozwój pamięci i uwagi, poczucie przestrzeni. Odpowiednio dobrana muzyka poprawia koncentrację, powoduje wzrost kreatywności i zapamiętywania, ułatwia naukę czytania i pisanie, podwyższa motywację, harmonizuje napięcie mięśniowe, poprawia koordynację ruchową (Jaworska 2014).

## Literatura

- Cylulko P., 2014, *Zastosowanie muzykoterapii we wspomaganiu komunikacji* [w:] *Muzyka w logopedii: terapia, wspomaganie, wsparcie: trzy drogi, jeden cel*, red. D. Baczała, J. Błęszyński, Toruń: Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, s. 35–47.
- Drejer F., 2015, *Ekspresja ruchowa jako regulator stanów emocjonalnych u dzieci i młodzieży* [w:] *Terapia w pracy z uczniem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi*, red. L. Albański, Jelenia Góra: Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze, s. 49–73.
- Galińska E., 1981, *Diagnostyczne i terapeutyczne aspekty stosowania muzyki w lecznictwie*, „Polski Tygodnik Lekarski”, s. 26.
- Jarkowska A.E., 2004, *Muzyka jako element wychowania w rozwoju osobowym dziecka z niepełnosprawnością*, Tychy: Maternus Media.
- Jaworska A., 2014, *Stymulacja słuchu metodą Tomatisa* [w:] *Muzyka w logopedii: terapia, wspomaganie, wsparcie: trzy drogi, jeden cel*, red. D. Baczała, J. Błęszyński, Toruń: Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, s. 141–150.

- Kilińska-Ewertowska E., 1987, *Logorytmika*, wyd. 3, Lublin: Zakład Logopedii UMCS, Polskie Towarzystwo Logopedyczne.
- Konieczna-Nowak L., 2013, *Wprowadzenie do muzykoterapii*, Kraków: Wydaw. Impuls.
- Konieczna-Nowak L., 2012, *Muzykoterapia dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocji i zachowania* [w:] *Podstawy muzykoterapii*, red. K. Stachyra, Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 221–240.
- Kowalska A., 1989, *Metodyka kształtowania elementów prozodycznych w wypowiedziach dzieci z upośledzeniem słuchu*, Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Mastnak W., 1992, *Dźwięk – ciało – człowiek. Załączki terapii muzyczno-fizycznych w praktyce pedagogiki muzycznej*, „Kwartalnik Polskiej Sekcji ISME”, nr 2, s. 61–76.
- Pędzich Z., 2014, *Psychoterapia tańcem i ruchem w Polsce i na świecie* [w:] *Psychoterapia tańcem i ruchem: terapia indywidualna i grupowa*, red. Z. Pędzich, Sopot: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne, s.19–46.
- Rozentalowa A., 1971, *O logorytmice*, „Logopedia” 10, s. 116–126.
- Schwabe Ch., 1972, *Leczenie muzyką chorych z nerwicami i zaburzeniami czynnościowymi*, Warszawa: PZWL.
- Stachyra K., 2014, *Podstawy muzykoterapii*, Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Szatan E., 2014, *Rozważania o kompetencjach muzycznych nauczycieli-terapeutów w terapii muzyką* [w:] *Muzyka w logopedii: terapia, wspomaganie, wsparcie: trzy drogi, jeden cel*, red. D. Baczała, J. Błęszyński, Toruń: Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, s. 61–66.
- Tomatis A., 1995, *Ucho i śpiew*, Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Walencik-Topiło A., 2014, *Śpiew w logopedii i logorytmice: możliwości zastosowania, wskazówki metodyczne* [w:] *Muzyka w logopedii: terapia, wspomaganie, wsparcie: trzy drogi, jeden cel*, red. D. Baczała, J. Błęszyński, Toruń: Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, s. 129–139.
- Wysocka M., 2015, *Logorytmika w terapii surdologopedycznej* [w:] *Surdologopedia: teoria i praktyka*, red. E. Muzyka-Furtak, Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Wysocka M., 2016, *Programy terapeutyczne usprawniające percepcję i realizację prozodii – przegląd literatury*, „Nowa Audiofonologia” 5(2), s. 47–52.

## Music in speech and language therapy applied to children

### Summary

The article is about the use of music in speech and language therapy applied to children, individual techniques and their impact on improving the perception and expression of voice and speech. It describes the effect of music on functioning of the whole organism as well as on the therapy of particular disorders from the speech therapy perspective. The aim of the work is to present various forms of work with sound and the possibility of using it in the therapy applied to children: listening to music, playing instruments, singing, music and movement activities, dance and others. Attention was also paid to the role of music as a form of development support in the prenatal period.

Key words: music, speech and language therapy, prevention

## CZĘŚĆ 4

## VARIA



**Anna Maria Pękacka**

Zürcher RehaZentren Wald, Szwajcaria

## **TERAPIA I DIAGNOSTYKA AFAZJI BROKI PRZY UŻYCIU MODELI PRZETWARZANIA JĘZYKA W BADANIACH Z OBSZARU NIEMIECKOJĘZYCZNEJ LINGWISTYKI KLINICZNEJ – STUDIUM PRZYPADKU**

Artykuł stanowi drugą, praktyczną część minicyklu dotyczącego terapii pacjentów z afazją w niemieckojęzycznej Szwajcarii. Autorka, nawiązując do artykułu teoretycznego, który ukazał się w czwartym tomie monografii cyklicznej „Głos – Język – Komunikacja”, opisuje na przykładzie 59-letniej pacjentki po krwotoku podpajęczynówkowym proces diagnozy i terapii logopedycznej z wykorzystaniem modelu logogenowego Tesaka oraz modelu Levelta.

Słowa kluczowe: afazja, modele przetwarzania mowy, diagnoza, case study

Celem poprzedniego artykułu było zapoznanie polskiego czytelnika z dwoma modelami produkcji oraz recepcji języka – modelem logogenowym Tesaka oraz Levelta – stosowanymi w przypadku diagnostyki i terapii afazji Broka w krajach niemieckojęzycznych. Modele te cieszą się nieustannie dużą popularnością i są z powodzeniem stosowane przez lingwistów klinicznych, logopedów, neurologopedów w trakcie projektowania postępowania terapeutycznego u pacjentów z afazją Broki oraz podczas oceny jego rezultatów. W tym artykule zostanie zaprezentowany polskiemu czytelnikowi przypadek diagnozy i planowania terapii pacjentki z afazją Broki przy użyciu prezentowanych modeli.

### **Ogólne informacje o pacjencie**

Pacjentka X przebywała dwa miesiące w jednej z klinik rehabilitacyjnych w Niemczech, gdzie cztery, pięć razy w tygodniu brała udział w 30–45-minutowych sesjach terapeutycznych z terapeutą językowym (lingwistą klinicznym). W 2008 r. w wieku 59 lat przeszła krwotok podpajęczynówkowy spowodowany tętniakiem lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej o wielkości ok. 2,5 mm. Trafiła wówczas do kliniki uniwersyteckiej, gdzie została zoperowana. Po za-

biegu *aneurysmacoiling*<sup>1</sup> stwierdzono poważny niedowład połowiczny<sup>2</sup> prawej strony oraz zaburzenia mowy. Pacjentka wykazywała poważne zahamowania językowe, cierpiała także na afazję o wysokim stopniu nasilenia. X przed wystąpieniem choroby nie pracowała. Była zamężna, miała dwoje dzieci i wnuka. Wraz z małżonkiem mieszkała na czwartym piętrze domu wielorodzinnego. Do jej hobby należały podróże, gra w golfa i czytanie.

## Wyniki badania logopedycznego

### Dane z wywiadu

Pierwsza rozmowa z X trwała około 30 minut. W jej trakcie uzyskano obraz zaburzeń związanych z brakiem płynności w obrębie systemu językowego (podejrzanie afazji Broki zakładającej widoczny wysiłek językowy). Z powodu wyraźnych trudności ze znajdowaniem i doбором słów pacjentka często miała problemy z poprawną budową zdań; zazwyczaj X produkowała tylko ich fragmenty. Okazjonalnie występowały parafazje semantyczne. Dodatkowo pojawiały się liczne stereotypie (...a więc...), echolalie i persewacje. Pacjentka często powtarzała także niektóre frazy. Dodatkowo występowało jąkanie neurogenne. Ze względu na różnorodne symptomy tempo mowy było spowolnione. Wyraźnej redukcji uległy także kompetencje komunikacyjne.

### Bateria afazji Aachen (*Aachener Aphasie Test*)

Bateria afazji Aachen (AAT) to rozwinięte dla języka niemieckiego i doń przystosowane, obwarowane psychometrycznie i znormalizowane postępowanie diagnostyczne przy występowaniu afazji. Test pozwala na wiarygodną ocenę mowy spontanicznej pacjenta na sześciu zdefiniowanych neurolingwistycznie poziomach obserwacyjnych. W czterech podtestach ujmuje się i rozróżnia (ze względu na różne jednostki językowe i regularności/prawidłowości) zaburzenia językowe w obrębie powtórzeń, czytania i pisania, nazywania i rozumienia języka. Kolejną składową AAT jest tzw. *Token Test* (test żetonów), który służy jako test rozumienia języka oraz przynosi dodatkowe informacje na temat zaburzeń nieafatycznych i stopnia afazji. Badanych prosi się o wykonanie 50 czynności, w trakcie których manipuluje się figurami geometrycznymi i barwami, przy czym z każdym nowym zadaniem rośnie jego złożoność (Huber 1983).

Pacjentka była diagnozowana za pomocą AAT przez dwa kolejne dni. Pierwszego dnia badaniem objęto mowę spontaniczną. Zachowania komunika-

<sup>1</sup> Zob. więcej: Poeck, Hacke 2006: 272.

<sup>2</sup> Zob. więcej: Grohnfeld 2007: 136.

cyjne badanej oceniono na 2 pkt, gdyż rozmowa na znane jej tematy z pomocą współrozmówcy była możliwa, jednak bardzo często nie udawało się jej przekazać całej myśli. Ze względu na powolność mowy na 3 pkt oceniono lekkie dyzprozodie i dyzartrie. Ponieważ wystąpiło wiele językowych stereotypii, np. częste użycie „więc” i „o Boże!” (*also, oh Gott*), podpunkt ‘mowa automatyczna’ został oceniony na 2 pkt. Struktura semantyczna była anormalna ze względu na silne zaburzenia w znajdowaniu słów, beztreściowe frazy i dwie semantyczne parafazy (ocena – 4 pkt). Mowa spontaniczna nie wykazywała żadnych zaburzeń fonematycznych. Neurogenne jąkanie nie zostało uznane w ramach AAT za symptom afatyczny, stąd strukturę fonematyczną oceniono na 5 pkt. X próbowała budować zdania długie i złożone, jednak charakteryzowały się one z jednej strony wieloma powtórzeniami niektórych fragmentów, z drugiej zaś – lukami (brakujące części zdania). Pojawiły się także agramatyzmy. Strukturę syntaktyczną oceniono na 3 pkt.

W *Token Test* pacjentka uzyskała punktację łączną (skorygowaną według wieku) na poziomie 11, stąd można było założyć występowanie u niej lekkich lub umiarkowanych zaburzeń afatycznych. W podteście ‘Powtórzenia głosek’ wystąpiła jedynie epenteza.

| Realizacja docelowa | Reakcja pacjentki | Rodzaj błędu |
|---------------------|-------------------|--------------|
| /k/                 | /ka/              | epenteza     |

Powtarzanie wyrazów sąsiadujących, obcych i zapożyczeń cechowało się samokorygowaniem przez X. Także słowa złożone sprawiały pacjentce wyraźne trudności. Dochodziło do licznych powtórzeń i elizji. Umiejętności X ulegały obniżeniu przy zdaniach złożonych.

| Realizacja docelowa                                                                     | Reakcja pacjentki                                         | Rodzaj błędu |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------|
| <i>Er holte seine Mutter <u>mit</u><br/><u>einem neuen Auto</u> vom<br/>Bahnhof ab.</i> | <i>Er holte seine Mutter mit<br/>Auto vom Bahnhof ab.</i> | elizja       |
| Odebrał swoją matkę z<br>dworca nowym autem.                                            | Odebrał swoją matkę z<br>dworca.                          |              |

W podteście ‘Powtórzenia’ przyznano 139 pkt na 150 możliwych. W obrębie języka pisanego pacjentka X wykazywała małe lub umiarkowane ograniczenia. W odróżnieniu od czytania pojedynczych słów czytanie krótkich zdań sprawiało jej trudności. Pojawiało się wiele addycji i substytucji.

| Realizacja docelowa        | Reakcja pacjentki                        | Rodzaj błędu |
|----------------------------|------------------------------------------|--------------|
| <i>Sie will mein Auto.</i> | <i>Sie will mein Auto <u>kaufen</u>.</i> | epenteza     |
| Chce moje auto.            | Chce kupić moje auto.                    |              |

W obrębie czytania na głos pacjentka otrzymała 26 pkt na 30 możliwych. Przy układaniu słów pojawiało się wiele substytucji i elizji. Tu pacjentka uzyskała 25 pkt na 30 możliwych.

| Realizacja docelowa | Reakcja pacjentki | Rodzaj błędu |
|---------------------|-------------------|--------------|
| /SCH/L/A/CH/T/      | /SCH/.../A/CH/T/  | elizja       |
| bitwa               | szyb              |              |

Także pisanie ze słuchu cechowało się licznymi addycjami, parafrazami grafematycznymi i pominięciami grafemów.

| Realizacja docelowa | Reakcja pacjentki         | Rodzaj błędu |
|---------------------|---------------------------|--------------|
| <i>Heiterkeit</i>   | <i>Hei<u>nter</u>keit</i> | epenteza     |
| radość              |                           |              |

Pacjentka otrzymała 25 pkt na 30 możliwych. Nazywanie obiektów (rzeczowniki) i kolorów przebiegało bezbłędnie. W obu przypadkach X otrzymała maksymalną liczbę punktów. Nazywanie obiektów przy użyciu rzeczowników złożonych, jak i sytuacji oraz działań/czynności za pomocą zdań przychodziło jej natomiast z trudem.

| Realizacja docelowa                     | Reakcja pacjentki         | Rodzaj błędu |
|-----------------------------------------|---------------------------|--------------|
| <i>Staubsauger</i>                      | <i>Staubsa<u>u</u>ber</i> | zamiana      |
| odkurzacz (kurz/Staub + smoczek/Sauger) | (kurz + czysto/sauber)    |              |

W podteście ‘Nazywanie’ X otrzymała 110 pkt na 120 możliwych. W podteście ‘Rozumienie języka’ stwierdzono u niej umiarkowane deficyty, stąd na 120 możliwych punktów otrzymała 90. Rozumienie ze słuchu było zaburzone w mniejszym stopniu niż czytanie ze zrozumieniem (47 vs. 43 pkt). X wybierała obrazy językowo podobne do obrazu docelowego, przy czym sama dokonywała korekt.

| Realizacja docelowa                         | Reakcja pacjentki | Rodzaj błędu |
|---------------------------------------------|-------------------|--------------|
| <i>Schalter (Bahnhof-sschalter / Kasse)</i> | <i>Stecker</i>    | zamiana      |
| lada (kasa dworcowa / kasa)                 | wtyczka           |              |

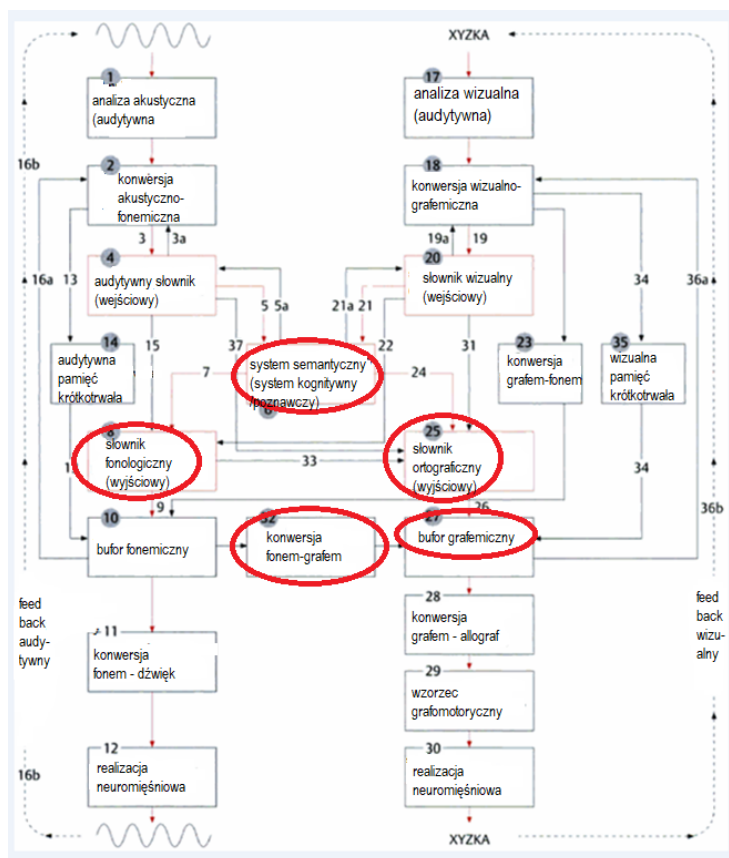
### Wynik baterii acheńskiej i klasyfikacja rutynowości

Klasyfikację rutynowości (*Routineklassifikation*) przeprowadzono przy użyciu ALLOC (AATP für Windows, Phoenix Software 1997). Badanie wykazało 100% występowania zaburzeń afatycznych. Prawdopodobieństwo wystąpienia

afazji Broki oszacowano na 73,3%, afazji Wernickego – na 12,1%, a afazji amnestycznej – na 12,1%.

### Umiejscowienie deficytów w obrębie modelu logogenowego Tesaka (2006)

W celu opracowania odpowiedniego postępowania terapeutycznego wyjaśniono najpierw za pomocą modelu logogenowego Tesaka (2006; Pękacka 2018) pojawiające się u X błędy.



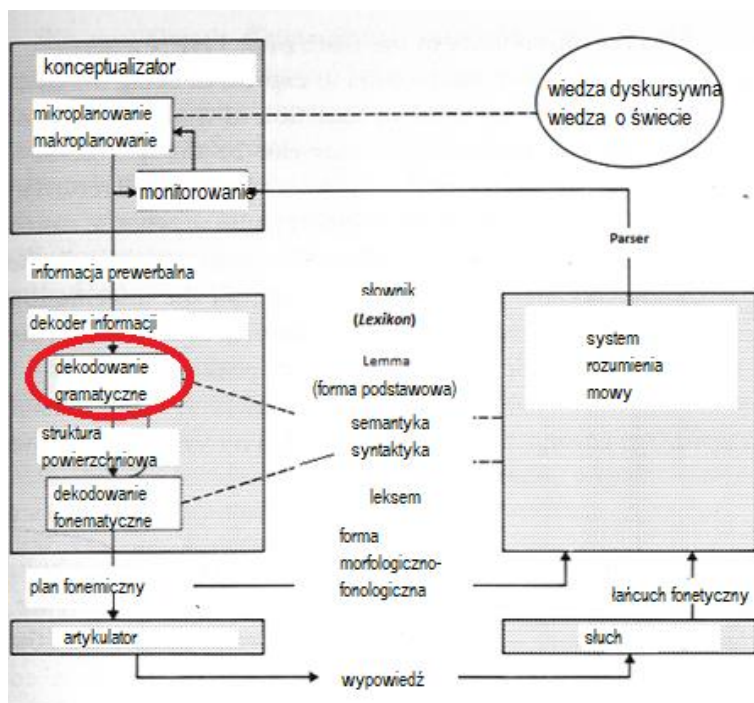
**Ryc. 1.** Drogi, w obrębie których najprawdopodobniej pojawiały się zaburzenia. Zarówno trudności z wyznajdywaniem słów, jak i agramatyzmy były symptomami zaburzeń w obrębie języka spontanicznego. Mowę X cechowały także parafazje, persewercje, echolalie i paragrafie grafematyczne. W modelu logogenowym Tesaka wyznajdywanie słów przebiega wzdłuż następującej drogi: analiza akustyczna (audytywna) → konwersja akustyczno-fonematyczna → słownik wejściowy audytywny → system semantyczny → słownik wyjściowy fonologiczny → bufor fonematyczny → konwersja fonem-głoska/dźwięk → procedura neuromięśniowa

Deficyty w obrębie umiejętności wyszukiwania słów można było tłumaczyć na dwa sposoby. Po pierwsze, założono, że zaburzony został dostęp do szukanego obiektu w fonologicznym słowniku wyjściowym. Przyjęto, że ze słownika wybierano obiekt niewłaściwy lub że obiekt właściwy był czasowo nieaktywny, co prowadziło do użycia obiektu niewłaściwego. Po drugie, sam system semantyczny mógł zostać ograniczony – w odróżnieniu od samego doń dostępu, który w takim przypadku nie wykazywałby deficytów. Semantyczne parafazy można było tłumaczyć błędnym systemem semantycznym. W trakcie wyboru właściwego obiektu konieczny był tzw. rozpoznawacz (*Erkanner*), który w przypadku każdego słowa reagował na odpowiedni wzorzec (*Muster*) wizualny. Przy jego pomocy dochodziło do aktywizacji odpowiedniego leksemu, należącego do właściwego pola semantycznego. Następnie dochodziło do rozgraniczenia pola semantycznego, w którym aktywizowany został leksem łączący się albo z kontekstem semantyczno-syntaktycznym, albo z widzianym obiektem. Kiedy system semantyczny wykazuje braki, wybiera się niewłaściwe jednostki, co prowadzi do parafazy semantycznych, gdyż, zdaniem Tesaka, z leksykalnego słownika wyjściowego wywołuje się obiekt błędny.

Produkowane przez X okazjonalne echolalie i persewacje nie mogły zostać wytłumaczone przy użyciu modelu Tesaka. Zgodnie z koncepcją Haag et al. (1985), wskazywały one na specyficzne uszczerbki centralnego przetwarzania języka. Stąd przyjęto, że w trakcie przetwarzania językowego danych treści dochodzi do instynktowego, automatycznego lub zorientowanego na zamiennik/odpowiednik (*Ersatz*) wywołania u pacjenta wcześniej zmobilizowanego wzorca, co dzieje się, nim jeszcze pacjent może wyprodukować językowy *output* (językową realizację).

Parafazy grafematyczne, takie jak np. substytucje, odpowiadające parafazjom w języku spontanicznym, przypisane są zaburzeniom konwersji fonem – grafem. Kiedy bufor fonematyczny jest nienaruszony, wówczas najprawdopodobniej w sposób niezakłócony przebiega przetworzenie właściwej jednostki informacyjnej (*Eintrag*) w bufor gramatyczny. Można dzięki temu przyjąć, że dochodzi do zaburzeń w trakcie aktywacji jednostki w wyjściowym słowniku ortograficznym, który zawiera wszystkie formy pisane wyrazów występujących w danym języku.

Deficyty agramatyczne X zostały objaśnione także przy użyciu modelu przetwarzania i rozumienia mowy/języka Levelta (Levelt 1989, 1993; Pękacka 2018). Deficyty występowały w obrębie dróg zaznaczonych na ryc. 2.



**Ryc. 2.** Umieszczenie deficytów w obrębie modelu przetwarzania i rozumienia mowy Levelta (1989, 1993).

Zdaniem Tesaka<sup>3</sup> (2006) deficyty te przynależą do przestrzeni między poziomem funkcjonalnym a pozycjonalnym modelu. Jak wspomniano wcześniej, pacjentka wykazywała wyraźne trudności w obrębie planowania (wypowiedzi), co powodowało występowanie zdań fragmentarycznych i uproszczenie struktur zdaniowych. Fakt ten tłumaczy, że dekodowanie gramatyczne może odbywać się z błędami, gdyż deficyty wykazują informacje wejściowe. Dodatkowo można założyć, że samo dekodowanie gramatyczne wykazuje deficyty, co wyjaśnia wymienione już trudności występujące u pacjentów, którzy nie są w stanie decydować, opierając się na dokładnej analizie struktury syntaktycznej. Możliwym wyjaśnieniem byłby tutaj ograniczony dostęp do morfemów gramatycznych.

### Plan terapii

Ponieważ w analizowanym przypadku deficytom uległa większa liczba poziomów językowych, przyjęto multimodalną koncepcję terapii.

<sup>3</sup> Tesak w swoich analizach opierał się na zasadach Levelta.

## Rozumienie języka

Na początku „przepracowywano” karty z obrazkami ukazujące obiekty wysokofrekwencyjne / często występujące. Pacjentka miała za zadanie nazywać rzeczy przedstawione na ilustracjach, a następnie dopasowywać do nich karty ze słowami. Później, aby wspólnie ćwiczyć rozumienie języka, X miała postępować zgodnie z przyjętym wzorem, np. *Weź/podaj kartę z ilustracją przedstawiającą kurtkę*. Aby podnieść trudność zadania, w jego trakcie stawiano pytania o funkcje przedmiotów: *Kiedy założysz kurtkę?*

Mimo niepewności pacjentki w wielu przypadkach udzielana odpowiedź była prawidłowa / bardzo dobra, gdyż X była świadoma występujących u niej zaburzeń. Robiła szybkie postępy, toteż w krótkim czasie można było przejść do bardziej złożonych treści terapeutycznych z zakresu rozumienia języka. Na poziomie słów pracowano w obrębie czterech różnych zadań mających na celu polepszenie symptomatyki. Na początku prowadzono ćwiczenia z zakresu przyporządkowywania obiektu i słowa. Następnie poproszono pacjentkę o przyporządkowanie bodźca dźwiękowego do obrazu i o jego wskazanie. Aby zadanie nabrało większej złożoności, wprowadzono deflektor (*Ablenker*) fonematyczny i semantyczny.

| Ćwiczenie z deflektorem fonetycznym                                 |                                                               | Ćwiczenie z deflektorem semantycznym                                                   |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                     | Słowo docelowe: dzbanek ( <i>Vase</i> )                       |                                                                                        |
| Pokazywane przedmioty: waza, nos, zając ( <i>Vase, Nase, Hase</i> ) |                                                               | Pokazywane przedmioty: słój, wanna, beczka, dzbanek ( <i>Krug, Wanne, Fass, Vase</i> ) |
|                                                                     | Wskaż, proszę, dzbanek / <i>Zeigen Sie bitte auf die Vase</i> |                                                                                        |

Początkowo oba typy ćwiczeń sprawiały X trudności, ale po odbyciu kilku sesji terapeutycznych można było przejść do zadań mających na celu weryfikację obrazu i słowa. Wymagały one podjęcie przez pacjentkę decyzji, czy zaproponowane słowo odpowiada docelowemu obiektowi. Duże znaczenie ma to, że X nie miała możliwości dojścia do prawidłowego rozwiązania poprzez wyłączenie innych obrazów. Także tu wprowadzono deflektory fonematyczne i semantyczne.

| Ćwiczenie z deflektorem fonetycznym  | Ćwiczenie z deflektorem semantycznym                                   |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Słowo docelowe: kot ( <i>Katze</i> ) | Pokazywane przedmioty:<br>Łapa, x, kot ( <i>Tatze, Natze, Katze</i> )  |
|                                      | Pokazywane przedmioty:<br>kot, mysz, pies ( <i>Katze, Maus, Hund</i> ) |

W ramach ćwiczeń z deflektorem fonematycznym stosowano także jednostki niebędące słowami, podczas ćwiczeń z deflektorem semantycznym posługiwano się zaś pojęciami nadrzędnymi (*Oberbegriffen*). Według Tesaka (1999) stopień trudności zadania może się różnić w wyraźnym stopniu, gdyż można zmieniać zarówno rodzaje słów, których złożoność formalna i częstotliwość występowanie są różne, jak i liczbę obrazów i ich wariacji. W odróżnieniu od ćwiczeń z deflektorem semantycznym ćwiczenia z deflektorem fonematycznym X wykonywała z dużo mniejszymi trudnościami. Niemniej, aby uzyskać pewność, wciąż prowadzono ćwiczenia mające na celu zmniejszenie błędów fonologicznych za pomocą par minimalnych. Trzeba było zdecydować, czy przedstawione audytywnie słowa są takie same, czy nie:

|                                                        |
|--------------------------------------------------------|
| <i>Hut und Mut. Sind diese Wörter gleich?</i>          |
| Hut/kapelusz i Mut/odwaga. Czy te słowa są takie same? |

X robiła błędy, ale szybko je poprawiała. Nie działało się tak w przypadku ćwiczeń dyskryminujących semantycznie – tu umiejętność rozróżnienia słów z tego samego pola semantycznego musiała zostać poprawiona. Ze względu na duże trudności w wyszukiwaniu słów pacjentce było trudno wykonywać zadania. W tej części procesu terapeutycznego pracowano nad „przyporządkowywaniem” i „szukaniem pojęć nadrzędnych i podrzędnych”, „zadaniami orientującymi się na część i całość”, „zadaniami oceniającymi”, rozpoznawaniem/przyporządkowywaniem cech przedmiotów oraz „szukaniem przeciwieństw”. Aby uniknąć nieporozumień, do każdego zadania dołączano dokładną instrukcję i wspólnie przepracowano jeden przykład. Zadania te wprowadzono w trakcie kolejnych spotkań terapeutycznych i przedstawiano pisemnie w różnych wariantach.

|                             |                        |
|-----------------------------|------------------------|
| /Lenkrad/ Sattel/ Pedal/ →  | Zielitem: Fahrrad      |
| Kierownica/siodelko/pedał → | Obiekt docelowy: rower |

Następnie pracowano na poziomie zdań. Częścią terapii było przyporządkowanie zdania do obrazu, co opierało się na wcześniejszym zadaniu przyporządkowywania słowa do obrazu. X na podstawie wskazówek ustnych miała wybrać ze zbioru odpowiedni obraz i pokazać go. Aby przezwyciężyć trudności podczas prezentowania zadania, przyjęto dwie strategie odpowiedzi: „słowo klucz” i „pierwszy obiekt/podmiot” (*Objekt-zu-Erst*). Pierwsza część skupiała uwagę pacjentki na słowach kluczach w przedstawianych zdaniach, np.:

|                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Czy dziewczynka gra w piłkę / bawi się piłką? ( <i>Das Mädchen spielt Ball?</i> ) |
| Słowa kluczowe: piłka ( <i>Ball</i> ), dziewczynka ( <i>Mädchen</i> ).            |

Druga strategia bazowała na założeniu, że w zdaniach niemieckich na pierwszym miejscu znajduje się obiekt.

Aby pracować w sposób celowy nad umiejętnościami syntaktycznymi X, zostały włączone ćwiczenia z formą bierną, topikalizacją i zmianą szyku zdania. Posługiwano się także materiałami do oceny zdania. Pacjentce przedstawiono kilka zdań z fałszywą treścią, którą musiała wskazać i poprawić. Ich wskazanie – w odróżnieniu od korekty – nie sprawiało X trudności. Do tej części terapii włączono również pytania na temat konkretnych stanów rzeczy oraz wiedzy ogólnej i wskazówek. Używano alternatywnych pytań z W-słowami (*W-Wörtern*: pytajniki, takie jak: *wenn/ wo/ wer/ wie/ was* itp). Zadania te można rozumieć także jako zadania produkcyjne, gdyż nie można było tu udzielić prostej odpowiedzi „tak” lub „nie”, np.:

|                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| <i>Der Jäger geht in den Wald und schießt das Wild.</i>                     |
| <b>Wer</b> geht in den Wald? <b>Wo</b> geht er hin? <b>Was</b> macht er da? |
| Myśliwy idzie do lasu i strzela do dzikiej zwierzyny.                       |
| Kto idzie do lasu? Dokąd idzie? Co tam robi?                                |

W fazie końcowej terapii nastąpiło przejście do ćwiczeń z zakresu poziomu tekstu. Było to istotne w odniesieniu do rozumienia języka, gdyż trzeba rozumieć nie tylko pojedyncze słowa i zdania, lecz także kontekst, z którego pozyskujemy wiele dodatkowych informacji. Przy takich zadaniach występuje możliwość uwzględnienia zainteresowań pacjentów, co z kolei prowadzi do zwiększenia ich motywacji. W trakcie ćwiczeń odgaduje się definicje i opisy, a wykorzystuje się w tym celu historie, bajki czy teksty użytkowe.

### Dostęp do słów (*Wortzugriff*)

Ponieważ mowę spontaniczną X cechowały deficyty w obrębie znajdowania słów, a jej zachowania komunikacyjne były bardzo ograniczone, szczególną uwagę objęto trening znajdowania słów. Na początku każdej sesji terapeutycznej przeprowadzano krótką wstępną rozmowę z pacjentką, aby zbudować spokojną, relaksującą atmosferę i ocenić stan emocjonalny X. Na poziomie słów pracowano przy użyciu sześciu rodzajów zadań. Na początku wprowadzono proste ćwiczenia w zakresie nazywania. Tesak (1999: 89) zauważył, że „umiejętność nazywania ćwiczy i odzwierciedla umiejętność znajdowania słów”. Następnie pacjentkę poproszono o nazywanie otrzymywanych bodźców w formie przedstawianych jej obrazków. Wśród nich znalazły się rzeczowniki, czasowniki złożone, przymiotniki i przyimki, co wymagało nazywania obiektów, czynności, cech i relacji. Najpierw wprowadzono obiekty wysokofrekwencyjne, następnie

materiał rozszerzono o obrazy abstrakcyjne. Jednocześnie posługiwano się polem semantycznym. W tym wypadku stosowano polecenia ustne i pisemne, aby zredukować ewentualne powtórzenia.

|                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Nennen Sie 5 Gegenstände, die sich in der Küche befinden!</i><br>Nazwij 5 rzeczy znajdujących się w kuchni. |
| <i>Was macht ein Arzt?</i><br>Co robi lekarz?                                                                  |

Wprowadzono także ćwiczenia mające na celu systematyczne znajdowanie słów mimo pojawiających się u X w trakcie ich realizacji trudności. Podczas takich złożonych zadań pacjentka była proszona o znalezienie dla słowa docelowego pojęcia nadrzędnego (hiperonimu), cechy, funkcji i materiału, np. słowo docelowe: stół, pojęcie nadrzędne: mebel, cecha: stabilny, funkcja: można na nim położyć jedzenie, materiał: drewno.

Przy każdym takim ćwiczeniu używano wsparcia w postaci np. pomocy semantycznych i fonologicznych, które jednak wyłączano możliwie szybko, dzięki czemu pacjentka uczyła się sama znajdować przydatne pomoce. Po prostych ćwiczeniach z zakresu nazywania nastąpiło przejście do uzupełniania par zdań, przysłów, idiomów i zdań z pustymi przestrzeniami. Ćwiczenie to znajdowało się na granicy poziomu słów i poziomu zdań. Tu pracowano m.in. za pomocą automatycznej produkcji języka i stałych zwrotów/wyrażeń językowych. Pacjentkę proszono, aby uzupełniała najpierw ustnie, a potem pisemnie pojedyncze słowa (w zdaniach lub zwrotach), np.:

|                                     |                               |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| <i>Wer nicht hören will muss...</i> | Kto nie chce słuchać, musi... |
| <i>groß und....</i>                 | duży i...                     |

Zadania te X wykonywała szybko i efektywnie, z małymi błędami w trakcie pisania. Aby podnieść poziom trudności, włączono do terapii zdania z lukami, przy czym luki występowały najpierw na końcu, a później, aby podwyższyć złożoność ćwiczenia, w środku zdania. Właściwe uzupełnienie jest zależne od odpowiedniego przepracowania informacji zdaniowej, która na początku terapii była wyraźnie zaburzona. Z tego powodu pracowano początkowo z pomocą prostych materiałów w obrębie rzeczowników i przymiotników – najpierw ze wskazówkami, a potem bez nich. Pacjentka robiła w tym obszarze szybkie postępy i była coraz częściej w stanie znajdować i używać słów niskofrekwencyjnych, co razem z polepszonym rozumieniem mowy prowadziło do rozpoczęcia ćwiczeń ze słowami. Podawano różne cechy charakterystyczne przedmiotu docelowego, przy czym liczba i charakter wskazówek się zmieniały, np.

*Es handelt sich hier um ein Land, in dem immer die Sonne scheint. Es liegt in Nordafrika und grenzt im Norden ans Mittelmeer und im Osten ans Rote Meer. Viele Deutsche verbringen da ihren Urlaub. Dieses Land ist auch für seine Pyramiden bekannt (Zielitem: Ägypten).*

Chodzi o kraj, w którym zawsze świeci słońce. Leży w północnej Afryce i od północy graniczy z Morzem Śródziemnym, od wschodniej natomiast z Morzem Czerwonym. Wielu Niemców spędza tam urlop. Kraj ten jest znany także z piramid (obiekt docelowy: Egipt).

Ponieważ X bardzo szybko przezwyciężyła trudności pojawiające się w trakcie wykonywania tego zadania, odwrócono role między pacjentką a terapeutką. Pacjentka miała pomyśleć o obiekcie docelowym i jego cechach, a następnie przedstawić je terapeutce. Chociaż X opisywała cechy definicyjne pojedynczymi słowami lub krótkimi, niepełnymi zdaniami, to jednak była w stanie wybrać je logicznie. Aby rozszerzyć zdolności wyszukiwania słów, przeszliśmy do zadań z poziomu zdań. Pracowano zarówno nad umiejętnościami syntaktycznymi, jak i nad transferem na bardziej złożony poziom językowy już wytrenowanego wyszukiwania pojedynczych słów (por. Tesak 1999). Tak jak w przypadku ćwiczeń z poziomu słów, również tutaj zastosowano uzupełnianie zdań z lukami. Następnie wprowadzono wolne i ograniczone zadania, w których należało albo uzupełnić zdanie samodzielnie wybranym, lecz pasującym do kontekstu wyrazem, albo skonstruować zdanie pasujące do wybranego obrazka. W kolejnym kroku treść przedstawiano multimodalnie, stąd posługiwano się większą liczbą wariacji form słowa (np. liczba pojedyncza i mnoga) lub imiesłowami i bezokolicznikami. Z biegiem czasu w terapii wprowadzono kolejne zadania, jak np. budowanie zdań zgodnie ze wskazówkami, opisywanie obrazków i sytuacji oraz tworzenie przeformułowań. W pierwszym wypadku aspekty gramatyczne były tłumaczone przez pojęcia gramatyczne i aspekty semantyczne. Pacjentka miała w ten sposób budować zdania, np.:

|                                     |                                                |
|-------------------------------------|------------------------------------------------|
| <i>Frau / polieren / Besteck/ →</i> | <i>Zielitem: Die Frau poliert das Besteck.</i> |
| Kobieta/polerować/piekarnik →       | Obiekt docelowy: kobieta poleruje piekarnik.   |
| Wyobrażenie obrazowe →              | Obiekt docelowy: Mężczyzna pije kawę.          |

W ramach etapu wstępnego budowania zdań wielokrotnie używano pomocy semantycznych. Nazywano ilustracje prezentujące różne sytuacje; w trakcie nazywania należało także uwzględnić zakładaną strukturę zdaniową. Metodą tą posługiwano się tak długo, aż X przestała potrzebować jakichkolwiek wskazówek. Następnie opisywano kolejne obrazki przedstawiające różne sytuacje. Tu proszono pacjentkę, aby możliwie dokładnie opisywała przedstawiane ilustracje. Obrazki te ukazywały osoby, czynności, obiekty i relacje międzyludzkie. Dzięki tak dużej zmienności można było wpływać na rodzaj słowa docelowego. Do tego doszły ćwiczenia z zakresu przeformułowań: formę bierną przekształcano

na czynną, liczbę pojedynczą na mnogą, zdania okolicznikowe sposobu na zdania orzekające itp.

|                                         |                                                 |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <i>Der Mann räumt die Garage auf. →</i> | <i>Die Garage wird von dem Mann aufgeräumt.</i> |
| Mężczyzna sprząta garaż. →              | Garaż zostanie posprzątany przez mężczyznę.     |

Ćwiczenia te sprawiały X poważne trudności, jednak z czasem udało się pokonać je za pomocą wyuczonych strategii.

|                                 |                          |                             |                                                 |                                |                  |
|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|------------------|
| <i>Die Mutter</i><br>/matka (1) | <i>wäscht/myć</i><br>(2) | <i>das Kind/dziecko</i> (3) | (3) → <i>werden/być</i><br>(Konjugation/Person) | <i>von/przez</i><br>(1, Dativ) | (2, Partizip II) |
|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|------------------|

Umiejętność znajdowania słów była stymulowana nadal poprzez zadawanie pytań, na które pacjentka odpowiadała. Nie oczekiwano jednak w odpowiedzi pełnych zdań; celem było zmotywowanie pacjentki nawet do zredukowanej aktywności werbalnej. Często zadawano pytania mające związek z wiedzą ogólną i wiedzą o świecie, codziennymi sytuacjami oraz zainteresowaniami pacjentki. Wskazywano, że granica między poziomem zdań i tekstu jest płynna, gdyż przy pytaniach otwartych X produkowała więcej zdań kontekstualnych. Ćwiczenia z poziomu słów i zdań były zawsze multimodalne, aby włączyć język pisany oraz użyć go jako kolejnego środka odblokowującego. Poza tym po każdej jednostce terapeutycznej za zgodą X zadawano pracę domową, tak aby pacjentka mogła także pracować samodzielnie. Parafazje semantyczne i fonematyczne, które występowały rzadko, stwierdzano od razu i korygowano – robiła to albo terapeutka, albo sama pacjentka. To samo dotyczyło podwojeń poszczególnych części zdań. Aby uniknąć braku jakiejś części zdania, wprowadzono ćwiczenia pisemne, a kiedy były błędy, wspólnie je omawiano i poprawiano. Aby rozszerzyć zakres umiejętności pacjentki, dalej pracowano na poziomie słów. Obok pytań otwartych włączono tutaj historie obrazkowe, przy czym celem nie było dokładne ich opisanie, ale budowa relacji między ich sekwencjami. Jak wspomniano, w ramach mowy spontanicznej X produkowała frazy związane ze sobą w sposób stereotypowy. Deficyt ten miał zostać zniwelowany poprzez zastosowanie różnych spójników, np.: *po tym, dlatego, mimo to, choć*. Zadanie to zostało rozszerzone o streszczenie i kontynuowanie danej historii. Przykładowo proszono X, aby ponownie opowiedziała wcześniej przedstawioną historię, ale bez pomocy obrazków. W innej serii ćwiczeń miała ona kontynuować historię, przy czym nim ją skończyła, musiała stworzyć minimum pięć zdań. Terapia z X odbywała się najczęściej dwa razy dziennie<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> W trakcie drugiej godziny terapeutycznej pracowano z użyciem programu komputerowego

## Język pisany

Aby zapewnić multimodalność treści terapeutycznych, wiele ćwiczeń uzupełniono zadaniami pisemnymi. Zdaniem Tesaka (1999: 112) zadania z tego poziomu prowadzi się bardzo dobrze, gdyż „zazwyczaj, gdy piszemy, potrzebne jest coś więcej niż izolowane słowo lub zdanie”. Początkowo używano tekstów z lukami, w których punkt ciężkości kładziono na aspekty gramatyczne i semantyczne. Następnie prowadzono ćwiczenia mające na celu przekształcenie tekstu. Ponieważ X miała potrzebę pisania pocztówek, stało się to integralną częścią terapii. Używano takich fraz i pojęć, jak np.: *Lieber...*, *Sehr geehrte... Mir geht es...* (*Drogi...*, *Szanowny...*, *Chodzi o...*). Pacjentka wyraziła także życzenie, aby mogła sama pisać i poprosiła terapeutkę o późniejszą korektę. Stąd wspólnie z X postanowiono, że będzie ona prowadzić dziennik terapii. W rezultacie w trakcie terapii poprawiano i/lub przepracowywano wyłącznie teksty wybrane przez X. Zadanie to miało szczególną wartość, gdyż rosła motywacja pacjentki i mogła ona na bieżąco śledzić swoje postępy. W fazie końcowej terapii proponowano jako zadanie domowe streszczanie historii obrazkowych. Ponieważ pacjentka robiła bardzo szybko postępy, należało przejść do tekstów. X czytała

---

Wissensquiz (*LernReha Software*: „Wissen”), przy czym było to możliwe dopiero wtedy, kiedy poprawił się ogólny stan pacjentki i lepiej reagowała ona na bodźce oraz miała większą motywację. Chodziło o program, w którym na podstawie przedstawianego opisu należało odgadnąć słowo docelowe. Składało się ono wyłącznie z samogłosek lub spółgłosek jako pomocy, niemniej mogło zostać odgadnięte i bez nich. Pacjentka początkowo miała wpisywać na klawiaturze tylko brakujące litery, później zaś całe wyrazy. W pierwszym tygodniu korzystano z prostych wariantów, ale szybko stało się możliwe wybieranie trudniejszych opcji. *Der siebte Monat? Vokalvorgabe: \_U\_I (JULI) Siódmy miesiąc? Samogłoski: \_I \_IE\_ (LIPIEC) Konsonantenvorgabe: J \_L\_ \_ Ohne \_ \_ \_ \_ Spółgłoski: L \_P\_ \_C Brak: \_ \_ \_ \_ \_* Raz w tygodniu X uczestniczyła także w spotkaniach grupowych w celu podniesienia swoich umiejętności komunikacyjnych i trenowania znajdowania słownictwa. Te spotkania trwały godzinę. W skład grupy wchodziło od 4 do 10 pacjentów z afazją, którzy wykazywali zbliżone deficyty językowe i wspólnie wykonywali ćwiczenia mające na celu poprawę umiejętności znajdowania słów. Terapia grupowa była tylko uzupełnieniem terapii indywidualnej, ale miała na celu polepszenie relacji społecznych pacjentki. Spotkania budowały ramy zaufania. Pacjentka spotykała się z innymi chorymi z podobnymi zaburzeniami, dzięki czemu mogła powstać sytuacja służąca dalszej wymianie komunikatów np. na temat choroby. Dodatkowo w grupie poprawiano zachowania komunikacyjne i uczono radzić sobie ze strachem. W trakcie takich spotkań za pomocą gier towarzyskich ćwiczano m.in. umiejętność nazywania i opisywania. Stopień trudności ćwiczeń był przy tym zmienny. Chodziło nie tyle o tworzenie poprawnych językowo wyrażeń, co o transfer treści, funkcjonalność aktu mowy oraz wspomaganie uwagi i koncentracji. X wzięła udział w terapii grupowej osiem razy i wyraźnie czerpała z tego korzyści. Można było przeanalizować jej problemy z głosem i depresyjne zachowania wynikające z samoświadomości pacjentki na temat własnych ograniczeń. Poza tym X była bardziej zmotywowana i potrafiła prawidłowo ocenić swoje postępy, a w konsekwencji wprowadzić strategie samoleczenia (*self-curing strategies*).

najpierw na głos dany tekst zdanie po zdaniu, następnie stylizowała go na artykuł z gazety i podsumowywała. X często widziała swoje błędy i samodzielnie je korygowała. Po zakończeniu ćwiczeń z rozumienia tekstu pacjentkę pytano o opinię na jego temat i proszono o napisanie krótkiego listu do redakcji. Także to zadanie w trakcie terapii było wykonywane coraz lepiej.

### **Zachowania komunikacyjne**

W trakcie terapii nieustannie ćwiczone zachowania komunikacyjne pacjentki. Początkowo prowadzono liczne spontaniczne rozmowy na tematy bliskie X, np. jej hobby, wcześniejszych terapii, obserwowanych postępów, aktywności w weekendy. Potem je rozszerzano i nawiązywano do tematów pokrewnych. W zależności od tematu rozmowy otwierały się nowe pole semantyczne, np. moda, choroba, urlopy itp. Obok wymienionych już ćwiczeń, które wiązały się z polepszeniem umiejętności komunikacyjnych, do terapii włączono także gry słowne i gry z podziałem na role. Te pierwsze, zgodnie z opinią Tesaka (1999: 112), miały „poprzez odegranie codziennych sytuacji” ułatwić X wejście w codzienność. Pacjentka miała w fikcyjnej sytuacji odegrać określoną rolę i odtworzyć odpowiadające jej funkcje językowe. Odgrywano sytuacje codzienne, w których można było wykorzystywać gotowe frazy i zdania, np. wizytę u lekarza, umówienie terminu, zakupy, składanie życzeń urodzinowych. Początkowo zadania te jawiły się X jako bardzo trudne, jednak z biegiem terapii – wraz z polepszeniem umiejętności wynajdywania i wypowiadania słów – budowanie i wzbogacanie dialogów stało się łatwiejsze. Dodatkowo wprowadzono ćwiczenia z zakresu „odpowiedzi na pytania spontaniczne”, np. „Co powiesz, gdy/jeśli...”. Gry językowe wymagały od X nie tylko wypracowania odpowiednich zachowań językowych i przekazywania informacji, lecz także pewnych umiejętności, jak np. opisywanie, odmawianie, odrzucanie i ocenianie. Opisywano przykładowo drogę. Pacjentka i terapeutka siedziały naprzeciwko siebie i trzymały mapę, na której można było zobaczyć zaznaczone ważne miejsca: budynki, ulice, pomniki itd. Za każdym razem opisywano drogę, którą miał narysować słuchacz. Jeśli wystąpiły problemy z rozumieniem, można było zadawać pytania. W trakcie tego ćwiczenia trenowano wymienione wcześniej umiejętności; doszło także do zniwelowania wysiłku, z jakim X mówiła, oraz zahamowania jąkania. W ramach ćwiczeń komunikacyjnych prowadzono z X również rozmowy telefoniczne. Wykonywano je w ostatniej fazie terapii. Chodziło o przekazywanie informacji bez zapośredniczenia przez niewerbalne pomoce komunikacyjne, takie jak gest czy mimika. Pacjentka miała opowiadać przez telefon o aktywnościach weekendowych albo postępach w terapii.

## Diagnoza końcowa

Po ośmiu tygodniach przeprowadzono test kontrolny za pomocą AAT. Do tego czasu X uczestniczyła w 75 jednostkach terapeutycznych. Zachowania komunikacyjne X oceniono na 4 pkt, gdyż w rozmowach (na wszystkie tematy) występowała bardzo mała liczba ograniczeń. Także artykulację i prozodię oceniono na 4 pkt, ponieważ stwierdzono nieznacznie spowolnione tempo mowy. Jednakże występowało wiele automatyzmów, język automatyczny oceniono więc na 3 pkt. Strukturę semantyczną cechowały wyraźne zaburzenia w obrębie znajdowania słów, stąd przyznano 4 pkt. Struktura fonematyczna nie wykazywała deficytów, oceniono ją więc na 5 pkt. Ponieważ X budowała zdania złożone z niewielkimi problemami (rzadko występujące załamania i zdania fragmentaryczne), strukturę syntaktyczną oceniono na 4 pkt. W przeprowadzonym na końcu teście tokenów pacjentka otrzymała właściwe jej grupie 3 pkt (wynik procentowy: 95%). Powtarzanie głosek, wyrazów obcych i zapożyczeń, wyrazów jednosylabowych i złożonych cechowały niewielkie trudności. Zdolność X przy zdaniach złożonych spadła tylko w jednym przypadku:

| Realizacja docelowa                                                   | Patientenreaktion / reakcja pacjentki                                          |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Der Mann, der unser Auto kaufte, ist seit gestern verheiratet.</i> | <i>Der Mann, der unser Auto kaufen (wollte), ist seit gestern verheiratet.</i> |
| Mężczyzna, który kupił nasze auto, jest od wczoraj żonaty.            | Mężczyzna, który kupuje nasze auto (chciał kupić), jest od wczoraj żonaty.     |

X otrzymała w tym wypadku 149 pkt na 150 możliwych. W obszarze języka pisanego pacjentka nie wykazywała żadnych deficytów. W trakcie tworzenia słów u X pojawiły się dwie elizje, dlatego otrzymała 28 pkt na 30 możliwych. Natomiast podtest „Nazywanie” został przez X rozwiązany bezbłędnie. W podteście „Rozumienie języka” pacjentka wykazywała drobne deficyty w rozumieniu języka mówionego. Na 120 możliwych punktów otrzymała 102 pkt. Rutynewa klasyfikacja przeprowadzona zgodnie z ALLOC wyniosła 100%, a więc „brak zaburzeń afatycznych”<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Zrezygnowano ze screeningu dysartrii, aby pacjentka nie był nazbyt obciążona i by w ten sposób priorytet stanowiła terapia afazji (stymulacja i odblokowywanie). W obrazie klinicznym ujawniły się jednak symptomy dysartrii hipotonicznej, m.in. patologiczny oddech, chrypliwy, świszczący głos, zredukowana siła głosu i jego zmniejszona wysokość. Spowolnione tempo mowy, monotonna prozodia i liczne pauzy mogły wskazywać na zaburzenia związane zarówno z dysartrią, jak i afazją. Występowanie jąkania neurogenne zostało po raz pierwszy zakomunikowane przez samą pacjentkę. Poinformowała ona, że przed chorobą nie miała żadnych problemów z płynnością mowy. W mowie spontanicznej pojawiały się jednak przeciągnięcia, powtórzenia i blokady głosek, choć ograniczało się to zazwyczaj do pierwszej sylaby. Nie było natomiast błędów fonetycznych i fonematycznych, nie występowały także problemy artykulacyjne, co po-

## Podsumowanie terapii językowej i przebiegu choroby

Porównanie wyników diagnostyki wstępnej i końcowej u pacjentki X przyniosło jednoznaczne informacje o poprawie niemal we wszystkich obszarach. Żeby przedstawić to możliwie dokładnie, należy wyjść od stopnia zaburzenia. Zarówno w rozumieniu audytywnym, jak i czytaniu ze zrozumieniem, które były upośledzone w stopniu średnim, stwierdzono poprawę na poziomie rozumienia słów, co doprowadziło do ograniczenia elementów automatycznych w mowie spontanicznej. Na poziomie zdań – sprawdzono to za pomocą odpowiednich podtestów w ramach AAT – zauważono poprawę w audytywnym rozumieniu zdań i czytaniu ze zrozumieniem. W *Token test* pacjentka zrobiła jedynie trzy błędy (skorygowane według wieku); dowodziło to polepszenia audytywnego rozumienia zdań. Wyraźnie poprawiła się jej zdolność nazywania, w jej obrębie nie pojawiały się żadne zaburzenia. W ponownie przeprowadzonych testach (seria II) nie wystąpiły żadne z wcześniejszych błędów (addycje, elizje, samokorekta, parafazje grafematyczne). Nazywanie sytuacji i działań nie przysparzało pacjentce żadnych trudności. Potwierdził to zresztą podtest „Powtarzanie”, gdyż pojawiła się w nim wyłącznie addycja, co prawdopodobnie wynikało z polepszonego u X dostępu do słownictwa. Stopień zaburzenia został tu zredukowany ze średnio wysokiego do niskiego/lekkiego. Za pomocą AAT stwierdzono także zmniejszenie deficytów w obrębie języka pisanego. Chociaż występowały okazyjne pominięcia i różne formy niepewności, pacjentka otrzymała w tym podteście 96%, co świadczyło o poprawie o 10%. Także język spontaniczny wykazywał wyraźną poprawę. W zachowaniach komunikacyjnych X poprawiła się płynność produkcji mowy; co więcej, pacjentce zawsze udawało się bez pomocy partnera rozmowy przekazać swoje myśli. Zmalały powolność mowy i wysiłek towarzyszący mówieniu, w minimalnym stopniu występowała dysartria. Jak wspomniano wcześniej, wyraźnie spadła liczba automatyzmów i echolalii. Stereotypie, manifestujące się w słowie *also*/więc, pozostały, ale zmniejszyła się częstotliwość ich występowania. W strukturze semantycznej mniejsza była liczba powtarzanych fraz (*Redefloskeln*) i parafazji semantycznych; nieznacznie obniżył się stopień zaburzeń w zakresie wyszukiwania słów. Pacjentka wprawdzie korzystała teraz z rozbudowanego słownictwa, niemniej nie mogła go nadal używać właściwie i całkowicie spontanicznie. W zakresie struktury syntaktycznej X budowała kompletne zdania, w których tylko z rzadka występowały podwojenia niektórych ich części czy załamania.

---

zwaląco na wykluczenie apraksji. Ponieważ w trakcie terapii X nie wykazywała oznak cierpienia i związanego z tym stresu (*Leidensdruck*), postanowiono, że będzie się pracować nad korektą lub poprawieniem oddechu dopiero na kolejnych etapach postępowania terapeutycznego.

Ponieważ zaobserwowano częściowe postępy, jakie X poczyniła w trakcie pobytu w klinice, można mówić o sukcesie terapeutycznym. Decyzja, aby pracować z pojedynczymi indywidualnymi symptomami choroby pacjentki, a nie z zespołem symptomów właściwych obrazowi klinicznemu choroby, okazała się właściwa i efektywna. Jak przypuszczano, w trakcie terapii wzrosła liczba produkowanych przez X długich, złożonych zdań, spadła zaś liczba agramatyzmów. Połączenia między zdaniem były jednak z reguły mało elastyczne stylistycznie, niemniej używano więcej zróżnicowanych struktur niż na początku terapii. Jak zauważyli Hartje i Poeck (2002), mimo niewielkiego polepszenia w tym zakresie, koherencja tekstu była nadal ograniczona.

Jak wykazano, X zrobiła w trakcie terapii wyraźne postępy. W raporcie końcowym z pobytu w klinice zaproponowano kolejne środki, dzięki którym można było oczekiwać dalszych postępów w obrębie umiejętności językowych X. Pacjentka miała świadomość swoich zaburzeń, dobrą pamięć i motywację, co więcej: była przekonana o konieczności kontynuowania terapii. Stąd można było oczekiwać kolejnych postępów w obrębie umiejętności językowych.

Deficyty, jakie wystąpiły u pacjentki wskutek choroby, nie przedstawiały pod koniec terapii żadnych większych obciążeń dla jej codziennego funkcjonowania. Jak zauważono wcześniej, X przed chorobą była gospodynią domową, a więc osobą niepracującą zawodowo. Nie było zatem trudności z jej ewentualnym powrotem do poprzednich zajęć. Ponieważ była przede wszystkim odpowiedzialna za dom, właśnie te aspekty zostały włączone do terapii. Poprawiły się zarówno produkcja, jak i rozumienie mowy, co umożliwiło pacjentce poprawne przekazywanie codziennych komunikatów. Pacjentka mogła tworzyć listę życzeń w trakcie zakupów, a także gotować na podstawie przepisu. Mogła również porozumiewać się telefonicznie. Na jej powrót do codziennego życia dobrze wpływało wsparcie męża i szerokiego kręgu znajomych. Mogła powrócić do swojego hobby i przyjaciół, choć nie bez trudu. Ograniczona szybkość mowy i wciąż istniejące problemy z wynajdywaniem słownictwa ograniczyły jednak mowę spontaniczną. Wysoka motywacja X w połączeniu z kolejnymi terapiami i cierpliwością partnerów rozmowy mogły jednak je zredukować.

W raporcie końcowym zapisano, że kontynuacja terapii językowej jest u X konieczna. Miała być prowadzona na oddziale terapii językowej kliniki uniwersyteckiej. Należało dalej pracować nad rozumieniem zdań i polepszeniem struktur syntaktycznych. W ramach terapii należało także zwrócić szczególną uwagę na zachowania komunikacyjne i zaburzenia związane z wyszukiwaniem słów. Baza do dalszej terapii jękania neurogennego i dysartrii przygotowana w trakcie opisaney w artykule terapii stanowiła punkt wyjścia dla późniejszego postępowania terapeutycznego. Wraz z motywacją pacjentki mogło to doprowadzić do niwelacji symptomów.

## Ocena przydatności AAT w pracy logopedy

Acheńską baterię afazji (AAT) w krajach niemieckojęzycznych uważa się za znormalizowane i psychometrycznie dostosowane dobre narzędzie diagnostyczne w przypadku zaburzeń afatycznych (Huber 1983), nie jest ono jednak wolne od ograniczeń. Tesak (2006) oraz Wehmeyer i Grötzbach (2006) wskazują, że AAT jest znormalizowana dla afazji z etiologią tętniczą. Bazuje także na fundamentach neoklasycznych, co w konsekwencji sprawia, że występujące deficyty są nadal różnicowane na syndromy. AAT nie obejmuje wielu umiejętności, np. produkcji tekstu, przepracowywania liczb, nazywania pisemnego czy wyliczania (*Reihnesprechen*). Użycie AAT jest także niewygodne ze względu na potrzebny czas: przeprowadzenie testu trwa od 60 do 90 minut, natomiast jego pełna ocena wymaga kolejnych 60 minut. Dodatkowo bardzo ograniczona jest tu ocena mowy spontanicznej. Wehmeyer i Grötzbach (2006) wskazują, że w trakcie oceny nie można wskazać żadnych zgodnych punktów. Zgodnie z opinią wymienionych autorów w trakcie kontroli procedury terapeutycznej zauważono modyfikację w obrębie języka spontanicznego dopiero przy różnicy dwupunktowej, co należy odnosić do skali sześciopunktowej. Poziomy oceny zostały więc skonstruowane w AAT w sposób niewyważony, a przecież język automatyczny i struktura syntaktyczna mają wyraźne znaczenie dla dyferencjacji, gdyż jeśli nie mogą zostać ocenione właściwie, prowadzi to do błędnego porządkowania syndromów i nie może zostać skorygowane przez kolejne podtesty. AAT nie prowadzi także do wyciągnięcia konkluzji na temat umiejętności komunikacji codziennej, nie uwzględnia bowiem ani mimiki, ani gestów. Niemniej dlatego, że nie ma do dziś dla AAT żadnej psychometrycznie zestandaryzowanej alternatywy, używa się jej mimo przedstawionych problemów.

Psycholingwistyczne, modułowe (*modular orientierte*) postępowanie w afazji prowadzi do perspektywy zorientowanej na symptomy i zarazem redukcjonistycznej: zaniedbuje w ten sposób perspektywę komunikacyjną i nie pracuje z psychofizycznymi konsekwencjami afazji. Dodatkowo takie elementy, jak kompensacja, reakcja i reorganizacja systemu funkcjonalnego są włączane tutaj w małym stopniu (Goldstein 1948, cyt. za: Tesak 2006: 47).

W taki sposób Goldstein opisywał wady procedury zakładającej zorientowanie na model. Istnieją jednak bezpośrednie informacje dotyczące ograniczeń funkcjonalnych względnie ich zaburzonych przebiegów, co umożliwia terapeutom językowym prowadzenie terapii zorientowanej na model oraz planowanie i kontrolę terapii, która wymaga ich interwencji. Dodatkowo, zdaniem Tesaka (2006), modelowane mogą być także struktury wsparcia. Grohnfeldt (2007) wskazuje jednak, że z modelu nie da się bezpośrednio wyprowadzić postępowania terapeutycznego. W przypadku prezentowanego *case study* zorientowanie na model stanowiło wsparcie w trakcie planowania terapii, co w połączeniu z orientacją na symptomy i indywidualizację zaburzeń pacjentki doprowadziło do użycia przedstawionych wyników terapeutycznych.

## Literatura

- Grohnfeldt M. (red.), 2007, *Lexikon der Sprachtherapie*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Haag E., 1985, *Repetitives Sprachverhalten bei schwerer Aphasie*, *Nervenarzt* 56: 543–563.
- Hartje N., Poeck K., 2002, *Klinische Neuropsychologie* 5, Auflage. Thieme Verlag.
- Huber W., Poeck K., Weniger D., Willmes K., 1983, *Aachener Aphasie-Test (AAT)*, Aachen.
- Levelt W.J.M., 1989, *Speaking: From intention to articulation*, Cambridge, MA: MIT Press.
- Levelt W.J.M. (red.), 1993, *Lexical access in speech production*, Cambridge: Blackwell.
- Pekacka A.M., 2018, *Modele przetwarzania języka w przypadku afazji Broki w badaniach z obszaru niemieckojęzycznej lingwistyki klinicznej* [w:] *Głos – Język – Komunikacja 4: Funkcjonowanie społeczne dzieci z problemami komunikacyjnymi*, red. A. Mysza, K.I. Biełkowska, I. Marczykowska, Rzeszów: Wydaw. Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Tesak J., 1999, *Grundlagen der Aphasietherapie* 2., überarb. Aufl. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Tesak J., 2006, *Einführung in die Aphasie*, Stuttgart – New York: Thieme Verlag.
- Wehmeyer M., Grötzbach W., 2006, *Aphasie – Wege aus dem Sprachdschungel*, Berlin: Springer Verlag.

### Therapy and diagnosis of Broca aphasia based on models of speech proceeding in studies of German-speaking speech and language pathology – a case study

#### Summary

The paper is the second, practical part of a mini-series on therapy of aphasic patients in a German-speaking Switzerland. It refers to the theoretical paper *Models of language processing in case of Broca's aphasia in research from the area of the German speaking clinical linguistics* that was published previously in "Głos – Język – Komunikacja", vol. 4. It is a case study of a diagnosis and therapy of a 59-year-old patient after a subarachnoid haemorrhage. Both processes – diagnostic and therapeutic – were based upon the Tesak's logogen model and the Levelt model.

Keywords: aphasia, diagnosis, Speech Production Models, case study

**Katarzyna Ita Bieńkowska<sup>1</sup>**

Zakład Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie

## **TRADYCJE WSPÓŁPRACY POLSKO-SŁOWACKIEJ W DZIEDZINIE LOGOPEDII – UPAMIĘTNIE 100-LECIA URODZIN DOCENTA JÓZEFA LISZKI**

Celem artykułu jest wycinkowe omówienie historycznych powiązań i współczesnych obszarów współpracy polsko-słowackiej w zakresie logopedii. Aby upamiętnić 100. rocznicę urodzin zasłużonego dla rozwoju słowackiej logopedii docenta Józefa Liszki, znaczną część artykułu poświęcono omówieniu jego dorobku naukowego. Autorka nakreśla także możliwe obszary współpracy praktykujących logopedów oraz wymiany myśli naukowej.

Słowa kluczowe: współpraca polsko-słowacka, logopedia

### **Wstęp**

W dniach 26–27 maja 2017 roku w auli Magistratu Miasta Koszyce odbyła się 9. Konferencja Logopedów Klinicznych zorganizowana przez Słowacką Sekcję Logopedów Klinicznych w 100. rocznicę urodzin doc. Józefa Liszki. Spotkanie było okazją do przypomnienia zapomnianej na Słowacji postaci „ojca słowackiej logopedii”.

Poprzez współpracę z Leonem Kaczmarkiem oraz nawiązanie do dorobku naukowego w pracach Józefa Kani (Kania 1982) i Anny Sołtys-Chmielowicz (Sołtys-Chmielowicz 2001, 2002, 2004, 2006) osoba i badania pierwszego słowackiego logopedy klinicznego, Józefa Liszki, miały także wpływ na rozwój polskiej logopedii, zwłaszcza w zakresie terapii dyslalii. W 14/15 tomie czasopisma „Logopedia” (1983: 237) pojawiła się wzmianka o śmierci docenta oraz informacja, że życiorys i przypomnienie dorobku zostanie opublikowane w tomie 16 pisma. Tom ten nigdy się jednak nie ukazał<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Fragmenty artykułu powstały we współpracy ze studentami II roku logopedii Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie w roku akademickim 2016/17 w ramach warsztatu prowadzonego na przedmiocie metody badań logopedycznych.

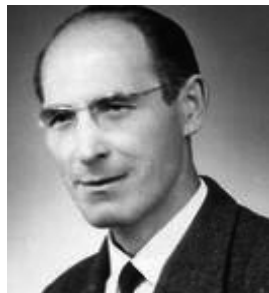
<sup>2</sup> Informacje tę uzyskano, sprawdzając dane bibliograficzne w Bibliotece Narodowej oraz Bibliotece Jagiellońskiej. Została ona także potwierdzona telefonicznie w Polskim Towarzystwie Logopedycznym.

Nazwisko i dokonania docenta Liszki znane były w Polsce w od lat 60. ubiegłego wieku (Głogowski 1962; Kania 1964). Jednakże brak przypisów bibliograficznych w podręcznikach logopedii (Demel 1979; Styczek 1983; Jastrzębowska, Gałkowski 1998; Gałkowski, Szela, Jastrzębowska 2005; Czaplewska, Milewski 2012; Milewski, Kaczorowska-Bray 2012; Grabias, Kurkowski 2014) świadczy dobitnie o zapomnieniu jego dzieła i samej osoby. Ankieta zebrana wśród studentów logopedii APS w Warszawie oraz Podyplomowych Studiów Logopedycznych i Neurologopedycznych w Rzeszowie w roku akademickim 2016/17 (w sumie ok. 120 osób) wykazała, że nieznany jest nie tylko dorobek, lecz także nazwisko słowackiego logopedy. Poszukiwania informacji na polskich i słowackich stronach internetowych także nie przyniosły rezultatu. Stąd przypomnienie dorobku doc. J. Liszki oraz pól współpracy polsko-słowackiej w obrębie logopedii wydaje się jak najbardziej zasadne.

## Życiorys

Józef Liszka urodził się 2 kwietnia 1917 roku w miejscowości Trebejów. Jego ojciec Jan był rolnikiem, a matka Anna z domu Hlavturová – gospodynią domową. Miał ośmioro starszego rodzeństwa. Słowacki logopeda poślubił Olgę; małżeństwo doczekało się jednego syna, Daniela, który z zawodu jest weterynarzem. Józef uczęszczał do Szkoły Publicznej w Obiszowcach i Trebejowie (Obišovce i Trebejov), a następnie – w latach 1927–1935 – uczył się w Gimnazjum w Koszycach. Po zdaniu matury w latach 1935–1939 studiował na Wydziale Filozoficznym Uniwersytetu Karola w Pradze język słowacki, czeski, angielski oraz fonetykę. W roku 1940 pracował w Gimnazjum Miejskim w Preszowie, następnie – w kolejnym roku szkolnym – w Wyższej Szkole Ekonomicznej w Humennem. W latach 1942–1946 wrócił do Bratysławy i podjął pracę profesora w Akademii Ekonomicznej. Przez dwa lata (1946–1948) zatrudniony był jako wykładowca zewnętrzny języka angielskiego w College of Commerce w Bratysławie, co najprawdopodobniej pozwoliło mu na ukończenie w roku akademickim 1946/47 studiów podyplomowych z zakresu fonetyki i logopedii na University College w Londynie. Po powrocie do kraju (1948–1950) kontynuował naukę w Instytucie Fonetyki na Wydziale Filozoficznym Uniwersytetu Karola w Pradze. W latach 1950–1952 wykładał w Wyższej Szkole Ekonomicznej w Koszycach. W okresie 1952–1962 pracował również jako logopeda w Klinice Otorynolaryngologii Szpitala Uniwersyteckiego w Koszycach, gdzie zbudował nowoczesne laboratorium fonetyczne wymowy i mowy patologicznej (używał w tym celu magnetofonów szpulowych). Od 1963 roku pracował w Instytucie Językoznawstwa w Bratysławie, gdzie prowadził badania z zakresu patofonetyki i dialektologii. Opublikował

szereg badań i prac naukowych dotyczących fonetyki i fonologii wschodnich dialektów słowackich opracowanych na podstawie badań terenowych (Liška 1941/1942 abcd). Jest autorem prac, w których nie ogranicza się jedynie do przedstawienia klasyfikacji i sposobów wymawiania poszczególnych głosek języka słowackiego, lecz analizuje również występujące najczęściej zaburzenia ich artykulacji i podaje sposoby ich likwidowania (Liška 1946, 1964, 1971, 1974, 1989). W toku kariery odbył także zagraniczne staże: w 1965 roku w Hamburgu i Bonn, w roku 1968 w Sztokholmie. Dwa lata po otrzymaniu tytułu docenta (w roku 1975) podjął pracę w Instytucie Nauk Społecznych w Koszycach.



**Fot. 1.** Józef Liszka

Źródło: zdjęcie udostępnione przez  
Słowacki Związek Logopedów Klinicznych

Od 1950 roku Józef Liszka był animatorem rozwoju dostępu do usług logopedycznych na Słowacji i ekspertem ds. logopedii w Wydziale Zdrowia (wówczas: Komisariat Zdrowia). W 1965 roku został przewodniczącym Sekcji Nauczania i Kształcenia Specjalnego w Czechosłowackiej Akademii Nauk. Od 1965 roku aktywnie organizował seminaria i konferencje. Jako pierwszy w Czechosłowacji tworzył we Wschodniej Słowacji kursy mowy w zakresie zdrowia i edukacji koncentrujące się na zaburzeniach czytania i pisania. Postulował ustanowienie studiów z zakresu logopedii (terapii mowy) niezależnym kierunkiem na uniwersytetach. W 1972 roku powołał Słowackie Towarzystwo Logopedyczne (2 grudnia 1972 roku), którego został pierwszym przewodniczącym. Był też redaktorem periodyku „Logopedický Zborník”. 1978 roku otrzymał srebrny medal im. J.E. Purkyně na Wydziale Filozoficznym Uniwersytetu w Brnie za pionierskie prace w dziedzinie badań mowy dziecięcej. Zmarł 28 stycznia 1982 roku w Koszycach. Został pochowany w swojej rodzinnej wsi Trebejów.

## Organizacja opieki logopedycznej na Słowacji

W 1946 roku dzięki staraniom doktora Martina Sováka utworzono Instytut Logopedyczny w Bratysławie. Rok później, także w Bratysławie, otwarto pierwszą poradnię pedagogiczną, której celem było udzielanie pomocy dzieciom

z zaburzeniami mowy (Pedagogická Klinika). Na początku lat 50. XX wieku powstała pierwsza specjalistyczna poradnia logopedyczna dla dzieci z zaburzeniami mowy (głównie jaskających się) przy Klinice Otolaryngologii w Koszycach. Rok później (1952) w słowackim Ministerstwie Zdrowia zapadła decyzja o utworzeniu w całym kraju sieci poradni mających na celu poradnictwo dla rodziców dzieci z zaburzeniami rozwoju mowy („Smernice pre organizácii lopedických služieb” 1952, Ministerstvo Zdravotníctva OSR). Po zmianach politycznych w latach 90. XX wieku dokonano modyfikacji w zakresie systemu edukacyjno-wychowawczego (w tym doradztwa z dziedziny pedagogiki specjalnej, a co za tym idzie – także logopedii). Obecnie obowiązuje znowelizowana ustawa definiująca wczesne poradnictwo oraz sieć poradni z 2007 roku (Tarciová 2016). Na Słowacji pomoc logopedyczna udzielana jest pacjentom w ramach systemu edukacji i zdrowia oraz w coraz liczniejszych gabinetach prywatnych.

Główne organizacje zrzeszające słowackich logopedów to:

a) **Słowackie Stowarzyszenie Logopedów** (Slovenská asociácia logopédov – SAL) w Bratysławie – zostało założone w 1992 roku, a zrzesza dyplomowanych logopedów (zarówno szkolnych, jak i klinicznych) z całego kraju (członkostwo jest dobrowolne). Zadaniem Stowarzyszenia jest wymiana informacji, organizacja szkoleń i konferencji oraz wydawanie cyklicznego czasopisma „Logopaedica”. Organizacja promuje także podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez praktykujących logopedów poprzez podejmowanie studiów specjalistycznych z logopedii klinicznej<sup>3</sup> ([www.sal.sk](http://www.sal.sk)).

b) **Słowacka Izba Innych Pracowników Służby Zdrowia** (Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov zdravia – SKIZP) – działa w ramach organizacyjnych Izby Lekarskiej, a zrzesza logopedów klinicznych – specjalistów, którzy ukończyli państwową specjalizację i zdali państwowy egzamin, uprawniający do pracy jako logopeda w systemie służby zdrowia (takich osób jest obecnie ok. 120). Ze względu na fakt, że Izba zapewnia pomoc prawną, członkostwo w niej jest obowiązkowe. Zadaniem Izby jest ponadto koordynacja ścisłej współpracy pracowników służby zdrowia (w szczególności lekarzy, fizyków medycznych, laborantów, pedagogów medycznych i logopedów) w celu podnoszenia jakości usług na rzecz dzieci i dorosłych pacjentów z upośledzoną zdolnością komunikowania się ([www.skizp.sk](http://www.skizp.sk)).

---

<sup>3</sup> Specjalizacja trwa co najmniej 3 lata. Ma wymiar zarówno teoretyczny, jak i praktyczny. Studium specjalizacyjne kończy się państwowym egzaminem specjalistycznym, obejmującym obronę pracy pisemnej. Praktyka kliniczna w placówkach opieki zdrowotnej powinna trwać 3 lata, z czego: 2 miesiące neurologii, 2 miesiące otorynolaryngologii – foniatrii, 2 miesiące na oddziale chirurgii plastycznej, miesiąc u wybranego praktykującego logopedy klinicznego, miesiąc szkolenia teoretycznego w placówce oświatowej.

c) **Sekcja Logopedów Klinicznych** – funkcjonuje przy Słowackim Towarzystwie Otolaryngologów i Chirurgów Głowy i Szyi (to z kolei jest członkiem Słowackiego Towarzystwa Medycznego). Sekcja jest stowarzyszeniem branżowym i na zasadzie dobrowolności zrzesza logopedów klinicznych współpracujących z otolaryngologami. Celem Sekcji jest zdobywanie i rozpowszechnianie specjalistycznej wiedzy medycznej niezbędnej dla rozwoju logopedii klinicznej i innych działów opieki zdrowotnej na Słowacji i za granicą. Organizacja przygotowuje seminaria, wydaje materiały szkoleniowe mające na celu poszerzenie wiedzy z zakresu profilaktyki, diagnostyki, terapii, oceny i badań naukowych w obszarze logopedii klinicznej i otolaryngologii ([www.logopedko.sk](http://www.logopedko.sk)).

### Tradycja współpracy polsko-słowackiej w logopedii

W latach 70. XX wieku nawiązano współpracę towarzystw logopedycznych z Polski (PTL) i Czechosłowacji (STL). Członkowie PTL wzięli udział w zjeździe STL (Słowackiego Towarzystwa Logopedycznego) w 1974 roku w Bratysławie oraz w 1976 roku w Nowym Smokowcu, gdzie Leon Kaczmarek jako przedstawiciel strony polskiej wygłosił referaty *O logopedii w Polsce* oraz *Ewolucja wypowiedzi dziecka* (Kaczmarek 1978: 148). W 1975 roku Józef Liška wziął udział w Zjeździe Naukowym PTL w Lublinie, podczas którego wygłosił wykład *K psychologii reči u postihnutých rečovou poruchou* (Rakowska 1978).

Kontynuując wymianę myśli naukowej, Bożydar Kaczmarek w recenzji „Logopedycznego Zbornika” z 1977 roku sformułował pogląd: „wypada wyrazić radość, że nasi słowaccy koledzy przybliżają się do stanowiska zajmowanego przez nas w pojmowaniu logopedii jako nauki [...]. Wzmacnia to nasze przekonanie o słuszności przyjętej przez nas koncepcji traktującej logopedię jako dyscyplinę samodzielną, integrującą wyniki badań nad mową innych nauk i jednocześnie stanowiącą dla tych dyscyplin pomoc w realizacji stawianych celów” (Kaczmarek 1978: 107).

Z powodu zawirowań organizacyjno-politycznych kontakty naukowe zostały zawieszone na kilka lat. Kontynuowano je od połowy lat 90. XX wieku, opierając je na wspólnych zainteresowaniach naukowych, wymianie praktycznych myśli oraz kontaktach osobistych (np. Gunia 2000; Buczek, Majewicz 2000; Bieńkowska 2013). Przykładami osobistej współpracy są cykliczne zaproszenia Stowarzyszenia Logopedów Klinicznych na organizowane co dwa lata konferencje dla uznanych autorytetów z wybranych akademickich ośrodków logopedycznych z Polski. Nie można także pominąć wieloletniej współpracy krakowskiego Uniwersytetu Pedagogicznego z prof. Victorem Lechtą (Gunia 2000) oraz współpracy naukowców z Katolickiego Uniwersytetu w Lublinie z zespo-

łem z Uniwersytetu w Ružomberku (ustny przekaz prof. K. Krakowiak – 2016) czy kadry Uniwersytetu Rzeszowskiego i Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie z pracownikami Uniwersytetu w Bratysławie (prof. Dariną Tarciovą; Zaborniak i in. (red.) 2016).

## Współczesność – konferencja w 100-lecie urodzin J. Liszki

W konferencji wzięli udział specjaliści ze Słowacji, z Czech i Polski. Gośćmi honorowymi byli żona, syn oraz pacjenci Docenta. Program konferencji został rozłożony na dwa dni. Sesję zainaugurowało wystąpienie Ivana Čabiňáka, przewodniczącego Towarzystwa Logopedów Klinicznych na Słowacji, który powitał gości i omówił miejsce logopedii w słowackim systemie edukacji i zdrowia. Następnie Karel Neubauer z czeskiego uniwersytetu w Hradec Králové dokonał kompleksowej analizy dokonań Józefa Liszki i ich znaczenia w obecnym systemie edukacji w Czechach. Kolejno Zuzana Moškuriáková z Bańskiej Bystrzycy omówiła założenia przygotowywanej rozprawy doktorskiej pt. *Historyczna analiza rozwoju i kierunku pedagogiki specjalnej i logopedii na terenie dzisiejszych Czech i Słowacji*, szczególny nacisk kładąc na dokonania szacownego Jubilata. Jednym z najciekawszych elementów konferencji była premiera poddanego konserwacji filmu *Będą mówić dobrze (Budú hovoriť dobre)*, zrealizowanego w latach 60. XX wieku na potrzeby słowackiej telewizji, którego głównym tematem są pionierskie dokonania doc. J. Liszki. Trwający ok. 10 minut film prezentuje metody pracy z jaskającymi się dziećmi oraz laboratorium logopedyczne Docenta. Należy podkreślić, iż jest to jedyny zachowany film ukazujący jego pracę z pacjentami. Ciekawostką konferencji było wystąpienie pacjenta, dziś już starszego człowieka, który przypominał postać Docenta widzianą oczyma małego dziecka i który zapamiętał Go jako ciepłego i rozumiejącego, choć stawiającego wymagania człowieka.

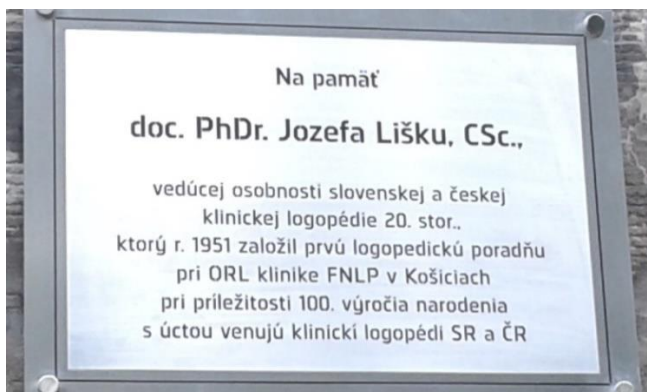
W następnym bloku konferencyjnym wystąpili zaproszeni goście, reprezentanci Zakładu Podstaw Pedagogiki i Logopedii Uniwersytetu w Zielonej Górze, którzy (pomimo zawirowań organizacyjnych) wygłosili serię ciekawych wykładów dotyczących problemów współczesnej logopedii. Debatę rozpoczęła Ewa Kowalska, która w swoim imieniu i Iwony Banach przybliżyła słowackim słuchaczom obecne zmiany w systemie oświaty w Polsce oraz związany z tym problem niedostatecznej dyskusji nad potrzebami uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w debatach nad reformą polskiego szkolnictwa. Temat kontynuowała Agnieszka Nowicka, która wygłosiła referat (przygotowany we współpracy z Jarosławem Bąbką oraz Dittą Baczałą) pt. *Polityka oświatowa wobec uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi w Polsce*. Kolejno za-

planowano wystąpienie Mirosława Kowalewskiego na temat *Zdrowie jako kategoria ograniczająca wolność człowieka*. Następnie zebrani wysłuchali oryginalnego referatu Ryszarda Małachowskiego na temat teoretyczno-wychowawczych implikacji biografii. Serię wystąpień gości z Zielonej Góry zamknął referat Katarzyny Kochan i Grzegorza Hryniewicza pt. *Profilaktyka zaburzeń głosu i słuchu*.

Po południu uczestnicy konferencji eskortowani przez koszycką straż miejską udali się autobusem przed zabytkowy budynek Kliniki Otolaryngologii Szpitala Uniwersyteckiego w Koszycach, gdzie odsłonięto tablicę pamiątkową.



**Fot. 2.** Odsłonięcie tablicy pamiątkowej w 100-lecie urodzin doc. J. Liszki na zabytkowym budynku Kliniki Otolaryngologii w Koszycach, w której podziemiach docent prowadził swoje laboratorium. Na zdjęciu przedstawiciele logopedów ze Słowacji, Czech i Polski



**Fot. 3.** Tablica pamiątkowa

Następnie skierowano się do historycznej, reprezentacyjnej auli Magistratu w Koszycach, gdzie w czasie uroczystej sesji z udziałem zastępcy burmistrza dr Renaty Lenartowej odczytano akt nadania doc. Józefowi Liszce tytułu Honorowego Obywatela Koszyc. Uczestnicy złożyli podpisy w księdze pamiątkowej. Miłym zakończeniem dnia był wspólny spacer z przewodnikiem po zabytkowych Koszycach, w czasie którego Daniel Liszka podzielił się swoimi wspomnieniami o „wujku” Leonie Kaczmarku, z którym bawił się jako mały chłopiec. Potwierdził także, że jego mama do dzisiaj utrzymuje kurtuazyjne kontakty z dr A. Sołtys-Chmielowicz<sup>4</sup>. Obfitujący w wydarzenia dzień zakończyła kolacja towarzyska z muzyką na żywo.



**Fot. 4.** Wpis do księgi pamiątkowej Miasta Koszycy – nadania honorowego obywatelstwa „ojcu słowackiej logopedii”

Następny dzień obrad rozpoczął wykład Ewy Skorek, która w referacie pt. *Logopedia w zmianie paradygmatycznej* omówiła szeroki zakres zagadnień teoretycznych i praktycznych, jakimi zajmuje się obecnie logopedia. Następnie głos zabrała Katarzyna Ita Bieńkowska z Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, która w imieniu swoim oraz Danuty Emiluty-Roży i Agnieszki Woźniak wraz z reprezentantkami studentów: Katarzyną Wojno, Pauliną Olejarczyk i Izabellą Smolińską omówiły historię logopedii w APS, współczesne trendy w dydaktyce (na poziomie studiów licencjackich i magisterskich) oraz bada-

<sup>4</sup> Poprzez kontakt mailowy z dr A. Sołtys-Chmielowicz udało się potwierdzić trwającą wiele lat wymianę kurtuazyjnych kartek z okazji świąt. Olga Liszka przysyłała także do Polski „Logopedický Zborník”, którego została redaktorką po śmierci męża.

nia realizowane w Zakładzie Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej. Referentki przedstawiły także wyniki eksperymentu dydaktycznego prowadzonego w 2017 roku z udziałem studentów II roku studia stacjonarne pierwszego stopnia logopedii pt. *Misja doktora Józefa Liszki*, którego celem było odnalezienie śladów współpracy polskich i słowackich logopedów na przestrzeni lat oraz określenie znaczenia przenikania się myśli naukowo-praktycznych z Polski i Słowacji. Gréta Orišková z Preszowa wzięła pod lupę kilka lat owocnej współpracy Stowarzyszenia „Logosłuch” ze Stowarzyszeniem Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu w Krośnie, wskazując jednocześnie na elementy warte utrwalenia w praktyce (więcej na ten temat: [www.wadasluchu.org](http://www.wadasluchu.org)). Temat kontynuowała Mirosława Petřík, która w imieniu zespołu omówiła procedury leczenia i terapii pacjentów stosowane w Klinice Otorinolaryngologicznej w Koszycach, prowadzonej z powodzeniem przez znanego w kręgu europejskich chirurgów głowy i szyi prof. Juraja Koval’a. W szczególności skupiła się na zasadach kwalifikacji do wszczepu implantu ślimakowego oraz na podejmowanych metodach terapii dzieci z wadą słuchu. Mirka Petřík wraz z występującą po niej Grétą Oriškovą z Preszowa odniosły się także do wieloletniej współpracy „na pograniczu” polskich i słowackich stowarzyszeń zajmujących się terapią dzieci z zaburzeniami mowy i komunikacji z Krosna, Preszowa i Koszyc. Popołudnie drugiego dnia obrad przeznaczono na dyskusję. Podczas przerw można było zapoznać się ze specjalistycznym asortymentem logopedycznym oraz pomocami dydaktycznymi i materiałami szkoleniowymi różnych firm.



**Fot. 5.** Uroczysta sesja z udziałem logopedów ze Słowacji, Czech i Polski w budynku Rady Miejskiej w Koszycach – nadanie honorowego obywatelstwa miasta doc. J. Liszce

Następnie praktykujący logopedzi kliniczni ze Słowacji omówili osiągnięcia logopedii w neuror rehabilitacji (m.in. szkolenia umiejętności komunikacyjnych u dzieci z autyzmem od najmłodszych lat, werbalna komunikacja w rodzinie jako środek rozwoju językowego i umiejętności mówienia u dzieci oraz rzeczywistość i wizja współczesnej klinicznej logopedii na Słowacji). Ostatnim punktem programu konferencji były wybory nowego przewodniczącego Sekcji Logopedów Klinicznych, którym została Zuzana Moškurjaková z Koszyc. Konferencja, która skupiła specjalistów z trzech słowiańskich krajów, pozwoliła zgłębić tajniki historii oraz dała nowe spojrzenie na współczesne problemy logopedii.

### **Współpraca praktykujących logopedów**

Ze względu na bliskość geograficzną współpraca staje się szczególnie istotna i atrakcyjna dla pogranicznych terenów, np. mieszkańców Podkarpacia. Wskazują na to doświadczenia Stowarzyszenia Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu w Krośnie, które od wielu lat współpracuje z preszowskim Stowarzyszeniem „Logosłuch”, zdobywając fundusze na działalność merytoryczną ze środków unijnych we współpracy z Euroregionem Podkarpackim. W ciągu dziesięciu lat działalności zrealizowano trzy projekty<sup>5</sup>, w ramach których w zajęciach i tygodniowych wyjazdach udział wzięło ponad 150 dzieci z wadą słuchu z obydwu krajów oraz odbyły się trzy międzynarodowe konferencje, a także cykle warsztatów i szkoleń dla terapeutów ze Słowacji.

### **Podsumowanie**

Pomimo popularyzacji i dostępności badań anglojęzycznych wydaje się, że bliskość języków, kultury, miejsca zamieszkania oraz tradycja współpracy stanowi nadal interesujące pole wymiany doświadczeń praktycznych i przenikania się refleksji teoretycznej logopedów z Polski i Słowacji. Niewątpliwą korzyść mogłoby przynieść wspólne organizowanie cyklicznych konferencji, współpraca towarzystw, wspólne publikacje, a także hospitacje w ośrodkach zajmujących się specjalistyczną pomocą logopedyczną<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> „Magia dźwięków pogranicza w muzyce, kulturze i przyrodzie polsko-słowackiej”; „Nasze dziedzictwo pogranicza – kształtowanie tożsamości kulturowej u dzieci z wadą słuchu” ; „Co słyszać na pograniczu? – świat Łemków w oczach dzieci i młodzieży niesłyszącej z polski i Słowacji” ([www.wadasluchu.org](http://www.wadasluchu.org)).

<sup>6</sup> Na przykład niezwykle interesującym doświadczeniem jest zwiedzenie preszowskiej Prywatnej Szkoły dla Dzieci z Autyzmem (Súkromná základná škola s materskou školou pre autistické deti v Prešove – [www.autisti.sk](http://www.autisti.sk)).

## Literatura

- Bieńkowska K., 2013, *Od slova ku konverzácii. Využitie prvkov kultúry vo zvyšovaní jazykových schopností detí s poruchou sluchu*, Krosno–Prešov: Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu w Krośnie.
- Buczek A., Majewicz P., 2000, *Działalność naukowa pracowników Instytutu Pedagogiki Specjalnej*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Paedagogica” 200(VI), s. 100–110.
- Czaplewska E., 2012, *Diagnoza zaburzeń rozwoju artykulacji* [w:] *Diagnoza logopedyczna*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Sopot: Harmonia.
- Demel G., 1979, *Elementy logopedii*, Warszawa: WSiP.
- Gałkowski T., Szelaż E., Jastrzębowska G., 2005, *Podstawy neurologopedii – podręcznik akademicki*, Opole: Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego.
- Głogowski K., 1962, *Terapia rotacyzmu*, „Logopedia”, t. 3, s. 13–19.
- Grabias S., Kurkowski Z.M., 2014, *Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, Lublin: Wydaw. UMCS.
- Gunia G., Lechta V., 2000, *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis*, „Studia Paedagogica”, VI, s. 86–91.
- Jastrzębowska G., 1998, *Podstawy teorii i diagnozy logopedycznej*, Opole: Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego.
- Kaczmarek B., 1978, *Jozef Liška a kolektív*, „Logopedia” 13, s. 104–106.
- Kaczmarek L., 1978, *Słowackie Towarzystwo Logopedyczne*, „Logopedia” 13, s. 147–148.
- Kania J., 1969, *Aktuální problémy logopedie*, „Československá defektologia” I 1964, Universita Karlova, Praha 1966, „Logopedia” 8/9, s. 181–182.
- Kania T., 1982, *Szkice logopedyczne*, Warszawa: WSiP.
- Liška J., 1941/1942a, *Rozriešime si otázku pôvodu východnej slovenčiny?*, „Slovenská reč”, roč. 9, č. 2–3 (1941/1942), s. 48–58.
- Liška J., 1941/1942b, *Rozriešime si otázku pôvodu východnej slovenčiny?*, „Slovenská reč”, roč. 9, č. 5–6, s. 159–168.
- Liška J., 1941/1942c, *Rozriešime si otázku pôvodu východnej slovenčiny?*, „Slovenská reč”, roč. 9, č. 7–8, s. 209–215.
- Liška J., 1941/1942d, *Rozriešime si otázku pôvodu východnej slovenčiny?*, „Slovenská reč”, roč. 9, č. 9, s. 276–281.
- Liška J., 1942/1943, *Rozriešime si otázku pôvodu východnej slovenčiny?*, „Slovenská reč”, roč. X, č. 1, s. 25–28.
- Liška J., 1946, *O niektorých problémoch slovenskej spisovnej výslovnosti*, „Slovenská reč”, roč. 29, č. 4, s. 193–210.
- Liška J., 1971, *Problémy procesu rečovej komunikácie pri poruchách výslovnosti. Zdroj*, „Slovenská reč”, roč. 36, č. 3, s. 129–138.
- Liška J., 1978, *Mowa i czytanie u dzieci dwu- i trzyletnich*, „Logopedia” 13, s. 18–34.
- Liška J., 1989, *Ku klasifikácii sigmatizmov*, „Logopedický zborník” 8, Košice: Východoslovenské vydavateľstvo, s. 15–25.
- Liška J. a kolektív, 1972, „Logopedický zborník”.
- Milewski S., Kaczorowska-Bray K., 2012, *Logopedia – wybrane aspekty historii, teorii i praktyki*, Gdańsk: Harmonia.
- Moškuriáková Z., Čabiňák I., 2017, *Zborník abstraktov prednášok z 9. Klinicko-logopedických dní. Budú hovoriť lepšie*, Košice: SLK.
- Neubauer K., 2014, *Josef Liška – Founder of the Slovak Speech-therapy Association and his increasingly current message for Slovak and Czech speech-therapy practice. Special Education Teacher*, „Journal for Theory and Practice of Special Education”, v. 3, nr 2, s. 79–81.

- Peciar Š., 1957, *Josef Liška, Rotacizmus (foneticko-logopedická štúdia o chybnéj výslovnosti hlásky r a jej náprave)*, „Slovenská reč”, roč. 22, č. 5, s. 313–315.
- Rakowska E., 1978, *Międzynarodowe Sympozjum Logopedyczne w Lublinie*, „Logopedia” 13, s. 147.
- Sabol J., 1984, *Jazykovedné a logopedické dielo Jozefa Lišku*, „Logopedický zborník”, Košice: Východoslovenské vydav., s. 27–31.
- Sołtys-Chmielowicz A., 2001, *Rotacyzm*, „Logopedia” 29, s. 37–52.
- Sołtys-Chmielowicz A., 2002, *Wady wymowy i ich korygowanie*, „Logopedia” 31, s. 53–94.
- Sołtys-Chmielowicz A., 2004, *O niejasności i niespójnościach terminów nazywających wady wymowy*, „Logopedia” 33, s. 205–212.
- Sołtys-Chmielowicz A., 2006, *Czy istnieje elizja w dyslalii?*, „Logopedia” 35, s. 117–124.
- Sovak M., 1983, *O kierunkach rozwoju czeskiej foniatry i jej stosunku do logopedii*, „Logopedia” 14/15.
- Styczek I., 1983, *Logopedia*, Warszawa: PWN.
- Zaborniak-Sobczak M., Bieńkowska K.I., Tomińska E., 2016, *Wybrane problemy wsparcia wczesnorozwojowego i edukacji dzieci i młodzieży z wadą słuchu na przykładzie pięciu krajów europejskich*, Rzeszów: Wydaw. Uniwersytetu Rzeszowskiego.

### Netografia

- <http://ilonas.net/valal/liska.html> [dostęp 10.05.2017].
- <http://theses.cz/id/847g3b/87402-942742544.pdf> [dostęp 10.05.2017].
- [www.juls.savba.sk/ediela/slovenski\\_jazykovedci/1925-1975/Liska,%20Jozef.html](http://www.juls.savba.sk/ediela/slovenski_jazykovedci/1925-1975/Liska,%20Jozef.html) [dostęp 10.05.2017].
- [www.logopetko.sk/](http://www.logopetko.sk/) [dostęp 10.05.2017].
- [www.magiadzwiekow.pl](http://www.magiadzwiekow.pl) [dostęp 9.11.2017].
- [www.sal.sk/](http://www.sal.sk/) [dostęp 13.11.2017].
- [www.skizp.sk/](http://www.skizp.sk/) [dostęp 13.11.2017].
- [www.wadasluchu.org](http://www.wadasluchu.org) [dostęp 1.09.2017].
- [www.autisti.sk](http://www.autisti.sk) [dostęp 10.11.2017].
- [www.juls.savba.sk/ediela/slovenski\\_jazykovedci/1925-1975/Liska,%20Jozef.html](http://www.juls.savba.sk/ediela/slovenski_jazykovedci/1925-1975/Liska,%20Jozef.html) [dostęp 10.05.2017].

### Tradition of Polish-Slovak cooperation – commemoration of the 100th anniversary of the birth of Associate Professor Józef Liszka

#### Summary

The aim of the article is a partial discussion of historical connections and contemporary areas of the Polish-Slovak cooperation in the field of speech and language therapy. In order to commemorate the 100th anniversary of the birth of Associate Professor Józef Liszka who rendered great services to the development of Slovakian speech and language therapy, a significant part of the article is devoted to presentation of his scientific achievements. The author also outlines possible areas of cooperation between practicing speech and language therapists and exchange of scientific ideas.

Key words: Polish-Slovak cooperation, speech and language therapy

**Joanna Mikołajczyk**

Fundacja SCOLAR  
w Warszawie

## **VB-MAPP – WŁAŚCIWA OCENA PODSTAWĄ WŁAŚCIWEJ TERAPII**

Efektywne nauczanie dzieci z zaburzeniami w rozwoju komunikacji jest uzależnione od dokonania dokładnej oceny ich umiejętności wyjściowych. Artykuł prezentuje „Program do oceny umiejętności językowych i społecznych dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami w rozwoju – VB-MAPP”, który jest oparty na analizie zachowań werbalnych B.F. Skinnera. Artykuł zawiera opis narzędzia, opis najważniejszych badanych operantów oraz praktyczne zastosowanie uzyskanych w diagnozie wyników.

Słowa kluczowe: VB-MAPP, umiejętności językowe, autyzm, diagnoza

Efektywne nauczanie jest uzależnione od dokonania właściwej oceny umiejętności wyjściowych. Precyzyjna ocena powinna być pierwszym elementem każdego programu, ponieważ, jak pisze M.L. Barbera (2015: 6): „Musisz wiedzieć, gdzie jesteś, żeby zobaczyć, dokąd zmierzasz”. *VB-MAPP, Ocena osiągnięcia kamieni milowych rozwoju i planowanie terapii* jest programem służącym do rzetelnej oceny umiejętności językowych i społecznych dzieci z autyzmem oraz innymi zaburzeniami rozwoju, a tym samym nadającym odpowiedni kierunek terapii (Suchowierska i in. 2012: 227–228). Program został opublikowany w 2007 roku, a od roku 2015 dostępne jest również polskie wydanie.

Autorem narzędzia jest Mark L. Sundberg (Ph.D., BCBA-D), który tytuł doktora uzyskał na Uniwersytecie w Michigan w 1980 roku, pisząc pracę pod kierunkiem dr. Jacka Michaela. Jest znany również jako współautor innego narzędzia do oceny umiejętności językowych – ABLLS oraz książki *Teaching language to children with autism or other developmental disabilities*. Jest licencjonowanym psychologiem z ponad czterdziestoletnim doświadczeniem w pracy klinicznej<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Więcej informacji zainteresowany czytelnik znajdzie na stronie internetowej: <http://www.marksundberg.com/bio.htm>.

## **Analiza zachowań werbalnych według Skinnera**

Program VB-MAPP oparty jest na analizie zachowań werbalnych B.F. Skinnera. Pojęcie „zachowanie werbalne” obejmuje wszystkie formy komunikacji, nie tylko słowa mówione, ale także gesty, obrazki czy pismo (Sundberg 2015: 3). Skinner (1957) twierdził, że język jest zachowaniem wyuczonym, które może być nabywane tak samo, jak wszystkie inne zachowania, czyli z wykorzystaniem modelu czteroelementowej zależności: operacje motywacyjne, bodźce różnicujące, reakcje i konsekwencje (Suchowierska i in. 2012: 211; Barbera 2015: 59; Sierocka-Rogała 2009: 58). Skinner odrzucił używane dotychczas terminy: „język ekspresywny” i „język reaktywny”, wyróżniając jednocześnie „zachowania mówcy” i „zachowania słuchacza” (Sundberg 2015: 4). Kluczowe jest występowanie zarówno w roli mówcy, jak i w roli słuchacza, jednak to na roli mówcy Skinner skupiał się w szczególności.

W klasycznym ujęciu przyczyn nabywania umiejętności językowych dopatrywano się głównie w przetwarzaniu poznawczym oraz w cechach dziedzicznych genetycznie. Skinner natomiast zwrócił uwagę na istotną rolę zmiennych środowiskowych w procesie kształtowania zachowań werbalnych jednostki. Według niego pełna analiza języka powinna obejmować nie tylko strukturę i topografię, ale również funkcję, czyli wyjaśnienie przyczyny, dla której dane słowo się pojawia (Skinner 2013: 119; Suchowierska i in. 2012: 213; Sundberg 2015: 4). Jedno słowo może pełnić kilka różnych funkcji, a każdej funkcji danego wyrazu należy uczyć osobno (Barbera 2015: 27). Przykładowo, słowo „jabłko” może zostać użyte wówczas, kiedy dziecko jest głodne i chciałoby zjeść jabłko. W takiej sytuacji pojawia się operacja motywacyjna i wówczas słowo pełni funkcję prośby (mandu). Jeśli natomiast dziecko w odpowiedzi na pytanie lub spontanicznie nazwie jabłko lub obrazek przedstawiający je, wypowiedziane słowo będzie taktem (nazwaniem czegoś, co jest w danym momencie widoczne). Dziecko może również w reakcji na słowo „jabłko” wypowiedziane przez drugą osobę wskazać rzeczywisty owoc lub obrazek. Wówczas reaguje jako słuchacz. Jeżeli natomiast dziecko na pytanie „Jaki znasz owoc?” odpowie, że owocem jest jabłko, wówczas będzie to reakcja intrawerbalna, polegającej na mówieniu o obiektach bądź aktywnościach, które w danym momencie nie znajdują się w polu widzenia dziecka (za: Sierocka-Rogała 2009: 64).

W związku z tym, że to samo słowo może występować w różnych funkcjach, w ramach VB-MAPP dokonuje się oddzielnej oceny poszczególnych operantów werbalnych. Nie można zakładać automatycznej umiejętności używania słowa w różnych funkcjach ze względu na brak naturalnej zdolności generalizacji u dzieci o zaburzonym rozwoju (Sierocka-Rogała 2009: 65).

## Opis narzędzia

Program do oceny umiejętności językowych VB-MAPP składa się z kwestionariusza i podręcznika. Kwestionariusz służy do oceny poszczególnych umiejętności konkretnego dziecka, natomiast podręcznik zawiera opis procedury badania, dokładne instrukcje dotyczące dokonywania oceny, interpretację wyników, a także wskazówki odnoszące się do wyznaczania celów i przygotowania programów terapeutycznych. Pięć głównych części programu to: ocena kamieni milowych, ocena barier, ocena gotowości do zmiany, analiza i śledzenie umiejętności oraz część poświęcona tworzeniu programów.

Ocena kamieni milowych obejmuje 170 kamieni, czyli umiejętności kluczowych dla rozwoju<sup>2</sup>. Zostały one podzielone na trzy poziomy rozwoju wyznaczone na podstawie zdrowo rozwijających się dzieci. Pierwszy poziom, oznaczony kolorem pomarańczowym, obejmuje wiek od 0 do 18 miesięcy, poziom drugi od 18 do 30 miesięcy oznaczony został na zielono, zaś obejmujący okres od 30 do 48 miesięcy poziom trzeci oznaczono na niebiesko. Pomimo że ocena na trzecim poziomie kończy się na 48. miesiącu życia, VB-MAPP jest narzędziem odpowiednim do badania również starszych dzieci, u których obserwuje się opóźnienia lub dysharmonie rozwojowe. Nieodłączną częścią oceny kamieni milowych jest również podtest „Badanie wczesnych umiejętności echowych” (BWUE) opracowany przez Barbarę E. Esch, a zaadaptowany do języka polskiego przez Marzenę Stępień z Uniwersytetu Warszawskiego.

W zakresie oceny kamieni milowych dokonuje się oceny następujących szesnastu kluczowych sfer: mand, takt, umiejętności intrawerbalne, umiejętności echowe, imitacja motoryczna (naśladowanie), czytanie, pisanie, reakcje słuchacza oraz reakcje słuchacza w oparciu o funkcję, cechę i klasę (RSFCK), analiza wzrokowa i dopasowywanie, samodzielna zabawa, zachowania społeczne i zabawa społeczna, spontaniczne wokalizacje, reguły szkolne i umiejętności grupowe oraz matematyka.

## Opis badanych sfer

Mand jest prośbą o to, czego chcemy lub czego potrzebujemy. Niezwykle istotny jest fakt, że w przypadku mandu (prośby) musi pojawić się w danym momencie wewnętrzna motywacja ze strony dziecka. Mówimy, że mand znajdu-

---

<sup>2</sup> Niestety, VB-MAPP nie jest narzędziem standaryzowanym. W przypadku narzędzi tego typu trudno mówić o zagadnieniach takich, jak normalizacja czy standaryzacja. Również materiały używane w trakcie badania nie są wystandaryzowane, co wynika z charakterystycznych dla autyzmu problemów z generalizacją (dziecko z autyzmem może zaprezentować daną umiejętność na konkretnych materiałach, a na innych już nie). Problem ten jest omówiony w słowie wstępnym do podręcznika VB-MAPP przez prof. dr. hab. Pawła Ostaszewskiego i mgr Krystynę Pomorską z Wydziału Psychologii SWPS.

je się pod kontrolą operacji motywacyjnych – MO (Sundberg 2015: 6–7, Suchowierska i in. 2012: 2014). Warto zauważyć również, że mandy nie ograniczają się jedynie do wypowiadania słów. W przypadku dzieci o zaburzonym rozwoju taka prośba może zostać wyrażona poprzez patrzenie na przedmiot lub na przemienne na przedmiot i na dorosłego, wyciągnięcie ręki, wskazanie, użycie gestu lub wokalizacji, których dziecko używa do określenia danego przedmiotu bądź aktywności, podanie obrazka lub zdjęcia przedstawiającego pożądaną obiekt. W skrajnych przypadkach, gdy dziecko nie ma podstawowych umiejętności proszenia o pożądaną obiekty, również zachowania trudne mogą pełnić funkcję mandu. Istnieje jeszcze jedna przyczyna, dla której mandy są bardzo istotne w rozwoju języka. Oprócz tego, że wynikają z wewnętrznej motywacji dziecka w danym momencie, przynoszą one również bezpośrednią korzyść osobie proszącej poprzez zaspokajanie potrzeb (Sundberg 2015: 7). Mand jest także pierwszą formą językową nabywaną przez dzieci zdrowo rozwijające się (Suchowierska i in. 2012: 214). Świadomość tego oraz właściwa ocena repertuaru mandowego są niezwykle ważne dla skonstruowania odpowiedniego programu terapeutycznego dla dziecka. To właśnie słowa określające pożądaną przez dziecko przedmioty i aktywności będą stanowiły właściwie dobrany repertuar pierwszych słów uczonych w programie terapeutycznym. Zatem celem oceny repertuaru mandów jest uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania: W jaki sposób dziecko potrafi zakomunikować swoją potrzebę? Czy potrzebuje odpowiedzi wizualnych, wskazujących bądź echowych, żeby wyrazić swoje prośby? Czy potrafi prosić różne osoby o wiele różnych przedmiotów bądź aktywności? Czy dziecko używa zachowań trudnych, aby zdobyć pożądaną aktywności? (Sundberg 2015: 8). Uzyskanie odpowiedzi na powyższe pytania jest możliwe dzięki ocenie kamieni milowych z obszaru mandu.

Drugą kluczową sferą ocenianą w VB-MAPP jest takt, czyli umiejętność nazywania czynności, obiektów lub cech obiektów, z którymi dziecko ma w danym momencie bezpośredni kontakt (Suchowierska i in. 2012: 215). Dziecko może nazywać nie tylko to, co widzi, ale również to, co słyszy (np. dziecko słyszy syrenę i mówi: „karetka”), czuje (np. dziecko czuje zapach gorącej czekolady i mówi: „czekolada”) bądź dotyka (np. dziecko zapytane: „Co jest w worku?”, wkłada do niego rękę i wyczuwając kształt, mówi: „piłka”). Istotne dla reakcji taktowych jest to, że bodziec, który je wywołuje, jest niewerbalny (Sundberg 2015: 8). Często pierwszymi taktami dziecka stają się obiekty lub aktywności pożądaną i ważne, o które dziecko nauczyło się wcześniej prosić (mandy). Ocena repertuaru taktów ma na celu określenie, czy i jakie bodźce dziecko nazywa samodzielnie, czy są to tylko rzeczowniki i czasowniki, czy również przymiotniki, przysłówki, przyimki oraz czy używa ono liczby mnogiej. Ocena ta pozwoli umieścić w programie terapeutycznym odpowiednie zadania

rozwijające liczny i różnorodny repertuar taktów w odpowiedniej kolejności i na odpowiednim poziomie trudności.

Kolejną ważną sferą języka są reakcje intrawerbalne. Polegają one na werbalnym reagowaniu na to, co mówi druga osoba. W przeciwieństwie do taktu (nazywaniu tego, co znajduje się w bezpośrednim otoczeniu), w przypadku reakcji intrawerbalnych mówimy o obiektach i aktywnościach, z którymi nie mamy w danym momencie bezpośredniej styczności (Sundberg 2015: 9). Ocena umiejętności intrawerbalnych jest bardzo istotna, ponieważ często popełnianym błędem jest uczenie tych reakcji w kolejności niezgodnej z naturalnym rozwojem języka. Jako pierwsze w repertuarze reakcji intrawerbalnych pojawia się dokańczanie piosenek i wierszyków znanych i lubianych przez dziecko. Przykładowo, słysząc piosenkę: *Głowa, ramiona...* dziecko potrafi dokończyć ją: *kolana, pięty*, albo w trakcie zabawy w wyścigi samochodowe, słysząc: *Do biegu, gotowi...*, dopowiada: *start!* Dopiero w dalszej kolejności pojawia się odpowiadanie na różnego rodzaju pytania (*Ile masz lat? Jak ma na imię Twoja mama? Jakie znasz zwierzęta? Czym bawiłeś się dziś w przedszkolu?*) lub prowadzenie na jakiś temat rozmowy, w której dana wypowiedź rozmówcy wywołuje kolejne wypowiedzi ze strony dziecka, również bez zadawania pytań, np.: Nauczyciel: *Przyniosłem dzisiaj książkę o zwierzętach.* Dziecko: *Lubię zwierzęta.* Nauczyciel: *Ja też lubię zwierzęta, a najbardziej koty.* Dziecko: *A ja najbardziej lubię psy.*

Reakcje intrawerbalne są prawdopodobnie najtrudniejszą do opanowania, a także do nauczenia sferą języka ze względu na ich nieskończoną liczbę oraz brak możliwości przewidzenia, w którą stronę potoczy się zapoczątkowana rozmowa. W związku z tym większość dzieci z zaburzeniami rozwoju nie jest w stanie przyswoić takiego repertuaru reakcji intrawerbalnych, z którego mogłyby korzystać w sposób skuteczny i funkcjonalny (Sundberg 2015: 10). Umiejętności intrawerbalne są trudne również dla dzieci zdrowo rozwijających się. W ich przypadku umiejętności te występują dopiero po opanowaniu podstawowego repertuaru mandów, taktów oraz reakcji słuchacza. Zbyt wczesne uczenie odpowiadania na pytania zwiększa ryzyko wyuczenia reakcji automatycznych, polegających na udzielaniu schematycznych odpowiedzi, bez rozumienia tego, o co jest się pytanym. Dlatego tak istotne jest dokonanie precyzyjnej oceny każdej z tych sfer, dzięki czemu nauczyciel będzie mógł określić odpowiedni moment na wprowadzenie do programu nauki reakcji intrawerbalnych.

Następną sferą języka ocenianą w VB-MAPP są reakcje echowe. Polegają one na powtarzaniu (z odpowiednością jeden do jednego) tego, co powiedziała druga osoba. Do badania reakcji echowych służy wspomniany wcześniej podtest BWUE („Badanie wczesnych umiejętności echowych”). Umiejętności echowe odgrywają bardzo ważną rolę w uczeniu komunikacji dzieci z opóźnieniami

w rozwoju języka, dlatego ich dokładna ocena jest tak istotna (Sundberg 2015: 11; Suchowierska i in. 2012: 216). Jeśli dziecko sprawnie potrafi powtarzać dźwięki wypowiedziane przez drugą osobę, będzie mogło swobodnie korzystać z podpowiedzi wokalnych udzielanych przez dorosłego w procesie terapeutycznym. Wynik podtestu BWUE pomaga wybrać odpowiednie zadania do ćwiczenia reakcji echowych tak, aby dopasować wymagania do możliwości dziecka, a tym samym nie tworzyć reakcji automatycznych.

Jednak nie wszystkie dzieci mają dostatecznie rozwinięty repertuar echow, konieczny do nauki języka. W takich przypadkach istotną rolę będzie odgrywała umiejętność naśladowania motorycznego (imitacja motoryczna). Umiejętność ta może zostać wykorzystana do uczenia gestów, którymi dziecko z powodzeniem będzie komunikowało się z otoczeniem, będzie w stanie prosić o pożądane przedmioty i aktywności, a tym samym nie będzie musiało wykorzystywać zachowań trudnych w funkcji mandu (prośby). Dodatkowo umiejętność naśladowania jest niezbędna do uczenia czynności samoobsługowych oraz innych czynności motoryki dużej i małej, które człowiek nabywa poprzez obserwację działań drugiej osoby. Dzięki ocenie umiejętności echowych, umiejętności naśladowania oraz dopasowywania nauczyciel będzie w stanie określić, czy i jakiego rodzaju komunikacji wspierającej potrzebuje dziecko, aby skutecznie komunikować się z otoczeniem (Sundberg 2015: 12).

Na trzecim poziomie oceny kamieni milowych (30–48 miesięcy) dokonujemy również oceny umiejętności związanych z czytaniem i pisanem. W przypadku dzieci o nieharmonijnym, zaburzonym rozwoju zainteresowania z tych obszarów mogą rozwijać się pomimo braku ważniejszych, z punktu widzenia skutecznej komunikacji, operantów werbalnych. Pojawiają się na przykład próby odczytywania napisanych prostych tekstów, jednak równie często towarzyszy im brak rozumienia czytanego tekstu. Dlatego ważna jest analiza wyników osiągniętych przez dziecko na poziomie 1. i 2. oceny kamieni milowych i uzupełnianie w pierwszej kolejności braków na tych poziomach. Jeśli jednak dziecko ma wysokie wyniki w zakresie czytania, terapeuta może włączać zadania związane z czytaniem jako preferowane przez dziecko, tak aby proaktywnie przeciwdziałać występowaniu zachowań ucieczkowych w trakcie nauki innych, mniej lubianych aktywności. Wykorzystanie czytania może polegać również na tworzeniu planów aktywności stosujących napisy, które pozwolą rozwijać u dziecka umiejętności związane z zabawą (plany zabawy), z samoobsługą (plany samodzielności) lub będą używane jako działania proaktywne w trakcie nauki (plany sesji terapeutycznych).

W ramach oceny umiejętności pisania na trzecim poziomie VB-MPP terapeuta sprawdza zdolność dziecka do utrzymania narzędzia pisarskiego, odwzorowywania ruchów związanych z kreśleniem prostych znaków, pisania po śladzie, w wąskim konturze, a także ocenia umiejętność kopiowania liter i cyfr czy

pisania własnego imienia. Podobnie jak w przypadku czytania nawet pomimo braków na niższych poziomach terapeuta może wpłacać tego typu aktywności jako łatwiejsze lub preferowane w ramach proaktywnego przeciwdziałania zachowaniom trudnym w trakcie nauki.

Kolejną kluczową dla rozwoju komunikacji sferą są reakcje słuchacza. Polegają one na niewerbalnym reagowaniu na to, co mówi druga osoba, z czym nieodłącznie związane jest skupianie uwagi na mówiącym oraz rozumienie jego komunikatów werbalnych (Sundberg 2015: 13). Celem oceny jest ustalenie, czy dziecko potrafi reagować na słowa innych osób, czy reaguje zarówno na komunikaty proste, jak i złożone, a także zawierające w instrukcji różne części mowy (czasowniki, rzeczowniki, przymiotniki, przysłówki, przyimki).

W kolejnych krokach dokonujemy również oceny rozumienia jeszcze trudniejszych komunikatów, w których osoba mówiąca nie nazywa bezpośrednio obiektów lub czynności, ale opisuje je na podstawie ich funkcji (np. *Co możesz zjeść?* jabłko), cechy (np. *Co jest okrągłe i czerwone?*) i klasy (np. *Znajdź owoc*). Są to reakcje słuchacza na podstawie funkcji, cechy, klasy – RSFCK. W trakcie oceny RSFCK uczeń, słysząc pytania terapeuty, wybiera odpowiednie przedmioty lub obrazki. Sprawdzane umiejętności początkowo są bardzo proste i polegają na dokonywaniu wyboru na podstawie jednej instrukcji (np. *Pijemy...*), aż po umiejętność wyboru ze zbiorów wieloelementowych, na podstawie złożonej instrukcji (np. uczeń wybiera obiekt z książki na polecenie: *Znajdź coś, co jest żółte i służy do jedzenia*).

Inną ważną sferą ocenianą w diagnozie VB-MAPP jest analiza wzrokowa i dopasowywanie. Na pierwszym poziomie (0–18 miesięcy) jest to w zasadzie ocena umiejętności manipulacyjnych, takich jak: chwytanie, wkładanie przedmiotów do pojemników, wkładanie elementów do sorterów, nakładanie elementów na kołki czy uzupełnianie elementów do konturu. Na drugim i trzecim poziomie terapeuta sprawdza umiejętności dziecka w zakresie dopasowywania identycznych i nieidentycznych przedmiotów i obrazków, kontynuowania sekwencji, dopasowywania elementów do kategorii czy odwzorowywania układów wieloelementowych. U dzieci z zaburzeniami rozwoju dość często analiza wzrokowa i dopasowywanie są dobrze rozwiniętymi sferami. Jest to bardzo istotna informacja płynąca z oceny VB-MAPP, szczególnie w przypadku dzieci, u których wykazano brak lub niedostatecznie rozwinięte umiejętności w zakresie taktów, reakcji echowych oraz naśladowania motorycznego. W takim przypadku dobrze rozwinięte umiejętności z zakresu analizy wzrokowej i dopasowywania są przesłanką do wprowadzenia komunikacji wspomagającej bądź alternatywnej opartej na systemie obrazkowym, takim jak np. PECS.

Istotnym elementem diagnozy VB-MAPP jest zabawa samodzielna oraz zabawa społeczna i zachowania społeczne. Zabawa samodzielna polega na spontanicznym angażowaniu się w aktywności automatycznie wzmacniające. Dziecko nie potrzebuje wzmocnień zewnętrznych, ponieważ zabawa sama w sobie jest

przyjemnością (Sundberg 2015: 14). Ocena umiejętności podejmowania zabawy samodzielnej jest bardzo istotna. Jeśli dziecko nie potrafi samodzielnie, konstruktywnie spędzać czasu wolnego, istnieje poważne ryzyko, że z powodu nudy będzie angażowało się w zachowania autostymulacyjne czy zachowania trudne służące pozyskaniu uwagi innych osób. Jeśli diagnoza wykaże u dziecka braki w tym zakresie, ważne jest, aby w programie terapeutycznym dziecko było uczone aktywności zabawowych, w trakcie których będzie rozwijało sprawność motoryczną, koordynację wzrokowo-ruchową, myślenie przyczynowo-skutkowe, różnicowanie wzrokowe, jak również język (poprzez komentowanie w zabawie).

VB-MAPP ocenia także kompetencje w zakresie zachowań społecznych. Deficyty w rozwoju społecznym są silnie związane z deficytami w zakresie komunikacji, ponieważ podejmowanie interakcji społecznych wymaga proszenia innych osób, nazywania obiektów i aktywności, słuchania tego, co mówią inne osoby oraz reagowania na ich komunikaty (Sundberg 2015: 14). Dodatkowo zabawy w udawanie, wcielanie się w role, współdziałanie w zabawie, gry planszowe czy wspólne zabawy ruchowe wymagają rozwiniętych zachowań werbalnych. Te bardziej złożone zachowania społeczne oceniane są na poziomie 2. i 3. VB-MAPP, natomiast na poziomie 1. oceniane jest nawiązywanie kontaktu wzrokowego, reagowanie na kontakt fizyczny lub bliskość drugiej osoby oraz spontaniczne podążanie za osobami i naśladowanie ich działań. Istotne jest, aby w przypadku ujawnienia w diagnozie deficytów w obszarze interakcji społecznych w programie terapeutycznym znalazły się zadania rozwijające tę sferę. Naukę umiejętności społecznych warto zaczynać od łączenia w parę dziecka z rówieśnikiem mającym atrakcyjny dla niego przedmiot. Rówieśnik, spełniając wypowiedzianą do niego prośbę, dostarcza dziecku potrzebnego mu wzmocnienia.

Kolejną sferą ocenianą przez VB-MAPP są spontaniczne wokalizacje. Dokonanie oceny tej sfery pozwala odpowiedzieć na pytanie, czy dziecko wydaje dźwięki, czy przypominają one słowa oraz czy wokalizacje są częste. Jeśli diagnoza ujawni deficyty w tym obszarze, zasadne jest wykonanie badań słuchu (Sundberg 2015: 15). Poza tym analiza spontanicznych wokalizacji dziecka pomaga wybrać dźwięki, sylaby lub słowa, które mogą znaleźć się w repertuarze pierwszych mandów, czyli próśb, którymi dziecko będzie się uczyło posługiwać.

Inną ważną umiejętnością sprawdzaną w trakcie oceny VB-MAPP są zachowania podejmowane podczas przebywania w grupie (reguły szkolne i umiejętności grupowe). Są to umiejętności ściśle związane z reakcjami słuchacza (rozumienie komunikatów wypowiadanych do grupy, reagowanie na polecenia i pytania kierowane do grupy) oraz umiejętnościami w zakresie naśladowania (obserwowanie działań innych osób w grupie i podążanie za grupą). Ważne jest, aby dziecko nabywało umiejętności, które pozwolą mu na podejmowanie nauki w mniej ustrukturalizowanym środowisku, w grupie, a nie tylko w sytuacji 1 : 1 z nauczycielem.

Istotnym elementem diagnozy rozwoju językowego jest także ocena struktur językowych używanych przez dziecko. W ramach VB-MAPP oceniamy między innymi: artykulację, rozmiar słownika, długość zdań, składnię czy umiejętność odmiany wyrazów.

Ostatnią sferą ocenianą w ramach diagnozy VB-MAPP są wczesne kompetencje matematyczne. Należą do nich między innymi: przeliczanie i odliczanie odpowiedniej ilości przedmiotów, rozpoznawanie i nazywanie cyfr, dopasowywanie ilości do liczby i odwrotnie. Ocena tych umiejętności jest dokonywana na 3. poziomie i pozwala określić, czy dziecko wykazuje kompetencje matematyczne na podobnym poziomie jak jego zdrowo rozwijający się rówieśnicy.

Tab. 1 przedstawia przykładowo wypełniony formularz oceny kamieni milowych dla dziecka znajdującego się na pierwszym poziomie.

**Tab. 1.** Przykładowo wypełniony formularz oceny kamieni milowych

| POZIOM 1 |      |      |          |        |        |           |          |        |         |
|----------|------|------|----------|--------|--------|-----------|----------|--------|---------|
|          | Mand | Takt | Śluchacz | AW/DOP | Zabawa | Społeczne | Imitacja | Echowe | Wokalne |
| 5        |      |      |          |        |        |           |          |        |         |
| 4        |      |      |          |        |        |           |          |        |         |
| 3        |      |      |          |        |        |           |          |        |         |
| 2        |      |      |          |        |        |           |          |        |         |
| 1        |      |      |          |        |        |           |          |        |         |
|          | 0000 | 0000 | 0000     | 0000   | 0000   | 0000      | 0000     | 0000   | 0000    |

Jak wynika z przeprowadzonej diagnozy, dziecko, pomimo umiejętności powtarzania sylab (reakcje echowe) oraz dobrze rozwiniętych umiejętności nazywania na polecenie (takt), nie posiada umiejętności proszenia (mand) o pożądane przedmioty i aktywności. Na podstawie wykresu widzimy również, że dziecko nie ma rozwiniętych spontanicznych reakcji (kamienie takt 4-M, imitacja 4-M), ma trudności z nawiązywaniem kontaktu wzrokowego, reakcją na imię, nawiązywaniem relacji społecznych oraz urozmaicaniem swojej zabawy i generalizacją umiejętności zabawy na nowe miejsca i zabawki. Na podstawie analizy formularza terapeuta powinien wprowadzić intensywny trening mandomy (nauczę proszenia), przy okazji którego może kształtować również kontakt wzrokowy oraz reakcję na imię. Dodatkowo należałoby kształtować relacje społeczne i spontaniczne reakcje ucznia.

## Ocena barier

Analiza problematycznych zachowań dziecka jest tak samo ważna, jak ocena umiejętności językowych (Barbera 2015: 8), ponieważ osoby o zaburzonym rozwoju często używają zachowań trudnych do komunikacji swoich potrzeb (Barbera 2017: 91). W związku z tym drugim elementem programu VB-MAPP jest ocena barier, w ramach której dokonujemy analizy 24 czynników mogących w znaczący sposób zakłócić proces uczenia się. Bariery te można podzielić na sześć głównych grup, takich jak: zachowania trudne (np. płacz, agresja, ucieczka od wymagań), zaburzenia operantów werbalnych (np. nieobecny, słaby lub zaburzony repertuar mandów, taktów lub reakcji intrawerbalnych), zaburzone zachowania społeczne (zaburzone umiejętności społeczne, brak kontaktu wzrokowego), ograniczenia w osiąganiu znaczących celów (np. uzależnienie od podpowiedzi, przewijanie – zgadywanie odpowiedzi, słaba motywacja, brak generalizacji), specyficzne zachowania kolidujące z uczeniem się (np. autostymulacje, nadaktywność), a także ograniczenia fizyczne lub medyczne (takie jak problemy ze snem, problemy ze wzrokiem, słuchem lub padaczka) (Sundberg 2015: 103).

Każda z barier jest oceniana na podstawie dokładnego opisu z podręcznika w skali od 0 do 4, gdzie wynik 0 oznacza brak problemu. Uzyskanie noty 1 oznacza, że dany problem pojawia się sporadycznie, należy go monitorować, ale nie ma potrzeby wdrażania interwencji. Jeżeli dziecko otrzyma wynik 2, terapeuta powinien przeanalizować istniejący problem i w niektórych wypadkach wprowadzić program terapeutyczny niwelujący go. Natomiast wyniki równe 3 i 4 wiążą się z bezwzględną koniecznością wprowadzenia interwencji w celu likwidacji punktowanych tak wysoko barier (Sundberg 2015: 106).

Dokonanie oceny barier powinno prowadzić do usuwania istniejących trudności, tak aby dziecko mogło optymalnie korzystać z procesu nauczania. Ważne jest porównanie oceny barier z oceną kamieni milowych, ponieważ bardzo często brak kluczowych umiejętności, takich jak umiejętność proszenia (zaburzony mand) wpływa na rozwijanie się zachowań trudnych (krzyk, płacz lub agresja) funkcjonujących jako mand. Wówczas eliminowanie zachowań niepożądanych musi iść w parze z rozwijaniem nowych, funkcjonalnych zachowań alternatywnych. Niekiedy jednak likwidacja barier powinna być pierwszym etapem interwencji terapeutycznej, zanim dziecko będzie w stanie podjąć naukę nowych umiejętności językowych i edukacyjnych. Przykładowo, jeśli dziecko ma słabą motywację, jest uzależnione od podpowiedzi lub przewija – zgaduje odpowiedzi, przed przystąpieniem do uczenia nowych umiejętności konieczne będzie usunięcie istniejących barier (Sundberg 2015: 103).

Zidentyfikowanie barier powinno równocześnie prowadzić terapeutę do przeanalizowania własnego warsztatu pracy, ponieważ faktem jest, że za powstawanie wielu z nich odpowiedzialny jest właśnie nauczyciel. Może się to dziać między innymi poprzez: stawianie zbyt wysokich wymagań (mogące skutkować: oporem, płaczem, agresją, unikaniem sytuacji nauki), nierównomierne rozwijanie umiejętności dziecka, zbyt wczesne uczenie bardziej złożonych umiejętności przy braku rozwijania niezbędnych umiejętności bazowych (co może skutkować powstawaniem sztywnych, automatycznych reakcji intrawerbalnych), nieumiejętne stosowanie wzmocnień, podpowiedzi oraz brak wycofywania podpowiedzi (może pojawić się uzależnienie od wzmocnień, od podpowiedzi lub przewijanie) czy nieumiejętne planowanie nauki i nieumiejętne stosowanie technik uczenia (czego skutkiem może być zaburzone skanowanie, zaburzone różnicowanie warunkowe oraz brak generalizacji).

### Ocena gotowości do zmiany

Trzecią częścią VB-MAPP jest ocena gotowości do zmiany. Dokonanie oceny w tym zakresie pozwala ustalić, w jakim środowisku edukacyjno-terapeutycznym można najbardziej efektywnie realizować potrzeby edukacyjne dziecka. Jak trafnie zauważa Barbera (2015: 16), środowisko, w którym uczymy, jest tak samo istotne, jak to, czego uczymy. Część uczniów z opóźnieniami w rozwoju potrzebuje edukacji bardziej ustrukturalizowanej, nauczania 1 : 1, częstego dostarczania wzmocnień zewnętrznych czy odpowiednio zaplanowanej generalizacji umiejętności. Dla wielu z tych uczniów przeniesienie do placówek publicznych lub integracyjnych jest równoznaczne z brakiem efektywnej terapii. Z kolei inni uczniowie, pomimo pewnych trudności rozwojowych, nie wymagają aż tak ustrukturalizowanej edukacji i mogliby naprawdę wiele skorzystać na włączeniu w grupę zdrowych rówieśników. Dzięki ocenie gotowości do zmiany decyzje dotyczące wyboru formy nauczania mogą być podjęte na podstawie rzetelnej oceny możliwości dziecka, a nie subiektywnych wrażeń opiekunów i nauczycieli (Sundberg 2015: 133).

Ostatnie dwie części programu to „analiza zadań i śledzenie umiejętności” oraz „tworzenie programów i dobór celów do programów”. Analiza zadań i śledzenie umiejętności zawiera około 900 różnych zadań, które pozwalają jeszcze bardziej pogłębić analizę umiejętności dziecka, a także mogą dostarczyć terapeutom i nauczycielom pomysłów na dodatkowe ćwiczenia do programów (Sundberg 2015: 2). Ostatnia część – tworzenie programów i dobór celów do programów, stanowi podsumowanie całej diagnozy VB-MAPP. Zawiera instrukcje, w jaki sposób badający powinien interpretować wyniki oceny na każ-

dym z poziomów oraz jak wybrać cele i pierwsze programy dla dziecka w zależności od wyników badania. Ważne jest zwrócenie uwagi na mocne i słabe strony dziecka oraz analiza, czy program terapeutyczny zawiera wszystkie niezbędne elementy, które – wykorzystując cały potencjał dziecka – pomagają pokonywać mu trudności (Sundberg 2015: 2, 155).

## Podsumowanie

Niewłaściwie skonstruowany program terapeutyczny skutkuje tym, że dziecko nie może uczyć się na miarę swoich możliwości. Dlatego tak istotne jest, aby zawsze przed stworzeniem programu dokonać dokładnej oceny umiejętności dziecka. Program VB-MAPP pozwala właściwie ocenić możliwości dziecka i porównać je do zdrowo rozwijających się rówieśników, a tym samym umożliwia wybór najbardziej korzystnego dla dziecka środowiska edukacyjnego, wyznaczenie realnych celów terapii oraz ustalenie poziomu wyjściowego dla programów, tak aby wymagania stawiane dziecku nie były ani za wysokie, ani za niskie. Dodatkowo, dzięki diagnozie VB-MAPP, możliwe jest nie tylko określenie potencjału dziecka, ale także określenie barier, dzięki czemu terapeuta będzie w stanie określić najbardziej skuteczne strategie uczenia oraz niwelowania zachowań niepożądanych. Dzięki właściwej ocenie możemy osiągać cel, jakim jest efektywna terapia dziecka.

## Literatura

- Barbera M.L., 2015, *More Talking Less Tantrums: Ten Key Components Needed of Effective Autism Programming for Any Child, Any Ability, Any Setting* [online; dostęp na: <http://marybarbera.com/ebook/> – 11.05.2017].
- Barbera M.L., 2017, *Metoda zachowań werbalnych*, Warszawa: Scholaris.
- Karsznia-Sobczak A., 2016, VB-MAPP. Ocena osiągania kamieni milowych i planowanie terapii. Opis polskiego wydania – programu do oceny umiejętności językowych i społecznych dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju, „Studia Pragmalingwistyczne”, nr 8, s. 333–337.
- Sierocka-Rogała M., 2009, *Metody behawioralne w nauczaniu mowy*, „Poradnik Językowy”, nr 8, s. 58–67.
- Skinner B.F., 1957, *Verbal Behavior*, New Jersey.
- Skinner B.F., 2013, *Behawioryzm*, Sopot: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.
- Suchowierska M., Ostaszewski P., Bąbel P., 2012, *Terapia behawioralna dzieci z autyzmem*, Sopot: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.
- Sundberg M., 2015, VB-MAPP, Ocena osiągania kamieni milowych rozwoju i planowanie terapii, Warszawa: Fundacja Scholaris.

**VB-MAPP – Proper assessment being the basis for proper therapy**

## Summary

Effective teaching of children with impaired communication development depends on making a thorough assessment of their initial skills. The article presents the Program for the assessment of language and social skills of children with autism and other developmental disorders – VB-MAPP, which is based on the analysis of verbal behaviours of B.F. Skinner. The article contains a description of the tool, a description of the most important examined operants and the practical application of results obtained in the course of the diagnosis.

Key words: VB-MAPP, language skills, autism, diagnosis

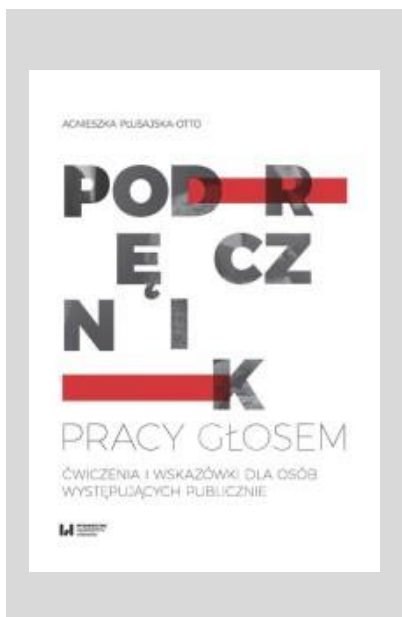
**Agnieszka Myszka**

Uniwersytet Rzeszowski

## **EMISJA GŁOSU W KSZTAŁCENIU NAUCZYCIELI (ROZWAŻANIA NA MARGINESIE KSIĄŻKI AGNIESZKI PŁUSAJSKIEJ-OTTO)**

Tekst zawiera rozważania na temat kształcenia nauczycieli w zakresie ochrony głosu. Jest także próbą oceny książki Agnieszki Płusajskiej-Otto pt. *Podręcznik pracy głosem. Ćwiczenia i wskazówki dla osób występujących publicznie* i analizą możliwości wykorzystania jej na zajęciach z emisji i higieny głosu prowadzonych na kierunkach nauczycielskich studiów wyższych. W podręczniku bardzo mocno akcentowana jest zależność jakości naszego głosu od kondycji ciała i emocji (napięcia mięśniowe). Praktyka (ćwiczenia) zdecydowanie dominuje tu nad rozważaniami teoretycznymi, co jest ogromną zaletą publikacji, która może stać się zarówno podstawą samokształcenia, jak i podstawą zajęć z emisji głosu na uczelniach kształcących przyszłych nauczycieli.

Słowa kluczowe: emisja głosu, ortofonia, artykulacja, fonacja, postawa ciała



Kilka miesięcy temu w Łodzi ukazała się książka Agnieszki Płusajskiej-Otto, zatytułowana *Podręcznik pracy głosem. Ćwiczenia i wskazówki dla osób występujących publicznie* (Łódź 2017, Wydaw. Uniwersytetu Łódzkiego). Na rynku wydawniczym mamy już sporo bardzo dobrych książek dotyczących pracy głosem, ale, jako że prowadzę zajęcia z emisji dla studentów kierunków nauczycielskich, każdej nowości o tej tematyce czekam z niecierpliwością. A podręcznik z ćwiczeniami – to prawdziwa gratka, zwłaszcza że omawiana publikacja jest kierowana do szerokiego grona osób pracujących głosem, w tym do studentów kierunków pedagogicznych i innych kierunków prowadzących specjalizacje nauczycielskie

oraz do wszystkich, którym zależy na ładnej dykcji, intonacji, poprawnej artykulacji (por. Plusajska-Otto 2017: 10).

Agnieszka Plusajska-Otto jest nauczycielem akademickim i od wielu lat prowadzi na Uniwersytecie Łódzkim zajęcia m.in. z zakresu emisji głosu. Przez osiem lat była ponadto kierownikiem studiów podyplomowych z zakresu logopedii i emisji głosu. Rzetelna wiedza teoretyczna Autorki podręcznika (zdobyta m.in. na studiach z zakresu pedagogiki, logopedii i emisji głosu, a rozszerzana na wielu kursach i szkoleniach) jest zatem wsparta ogromnym doświadczeniem praktycznym. Warto wspomnieć o tym, że Autorka od wielu lat prowadzi z zaangażowaniem bardzo wysoko oceniane zajęcia warsztatowe i terapeutyczne, grupowe i indywidualne, z zakresu emisji i ekspresji głosu również dla osób spoza społeczności akademickiej.

Podręcznik rozpoczynają zdania:

Głos i sposób, w jaki mówimy, charakteryzują nas, są nośnikiem informacji o człowieku, bo oprócz myśli wyrażają także uczucia i emocje. Wpisują się w psychologiczny efekt pierwszego wrażenia. Głos jest jak odcisk palca – niepowtarzalny, wyjątkowy, a słowo, które brzmi pięknie, jest pełne i wyraźne, zwraca uwagę, ułatwia kontakty międzyludzkie, budzi szacunek i podziw (Plusajska-Otto 2017: 9).

Nie sposób nie zgodzić się z tymi stwierdzeniami. Głos, podobnie jak nasz wygląd, postawa, ubiór itp., charakteryzuje nas, identyfikuje i definiuje. Głosem można kogoś zjednać lub zrazić do siebie, sposobem mówienia można kogoś poniżyć lub okazać mu szacunek, przyciągnąć czyjąś uwagę albo znudzić. Warto zatem dołożyć wszelkich starań, by głos charakteryzował nas jak najlepiej<sup>1</sup>.

Powyższy postulat dotyczy między innymi nauczycieli. Ponieważ zaburzenia głosu są najczęstszą chorobą zawodową w środowisku pedagogów<sup>2</sup>, od wielu lat standardy kształcenia nauczycieli obligują uczelnie do organizowania zajęć z emisji i higieny głosu na wszystkich kierunkach nauczycielskich. Wśród efektów kształcenia nauczycieli wymienia się, że absolwent powinien dysponować podstawową wiedzą na temat funkcjonowania i patologii narządu mowy,

---

<sup>1</sup> Badania dowodzą, że tylko część komunikatu jest przekazywana za pomocą słów (komunikat werbalny – 7%); pozostałe informacje człowiek odbiera na podstawie tego, co widzi (kanał wizualny – 55%) i tego, jak coś brzmi (kanał wokalny – 38%) (Oczkoś 2007: 9).

<sup>2</sup> Choroby głosu od kilku lat zajmują pierwsze miejsce na liście najczęściej występujących chorób zawodowych w Polsce (nie tylko wśród nauczycieli). Co roku rozpoznaje się ok. 1100 nowych przypadków tych chorób (ok. 25% ogółu chorób zawodowych). Na uwagę zasługuje fakt, że zawodowe zaburzenia głosu występują najczęściej u nauczycieli, rzadziej u aktorów i dziennikarzy, a sporadycznie u śpiewaków, którzy – przynajmniej teoretycznie – są na nie bardziej narażeni (por. dane w: Tarasiewicz 2003: 97–100). Por. też dane przytaczane przez E. Binkuńską (2012: 122–126), która przeprowadziła ankietę wśród nauczycieli. 56% ankietowanych uskarżało się na różne problemy z głosem.

a także powinien mieć wykształcone prawidłowe nawyki posługiwania się narządem mowy (SKN: 4). Z kolei w zakresie treści kształcenia, w bloku określonym jako ‘ogólne przygotowanie psychologiczno-pedagogiczne’ znajdują się treści z zakresu komunikacji i kultury języka, a wśród nich „fizyczne aspekty komunikacji werbalnej” oraz „budowa, działanie i ochrona narządu mowy” (SKN: 7). Standardy nie określają, w jakim wymiarze godzinowym ma się odbywać tego typu kształcenie. Zazwyczaj na kierunkach nauczycielskich przeznaczają się na nie 15–30 godz. dydaktycznych<sup>3</sup>.

Jak zatem przygotować przyszłego nauczyciela do pracy głosem? Wróćmy do omawianego podręcznika. Układ książki – jak pisze Autorka – odzwierciedla etapy pracy nad głosem. Agnieszka Płusajska-Otto proponuje zacząć od uświadamienia sobie złych nawyków dotyczących postawy ciała i korekcji tych nawyków, kolejno przechodzi do nauki rozluźniania się, relaksacji. Następnym etapem jest praca nad oddechem (tutaj znajdziemy też elementy masażu i rozgrzewki), a później – nad usprawnianiem artykulatorów, uruchomieniem rezonatorów. Ostatnim etapem są ćwiczenia artykulacyjne prowadzone kolejno na samogłoskach i spółgłoskach.

Przyznam, że w czasie swojej praktyki wypracowałam model rozpoczynania zajęć z emisji głosu od tematów koncentrujących się wokół anatomii z jednej strony, i higieny głosu – z drugiej. Okazuje się, że uświadomienie studentom kierunków nauczycielskich faktu, że choroby głosu są jednym z najczęstszych schorzeń zawodowych w środowisku pedagogów, pokazanie przykładów dysfonii i afonii, demonstracja chorych narządów głosu, a także pokazanie nagrań osób mówiących zbyt cicho, niewyraźnie, niepoprawnie – wszystko to mobilizuje młodych ludzi (którzy najczęściej nie uświadamiają sobie, że mają jakiegokolwiek problemy z głosem, niedoskonałą artykulacją, fatalną dykcją) do większej aktywności i czynnego udziału w zajęciach. Przed właściwymi ćwiczeniami emisyjnymi omawiamy zatem budowę układów: oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego (żeby poznać anatomiczne podstawy wytwarzania dźwięków mowy i uświadomić studentom, że właściwe wytwarzanie głosu jest efektem „współdziałania” trzech układów). Następnie, kiedy już studenci znają „zasady powstawania” dźwięków mowy, rozmawiamy o chorobach głosu i o ich przyczynach, koncentrując się na dysfoniach czynnościowych, są one bowiem najczęstszą chorobą głosu u nauczycieli, czego dowodzą badania prezentowane przez E. Kazanecką:

---

<sup>3</sup> Na przykład na Uniwersytecie Rzeszowskim wymiar zajęć z emisji głosu na poszczególnych kierunkach przedstawia się następująco: na filologii polskiej – 15 godz., na filologii angielskiej – 30 godz., na wychowaniu fizycznym – 15 godz., na historii – 30 godz., na pedagogice (edukacja przedszkolna i wczesnoszkolna) – 30 godz., na edukacji artystycznej w zakresie sztuki muzycznej – 60 godzin (dane z: <http://www.ur.edu.pl>).

Z badań przeprowadzonych w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi na 1261 osobach diagnozowanych w kierunku zawodowych chorób narządu głosu, głównie nauczycielach, wynika, że tylko 12,7% miało zmiany organiczne (guzki głosowe – 4,2%, zmiany przerostowe – 0,87%, niedowład – 7,6%). Czynnościowe zaburzenia rozpoznano aż u 82,3%, z czego hiperfunkcja stanowiła 64,3%, hipofunkcja 17%, dysfunkcja 1% (Kazanecka 2016: 24).

Analizując zatem ze studentami niekorzystne warunki środowiskowe, w jakich przyjdzie im pracować (konieczność używania głosu przez kilka godzin dziennie, mówienie w dużych pomieszczeniach, w hałasie, przeciążenia głosu, niewłaściwa akustyka pomieszczenia, temperatura, wilgotność, zapylenie), brak koordynacji oddychania z fonacją (twarde nastawienie głosowe), zbyt silne napięcie mięśniowe artykulatorów (szczękościsk, język napierający na zęby czy podniebienie), nadmierne wysuszenie błony śluzowej (por. Kazanecka 2016: 26). Dokładnego omówienia części z tych zagadnień zabrakło w podręczniku Agnieszki Płusajskiej-Otto. Nie zostały one jednak zupełnie pominięte, bo np. zasady higieny głosu zostały w punktach zebrane w zakończeniu (s. 193–194). Wynika to z koncepcji książki, której tematyka skupia się na: 1. postawie do mówienia, 2. oddechu, 3. fonacji i artykulacji. Być może zresztą temat fizjologii i higieny głosu został dość marginalnie potraktowany z powodu istnienia wielu innych opracowań właśnie na chorobach głosu i ich przyczynach skupionych<sup>4</sup>. Poza tym nie to było głównym celem Autorki.

Praca nad głosem to praca nad całym sobą, o czym przekonuje w rozdziale pierwszym Agnieszka Płusajska-Otto. Widać tu wyraźną fascynację trenerki głosu techniką Alexandra (której to fascynacji Autorka wcale nie ukrywa), zwłaszcza w ćwiczeniach nad nauką świadomości własnego ciała, obserwacją, w jakich sytuacjach nasze ciało się napina i gdzie (w których partiach ciała) te napięcia się kumulują. Czytelnik znajdzie w tej części ćwiczenia pozwalające uświadomić sobie złe nawyki, żeby – przechodząc do drugiego rozdziału – nauczyć się, jak za pomocą relaksacji pozbyć się napięć, wyciszyć i skupić na sobie, by – jak pisze Autorka – „uwolnić z napięcia nie tylko mięśnie, lecz także umysł” (Płusajska-Otto 2017: 21). W tej części zaproponowano mnóstwo ćwiczeń relaksacyjnych, znów w dużej mierze inspirowanych techniką Alexandra, ale wykorzystano też metody relaksacji E. Jacobsona, J.H. Schultza i H. Wintreberta oraz elementy jogi. Znajdziemy tu dokładny opis zarówno wykonania, jak i korzyści płynących z ćwiczeń. W mojej ocenie te pierwsze rozdziały są najcenniejszymi, najbardziej nowatorskimi częściami książki, zwłaszcza że w niewielu podręcznikach do emisji głosu poświęca się temu tematowi uwagę, a jeśli

---

<sup>4</sup> Oprócz cytowanych wcześniej prac E. Kazaneckiej (2016), A. Szkielkowskiej i E. Kazaneckiej (2011) warto wymienić np. następujące pozycje: Mitrynowicz-Modrzejewska (1963), Zalesska-Kręcicka (1993), Zalesska-Kręcicka, Kręcicki, Wierzbicka (2004), Śliwińska-Kowalska, Niebudek-Bogusz (2009), Binkuńska (2012).

już, to raczej marginalnie<sup>5</sup>. Tymczasem głos to część większej całości, pochodna wielu czynników, w tym w dużej mierze naszych warunków fizycznych i predyspozycji psychicznych oraz chwilowego nastroju. Osoby posługujące się zawodowo głosem powinny mieć tego świadomość i umieć kontrolować własne ciało i emocje, bowiem stres, zwłaszcza długotrwały, jest jedną z częstych przyczyn dysfonii czynnościowych, a obciążenia psychospołeczne w zawodzie nauczyciela są ogromne<sup>6</sup>.

We wszystkich podręcznikach i poradnikach na temat emisji głosu zasadnicza część dotyczy oddechu. Jaki zatem oddech jest „dobry dla mowy”? Autorka nowego *Podręcznika pracy głosem* jeszcze raz podkreśla, że oddech, podobnie jak głos, fonacja, jest pochodną kondycji całego ciała, a silny stres może powodować usztywnienie postawy, czego rezultatem są zaburzenia oddechowe (wstrzymywanie lub spłykanie oddechu, nieregularność poszczególnych faz oddychania). Prezentuje ćwiczenia pozwalające opanować prawidłowy tor oddechowcy, nauczyć się koncentrowania na sobie i reakcjach swojego ciała. Znajdziemy tu także wiele propozycji wspomagania ćwiczeń wizualizacjami. Kolejno Autorka przechodzi do ćwiczeń wydłużania fazy wydechowej; tłumaczy, czym różni się oddech statyczny od dynamicznego, podaje znane, ale także mniej popularne, urozmaicone teksty, stosuje przy tym zmiany tempa czytania, co pozwala jeszcze bardziej doskonalić kontrolę oddechu.

Następne rozdziały tylko podkreślają związek całego ciała z oddechem i w konsekwencji – z głosem. W rozdziale czwartym Agnieszka Płusajska-Otto wprowadza elementy masażu, którego zadaniem jest znajdowanie napiętych części ciała i usuwanie napięć, zwłaszcza z tzw. bram dla głosu: z barków oraz z karku, a także z zuchwy i gardła. Rozdział piąty to propozycja rozgrzewki dla instrumentu, jakim jest ciało. Ćwiczenia zamieszczone w tej części przydatne będą zwłaszcza w pracy z aktorami – w końcu to dla tej grupy zawodowej szczególnie ważna jest towarzysząca komunikatowi werbalnemu mowa ciała. Trenerka głosu odwołuje się tutaj do wielkiego reformatora teatru i eksperymentatora – Jerzego Grotowskiego. Proponuje bardzo zróżnicowane ćwiczenia ogólnoruchowe aktywizujące różnorodne mięśnie (rąk, nóg, grzbietu, brzucha –

---

<sup>5</sup> Por. np. inne podręczniki akademickie: *Głośno i wyraźnie. 9 lekcji dobrego mówienia* (Toczyska 2007), *Mówię i śpiewam świadomie. Podręcznik do nauki emisji głosu* (Tarasiewicz 2003) – praktycznie nie ma w nich ćwiczeń prawidłowej postawy do mówienia i ćwiczeń rozluźniających przed wystąpieniami publicznymi.

<sup>6</sup> Wśród obciążeń psychospołecznych w zawodzie nauczyciela wyróżnia się m.in. następujące problemy: 1. Interakcja nauczyciel – uczeń oraz nauczyciel – rodzic, 2. Interakcja pomiędzy nauczycielem a współpracownikami, w tym przełożonymi, 3. Przeludnienie w placówkach oświatowych, 4. Brak stabilizacji systemu edukacyjnego, 5. Nieustanna ewaluacja wykonywanej pracy, 6. Niski status zawodu nauczyciela. Dokładniej są one opisane w poradniku do rehabilitacji głosu (Śliwińska-Kowalska, Niebudek-Bogusz 2009: 19–22).

przepona!), pas barkowy i kark – wszystko w celu koordynacji oddechu, pozbycia się napięć, „rozruszania” rezonatorów (w większości ćwiczeń należy wydawać spontaniczne dźwięki: parskanie, mormorando). Aktywność fizyczna sprawia, że oddech nam się pogłębia, poprawia się ukrwienie, także myślenie, co z kolei prowadzi do poprawy poczucia pewności siebie, swoich możliwości głosowych, elastyczności ciała. Jest to bardzo ciekawy aspekt pracy nad głosem, choć raczej dla aktorów niż np. nauczycieli, ale trzeba podkreślić, że wiele z tych ćwiczeń (i tych przedstawionych w poprzednich częściach) może się okazać koniecznych przy rehabilitacji zawodowych zaburzeń głosu.

Metodologia postępowania logopedycznego stanowi, że zanim zaczniesz się ćwiczenia wymowy, powinno się przeprowadzić „rozgrzewkę”, jeśli nie całego ciała, to przynajmniej samych artykulatorów. Agnieszka Plusajska-Otto w rozdziale szóstym proponuje najpierw masaż twarzy, a potem ćwiczenia języka, warg, podniebienia miękkiego, zuchwy i gardła (zwierającego pierścienia gardłowego). Zwłaszcza dwie ostatnie grupy ćwiczeń są potrzebne, bo jak wynika z obserwacji wielu trenerów głosu, znaczny odsetek kandydatów na aktorów, dziennikarzy, nauczycieli zmaga się ze „szczękościskiem” i mówi przez „zaciśnięte gardło”. Są to też najczęstsze reakcje na stres (podobnie zresztą, jak na zimno). Dobrze, że znalazły się w podręczniku pracy głosem.

Kolejnym zaproponowanym przez Autorkę podręcznika etapem pracy nad głosem jest uruchomienie rezonatorów. To bardzo ważne stadium, którego nie można pominąć. Także tutaj Agnieszka Plusajska-Otto proponuje wspomagać ćwiczenia wizualizacjami, wyobraźnią (wiele poleceń zaczyna się od: *wyobraż sobie, że...*). Ćwiczenia są polisensoryczne: znajdziemy tu propozycje odbierania (odczuwania) dźwięków mowy dotykiem, słuchem, zapachem. Cały przekaz jest bardzo klarowny, bez nadmiernego teoretyzowania, choć zwięzłe omówienie pracy rezonatorów oczywiście tu znajdziemy. Jedyne, czego w tym rozdziale brakuje, to ćwiczenia ataku miękkiego (nastawienie głosowe, głos kierowany na maskę)<sup>7</sup>. Dla nauczycieli bardzo ważne jest wytłumaczenie, jaką szkodę wyrządzają swojemu głosowi, np. próbując przekrzyczeć klasę. Na dodatek w przypadku zajęć z kandydatami na nauczycieli ten temat jest kolejnym pretekstem do nawiązania do zagadnień higieny głosu mówionego.

Samogłoski to arystokratki wśród głosek<sup>8</sup>, są muzyką słowa, centrami emisyjnymi<sup>9</sup>. Nie dziwi więc, że w omawianym podręczniku poświęcono im sporo

<sup>7</sup> Takie treści znajdziemy np. w podręczniku B. Toczyskiej (2007: 61–73), B. Tarasiewicz (2003: 200–203), a także m.in. w książce D. Wosik-Kawali (2015: 83–87).

<sup>8</sup> Por. fragment bardzo ciekawego felietonu Joanny Szczepkowskiej, zatytułowanego *Aaa tam*, opublikowanego na łamach Wysokich Obcasów: „Samogłosko polska! Wysłużyłaś się nam przez całe wieki, zagrzewając do walki, zawodząc z nami pieśni, a myśmy cię oddali bez najmniejszej bitwy ludowi o nieruchomej zuchwie dolnej i tak ściśniętych więzadłach głosowych, że

miejsca<sup>10</sup>. Opis teoretyczny (fonetyczny) zilustrowany labiogramami, rentgenogramami i palatogramami uzupełniają ćwiczenia. Znow Autorka proponuje polisensoryczny odbiór głosek (kształt, kolor, waga głoski) i podparcie ćwiczeń wyobraźnią, stąd polecenia: *poczuj samogłoski, zobacz je, dodawaj im różne emocje* – w ten sposób ćwiczenia wymowy samogłosek stają się zarazem wprawkami aktorskimi, zwłaszcza że trenerka głosu dodaje tu jeszcze ćwiczenia akcentu (w końcu to samogłoski mają właściwości delimitacyjne, są swoistymi centrami prozodycznymi). Sporo uwagi poświęca też wymowie nosówek, zaznaczając, że przed spółgłoskami zwartymi w wymowie ulegają one rozszczepieniu. Wydaje mi się, że w kontekście najnowszych badań fonetycznych warto może wspomnieć, że przed szczelinowymi i w wygłosie wymowa samogłosek jest wprawdzie zbliżona do synchronicznej, ale współcześnie właściwie już brak realizacji monoftongicznych (bez zmian jakości w trakcie wymowy dźwięku – ę [ẽ], ą [õ]), zastąpionych wymową gładową (z unosowionym u niezgłoskotwórczym – ę [ẽũ], ą [õũ])<sup>11</sup>.

Najdłuższy rozdział książki jest poświęcony wymowie spółgłosek (s. 131–179), które, jak obrazowo dowodzi Autorka, są „szkieletem słów, ponieważ dźwięk w nich zawarty potrafi wiernie naśladować zarówno różne nastroje, jak i odgłosy przyrody”. Znow – podobnie jak przy samogłoskach – odnajdziemy tu dokładny opis fonetyczny, z bardzo szczegółową charakterystyką położenia narządów mowy, zilustrowany rentgenogramami i palatogramami. Po każdej głosce są ćwiczenia na sylabach i logatomach. W podsumowaniu tego rozdziału znajduje się tabela, w której odnotowane są najważniejsze różnice pomiędzy pisownią a wymową polską. Zestawienie, zrobione konsekwentnie, uwzględnia upodobnienia fonetyczne zachodzące w języku mówionym. Pominęto w nim jednak rozszczepioną wymowę nosówek przed spółgłoskami zwartymi, czyli np. to, że spółgłoskę *m* wymawiamy także w wyrazach typu *gęba*, *bęben*, *pępek*, a *n* np. w wyrazach *dęty*, *tędy* itp.

Z nauczycielami zawsze długo ćwiczę wymowę grup spółgłoskowych, bo – jak dowodzą obserwacje i badania – to właśnie w grupach, a nie podczas wy-

---

strumień powietrza nie może swobodnie przepływać przez kanał głosowy, co jest konieczne, żeby samogłoska mogła się rozwijać. Przez znawców nazywana jesteś 'arystokratką fonetyczną', może dlatego zanikasz? Samo słowo 'arystokracja' pachnie przeszłością. Jesteś podobno źródłem informacji na temat wewnętrznej strony osobowości. Wibrujesz zależnie od naszej kondycji psychicznej. Jesteś komunikatem dla partnera seksualnego. Jesteś pierwszym dźwiękiem, który wydajemy na świat. Nasze matki podobno podświadomie rozciągają cię, mówiąc do nas pieszczotliwie samogłoskowym językiem najlepiej zrozumiałym dla niemowląt. Jesteś kopalnią wiedzy na temat naszych charakterów” (dostęp na: <http://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/1,96856,4203628.html?disableRedirects=true>).

<sup>9</sup> Określenia Bogumiły Toczyskiej cytowane przez A. Plusajską-Otto (2017: 103).

<sup>10</sup> Całą książkę „dedykowała” samogłoskom B. Toczyska (2006).

<sup>11</sup> Por. m.in.: Ostaszewska, Tambor 2000; Dunaj 2003, 2006; zob. też: Lorenc 2016.

mowy pojedynczych spółgłosek notuje się najwięcej błędów ortofonicznych<sup>12</sup>. Zwłaszcza redukcji ulega w nich *u* niezgłoskotwórcze (zarówno w śródgłosie, jak i w wygłosie), ale często też dochodzi do niesystemowych uproszczeń w innych, wydawałoby się, artykulacyjnie łatwych grupach, w tym także w geminatach<sup>13</sup>. Problematyczne okazują się ponadto wyrazy, w których występują głoski podobne, np. dźwiękowe i zębowe (*szosa, zeżreć, saszetka* itp.), drżąca i boczna (*król Karol*), dlatego robię dużo ćwiczeń na łamańcach językowych (które zresztą są bardzo lubiane przez studentów). Takie trudne dykcyjnie teksty znalazły się w dziesiątym i ostatnim rozdziale podręcznika Agnieszki Płusajskiej-Otto. Królową tu zabawne i artykulacyjnie skomplikowane teksty M. Strzałkowskiej i A. Frączka.

Zakończenie zawiera dobre rady dla osób pracujących głosem, czyli zasady higieny głosu, a całe opracowanie zamyka obszerny aneks, w którym znalazły się rozmaite pomoce do ćwiczeń, teksty, zadania, sprawdziany. Faktycznie, po „przepracowaniu” tematów związanych z oddechem, fonacją i artykulacją warto jeszcze raz wrócić do fizjologii i teraz – kiedy studenci mają już o wiele większą świadomość głosu – powtórzyć i usystematyzować zagadnienia higieny głosu i etapy pracy nad głosem. Jest to bardzo sensowne rozwiązanie.

W omawianym podręczniku brakuje nieco rozdziału, choćby krótkiego, zawierającego ćwiczenia intonacyjne. Żeby nie zanudzić słuchacza, nie wystarczy mówić poprawnie pod względem ortofonicznym i głosem czystym jak dzwon, bez ściśniętego gardła i zaciśniętej szczęki. Trzeba jeszcze spowodować, by głos żył: umiejętnie stosować kadencję i antykadencję, „malować głosem”<sup>14</sup>. Trzeba nauczycieli nauczyć używać językowych środków ekspresji. Zazwyczaj przy okazji tego typu ćwiczeń pracuję też nad prawidłowym tempem mówienia i czytania oraz nad akcentem zdaniowym, a także przypominam zasady akcentu wyrazowego.

\* \* \*

W sumie propozycję Agnieszki Płusajskiej-Otto należy ocenić bardzo wysoko, jako cenną alternatywę dla wcześniejszych publikacji z tego zakresu. Czym ten podręcznik różni się od innych? Przede wszystkim zwróceniem uwagi na rolę całego ciała, a nie tylko oddechu, fonacji i artykulacji. Każda książka jest naznaczona osobowością autora, jego preferencjami, zainteresowaniami. Tu

<sup>12</sup> Por. badania przedstawione w: Myszką 2014 i 2014a.

<sup>13</sup> Dużo tego typu ćwiczeń znajduje się w książce B. Toczyskiej (2009).

<sup>14</sup> Rozdziały zawierające takie ćwiczenia znajdują się np. w podręczniku B. Toczyskiej (2007: 143–260, 277–426). Tym zagadnieniom jest też poświęcona książka *Ruch w głosie* (Toczyska 2009a).

wyraźnie widoczna jest fascynacja trenerki emisji głosu ciałem i potencjałem tkwiącym w naszych zmysłach<sup>15</sup>. Proponowany układ treści jest logiczny, zasadny (jak sądzę, wypracowany przez Autorkę przez lata), ćwiczenia są ciekawe, urozmaicone, nowatorskie. Podręcznik nie jest „przeteoretyzowany”, ale najważniejsze informacje w nim znajdziemy. To, co w mojej ocenie jest bardzo ważne, praktyka zdecydowanie dominuje tu nad teorią, której jest akurat tyle, żeby czytelnik miał świadomość, nad czym pracuje i dlaczego to robi. Czy czegoś podręcznikowi brakuje? Oczywiście, można zarzucić brak treści dotyczących fizjologii głosu (anatomia), ale to moim zdaniem nie jest problemem. Dotkliwiej odczuwam brak ćwiczeń intonacyjnych. Pamiętać jednak należy o tym, że każda książka jest pewnego rodzaju wyborem, a Agnieszka Płusajska-Otto też takiego wyboru treści musiała dokonać. W rezultacie dostajemy do ręki bardzo solidnie przygotowany podręcznik, będący opartym na doświadczeniach Autorki kompendium wiedzy na temat pracy głosem. Dowiemy się z niego, jak mówić, by głos służył nam jak najdłużej, co robić, by brzmiał pięknie, przykuwał uwagę słuchaczy.

Omawiany podręcznik zawiera autorski program pracy i może stać się zarówno podstawą samokształcenia, jak i podstawą zajęć z emisji głosu, w razie potrzeb uzupełnianą innymi publikacjami z tego zakresu<sup>16</sup>. Ja z pewnością po jego lekturze wzbogacę zajęcia z emisji o ćwiczenia dotyczące postawy do mówienia, świadomości własnego ciała, kontroli emocji, usuwania napięć z całego ciała, w tym z pasa barkowego i krtani. Warto przy tej okazji podkreślić, że 30-godzinne (czy nawet krótsze) zajęcia z emisji i higieny głosu są dla kandydatów na nauczycieli raczej wędką niż rybą. Studenci muszą mieć świadomość tego, że bez systematycznej pracy nad własną wydolnością oddechową, postawą do mówienia, prawidłową fonacją i artykulacją sukces w pracy głosem może być trudny do osiągnięcia, a zaliczenie przedmiotu emisja głosu nie jest gwarancją braku chorób zawodowych głosu w przyszłości.

## Literatura

- Binkuńska E., 2012, *Higiena i emisja głosu mówionego*, Bydgoszcz: Wydaw. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Dunaj B., 2003, *Zagadnienia poprawności językowej, 1. Wymowa samogłosek nosowych*, „Język Polski” LXXXIII, z. 2, s.125–126.
- Dunaj B., 2006, *Zasady poprawnej wymowy polskiej*, „Język Polski” LXXXVI, s. 3–15.

---

<sup>15</sup> Por. też inne publikacje A. Płusalskiej-Otto (np. 2016).

<sup>16</sup> Z pozycji przeznaczonych dla nauczycieli warto wymienić np. książki A. Walencik-Topiłko (2009) czy D. Wosik-Kowali (2015).

- Kazanecka E., 2016, *Diagnostyka i postępowanie w zaburzeniach głosu* [w:] *Głos – Język – Komunikacja 3*, red. A. Myszką, E. Oronowicz-Kida, Rzeszów: Wydaw. Uniwersytetu Rzeszowskiego, s. 21–39.
- Lorenc A., 2016, *Wymowa normatywna polskich samogłosek nosowych i spółgłoski bocznej*, Warszawa: Elipsa Dom Wydawniczy.
- Mitrynowicz-Modrzejewska M., 1963, *Fizjologia i patologia głosu, sluchu i mowy*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Myszka A., 2014, „Prezenterzy powinni być samą doskonałością”. *Wymowa staranna współczesnych dwudziestolatków – rekonesans badawczy* [w:] *Kultura mówienia dawniej i dziś*, red. M. Kułakowska, A. Myszką, Rzeszów: Wydaw. Uniwersytetu Rzeszowskiego, s. 190–204.
- Myszka A., 2014 a, *Wymowa grup spółgłoskowych – znajomość normy a realizacja (badania sondażowe)* [w:] *Głos – Język – Komunikacja*, red. A. Myszką, Rzeszów: Wydaw. Uniwersytetu Rzeszowskiego, s. 97–110.
- Oczkoś M., 2007, *Sztuka poprawnej wymowy, czyli o belkotaniu i fałdunieniu*, Warszawa: Wydaw. RM.
- Ostaszewska D., Tambor J., 2000, *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*, Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN.
- Plusajska-Otto A., 2016, *Świadomość ciała i emocji w posługiwaniu się głosem* [w:] *Głos – Język – Komunikacja 3*, red. A. Myszką, E. Oronowicz-Kida, Rzeszów: Wydaw. Uniwersytetu Rzeszowskiego, s. 40–47.
- Plusajska-Otto A., 2017, *Podręcznik pracy głosem. Ćwiczenia i wskazówki dla osób występujących publicznie*, Łódź: Wydaw. Uniwersytetu Łódzkiego.
- SKN – Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 17 stycznia 2012 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela, Dz.U. 2012 poz. 131, z dnia 6 lutego 2012 [dostęp na: <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20120000131>].
- Szkiełkowska A., Kazanecka E., 2011, *Emisja głosu. Wskazówki metodyczne*, Warszawa: Instytut Fizjologii i Patologii Głosu, Uniwersytet Muzyczny Fryderyka Chopina.
- Śliwińska-Kowalska M., Niebudek-Bogusz E., 2009, *Rehabilitacja zawodowych zaburzeń głosu. Poradnik dla nauczycieli*, Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- Tarasiewicz B., 2003, *Mówię i śpiewam świadomie. Podręcznik do nauki emisji głosu*, Kraków: Universitas.
- Toczyska B., 2006, *Sarabanda w chaszcach. Ćwiczenia samogłosek*, Gdańsk: Wydaw. Podkowa.
- Toczyska B., 2007, *Głośno i wyraźnie. 9 lekcji dobrego mówienia*, Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.
- Toczyska B., 2009, *Łamańce z dedykacją czyli makaka ma Kama*, Gdańsk: Wydaw. Podkowa.
- Toczyska B., 2009a, *Ruch w głosie. Ćwiczenia nie tylko dla dziennikarzy*, Gdańsk: Wydaw. Podkowa.
- Walencik-Topiłko A., 2009, *Głos jako narzędzie. Materiały do ćwiczeń emisji głosu dla osób pracujących głosem i nad głosem*, Gdańsk: Harmonia.
- Wosik-Kawała D., 2015, *Podstawy emisji głosu*, Lublin: Wydaw. UMCS.
- Zaleśka-Kręcicka M., 1993, *Przewlekłe zaburzenia głosu*, Wrocław: Polskie Stowarzyszenie Pedagogów Śpiewu.
- Zaleśka-Kręcicka M., Kręcicki T., Wierzbicka E., 2004, *Głos i jego zaburzenia: zagadnienia higieny i emisji głosu*, Wrocław: Polskie Stowarzyszenie Pedagogów Śpiewu.

**Vocal emission in teacher education  
(deliberations on a book written by Agnieszka Plusajska-Otto)**

Summary

The text contains thoughts about teacher education as regards protection of their voice. It is also an attempt to appraise the book written by Agnieszka Plusajska-Otto entitled '*Podręcznik pracy głosem. Ćwiczenia i wskazówki dla osób występujących publicznie*' [*Textbook on Working with Voice. Exercises and Hints for These Who Have Public Appearances*] and it is an analysis of its possible use during vocal emission and hygiene classes attended by students of the higher education studies for teachers. The textbook emphasises strongly dependence of the quality of our voice on the condition of our body and emotions (muscular tensions). Practice (exercises) dominate here over theoretical deliberations, which is a great advantage of the publication that may be used as a basis for self-education as well as a basis for voice emission classes at teacher colleges/universities.

Key words: vocal emission, orthophony, articulation, phonation, body posture

**Z CYKLU**  
***MOJE ŻYCIE Z...***



Witold Tuleja

**MOJE ŻYCIE Z DEPRESJĄ  
(SAMOTNY JAK LIŚĆ, ZAMKNIĘTY W SOBIE,  
BO ŻYCIE ZOSTAWIŁO SVOJE RANY...<sup>1</sup>)**

Tytułowe zdanie z piosenki trochę odzwierciedla mój wewnętrzny krajobraz, krajobraz duszy młodego człowieka dotkniętego depresją u progu wejścia w dorosłe, samodzielne życie. Depresja jest tajemniczą chorobą, która dotyka także młodych ludzi, najczęściej w wieku 20–35 lat. Przejawia się w zaburzeniach emocjonalnych, spadku nastroju, obniżeniu dynamiki życiowej. Nie jest to tylko zwykły smutek, krótkotrwały gorszy nastrój, ale poważne zaburzenie procesów psychicznych grożące fatalnymi konsekwencjami. Choroba może mieć delikatny przebieg polegający na obniżeniu nastroju, związany np. ze zmianą pory roku, ale też może być bardzo poważnym zaburzeniem psychicznym, potrafiącym powracać w coraz mocniejszych wydaniach. Jest to zaburzenie, które w różnych okresach życia dotyka dużej części społeczeństwa<sup>2</sup>.

Pacjent w depresji zamyka się w sobie, izoluje od otoczenia, traci więzi relacyjne z otoczeniem. Swoistej „implozji w skorupie” towarzyszy tłumienie emocji, a w konsekwencji utrata równowagi emocjonalnej. Choć przyczyny choroby są złożone i jest to najczęściej splot kilku czynników, to u jej podłoża leży konflikt wewnętrzny, konflikty relacyjne, zranienia z przeszłości uwydatnione nagłym, bolesnym czy trudnym wydarzeniem. Charakterystyczne dla choroby jest doznanie straty, której nie przeżyto w należyty sposób. Schorzenie przejawia się spowolnieniem reakcji, wycofaniem, trudnościami w komunikowaniu się. Pojawiają się lęki, następują problemy w podejmowaniu decyzji. Choroba dotyka jednostek wrażliwych, przy czym mogą to być osoby o bogatym życiu wewnętrznym, skryte, małowówne, wycofane.

Byłem studentem IV roku studiów ekonomicznych, gdy pojawiły się u mnie pierwsze objawy. Choroba przez dłuższy czas rozwijała się powoli, niepostrzeże-

---

<sup>1</sup> Fragment piosenki Matan *Nie mów nic* z płyty „Ballady o Nowym Życiu”. Edycja św. Pawła 1993.

<sup>2</sup> Przypisek redakcji: artykuł stanowi nawiązanie do podjętej w 2017 roku przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) kampanii „Depresja – porozmawiajmy o niej”, której celem jest doprowadzenie do tego, aby we wszystkich krajach więcej osób cierpiących na depresję szukało pomocy i otrzymało ją.

nie, by w końcu dać o sobie znać coraz większą niemocą, izolacją, wygaszeniem. Minęło wiele czasu, zanim dotarło do mnie, że coś jest nie tak, że jestem chory.

Pod koniec studiów zacząłem opuszczać zajęcia na uczelni. Zaburzony został u mnie cykl dobowy. Wcześniej nie byłem zbyt towarzyski, ale przestałem imprezować w ogóle. Moje nieliczne już wtedy kontakty stały się jeszcze rzadsze. Miałem poczucie, że nie jestem we właściwym miejscu i nie wiem, co ze sobą zrobić. Niedługo czekały mnie ważne decyzje dotyczące przyszłości. Symboliczna stała się niemoc w uporaniu się z pracą magisterską. Nie do końca byłem świadomy tego, co się ze mną dzieje, zmian w moim zachowaniu, trybie życia.

Miałem 23 lata, a mój portret przedstawiał się następująco: pełen rozterek, bez dziewczyny, wątpiący we własną wartość, przekonany o własnych brakach, postrzegający się jako gorszy, pełen lęku o przyszłość. Zatapiałem się w rozmyślaniach niepolepszających mojego stanu. Towarzyszył temu kryzys religijny, proces doświadczenia straty Boga, wiary, utraty zaufania i braku autorytetu. Rozterek nie brakowało, a coraz większa samotność przeradzała się w społeczną izolację. Jako mężczyzna dojrzewający do refleksji, szukałem światła w filozofii i psychologii. Widziałem wokół nieczułość świata, biedę, po czym zatapiałem się w wymyślanym świecie, w rozmyślaniu o problemach dalekich od rzeczywistości przy niemalże całkowitej utracie świadomości biegnącego czasu.

W trakcie choroby byłem pełen konfliktów i lęku. Problemem stało się nawiązanie zwykłego kontaktu, wyjście z domu, odebranie telefonu. Żywiłem niewytłumaczalną obawę i pielęgnowałem stałą świadomość, że potraktuję kogoś źle. Ten lęk blokował mnie przed działaniem. Doszło do tego, że nie potrafiłem się jasno wypowiedzieć, w zrozumiały sposób wyrazić swoich myśli. Próba znalezienia zrozumienia czy bratniej duszy na internetowych czatach nie rozwiązywała problemu.

Mój stan pogorszył się jeszcze, gdy stałem się ofiarą pobicia: napadnięty przez grupkę patologicznej młodzieży i powalony na ziemię, zebrałem całkiem imponującą ilość kopniaków. Wtedy nie byłem pewien, czy spotkało mnie to, bo byłem widocznie słabą jednostką, czy to był zwykły akt agresji. Bycie ofiarą pobicia dla młodego, wysportowanego mężczyzny to trudne doświadczenie, mój lęk przed wyjściem z domu wzmógł się, a ja, osamotniony, musiałem jakoś emocjonalnie poradzić sobie z tym poniżającym faktem. Słaby kontakt z najbliższymi nie ułatwiał prób pomocy ze strony rodziny. Będąc w stanie depresji, najbardziej oczekiwałem zrozumienia, dowartościowania, delikatnego podejścia. Czułem się niezrozumiany, a otoczenie, nieświadome jak postępować z ludźmi w tym stanie, dawało rady typu „dasz radę” czy „weź się w garść”.

Wyjście z izolacji na zewnątrz było trudne i nie nastąpiło od razu. Najtrudniejszym wyzwaniem dla chorego jest zdobycie zaufania (przez kogoś i niego samego) oraz uświadomienie sobie choroby. Człowiek chory na depresję jest delikatny, potrzebuje zrozumienia, spokojnego towarzyszenia, wsparcia, czułości. Jeśli chory już zacznie się leczyć, bierze leki, wychodzi z izolacji i swojego

świata – jest to połowa sukcesu. Gdy już otworzy się, zaufa lekarzowi – istnieje duże prawdopodobieństwo poprawy jego stanu.

Na szczęście trafił mi się ktoś taki, kto odwiedził mnie, przyszedł w odpowiednim momencie. Zatroškany o mnie kolega otwarcie powiedział, że powinienem się leczyć. Jego szczerość w opowiadaniu o własnych problemach pomogła mi wyjść z siebie. W moim przypadku kolejnym krokiem był telefon do gabinetu psychoterapeutycznego i wyjście na rozmowę z terapeutą. Proces uzdrawiania trwał kilka lat. Wsparty lekami (później, w trakcie leczenia, czułem opór przed ich przyjmowaniem), otoczony rodziną, powoli dochodziłem do siebie.

Trzeba jasno powiedzieć, że depresja jest chorobą, w której leczenie farmakologiczne jest podstawą. W większości przypadków zaburzenie procesów neurofizjologicznych w mózgu (niedostateczne czy niewłaściwe działanie neuroprzekaźników) domaga się stałego zażywania leków, by doprowadzić pacjenta do równowagi psychicznej. Nie należy tego faktu lekceważyć. Osoba, u której zachodzi podejrzenie depresji, powinna zgłosić się do lekarza psychiatry, który zdiagnozuje stan i przepisze odpowiednie medykamenty. Często na skutek niewiedzy czy braku czujności bagatelizuje się poważne stany depresyjne, uważając, że rozmowa czy nawet profesjonalna psychoterapia wystarczy. To prawda – udowodniono, że słowo ma moc leczącą. Najlepsze efekty przynosi jednak połączenie zażywania leków z uczestnictwem w sesjach psychoterapeutycznych.

Choroba była w moim życiu momentem doświadczenia własnej kruchości, słabości i przeżywaniem cierpienia. Mimo że wiele stanów depresyjnych kończy się próbami samobójczymi, wiara w Boga nie pozwoliłaby mi odebrać sobie życia. Choroba może także być okazją do nowego spojrzenia na wiele spraw i rzeczy: do trzeźwego, owocnego spotkania z samym sobą, drugim człowiekiem i Bogiem. Przyznanie się i życie z chorobą psychiczną jest trudne, niedaleko bowiem do przypięcia łatki niepoczytalnego czy wariata. Choroba jest stanem, w którym człowiek zatrzymuje się. Nie robiąc kroku w przód, cofa się. Dziś – po kilku latach – mam poczucie, że rozwijam się: skończyłem studia, nawiązuję kontakty, pielęgnuję obecne więzi.

Chciałbym, by moje doświadczenie pomogło innym, zarówno tym, których może dotknąć depresja, jak i dotrzeć do świadomości tych, którzy będą się z chorymi stykać i może nie będą wiedzieć, jak się zachować. Żyjąc w społeczeństwie, bądźmy czujni, dbajmy o nasze relacje, starajmy się troszczyć o siebie nawzajem. Rozmawiajmy, nie bądźmy obojętni. Gdy nie widzimy sąsiada wychodzącego z domu albo spoglądamy na kogoś, kogo życie społeczne ogranicza się do siedzenia przed komputerem, nie bądźmy obojętni.

Przesłanie, które teraz już rozumiem:

Bądź portem zaufania, nie oceniaj łatwo drugiego człowieka, akceptuj go i przyjmuj jego słabości. Pielęgnuj więzi i dbaj o ciepłe relacje.

## NOTY O AUTORACH

KATARZYNA ITA **BIENKOWSKA** – dr nauk medycznych, polonistka, surdologopeda, adiunkt w Zakładzie Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Przez 17 lat związana była zawodowo z Centrum Diagnostyki, Leczenia i Rehabilitacji Zaburzeń Słuchu, Głosu i Mowy oraz Stowarzyszeniem Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu w Krośnie. Autorka programu „60 kroków do oceny i terapii dzieci z wadą słuchu” i licznych artykułów naukowych z obszaru surdologopedii.

ALEKSANDRA **BUCHHOLZ** – oligofrenopeda i terapeuta integracji sensorycznej; absolwentka Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego. Na Uniwersytecie Warszawskim ukończyła studia podyplomowe „Rehabilitacja dzieci z dysfunkcjami rozwojowymi”, a w Wyższej Szkole Psychologii Społecznej – „Od badań mózgu do praktyki psychologicznej”. Certyfikat terapeuty SI uzyskała, kończąc studium podyplomowe „Teoria integracji sensorycznej w diagnozie i terapii dzieci z dysfunkcjami” w Wyższej Szkole Społeczno-Ekonomicznej. Od 1998 roku współpracuje z Polskim Stowarzyszeniem na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną. Doświadczenie zawodowe obejmuje pracę zarówno z dorosłymi osobami z różnymi dysfunkcjami psychofizycznymi, jak i z małymi dziećmi z zaburzeniami genetycznymi, MPD i autyzmem. Od 2007 roku pracuje w OWI Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną na stanowisku terapeuty. Współprowadziła kursy z zakresu teorii integracji sensorycznej, wykłady na temat zaburzeń rozwojowych ze spektrum autyzmu oraz metod wczesnego wspomagania rozwoju. Współpracuje z Akademią Wychowania Fizycznego. Obecnie przygotowuje rozprawę doktorską. Podmiotem jej szczególnych zainteresowań są mózgowie uwarunkowania ludzkich zachowań i przyczyny ich odstępstw od szeroko pojętej normy.

MONIKA **BUDKOWSKA** – logopeda audiolog, absolwentka szkoły muzycznej I stopnia, zawodowo związana zarówno z dziećmi, jak i osobami dorosłymi. Pracownik jednego z lubelskich przedszkoli oraz gabinetu diagnostyczno-terapeutycznego. Z muzyką związana także prywatnie jako organizator Ogólnopolskiego Przeglądu Piosenki Artystycznej „Wschody”. Wiedzę logopedyczno-muzyczną poszerza na szkoleniach, m.in. „Logorytmika. Podstawowe grupy ćwiczeń oraz odpowiedni dobór zabaw”, „Logorytmika jako metoda terapii profilaktyki logopedycznej – wersja rozszerzona”, „Metoda Tomatisa – teoria i praktyka”, „Muzykoterapia” i „Choreoterapia”. Autorka artykułów naukowych i popularyzatorskich (m.in. na portalu [mamygadane.wordpress.com](http://mamygadane.wordpress.com) i [wellnessday.eu](http://wellnessday.eu)). Stypendystka Ministra Edukacji i Szkolnictwa Wyższego.

MARIA **BYSTRZANOWSKA** – logopeda i specjalista wczesnego wspomagania rozwoju dziecka. Od ponad 20 lat pracuje jako logopeda w poradni psychologiczno-pedagogicznej oraz w przedszkolach. Jej pasją jest między innymi praca z dziećmi z mutyzmem wybiórczym i wspieranie ich rodzin. Jest praktykiem. Od kilku lat prowadzi skuteczną terapię dzieci z mutyzmem wybiórczym. Posiada też dużą wiedzę teoretyczną i ma doświadczenie w prowadzeniu konferencji i szkoleń na temat mutyzmu wybiórczego, m.in.: Katowice (październik 2015 r.), Poznań (czerwiec 2016 r.), Marki k. Warszawy (październik 2016 r.), Wrocław (listopad 2016 r.). Jest także aktywnym człon-

kiem (ekspertem) w liczącej obecnie ponad 3500 osób grupie na Facebooku pod nazwą „Mutyzm Wybiórczy – mutyzm.org.pl”. Jej artykuły dotyczące mutyzmu wybiórczego są dostępne na różnych portalach (m.in. [www.siedemliter.pl](http://www.siedemliter.pl); [www.publikacje.edu.pl](http://www.publikacje.edu.pl); [www.logopedia.pl](http://www.logopedia.pl)).

MARIA FAŚCISZEWSKA – doktor nauk humanistycznych, filolog polski i rosyjski, logopeda, surdologopeda, adiunkt w Katedrze Logopedii Uniwersytetu Gdańskiego, pracownik PPP nr 7 w Gdańsku. Zainteresowania i badania naukowe koncentruje wokół jąkania, gielkotu, zaburzeń płynności mówienia, kształtowania się i rozwoju języka dziecka oraz specyficznych zaburzeń rozwoju mowy i języka (SLI). Jest autorką publikacji dotyczących terapii dzieci z zaburzeniami mowy, np. *Różnicowanie fonemowe*, *Cienie logopedyczne*, *Wesołe minki tygrysa*.

JOANNA ILNICKA – pedagog, logopeda, neurologopeda; ukończyła pedagogikę na Uniwersytecie Warszawskim. Absolwentka Podyplomowych Studiów w zakresie logopedii ogólnej w Wyższej Szkole Pedagogiki Specjalnej w Warszawie oraz podyplomowych studiów z neurologopedii w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie. Od roku 1993 pracowała jako nauczyciel w przedszkolu i szkole podstawowej, a od roku 1998 jako logopeda w szkole podstawowej i gimnazjum. Od roku 2006 pracuje jako neurologopeda w Ośrodku Wczesnej Interwencji Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualną, gdzie zajmuje się diagnozą i terapią neurologopedyczną dzieci z zaburzeniami genetycznymi, MPD i autyzmem. Prowadzi zajęcia ze studentami logopedii Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Jest członkiem założycielem i wieloletnim członkiem Zarządu Polskiego Towarzystwa Neurologopedów. Jej zainteresowania dotyczą m.in. wczesnej diagnostyki zaburzeń rozwojowych u małych dzieci, terapii logopedycznej w zaburzeniach komunikacji językowej, a także pracy z rodziną dziecka z zaburzeniami rozwoju.

ŁUKASZ KOWALCZYK – logopeda, pedagog specjalny, asystent w Pracowni Logopedii i Lingwistyki Edukacyjnej w Instytucie Wspomagania Rozwoju Człowieka i Edukacji Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Jest pracownikiem Specjalistycznej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej „TOP” w Warszawie, gdzie zajmuje się diagnozowaniem i terapią dzieci jaskających się. Członek Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Jaskających się „OSTOJA” oraz Polskiego Związku Logopedów.

HENRIETTE W. LANGDON – emerytowany profesor na Uniwersytecie Stanowym w San Jose w Kalifornii (USA), na Wydziale Nauki o Komunikacji i Jej Zaburzeniach. Specjalizuje się w zaburzeniach komunikacji o różnym podłożu, w szczególności interesują ją: dwujęzyczność, zaburzenia językowe i trudności w uczeniu się dzieci, ponadto obejmuje badaniami zagadnienia diagnozy i wczesnej interwencji logopedycznej. Autorka książek i kilkudziesięciu artykułów dotyczących m.in. pracy z dzieckiem (a także jego rodziną) w sytuacji, gdy nie posługują się oni językiem kraju, w którym mieszkają. Jest poliglotką: mówi po polsku, angielsku, hiszpańsku i francusku. Ma polskie korzenie – jej dziadkowie wyemigrowali z Polski po II wojnie światowej. Wychowała się w Meksyku, studiowała i mieszka obecnie w USA, ale Polskę stara się odwiedzać jak najczęściej.

JOANNA MIKOŁAJCZYK – psycholog, pedagog, terapeuta behawioralny; absolwentka Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie na kierunku wczesna interwencja i wychowanie przedszkolne oraz Uniwersytetu im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego, gdzie studiowała psychologię rozwojową, wychowawczą i rodziny. Od 2015 roku licencjonowany terapeuta behawioralny z ramienia Polskiego Stowarzyszenia Terapii Behawioralnej. Na co dzień pracuje

w Fundacji Pomocy Edukacyjno-Terapeutycznej dla Niepełnosprawnych Scolar w Warszawie, gdzie prowadzi terapię indywidualną małych dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwoju, opracowuje indywidualne programy terapeutyczne na podstawie oceny VB-MAPP oraz jest członkiem zespołu diagnostycznego Poradni Scolar. Prowadzi szkolenia w zakresie zachowań trudnych, metod zachowań werbalnych oraz staże.

AGNIESZKA **MYSZKA** – dr hab. nauk humanistycznych w zakresie językoznawstwa polskiego, polonista i logopeda, profesor w Instytucie Polonistyki i Dziennikarstwa Uniwersytetu Rzeszowskiego, kierownik podyplomowych studiów logopedii i neurologopedii na UR; autorka, współautorka i redaktor kilkunastu monografii naukowych oraz autorka kilkudziesięciu artykułów; jej zainteresowania naukowe koncentrują się głównie wokół onomastyki, poza tym w artykułach porusza zagadnienia z zakresu historii języka, dialektologii, dydaktyki uniwersyteckiej, a także ortofonii i zaburzeń komunikacyjnych współczesnych Polaków.

KAZIMIERZ **OŻÓG** – językoznawca, profesor nauk humanistycznych pracujący obecnie na Uniwersytecie Rzeszowskim (wcześniej związany z Uniwersytetem Jagiellońskim oraz z Université Charles-de-Gaulle w Lille we Francji), prodziekan i dziekan Wydziału Filologicznego (w latach 2001–2012), Członek Rady Języka Polskiego. Autor m.in. książek *Zwroty grzecznościowe współczesnej polszczyzny mówionej* (1990), *Leksykon metatekstowy współczesnej polszczyzny mówionej* (1990), *Polszczyzna przełomu XX i XXI wieku* (2001), *Język w służbie polityki: językowy kształt kampanii wyborczych* (2004), kilkuset artykułów, rozpraw, recenzji itp. W badaniach naukowych profesor skupia się na współczesnym języku polskim i przemianach, jakie w nim zachodzą, przy czym koncentruje się na polszczyźnie mówionej. Jest niestrudzonym popularyzatorem języka – współpracuje w tym zakresie z mediami regionalnymi, prowadzi wykłady i prelekcje w całym regionie.

ANNA MARIA **PEKACKA** – ukończyła studia z zakresu lingwistyki klinicznej na Uniwersytecie w Bielefeld (Nadrenia i Płn. Westfalia, Niemcy). Do 2012 roku pracowała w LWL-Klinikum Gütersloh/Niemcy na oddziałach neurologicznym i udarowym (tzw. *stroke unit*). Od 2012 roku pracuje w Szwajcarii, między innymi jako kierownik zespołu logopedycznego w centrum rehabilitacyjnym Züricher Höhenklinik Wald oraz doradca zespołu ds. dysfagii w Nestle Health Science. Wśród ukończonych przez nią kursów można wymienić m.in. *Lee Silvermann Voice Treatment* (LSVT) (Würzburg), *Swallowing&Respiration by Patients with Mechanical Ventilation* (Szwajcarskie Centrum Paraplegii w Nottwil), *Funkcjonalna Terapia Dysfagii* (Monachium), *Pozycjonowanie ciała – terapia Bobatha* (Bellikon, Szwajcaria). Jest aktywnym członkiem Szwajcarskiego Towarzystwa Dysfagii (Schweizerische Gesellschaft für Dysphagie, SGD). Swoją wiedzę oraz umiejętności dzieli się w trakcie autorskich szkoleń i wykładów przygotowywanych m.in. dla pracowników szpitali największego szwajcarskiego ubezpieczyciela od wypadków, SUVA.

EDYTA **TOMIŃSKA CONTE** – doktor nauk pedagogicznych, pracownik naukowo-dydaktyczny na Wydziale Psychologii i Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Genewskiego i na Wydziale Pedagogiki Specjalnej w Wyższej Szkole Pedagogicznej w Lozannie. Ukończyła polonistyczne studia magisterskie na Uniwersytecie Jagiellońskim i studia trzeciego stopnia na Wydziale Psychologii i Nauk Pedagogicznych na Uniwersytecie Genewskim, gdzie obroniła rozprawę doktorską na temat nauki czytania i pisanie u dzieci z wadą słuchu, jej uwarunkowań dydaktycznych, interakcyjnych i używania języka migowego w klasie jako wsparcia w zdobywaniu przez dziecko wiedzy. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół tematów związanych z kształceniem nauczycieli szkół podstawowych i nauczycieli wsparcia oraz nauki czytania i pisanie u dzieci

z wadą słuchu w zmieniających się warunkach szkolnych. Ważną kwestią podejmowaną przez autorkę jest również problematyka paradoksów między założeniami prawnymi i praktyką pedagogiczną, co odzwierciedla się w różnorodnych typach wsparcia dla uczniów z wadą słuchu organizowanych w szkole inkluzyjnej w kantonach romańskich Konfederacji Helweckiej.

**WITOLD TULEJA** – inżynier towaroznawca, absolwent Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie (znawca systemów jakości ISO9001). Obecnie pracuje jako internetowy sprzedawca elektroniki i sprzętu komputerowego. Pasjonat sportów, w szczególności piłki nożnej, instruktor dziecięcego minihokeja na lodzie. Jest ciekawy świata, coraz aktywniej spędza czas – pomaga innym i zaczyna podróżować.