

GŁOS - JEZYK - KOMUNIKACJA

TOM 6

MŁODZI MAJĄ GŁOS

GŁOS - JĘZYK - KOMUNIKACJA

TOM 6

MŁODZI MAJĄ GŁOS



WYDAWNICTWO
UNIwersytetu Rzeszowskiego
RZESZÓW 2019

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)

Recenzenci tomu
dr hab. NATALIA SIUDZIŃSKA
dr hab. prof. UO DANUTA LECH-KIRSTEIN

Opracowanie redakcyjne i korekta
WŁADYSŁAW WÓJTOWICZ

Opracowanie techniczne
EWA KUC

Łamanie
MAREK KUC

Projekt okładki
GRZEGORZ WOLAŃSKI

© Copyright by
Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego
Rzeszów 2019

ISBN 978-83-7996-731-5
DOI: 10.15584/978-83-7996-731-5

1672

WYDAWNICTWO UNIWERSYTETU RZESZOWSKIEGO
35-959 Rzeszów, ul. prof. S. Piłonia 6, tel. 17 872 13 69, tel./faks 17 872 14 26
e-mail: wydaw@ur.edu.pl; <http://wydawnictwo.ur.edu.pl>
wydanie I; format B5; ark. wyd. 16; ark. druk. 17; zlec. red. 49/2019

Druk i oprawa: Drukarnia Uniwersytetu Rzeszowskiego

SPIS TREŚCI

Od redakcji	7
-------------------	---

Część I

ZABURZENIA PLYNNOŚCI MOWY

Justyna Samolewicz-Dyka, Wanda Kostecka , Diagnostyka i programowanie terapii logopedycznej w przypadku trzynastoletniego chłopca z gielkotem	15
--	----

Część II

ZESPOŁY GENETYCZNE

Anna Mamica , Dziewczynka z zespołem Williamsa – studium przypadku	47
Maria Komisarczyk , Komunikacja funkcjonalna PECS u dziecka z zespołem Cornelia de Lange	59
Edyta Jamro , Diagnostyka i terapia logopedyczna dziecka z zespołem de Grouchy’ego	74
Agnieszka Stefaniak , Postępowanie logopedyczne w zespole Pradera-Williego – studium przypadku	86
Julia Hinc, Karolina Kamińska , Gesty wspomagające komunikację dzieci z trisomią 21. chromosomu – doświadczenia z turnusu logopedycznego	97

Część III

ROZWÓJ MOWY I KOMUNIKACJI – ZABURZENIA, TERAPIA

Beata Rajter , Komunikacja z dzieckiem z głęboką niepełnosprawnością intelektualną w środowisku rodzinnym	111
Patrycja Bilińska , Studium indywidualnego przypadku chłopca ze złożonymi zaburzeniami komunikacji	123
Monika Kij , Studium przypadku trzypięcioletniego dziecka z zaburzonym rozwojem mowy	139
Kamila Szpunar , Wpływ wady wymowy na proces przyswajania pisma przez uczniów klas I–III szkoły podstawowej	159
Ewelina Radgowska , Zastosowanie Kinesiology Taping w terapii logopedycznej	173

Część IV

ROZWÓJ KOMPETENCJI JĘZYKOWYCH I KOMUNIKACYJNYCH

Milena Pelc , Poziom rozwoju umiejętności artykulacyjnych współczesnych trzylatków a dotychczasowy stan badań	187
--	-----

Natalia Królicka , Porównanie kompetencji językowych i komunikacyjnych dziewcząt i chłopców w wieku sześciu lat	203
Beata Oźga , Stan wiedzy nauczycieli polonistów na temat problemów językowych związanych z dysleksją u uczniów klas IV–VI szkoły podstawowej	228
Dominika Zawadzka , Komunikacja niewerbalna oraz grzecznościowe akty mowy nauczycieli na lekcjach w szkole średniej – wybrane aspekty	250

Z cyklu: Moje życie z...

Agata Widlarz , <i>Moje życie z... mózgowym porażeniem dziecięcym: Życie utkane z marzeń, czyli o samej sobie</i>	269
--	-----

OD REDAKCJI

Szósty tom z serii „Głos – Język – Komunikacja” jest z jednej strony kontynuacją koncepcyjną cyklu, a z drugiej – wprowadza nowe spojrzenie. Kontynuacja dotyczy tematyki, a są nią niezmiennie zagadnienia koncentrujące się wokół języka, jego strony realizacyjnej (fonicznej – głosu), kompetencji językowych i komunikacyjnych oraz rozmaitych ograniczeń o podłożu genetycznym, anatomicznym, neurologicznym, środowiskowym, umysłowym, psychologicznym itp. Przedstawione treści uzupełniają zagadnienia związane z terapią mowy i usprawnianiem kompetencji językowych i komunikacyjnych, z funkcjonowaniem osób z różnymi ograniczeniami w rodzinie i społeczeństwie, z rozwojem umiejętności językowych w życiu jednostki i populacji. Nowe spojrzenie z kolei dotyczy Autorów. Tym razem oddaliśmy *Głos* (dwuznaczność w pełni zamierzona) młodym na różnym stopniu zaawansowania zawodowego: praktykującym logopedom, doktorantom, studentom studiów magisterskich i licencjackich. Większość artykułów w tym tomie to teksty debiutanckie, które powstały pod okiem opiekuna naukowego, a które – mamy nadzieję – staną się dla wielu Autorów otwarciem ich naukowej kariery.

Relacja mistrz – uczeń¹, niegdyś najważniejsza w rozwoju naukowym młodego człowieka (wspomnieć warto choćby klasyczny przykład Sokratesa i jego uczniów), w naszych czasach jest coraz bardziej zaniechywana. Mówi się o postmodernistycznym upadku autorytetów, co jest widoczne nie tylko w sferze wychowania, moralności, kultury, ale także w życiu uniwersyteckim. A przecież relacja ta jest ważna w ogóle, ale szczególne znaczenie ma w naukach praktycznych dotyczących człowieka, więc także w logopedii – student uczy się od drugiej osoby (nauczyciela – żeby nie używać górnolotnego i niemodnego już dzisiaj słowa ‘mistrz’) – bardziej doświadczonej, dysponującej większymi umiejętnościami, wyczulonej na określone zachowania osób potrzebujących pomocy.

Relacja taka nie tylko stwarza płaszczyznę wymiany myśli praktycznej, lecz także pozwala młodym na rozwijanie umiejętności posługiwania się warsztatem badawczym, naukowym, w tym na kształcenie techniki pisania. Korzyści z niej wynosi jednak nie tylko uczeń – student. Także dla nauczyciela współpraca

¹ O różnych obliczach relacji mistrz – uczeń zob. np. K. Olbrycht, 1998, *Współczesne pytania wokół relacji „mistrz – uczeń”*, Gazeta Uniwersytecka Uniwersytetu Śląskiego, nr 2 (58) [dostęp na: <http://gazeta.us.edu.pl/node/194851> – data dostępu: 1.12.2018].

z uczniem może być bardzo inspirująca. Po pierwsze, daje mu ona możliwość obserwacji rozwoju młodych adeptów sztuki, po drugie, pozwala na rozpoznawanie problemów, które są ważne dla młodych, a które mogłyby umknąć jego uwadze, po trzecie, otwiera nauczyciela na współczesne techniki wymiany informacji oraz korzyści wynikające z ich uczestnictwa w pracy logopedycznej, po czwarte, nie pozwala na rutynę w działaniach, wymusza zmiany i samodoskonalenie nauczyciela. Tych zalet z pewnością można by było wskazać o wiele więcej.

Uniwersytet zawsze był miejscem spotkania uczącego i uczących się, miejscem nie tylko nauki, ale także twórczych i wolnych dyskusji, polem kształtowania się poglądów i charakterów. Ważne jest jednak, żeby relacja mistrz – uczeń nie przerodziła się w spotkania o charakterze autorytarnym. Aby przyniosła korzyści, musi odbywać się w atmosferze dialogu, musi dać uczniowi możliwość dojrzewania zawodowego i naukowego przy nauczycielu, a nie pod jego kierunkiem (rozumianym przez współczesnych młodych jako dyktatura). Jak się okazuje, studenci wcale tej relacji nie odrzucają, przeciwnie – potrzebują jej, a czasem wręcz się jej domagają². Bardzo sobie cenią wyjazdy z doświadczonymi nauczycielami na obozy naukowe, turnusy rehabilitacyjne, konferencje czy sympozja naukowe; jest to rodzaj spotkania osoby poszukującej swojego miejsca w życiu³ z osobą, która już to miejsce znalazła. Młodzi są świadomi tego, że warto swoją drogę zawodową rozpoczynać z kimś doświadczonym, by później móc kontynuować ją samodzielnie jako wprawny specjalista.

Prace zamieszczone w tym tomie, jak już wcześniej wspomniano, powstały w efekcie współpracy młodych logopedów z ich nauczycielami. Nie znaczy to jednak, że są niesamodzielne i odtwórcze. Przeciwnie – cechuje je pewna świeżość w ujęciu poszczególnych zagadnień, duża pomysłowość i kreatywność. Dwie dominujące w tomie metodologie to studia przypadków i badania przesiewowe. Pierwsza z metod pozwala ukazać różne zaburzenia rozwoju mowy przez pryzmat jednostki. Autorki wykazały się ogromną empatią, eksponując wrażliwość terapeuty na człowieka – słabego, często pozostawionego bez pomocy lub poszukującego tej pomocy mało skutecznie, ale też takiego, który mimo przeciwności walczy o swoje lepsze „być”. Z kolei prezentowane tutaj badania przesiewowe mają raczej charakter sondaży, bo prowadzone są zazwyczaj na niezbyt licznej grupie badawczej. Niemniej jednak są wartościowe poznawczo, bo i takie niewielkie próby wskazują pewne tendencje ogólne, ale przede wszystkim mogą stać się cennym materiałem porównawczym, zainspirować do badań określonych problemów na większą skalę, badań zróżnicowanych terytorialnie, wiekowo, pod względem płci itp.

² Świadczą o tym wypowiedzi studentów w czasie spędzonym z nauczycielami mniej formalnie: na wycieczkach, obozach, konferencjach itp. (por. też uwagi K. Olbrycht w cytowanym w poprzednim przypisie artykule).

³ Por. J. Bukowski, 1987, *Zarys filozofii spotkania*, Kraków.

Podzieliłyśmy tom na 4 części mające stanowić pewne kontinuum, z jednej strony – tematyczne, a z drugiej – kontinuum myśli, dojrzewania logopedów do podejmowania rozmaitych wyzwań i dojrzewania do dzielenia się swoimi doświadczeniami.

Tom otwiera (stanowiący zarazem **część pierwszą** książki) dłuższy niż inne tekst będący efektem współpracy nauczyciela i studenta. Wanda Kostecka i Justyna Samolewicz-Dyka opisują w nim przypadek trzynastoletniego chłopca z gielkotem. Jest to studium przypadku o tyle ciekawe, że prezentuje badania podłużne, obejmujące blisko dziesięć lat. Opis funkcjonowania chłopca na poziomie poznawczym, społecznym, emocjonalnym, a przede wszystkim komunikacyjnym uzupełnia program interdyscyplinarnej, wielotorowej terapii logopedycznej. Artykuł jest najlepszym przykładem na to, jak uczennica, która nabyła warsztat „mistrza”, teraz może go rozwijać i wypracowywać własny. Tekst polecamy przede wszystkim osobom zajmującym się diagnozą i terapią zaburzeń płynności mowy.

Bardzo interesującą i wartościową **drugą część** publikacji stanowią teksty poświęcone pracy z dziećmi z zespołami genetycznymi. Czytelnik znajdzie tu cztery studia przypadków dzieci z rzadkimi zespołami genetycznymi, prezentowane przez absolwentki podyplomowych studiów z neurologopedii. Anna Mamicza przedstawia dziewczynkę z zespołem Williamsa, Maria Komisarczyk – chłopca z zespołem Corneli de Lange, Edyta Jamro – dziewczynkę z zespołem de Grouchy’ego, a Agnieszka Stefaniak – dziewczynkę z zespołem Pradera-Williego. Czytelnik może zapoznać się z wyznacznikami omawianych zespołów genetycznych, poszczególnymi etapami procesu diagnostycznego oraz z różnymi metodami terapii logopedycznej tych dzieci ze zindywidualizowanymi zarówno potrzebami, jak i ograniczeniami. Tego rodzaju opisy indywidualnych przypadków są uzasadnione i potrzebne zwłaszcza w odniesieniu do rzadkich chorób genetycznych, bowiem logopedzi często nie mogą liczyć na własne doświadczenie w tym zakresie. Ostatni w tej części artykuł jest opisem konkretnych metod wspomagających terapię logopedyczną. Jest to sprawozdanie z turnusu logopedycznego dla dzieci z trisomią 21. chromosomu. Studentki III roku licencjackich studiów logopedycznych: Julia Hinc i Karolina Kamińska nie tylko opisały gesty wspomagające terapię komunikacji, ale też udowodniły, że dobra relacja na linii mistrz – uczeń (zajęcia dydaktyczne, a przede wszystkim wspólne wyjazdy na turnusy rehabilitacyjne) skutkuje rozwojem innowacyjnego myślenia, kreatywności, a także szybszym nabywaniem umiejętności praktycznych i umiejętności krytycznego myślenia.

Trzecia część tomu obejmuje zagadnienia z zakresu patologii rozwoju mowy i komunikacji. Niejako wprowadzeniem do tematu jest syntetyczny artykuł doktorantki pedagogiki Beaty Rajter, która na podstawie dostępnej literatury szczegółowo omawia komunikację dzieci z głęboką niepełnosprawnością inte-

lektualną w środowisku rodzinnym. Akcentuje zwłaszcza rolę komunikacji niewerbalnej jako wspomagającej kontakt i podnoszącej komfort życia dziecka. Podkreśla także rolę zabawy jako jednego ze sposobów wspierania kompetencji komunikacyjnych dziecka. Dwa kolejne artykuły to studia przypadku: najpierw chłopca ze złożonymi zaburzeniami komunikacji, a następnie – dziecka z dyslalią środowiskową. W pierwszym z nich Patrycja Bilińska opisuje problemy chłopca z niepełnosprawnością intelektualną i podkreśla znaczenie komunikacji alternatywnej w kontekście pracy nie tylko nad kompetencją komunikacyjną dziecka, ale i jego całościowym rozwojem. Do oceny jakości kontaktu proponuje ciekawe narzędzie nazwane *Skalą oceny jakości kontaktu interpersonalnego*, którego jest współautorką. Autorka drugiego tekstu, Monika Kij, przedstawia szczegółowo proces diagnostyczny dziecka trzyletniego ze znacznymi opóźnieniami w zakresie rozwoju umiejętności artykulacyjnych i językowych oraz proponuje dla niego model terapii logopedycznej. Ostatnie dwa teksty są zróżnicowane metodologicznie. Kamila Szpunar poprzez badanie przesiewowe sprawdza, na ile wady wymowy wpływają na naukę pisania u uczniów na pierwszym szczeblu edukacji i zauważa zależności problemów w pisaniu od typu wady i od wieku uczniów. Z kolei Ewelina Radgowska przedstawia możliwości wykorzystania w terapii logopedycznej plastrów terapeutycznych, tym samym pokazuje, że nie tylko uczniowie mogą czerpać z doświadczeń swoich nauczycieli, ale także doświadczeni logopedzi mogą się inspirować nowatorskimi pomysłami młodych.

Część czwarta monografii to opis rozwoju kompetencji językowych i komunikacyjnych, a także analiza czynników kompetencje te warunkujących. Wszystkie artykuły zamieszczone w tej części zawierają prezentację wyników badań sondażowych; ułożone są według wieku opisywanych w nich grup. Pierwszy tekst, autorstwa studentki Mileny Pelc, to badania rozwoju mowy współczesnych trzylatków. Młoda badaczka zastanawia się, czy faktycznie (jak można usłyszeć w obiegowych opiniach) współczesne dzieci później zdobywają określone umiejętności artykulacyjne niż ich rówieśnicy kilkanaście-kilkadziesiąt lat temu i dochodzi do zaskakujących wniosków. Natomiast autorka następnego artykułu, Natalia Królicka (przy pomocy samodzielnie opracowanych kwestionariuszy) porównuje kompetencje językowe i komunikacyjne sześciolletnich dziewcząt i chłopców, a tym samym sprawdza, czy stereotyp, jakoby chłopcy mówili później niż dziewczęta, znajduje potwierdzenie w badaniach naukowych. Dwa ostatnie artykuły w tej części dotyczą nauczycieli i ich kompetencji. Beata Ożga – na podstawie ankiet wypełnianych przez nauczycieli z całej Polski – przedstawia stan wiedzy polonistów na temat dysleksji u uczniów klas IV–VI szkoły podstawowej. Z kolei Dominika Zawadzka opisuje rolę komunikacji niewerbalnej oraz grzecznościowych aktów mowy w porozumiewaniu się nauczycieli z uczniami na lekcjach w szkole średniej. Poprzez obserwację i an-

kiety sprawdza, jakie zachowania językowe (i pozajęzykowe) są przez uczniów odbierane pozytywnie, a jakie mogą pogorszyć komunikację na linii nauczyciel – uczeń. Obydwa artykuły, pisane z perspektywy już nie ucznia, ale jeszcze nie nauczyciela, to lektura obowiązkowa dla pedagogów z wszystkich typów szkół.

Podobnie jak poprzednie tomy, także ten kończy **esej z cyklu *Moje życie z...*** Tym razem swoimi refleksjami i doświadczeniami podzieliła się z Czytelnikami uczennica Centrum Sztuki Wokalnej w Rzeszowie, laureatka wielu konkursów muzycznych, studentka II roku filologii polskiej (studia drugiego stopnia). Agata Widarz, zmagająca się z dziecięcym porażeniem mózgowym i dysartrią, całym swoim życiem pokazuje, że mimo różnych ograniczeń można czerpać z niego jak najwięcej: kończyć studia, odnosić sukcesy muzyczne, działać na rzecz osób niepełnosprawnych w swoim środowisku, być członkiem organizacji studenckich, pracować w samorządzie, jednym słowem – żyć pełnią życia.

Publikację adresujemy przede wszystkim do studentów logopedii, ale także logopedów, nauczycieli, pedagogów, dziennikarzy, studentów i wszystkich innych osób, które pomagają usprawniać głos i komunikację, także tę niewerbalną. Mamy nadzieję, że lektura prezentowanych tu tekstów zainspiruje czytelników do samokształcenia, pobudzi do refleksji, podsunie pomysły do pracy z osobami mającymi trudności z werbalizowaniem własnych myśli i potrzeb.

Agnieszka Mysza
Katarzyna Ita Bieńkowska

CZĘŚĆ I

ZABURZENIA PŁYNNOŚCI MOWY

Justyna Samolewicz-Dyka

Rzeszów

Wanda Kostecka

Lublin

DIAGNOZA I PROGRAMOWANIE TERAPII LOGOPEDYCZNEJ W PRZYPADKU TRZYNASTOLETNIEGO CHŁOPCA Z GIELKOTEM

Przedmiotem niniejszego artykułu jest diagnoza i programowanie terapii logopedycznej w przypadku trzynastoletniego chłopca z gielkotem. Prezentowane badania podłużne stanowią opis funkcjonowania chłopca (od wczesnego dzieciństwa do 13. roku życia) na poziomie poznawczym, społecznym, emocjonalnym, a przede wszystkim komunikacyjnym. Rozpoznanie zaburzenia pozwala lepiej zrozumieć zachowania werbalne chłopca oraz daje szansę, że w przyszłości będzie on mógł pełniej wykorzystać własne możliwości na poziomie intelektualnym i emocjonalnym. Interdyscyplinarna diagnoza jest punktem wyjścia do programowania terapii logopedycznej wspomaganą oddziaływaniami pedagogicznymi, psychologicznymi oraz środowiska rodzinnego chłopca.

Słowa kluczowe: gielkot, studium przypadku, diagnoza i programowanie terapii logopedycznej

Wprowadzenie

Gielkot jest niespecyficznym, wielorakim zaburzeniem mowy, które trudno jest jednoznacznie zdefiniować i opisać oraz sklasyfikować. Problemy te wynikają z globalnego charakteru nieprawidłowości występujących w przypadku gielkotu oraz z faktu, że towarzyszące mu objawy mogą być utożsamiane nie tylko z zaburzeniami mowy, ale także z problemami emocjonalnymi i zachowania (por. Kostecka 2006). Niemniej jednak, opierając się na analizie literatury przedmiotu, należy zauważyć, że gielkot najczęściej zaliczany jest do grupy zaburzeń płynności mowy, co zapewne wiąże się z jego charakterystycznymi symptomami podobnymi do objawów jąkania¹. Z kolei Międzynarodowa Klasy-

¹ Przykładem takiego ujmowania gielkotu jest podział zaburzeń płynności mówienia zaproponowany przez Europejską Unię Foniatorów, gdzie jest on wymieniony obok niepłynności mówienia, jąkania oraz jąkania się z gielkotem (Zaleski 1993).

fikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 wyróżnia gielkot (mowę bezładną – F98.6) wśród zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym, a nie wśród zaburzeń mowy. Umieszczenie takie mogłoby sugerować, że nieprawidłowości związane z mową nie są najistotniejszym objawem gielkotu i mają niejako wtórny charakter wobec zaburzeń emocjonalnych i zachowania.

Ujmowanie gielkotu w różnych zestawieniach klasyfikacyjnych nastęrcza dużych trudności. Najbardziej zasadne jest przedstawienie go jako centralnego zaburzenia mowy, czytania i pisanie – takie ujęcie uwzględni prawdopodobne przyczyny występowania tego zaburzenia (zob. Tarkowski 1993; Kostecka 2006; Kurkowski 2007).

Gielkot jest różnie definiowany. Najbardziej rozpowszechnioną definicję zaproponował D.A. Weiss (za: Tarkowski 1993: 157), który przedstawił go jako „zaburzenie mowy charakteryzujące się jego nieświadomością, małym zakresem uwagi, zakłóceniami percepcji, artykułowania i formułowania wypowiedzi. Jest to również zaburzenie procesów myślowych programujących mowę, a bazujących na dziedzicznych predyspozycjach. Gielkot, to mowa manifestująca Centralne Zaburzenie Mowy, które oddziałuje na wszystkie kanały komunikacji: czytanie, pisanie, rytm, muzykalność i zwykle zachowanie”.

W podobny sposób przedstawiają gielkot Z. Tarkowski (1993, 2016) czy K. Szamburski (2012). Obecnie najbardziej popularna oraz powszechnie akceptowana w międzynarodowym środowisku logopedów jest definicja gielkotu opracowana przez K. St. Louisa i in.² Autorzy ci definiują gielkot jako zaburzenie płynności mówienia, charakteryzujące się tempem postrzeganym przez innych jako nienaturalnie szybkie lub nieregularne, bądź jedno i drugie, mimo iż pomiar sylab może na to nie wskazywać. Takie zaburzenia tempa mogą przejawiać się poprzez: zbyt dużą liczbę niepłynności, które nie są charakterystyczne dla jąkania, częste pojawianie się pauz oraz nieprawidłową prozodię, jak również często nadmierną koartikulację, zwłaszcza w słowach wielosylabowych. W gielkocie występuje także problem ze świadomością mowy własnej, jak również z rozpoznawaniem reakcji słuchacza. Ponadto w zaburzeniu tym można zauważyć impulsywność, trudności ze skupieniem uwagi oraz dostosowaniem się do obecnej interakcji – umiejętności pragmatyczne.

Przyczyny gielkotu nie są dokładnie poznane. Najczęściej wskazuje się, że jest to zaburzenie o charakterze dziedzicznym, organicznym bądź wieloczynnikowym (Tarkowski 1993)³. W związku z niejasnym charakterem gielkotu, mnogością jego możliwych objawów, brakiem ustalonej etiologii oraz współwystę-

² Zob. więcej na: https://www.stutteringhelp.org/portals/english/cluttering_some_guidelines_polish.pdf.

³ Więcej na temat podłoża gielkotu zob. D.A. Weiss (za: Jastrzębowska 1996), Tarkowski 1992.

powaniem z innymi zaburzeniami i podobieństwami do nich (chodzi nie tylko o zaburzenia mowy i języka, ale także np. o emocjonalne, rozwojowe), konieczne jest dokonanie jego diagnozy różnicowej. Najczęściej zwraca się uwagę na podobieństwa pomiędzy gielkotem i jąkaniem. Polegają one przede wszystkim na występowaniu nie płynności w mowie w przypadku obydwu zaburzeń, co stanowi główną trudność w ich różnicowaniu (Tarkowski 1992). Gielkot należy ponadto odróżnić od zaburzeń mowy w oligofazji, a także od schizofazji oraz opóźnionego rozwoju mowy (Tarkowski 2002).

1. Metodologiczne podstawy badań

Przedmiotem badań niniejszej publikacji jest diagnoza i programowanie dalszej terapii logopedycznej trzynastoletniego chłopca z gielkotem. Celem teoretyczno-poznawczym jest ustalenie charakteru zaburzeń mowy badanego, natomiast celem praktyczno-wdrożeniowym – zaplanowanie oddziaływań terapeutycznych dostosowanych do jego indywidualnych potrzeb.

W badanym przypadku zdiagnozowano gielkot jako centralne zaburzenie mowy, czytania, pisania z współwystępującymi problemami emocjonalnymi i zachowania. Starano się odpowiedzieć na następujące problemy badawcze: 1. Jakie charakterystyczne objawy gielkotu występują obecnie u chłopca? 2. Jakie są u niego trudności współwystępujące z zaburzeniami mowy? 3. Jaką należy zaplanować terapię w tym przypadku?

W celu postawienia diagnozy zebrano korpus wypowiedzi badanego, przeprowadzono badania logopedyczne oraz psychologiczne. Dokonano analizy lingwistycznej zebranych wypowiedzi, odniesiono uzyskane wyniki do teorii oraz innych badań (Janas-Kaszczyk, Tarkowski 1991; Kostecka 2006). Wykorzystano następujące techniki: obserwacja uczestnicząca (standaryzowana i niestandaryzowana, jawna i ukryta), wywiad indywidualny (standaryzowany i niestandaryzowany), analiza dokumentów (szkolnych – dziennik, opinia logopedyczna, opinie poradni psychologiczno-pedagogicznej) oraz wytworów działania (próbka pisma).

Prowadząc postępowanie badawcze, stosowano następujące narzędzia:

1. *Arkusze badań dziecka podejrzanego o gielkot* (Tarkowski, Smul 1988),
2. *Próba sylabowa do oceny nie płynności mówienia* (Kurkowski 2007),
3. *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym* (Grabias i in. 2002),
4. *Kwestionariusz Cooperów do oceny jąkania* (Chęćciek 2001),
5. *Zintegrowany program terapii osób jękających się. Narzędzia badawcze* (Kostecka 2004),
6. *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym* (Emiluta-Rozya 2013),

7. *Karta badania motoryki artykulacyjnej* (Minczakiewicz 1997),
8. *Kwestionariusz nie płynności mówienia i logofobii* (Tarkowski 2001),
9. *Teksty opowiadań* (Kaczmarek 1986).

Badania rozpoczęto od obserwacji zachowań chłopca podczas prowadzenia zajęć korekcyjno-kompensacyjnych. Dokonano szczegółowej analizy dotychczasowej dokumentacji szkolnej, opinii logopedycznej oraz opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej, jak również uzyskano informacje o funkcjonowaniu ucznia w szkole od wychowawcy klasy, nauczyciela języka polskiego oraz wychowania fizycznego.

Diagnostykę logopedyczną rozpoczęto w marcu 2017 roku. Obejmowała ona trzy indywidualne spotkania z chłopcem trwające godzinę lekcyjną oraz wywiad z matką. W trakcie pierwszych spotkań, mających na celu określenie problemu, dokonano orientacyjnego badania mowy poprzez analizę swobodnych wypowiedzi i nazywanie obrazków oraz wykonano badanie słuchu fonemowego, motoryki narządów artykulacyjnych, kinestezji mowy, funkcji oddechowych, funkcji połykowej, uwagi, pamięci słuchowej, badanie rozumienia mowy oraz test fluencji słownej. W trakcie kolejnych spotkań wykonano badania pod kątem gielkotu. Obejmowały one analizę wypowiedzi dziecka, czytanie i pisanie, poziom logofobii, jak również inne, dodatkowe badania testowe mające na celu określenie poziomu rozwoju motorycznego oraz poczucia rytmu.

2. Opis przypadku

2.1. Charakterystyka chłopca na podstawie wywiadu z matką oraz nauczycielami

Miłosz urodził się w 2004 roku, jako trzecie dziecko w rodzinie. Przebieg ciąży oraz porodu był prawidłowy. Rozwój psychofizyczny chłopca w pierwszych latach życia nie budził niepokoju, a pierwsze słowa pojawiły się około pierwszego roku życia. Z opisu matki chłopca wynika jednak, że późniejszy rozwój mowy był opóźniony. Wypowiedzi dziecka z trudem można było zrozumieć, gdyż komunikowało się ono głównie poprzez krzyk. Około 4. roku życia wystąpiły duże trudności emocjonalne oraz problemy w zachowaniu. Chłopiec stał się nerwowy, a pobudzeniu emocjonalnemu towarzyszyło napięcie mięśniowe i silne poczerwienienie twarzy. Na początku nauki szkolnej w mowie chłopca było sporo wulgaryzmów, miał też trudności w czytaniu i pisaniu. Ze względu na wadę wymowy przez pięć lat uczęszczał na terapię logopedyczną, a występujące trudności w nauce były podstawą do rozpoczęcia diagnozy w poradni psychologiczno-pedagogicznej. Z kolei przez wzgląd na problemy emocjonalne chłopiec uczestniczył w zajęciach socjoterapeutycznych. Miłosz był również kierowany do neurologa, ale badania nie wykazały żadnych nieprawidłowości.

Wiele spośród trudności w mówieniu jest nadal aktualnych. Chłopiec ma problem z oddechem oraz prawidłowym tempem mowy, co sprawia, że czasem jego mowa jest niezrozumiała. Jego zachowanie w domu budzi pewne zastrzeżenia. Zwraca się do domowników w sposób wulgarny, czasem przejawia zachowania agresywne wobec młodszego brata. W szkole nie zauważa się jednak większych trudności wychowawczych. Problemy edukacyjne dotyczą języka polskiego oraz przyrody, zaś ulubionymi przedmiotami chłopca są wychowanie fizyczne i matematyka. Ze względu na stwierdzoną dysortografię oraz dysgrafię dziecko uczestniczy w zajęciach korekcyjno-kompensacyjnych.

Trudności obserwowane u Miłosza nie występują u starszego rodzeństwa. Siostra jest wzorową uczennicą, starszy brat nie przejawia większych problemów edukacyjnych ani emocjonalnych, ale u najmłodszego spośród rodzeństwa zdiagnozowano autyzm atypowy, zespół Aspergera. Z kolei pewne podobieństwa do mowy Miłosza można zauważyć w mowie ojca, co może stanowić jedną z przesłanek do rozpoznania gielkotu u syna.

W opinii nauczycielki języka polskiego chłopiec jest spokojny i zrównoważony, nie przeszkadza w prowadzeniu lekcji. Potrzebuje jednak więcej czasu, aby przemyśleć swoją wypowiedź, niechętnie zabiera głos. Wychowawczynie klasy VI szkoły podstawowej, do której uczęszcza Miłosz, zwróciła uwagę, że nie wykazuje on większych kłopotów w zachowaniu (pomaga innym w szkole, wykonuje prace plastyczne na szkolne kiermasze), jednak pojawiały się epizody, w których jego zachowania były niezgodne z ogólnie przyjętą normą, np. uderzenie koleżanki w twarz i wulgarnie jej przezywanie, silne kopanie w drzwi. Prawidłowy rozwój ruchowy Miłosza potwierdził nauczyciel wychowania fizycznego, podkreślając jednocześnie, że chłopiec jest jednym z najlepszych sportowców w swojej klasie.

Obecnie nauczyciele oraz matka chłopca nie dostrzegają problemów w komunikowaniu się Miłosza, jak również w zachowaniu i wyrażaniu negatywnych emocji.

2.2. Trudności osoby badanej na podstawie analizy dokumentów

Z analizy opinii logopedycznej z 2012 r. wynika, że chłopiec rozpoczął terapię w 2008 roku, kiedy miał cztery lata. W jego wymowie nie występowały wówczas głoski szeregu syczącego [s], [z], [c], [ʒ], ani głoski [l], [x] oraz [v]; brak pozostałych (szumiących i drżącej) w tym wieku był normą. Chłopiec rozumiał wówczas w pełni polecenia oraz dysponował adekwatnym do wieku zasobem słownictwa. Wypowiadane przez niego słowa były często niezrozumiałe, a tempo mowy przyspieszone. Ponadto logopeda zauważył zaburzenia koncentracji uwagi, pamięci i percepcji słuchowej. Prowadzący terapię zlecił wykonanie dodatkowych badań laryngologicznych z badaniem słuchu oraz fonia-

trycznych. Okazało się, że słuch chłopca jest prawidłowy, natomiast na fałdach głosowych pojawiły się guzki, dlatego zalecono rehabilitację głosu i mowy. Chłopiec forsował głos krzykiem, którego nadużywał z powodu utrudnionej komunikacji z otoczeniem. Uczęszczał na wizyty do lekarza foniatry. Ponadto logopeda pracujący wówczas z dzieckiem prowadził z nim ćwiczenia oddechowe i fonacyjne.

Pierwszy etap terapii logopedycznej obejmował usprawnianie narządów artykulatoryjnych, ćwiczenia fonacyjne oraz wywoływanie brakujących głosek. Następnie w 2009 roku logopeda rozpoczął z Miłoszem pracę metodą symultaniczno-sekwencyjną, aby usprawnić pamięć wzrokową, słuchową, koncentrację uwagi, logiczne myślenie i ułatwić w ten sposób rozpoczęcie nauki szkolnej. Ze względu na trudności w czytaniu i pisaniu, wynikające z opóźnień w rozwoju percepcji i pamięci słuchowej chłopca, w 2011 roku rozpoczęto terapię pedagogiczną. Praca korekcyjna przynosiła efekty, jedynie ćwiczenia oddechowe i fonacyjne nie spełniały oczekiwań, co było związane z problemami emocjonalnymi chłopca. Dlatego też zalecono współpracę z psychologiem.

Pojawiające się trudności edukacyjne były powodem skierowania chłopca w 2012 roku do poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu przeprowadzenia szczegółowych badań. Miłosz był wówczas uczniem II klasy szkoły podstawowej. Badanie wykazało dysharmonię w rozwoju umysłowym, która utrzymywała się na poziomie przeciętnym. Mocnymi stronami chłopca były: logiczne myślenie, rozumowanie przyczynowo-skutkowe, spostrzegawczość, trafna ocena zachowań w odniesieniu do norm społecznych. Trudności natomiast upatrywano w niskim zasobie słownictwa i wiedzy ogólnej, zaburzeniach funkcji słuchowych, problemach w słownym wyrażaniu myśli, unikaniu odpowiedzi przy braku pewności, niskiej motywacji i męczliwości, jak również obniżeniu koordynacji wzrokowo-ruchowej. Stwierdzono, iż trudności te warunkują problemy z opanowaniem techniki czytania i pisania. Zwrócono również uwagę na występowanie ryzyka dysleksji i zalecono objęcie ucznia pomocą psychologiczno-pedagogiczną oraz systematyczną pracę z chłopcem w domu. Uczeń miał już wtedy ustaloną prawostronną lateralizację.

Kolejne badanie w poradni wykonano w 2015 roku, wówczas Miłosz miał 11 lat. Zwrócono wtedy uwagę, iż koordynacja wzrokowo-ruchowa i krótkotrwała pamięć wzrokowa są ukształtowane na odpowiednim poziomie, natomiast szybkość oraz dokładność wzrokowego spostrzegania jest obniżona. Trudności wystąpiły również w zakresie funkcji słuchowo-językowych – zwłaszcza dotyczyły one analizy i syntezy głoskowej. Z kolei prawidłowo kształtowała się długotrwała pamięć werbalna powiązana z szybkim, automatycznym przypominaniem słów, podzielnością uwagi. Stwierdzono utrzymywanie się trudności w czytaniu i pisaniu oraz pojawianie się napięcia emocjonalnego w trakcie czytania. W związku z tym zalecono dodatkowe zajęcia w szkole oraz kontrolne

badanie w kolejnej klasie. Zwrócono również uwagę na mowę chłopca, która była poprawna w wolnym tempie, natomiast zniekształcona w szybkim. Ponadto zauważono nieuprzejmy, wulgarny sposób komunikowania się z matką.

Badanie kontrolne wykonane w 2016 roku wykazało pogłębianie się dysharmonii w zakresie rozwoju funkcji słownych oraz bezsłownych. Mocne strony pozostały podobne jak w pierwszym badaniu, jednak zauważono również szybkie zapamiętywanie i uczenie się drogą wzrokową. W dalszym ciągu uważano, że uwaga słuchowa oraz analiza i synteza głoskowa są obniżone. Na podstawie przeprowadzonych badań zdiagnozowano dysortografię oraz dysgrafię, zalecono dostosowanie wymagań edukacyjnych oraz dodatkowe zajęcia korekcyjno-kompensacyjne i dydaktyczno-wyrównawcze. Za przyczynę niskiej jakości pisma uznano wzmożone napięcie mięśniowe i nieprawidłowe posługiwanie się narzędziem pisarskim. Nie zwrócono natomiast uwagi na mowę chłopca.

Analiza dziennika pod kątem wyników w nauce oraz zachowania Miłosza potwierdza niektóre informacje uzyskane z wywiadów oraz zawarte w zaprezentowanych opiniach, jak również własne obserwacje. Największe trudności występują w nauce języka polskiego, angielskiego oraz przyrody, jednak w tym względzie można zauważyć pewną poprawę. Pomimo ewidentnych dysharmonii rozwojowych Miłosz uzyskuje dobre lub dostateczne wyniki w nauce. Chłopiec stara się kontrolować swoje zachowanie w szkole, jednak zdarzają się sytuacje, na które reaguje w sposób nagły i impulsywny.

W opiniach różnych specjalistów diagnozujących problemy Miłosza można zauważyć pewną niespójność. Obecne obserwacje oraz badania nie potwierdzają, aby główną przyczyną trudności chłopca były zaburzenia percepcji i uwagi słuchowej. Owszem, występują w tym zakresie pewne niedoskonałości, jednak w grupie osób, które uczestniczą w zajęciach korekcyjno-kompensacyjnych wraz z Miłoszem, to właśnie on najlepiej radzi sobie pod tym względem. Ćwiczenia wymagające skupienia uwagi na informacji przekazywanej drogą słuchową oraz te dotyczące analizy i syntezy głoskowej chłopiec zawsze wykonuje poprawnie, ale łatwo się rozprasza, np. w związku z obecnością innych uczniów. Warto jednak zaznaczyć, że umiejętności te były korygowane już od wielu lat. Z obserwacji wynika, że chłopiec ma trudności z zapamiętywaniem i powtarzaniem dłuższych wypowiedzi, zwłaszcza gdy są one nasycone słowami o złożonej konstrukcji, co może sugerować trudności w umysłowym przetwarzaniu usłyszanych informacji na wypowiedź słowną. Trudno zgodzić się również z tym, że Miłosz posiada ubogi zasób słownictwa i wiedzy ogólnej. Problem tkwi raczej w trudności werbalizowania myśli, użycia odpowiednich słów, chaotyczności myślenia (por. Tarkowski 2016).

Warto zwrócić uwagę na fragment opinii poradni z 2015 roku. Znajdujemy tam informację, że długotrwała pamięć werbalna wiążąca się z szybkim, automatycznym przypominaniem słów jest ukształtowana u Miłosza na odpowied-

nim poziomie. Zdaje się to wyjaśniać, dlaczego wypowiedzi chłopca mają najczęściej postać szybkich, urywanych, zdawkowych informacji. Przy występujących u niego znacznych trudnościach w słownym wyrażaniu myśli najprostszym sposobem jest korzystanie z tych zasobów, które pojawiają się automatycznie i nie wymagają operacji umysłowych. Dlatego Miłosz komunikuje się chętnie krótkimi frazami, natomiast trudno jest go zmotywować do dłuższej wypowiedzi. Może to również wyjaśniać używanie przez niego wulgaryzmów, które stanowią właśnie automatyzm werbalny i bywają zachowane nawet w przypadku uszkodzenia mózgu na skutek udaru.

Problemy emocjonalne dziecka wymagały konsultacji z psychologiem. Pewne psychiczne predyspozycje chłopca związane z impulsywnością, automatyzmem działania mogły być wrodzone, jednak wydaje się, że wpływ czynników zewnętrznych spotęgował nasilenie trudności emocjonalnych. Dziecko, które działa szybko, oczekuje równie szybkich reakcji otoczenia, a kiedy jego potrzeby i oczekiwania nie zostają spełnione, działa w jedyny sposób, jaki zna, czyli poprzez krzyk. Wydaje się, że tak właśnie było w przypadku Miłosza. Krzyk przynosił natychmiastowe efekty, dlatego też dziecko zaczęło go nadużywać. Można wnioskować, że w tym przypadku zaburzenia emocjonalne i zachowania nie są jedynie równoległym problemem w stosunku do zaburzeń mowy, lecz w pewnym stopniu mają również wobec nich wtórny charakter.

2.3. Wyniki badań logopedycznych

2.3.1. Określenie problemu

Wstępna obserwacja badanej osoby wskazuje na jej problemy w zakresie sprawności realizacyjnej wypowiedzi, które najmocniej przejawiają się poprzez brak osiągnięcia celu komunikacji (sprawności pragmatyczne) – chłopiec nie jest rozumiany przez otoczenie. Z tego powodu, kiedy chce szybko przekazać jakąś myśl, pomaga sobie gestami, z kolei rozmówca zmuszony jest zadawać dodatkowe pytania, aby upewnić się, czy dobrze odebrał komunikat. Można również zauważyć brak umiejętności dostosowania stylu wypowiedzi do jej adresata oraz sytuacji, w której się znajduje (sprawności społeczne i sytuacyjne). Przejawia się to między innymi poprzez używanie wulgaryzmów w szkole przy nauczycielu, zwracanie się do niego po imieniu, niegrzeczne odpowiadanie. Z obserwacji wynika, że chłopiec wie, iż nie powinien się wyrażać w taki sposób – świadczy o tym malujące się na jego twarzy zdziwienie oraz zakłopotanie, gdy sam słyszy swoją wypowiedź. Do takich sytuacji dochodzi jedynie wówczas, gdy odpowiada nagle, w sposób spontaniczny. Jest to uczeń, któremu zależy na dobrych wynikach również z zachowania, dlatego nie prowokuje raczej takich sytuacji. Niestety, można zauważyć, że taki styl komunikacji jest wzmocniany przez rówieśników.

Analiza spontanicznych wypowiedzi chłopca wykazała, że jego wymowa jest niestaranna, pojawiają się nie płynności, składnia jest uboga (pojedyncze słowa, równoważniki zdań). Ponadto tempo mowy jest zróżnicowane. Głos chłopca jest ochryply, zbyt głośny lub zbyt cichy.

Badanie wymowy za pomocą kwestionariusza obrazkowego wykazało, że Miłosz potrafił prawidłowo artykułować wszystkie dźwięki, a występujące niedociągnięcia były tak słabo zaznaczone, że uwidoczniły się dopiero podczas analizy nagranych materiału. Występowanie zniekształconej wymowy (oraz wypowiedzi gwarowych) związane jest z niedostateczną koncentracją uwagi na własnej wypowiedzi i stanowi niejako „ciche echo” dawnych, sporych trudności chłopca.

Wykonano badania uzupełniające. Motoryka narządów artykulacyjnych okazała się w normie. Badanie słuchu fonemowego nie wykazało żadnych nieprawidłowości. Podobnie było z badaniem kinestezji mowy – połączenia sylab niemające sensu Miłosz powtórzył bezbłędnie, nawet te artykulacyjnie trudne.

Ważne okazało się też sprawdzenie funkcji oddechowych. W opinii logopedycznej zwrócono uwagę, że chłopiec mówi „na wdechu”. Obserwacja wykazała, że faza wydechu w jego przypadku jest skrócona, co może być jedną z przyczyn nieregularności tempa oraz natężenia mowy. Ponadto w trakcie wdechu pobierana jest niedostateczna ilość powietrza. Oddychanie chłopca jest niekorzystne ze względu na niewłaściwą pracę przepony. Przejawia się to w czasie mówienia poprzez króciutkie pauzy w środku wyrazu, w trakcie których wykonywany jest wdech. Skutkuje to również niewielkimi możliwościami realizacji wypowiedzi na jednym wydechu. Stanowi także podstawę kłopotów z intonacją.

Badanie rozumienia mowy, a także funkcjonowania uwagi i pamięci słuchowej nie wykazało większych nieprawidłowości. Chłopiec słuchał w skupieniu opowiadania, po czym potrafił prawidłowo odtworzyć ciąg zdarzeń oraz odpowiadać na pytania związane z tekstem. Poprawnie wymienił także zadany ciąg siedmiu słów. Zasób leksykalny chłopca okazał się również zadowalający. W trakcie badania fluencji słownej chłopiec potrafił sprawnie podawać różne nazwy, nie tylko te z najbliższego otoczenia, oraz poprawnie przechodził od jednej podkategorii semantycznej do drugiej.

Dodatkowo zaobserwowano, że ruchy narządów artykulacyjnych są ograniczone, a usta zbyt wąsko otwarte w trakcie mówienia. Natomiast nie zauważono żadnych współruchów podczas wypowiadania się ani wzmoczonego napięcia mięśniowego i emocjonalnego. Wszelkie zadania Miłosz starał się wykonać jak najszybciej, nie zawsze dokładnie, a gdy miał jakieś trudności, których był świadomy, bardzo chciał się poprawić. Oprócz tego chłopiec przejawiał pewną nadpobudliwość (potrzeba ciągłego kołysania się na krześle).

2.3.2. Wyniki badań pod kątem gielkotu

Wstępne wyniki badań logopedycznych wskazały na objawy gielkotu, dlatego zasadne było wykonanie szczegółowych badań w tym kierunku. W pierwszej kolejności przeprowadzono wywiad z matką, dzięki któremu uzyskano informacje na temat rodzajów pojawiającej się nie płynności, tempa mówienia chłopca, uwarunkowań rodzinnych oraz innych cech jego mowy. Uzyskane w ten sposób dane oraz obserwacja uczestnicząca osoby badającej potwierdziły występowanie gielkotu u chłopca. Następnie przeprowadzono szczegółową analizę jego wypowiedzi, głównie pod kątem nie płynności. Sprawdzone występowanie symptomów nie płynności w realizacji ciągów zautomatyzowanych, czytania lub nazywania obrazków, powtarzania, wypowiedzi podczas swobodnej rozmowy (dialogu) oraz narracji.

2.3.3. Analiza wypowiedzi badanego chłopca

Realizacja ciągów zautomatyzowanych przez Miłosza była prawidłowa pod względem płynności. Występowały jedynie niedociągnięcia artykulacyjne oraz przyspieszone tempo mówienia. Drobne nie płynności pojawiły się natomiast w trakcie recytacji. Mowę chłopca podczas nazywania obrazków przedstawia tab. 1. Podczas badania wykorzystano materiał zamieszczony w publikacjach S. Grabiasa, i in. (2002) oraz Z.M. Kurkowskiego (2007).

Tab. 1. Nazywanie obrazków

kosa	[kosa]	truskawka	[truskafka]	krowa	[krufka]
koza	[koza]	rower	[ro...rover]	gruszka	[gruška]
pies	[p'ies]	drzewo	[ževo]	hulajnoga	[xulajnoga]
kogut	[kogut]	buty	[buty]	baton	[atońik]
krokodyl	[krokodyl]	młotek	[młotek]	kwiat	[kf'iatek]
ślimak	[śl'imak]	piłka	[p'iyka]	gitara	[g'itara]
guzik	[gużik]	biedronka	[b'iedronka]	aparat	[aparat]
liść	[l'isć]	traktor	[ta•tol]	krzesło	[kšes...kše...kšesuo]
cytryna	[cytryna]	drabina	[drab'inka]	nożyczki	[nożyčk'i]
samochód	[auto]	dom	[domek]	telewizor	[telev'izor]
żaba	[žaba]	narty	[narty]	papuga	[papuga]
szafa	[šafa]	samolot	[samolot]	okulary	[oookulary]
czapka	[capka]	słoń	[słuoń]	słuchawki	[słuxafk'i]
miotła	[m'iołta]	cukierki	[cuk'ierk'i]	zegarek	[zegarek]
spodnie	[pod...spodńe]	szczoteczka	[ščotečka]	żarówka	[žarufka]
WYNIK: 4/45 * 100% = 8,9% nie płynności					

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy przedstawionej w tab. 1 wynika, że podczas nazywania obrazków mowa Miłosza jest nie płynna w stopniu lekkim (4 spośród 45 wyrazów). Najczęściej wystąpiły powtórzenia sylab (3 wyrazy) oraz sporadycznie przeciąganie

głosek (1 wyraz). Ponadto da się zaobserwować zniekształcenia artykulacyjne w postaci upodobnień artykulacyjnych ([*ževo*] 'drzewo' oraz [*ta•tol*] 'traktor', *k = t*), redukcji głoski nagłosowej ([*atońik*] 'batonik'), redukcji grupy spółgłoskowej ([*ta•tol*] 'trako', *r = ø*) oraz substytucji ([*ta•tol*] 'traktor', *r = l*). Należy również zaznaczyć, że tempo mowy w trakcie nazywania obrazków było w normie.

Dla Miłosza przytoczenie odpowiedniego słowa podczas nazywania obrazków nie stanowi żadnego problemu. Nie zastanawia się, nie szuka właściwych słów, gdyż nie wymaga to bardziej skomplikowanych operacji umysłowych. W trakcie opowiadania zdarza się, że trudność stanowi przywoływanie nawet najprostszych słów i odpowiednie łączenie ich w zdania. Obserwacja ta potwierdza założenie, że problemy komunikacyjne chłopca nie tkwią w zasobie słownictwa, lecz w chaotyczności myślenia. Z kolei nie płynności i niedociągnięcia artykulacyjne zapewne związane są z brakiem koncentracji na własnej mowie, gdyż było to dla inteligentnego chłopca zadanie banalnie proste.

Kolejnym etapem badania było powtarzanie słów, fraz, zdań oraz krótkich rymowanek (przykłady za: Kostecka 2004, Chęciek 2001). Wyniki badania powtarzania słów obrazuje tab. 2.

Tab. 2. Powtarzanie słów

motyka	[<i>motyka</i>]	rak	[<i>rak</i>]	indyk	[<i>indyk</i>]
kura	[<i>kuura</i>]	droga	[<i>droga</i>]	most	[<i>most</i>]
kret	[<i>kret</i>]	małpka	[<i>małpka</i>]	brama	[<i>brama</i>]
tort	[<i>tort</i>]	buty	[<i>puty</i>]	kapusta	[<i>kapusta</i>]
komar	[<i>komar</i>]	krokus	[<i>krokus</i>]	pomidor	[<i>pom'idor</i>]
motyl	[<i>motyl</i>]	bratek	[<i>bratek</i>]	parasol	[<i>pa... parasol</i>]
kruk	[<i>kruk</i>]	kogut	[<i>kogut</i>]	palto	[<i>paldo</i>]
lis	[<i>l'is</i>]	tygrys	[<i>tygrys</i>]	tulipan	[<i>tul'ipan</i>]
las	[<i>las</i>]	bałwan	[<i>bałvan</i>]	koza	[<i>kooza</i>]
wrona	[<i>vrona</i>]	fabryka	[<i>fabryka</i>]	wozy	[<i>vozy</i>]
obora	[<i>obora</i>]	osa	[<i>osa</i>]	ule	[<i>ule</i>]
dom	[<i>dom</i>]	krokodyl	[<i>krokodyl</i>]	młotek	[<i>młotek</i>]
WYNIK: 3/36 * 100% = 8,3% nie płynności					

Źródło: opracowanie własne.

Powtarzanie słów sprawia chłopcu mniej trudności niż nazywanie, zwłaszcza pod względem artykulacyjnym (liczba nie płynności jest porównywalna). Trudności w trakcie badania sprawności motoryki artykulacyjnej zdają się tłumaczyć powód tych różnic. Przy nazywaniu konieczne jest samodzielne mówienie, natomiast powtarzając, Miłosz otrzymywał wzorzec wymawianiowy zarówno słuchowy, jak i wzrokowy. Biorąc pod uwagę jakościową analizę nie płynności, można się również pokusić o stwierdzenie, że w przypadku powtarzania

wyniki są lepsze. Pod względem ilościowym wystąpiły najczęściej przedłużenia głosek (2 wyrazy), raz chłopiec powtórzył sylabę.

Materiał językowy dotyczący powtarzania fraz zamieszczono w tab. 3.

Tab. 3. Powtarzanie fraz

Darek karmi Azora	[darek karm'i azora]
Iza nawleka korale.	[iza nawleka koale]
Agata robi ubranko.	[agata rob'i ubranko]
Cezary wysła list.	[cezary wysyła l'ist]
Robert zamyka okno.	[robert, robert zamyka okno]
Beata gra w klasy.	[beata gra f klasy]
Paweł układa klocki.	[pawę układa kloc'k'i]
Stelka nalewa mleko.	[stelka nalewa mleko]
Ula zrywa agrest.	[u... ula zrywa agrest]
Olek podlewa pomidory.	[olek po...podre...podlewa v'i...v'inogrona]
WYNIK: 4/31 * 100% = 12,9% niepełności	

Źródło: opracowanie własne.

Rozpatrując tę część badania pod względem jakościowym, można wnioskować, że Miłosz wypadł w niej całkiem dobrze, jednak wyniki ilościowe temu przeczą. Pierwsze cztery frazy wypowiedziane zostały płynnie, pojawiło się jedynie niedociągnięcie artykulacyjne w postaci elizji ([koale] 'korale'). W kolejnej frazie chłopiec powtórzył pierwsze słowo, a późniejsze trzy frazy znowu były bezbłędne. Następnie wystąpiło powtórzenie początkowej głoski. Warto zauważyć, że największe kłopoty rozpoczęły się dopiero w ostatniej frazie. Początkowo Miłosz powtórzył sylabę, po czym popełnił błąd artykulacyjny w postaci substytucji ($l = r$), który próbował poprawić. Kolejna niepełność pojawiła się w następnym wyrazie, czego przyczyną mogło być rozproszenie koncentracji uwagi wskutek wcześniejszego błędu artykulacyjnego. Błąd leksykalny – podanie innej nazwy – mógł wystąpić z tej samej przyczyny.

Następnie Miłosz został poproszony o powtarzanie zdań. Wypowiedzi chłopca prezentują się następująco (tab. 4):

Tab. 4. Powtarzanie zdań

Pan Piotrek pędzi drogą na swojej kolarzówce	[pan p'iotrek peń'zi drogę na sfojēj kolażufce] ⁴
Biały bałwan został ulepiony zimą przez bystrych młodzieńców	[b'jaŋy baŋ... baŋvan zostaŋ ulep'iony žimę p'sez bystryx młōżēncuf] ⁵
Tadeusz telefonuje codziennie do swojej koleżanki	[tadeuŝ telefonuje coże'nie do sfojēj koleżank'i]

⁴ Zaburzony rytm – każde słowo wypowiedziane osobno.

⁵ Pauzy podczas prezentacji oznaczono wielokropkami.

Pan Dąbrowski przebywał dość długo na zagranicznej delegacji	[pan dombro... pan dombrofsk'i pšebyvaŭ duŭgo na sfojĕj delegac'ii]
Karol Kowalski kupił do swojej galerii kilka obrazów Van Gogha	[karol kovalsk'i kup'iu do sfojĕj galer'i k'ilka obrazov van dogaj]
Admirał angielski atakował na uciszonym oceanie energicznych korsarzy	[adm'iraŭ ang'elsk'i z•atakovaŭ... na sfoim... por... saže]

Źródło: opracowanie własne.

Występujące podczas powtarzania zdań niepełności mają charakter reduplikacji oraz pauz. Oprócz tego można zauważyć, że zaledwie jedno zdanie zostało wypowiedziane bezbłędnie. W pozostałych, oprócz wspomnianych już niepełności, pojawiły się: styl telegraficzny, substytucja głoski ($g = d$), zamiana słów, dodanie przedrostka. Podobnie jak w przypadku powtarzania fraz, również w tej próbie największe problemy wystąpiły w ostatniej wypowiedzi – znajduje się w niej kilka trudnych artykulacyjnych słów oraz takie wyrazy, które niekoniecznie muszą być znane trzynastolatkowi (admirał, korsarze). Zdanie to mogło być zatem trudne zarówno pod względem artykulacyjnym, jak i semantycznym – mógł wystąpić problem ze zrozumieniem ogólnego sensu zdania oraz jego przedstawieniem za pomocą myśli, a co za tym idzie – z przetworzeniem go na wypowiedź słowną. Pozostałe zdania chłopiec powtórzył w całości; można zauważyć, że były one złożone ze słów, które są mu najprawdopodobniej dobrze znane i lepiej utrwalone. Ponadto warto wspomnieć, iż dodanie przedrostka „za” do słowa „atakował” może również wynikać z tego, że taka forma jest częściej używana i bardziej zautomatyzowana.

Bardzo ciekawy materiał uzyskano dzięki badaniu powtarzania krótkich rymowanek⁶. Przedstawia go tab. 5.

Tab. 5. Powtarzanie rymowanek

Podbiegł Piotr pod płot, spłynął po nim pot, bo za płotem panna piękna i staranna.	[podb'iek..... p'iotr... pot puot, leći z ěnego pot, a za ěnim... mŭoda pa•na, poše... i coš tam dalej]
Błazej błogo brodzi w błocie, będzie brudził po powrocie. Potem błaho bałagani i sprzeciwia się swej niani.	[bŭaži brogo... broži v brože, beńže bružiŭ... bŭogo bŭože, potem bŭog... baŭa... baŭagañi i pššĕćiv'ja še sfej ěnani]

Źródło: opracowanie własne.

Powtarzanie pierwszej rymowanki nacechowane jest przede wszystkim pauzami. W ten sposób Miłosz zyskiwał czas na zastanowienie się, co powinien powiedzieć w następnej kolejności. Pierwszy wers powtórzył dosłownie, za to

⁶ Rymowanki były prezentowane chłopcu w całości, kilka razy powtórzone. Autorem wierszyków jest J. Samolewicz-Dyka.

kolejne są próbą ułożenia tekstu podobnego do usłyszanego, przy czym zostały wykorzystane słowa kluczowe (*pot*, *panna*). Ostatni wers został skwitowany stwierdzeniem [*i coś tam dalej*], bo przecież wszystkie kluczowe słowa były już wykorzystane. Powstała wypowiedź uproszczona pod względem artykulacyjnym, leksykalnym, semantycznym i składniowym. W ten sposób została ona dostosowana do możliwości werbalizacji myśli przez badanego chłopca. Ponadto należy zauważyć, że rym raczej Miłoszowi przeszkadzał w wypowiedzi, dekoncentrował, wprowadzał zamieszanie poprzez podobieństwo rymujących się słów. Późniejsze dodatkowe badania wykazały, że chłopiec ma zaburzenia poczucia rytmu, co również może wyjaśniać kłopoty w powtarzaniu rymowanek, w których rytm jest niejako narzucony.

Zupełnie inny charakter trudności prezentuje powtarzanie kolejnej rymowanki, która jest nasycona wyrazami podobnymi brzmieniowo, przez co jest trudna artykulacyjnie, oraz zawiera słowa rzadko używane, jak np. *błogo*, *brodzi*, *blaho*. Aby zrozumieć, co tak naprawdę wydarzyło się podczas tego zadania, należy szczegółowo prześledzić poszczególne jego części. W pierwszym wersie zauważyć można trzy zniekształcone słowa powstałe na zasadzie kontaminacji:

- [*buażi*] – [*bua*] od słowa [*buażej*], połączone z [*żi*] od pojawiającego się w trzeciej kolejności słowa [*brożi*];
- [*brogo*] – [*bro*] od kolejnego wyrazu [*brożi*], połączonego z [*go*], które pochodzi od mającego w tym miejscu wystąpić słowa [*buogo*];
- [*broże*] – powstałe z połączenia [*bro*] od wcześniejszego słowa [*brożi*] oraz sylaby [*że*], która powstała poprzez udźwięcznienie [*će*] (od mającego w tym miejscu wystąpić wyrazu [*buoće*]), pod wpływem występującej często w tym wersie głoski [*ż*].

Natomiast słowo [*brożi*] zostało użyte we właściwym miejscu i ma odpowiednią formę. Warto zauważyć, że w tym wersie każde ze zniekształconych słów zawiera w sobie część tego, które powinno być użyte w danym miejscu, dlatego można wnioskować, że wers został poprawnie zapamiętany, a zniekształcenia są spowodowane wzajemnym oddziaływaniem na siebie występujących w tym miejscu wyrazów. Wygląda to tak, jakby chłopiec nie potrafił poradzić sobie z przetworzeniem myśli na mowę.

Kolejny wers wypowiedzi Miłosza rozpoczynają prawidłowo użyte i wypowiedziane wyrazy, jednak następne dwa słowa stanowią postpozycję z pierwszego wersu ([*buogo buoże*] [*buogo*], [*buoće*]), przy czym sylaba [*će*] została znowu udźwięczniona (zapewne z podobnych powodów jak wcześniej). Odpowiedź na pytanie, dlaczego wyrażenie przyimkowe [*po povroće*] zostało zamienione na podane uprzednio słowa, wydaje się oczywista. Po prostu nie pasowały one do pozostałych wyrazów z pierwszych dwóch wersów pod względem brzmienia (rozpoczęła się na głoskę *p*, a nie *b*).

W trzecim wersie jest lepiej. Można zauważyć zastąpienie słowa [buxo] przez niedokończony wyraz [buogo], którego użycie tłumaczy wcześniejsze jego występowanie; redukcja wygłosu mogła być efektem uświadomienia sobie, że nie o ten wyraz chodzi. Później po krótkiej pauzie wystąpiło powtórzenie sylab, po czym zostało wypowiedziane odpowiednie słowo. Niepłynność ta jest przykładem próbki wypowiedzi mającej na celu upewnienie się, czy to właśnie o ten wyraz chodzi.

Ostatni wers składał się ze słów, które nie były do siebie podobne i z pewnością chłopiec lepiej je znał, dlatego nie doszło do zniekształcenia wyrazów jak wcześniej. Wystąpiło niedociągnięcie artykulacyjne w postaci redukcji nagłosu oraz niepłynność o charakterze przedłużania głoski, dzięki której Miłosz zyskał czas na przygotowanie się do poprawnej wypowiedzi reszty słowa oraz zdania.

Porównując powtarzanie obydwu rymowanek pod względem niepłynności, można zauważyć, że mają one zupełnie inny charakter. W drugiej rymowance objawy te są bardziej zróżnicowane, a pauzy o wiele krótsze.

Podsumowując wyniki badania powtarzania, warto podkreślić, że problemy z mową chłopca nie wynikają raczej ze znacznych zaburzeń percepcji czy uwagi słuchowej (choć w przeszłości mogła to być jedna z przyczyn), lecz z niemożności przełożenia wypowiedzi powstałych w mowie wewnętrznej na wypowiedź słowną. Z kolei zastępowanie słów i wyrażeń ich prostszymi odpowiednikami niekoniecznie musi się wiązać z ubogim słownikiem czy niską sprawnością artykulatorów, tylko z niedostatecznym utrwaleniem słów rzadziej używanych lub artykulacyjnie trudniejszych. Warto również przypomnieć, że powtarzanie okazało się dla Miłosza łatwiejsze niż nazywanie, gdyż było podparte zarówno wzorcem słuchowym, jak i wzrokowym.

Po badaniu powtarzania przeprowadzono z chłopcem rozmowę, do której wykorzystano pytania zamieszczone w publikacji Z.M. Kurkowskiego (2007). Dialog przebiegał następująco:

- Co jadłeś dziś na śniadanie?
- [ńic]
- Co zazwyczaj robisz po lekcjach?
- [ide do domu]
- Miałam na myśli, czym zajmujesz się po lekcjach w domu?
- [pf trune... potxfytl'ive pytańe y śadammm pšššy telev'izože i ondam... nap trudne spraaavy..... i šp'ital..... i otem sob'je z'jem i ide na pole..... i tyle i tyle i tyle... otem o dvužestej čfartej (odgłos chrapania, śmiech)... (Naprawdę?) ě o žev'jetnastej šedemnasta| p'jetnasta| dvuna... čternasta| řšynasta| ě v'jem| k'jedy xce]
- A jakie są twoje ulubione zwierzęta?
- [koooty]

- Opowiedz mi, jak chciałbyś spędzić wakacje?
- [*ńe v'jem*..... *eee*.....*ty*... *ff*...*ńe v'jem*| *v jak'imś domu*| *jak'imś fa*... *jak'imś fajnym*| *yyy tam gże*... *tam gże jest najlep'iej*..... *eee i bogato*| *eee. ńe v'jem*|| *u jak'eis gv'iazdy*]
- Opisz mi, jak wygląda twój ulubiony kolega?
- [*gruby* (śmiech) *ryyyy a ńe*... *gruby*... *eee ma ja*... *ma tak'je iasnobrozove vnosy* (śmiech) *yyy żinsy*... *yyy buty naika*..... (śmiech) *yyy majtk'i iks iks el* (śmiech) ... *majtk'i*| *şfetry*| *koşulk'i*| *spodńe*.... *yyy eee fryzura tak* (gest)..... *yyy eee jak'ież žiii ńeb'iesk'e ocy*| *brozove*| *ńe v'jem navet jak'e*| *no i čar*... *yyy b'iauy*... *yyy* (Jaki?) *i b'iauy*| *ńe jest čarny tylko b'iauy*]
- Powiedz mi, czym się interesujesz?
- [*grɔf koşykufke*]
- Jakiej muzyki lubisz słuchać?
- [*cyp'is*]

Analiza wypowiedzi dialogowych Miłosa pokazuje przede wszystkim, że niepełność mówienia w tej próbie jest znacznie bardziej nasiloną i zróżnicowaną niż w poprzednich częściach badania. Przejawia się ona w postaci: 1. powtórzenia jednego lub kilku wyrazów (np. [*i tyle, gruby, tam gże*]), 2. przedłużania głosek (np. [*pşşşy*], [*spraavy*]), 3. wtrącania słów ([*ńe v'jem*]), 4. embolofazji (*eee, yyy*), 5. pauz. W rozmowie pojawia się znacznie większa liczba pauz. Tempo oraz natężenie mowy jest bardziej nieregularne niż we wcześniejszych próbach. Zdania, jeżeli występują, mają bardzo prostą konstrukcję i często są stylistycznie niepoprawne. Są błędy gramatyczne ([*naika*]), lecz mogą one wynikać nie tyle z niewiedzy, lecz raczej z wymowy potocznej lub realizacji zaautomatyzowanych.

Oprócz objawów niepełności zauważa się błędy artykulacyjne, głównie dotyczące struktury wyrazu, występujące w postaci zmian ilościowych: redukcja grupy spółgłoskowej ([*trune*] 'trudne'), redukcja nagłosu ([*ondam*] 'ogładam', [*otem*] 'potem'). Pojawiają się również niewłaściwe realizacje fonetyczne pod postacią substytucji ([*żinsy*] 'dżinsy', [*şfetry*] 'swetry'). W wypowiedzi dialogowej chłopca występuje użycie onomatopei dla określenia czynności spania. Wnioskować można, że krótki dźwięk pozwala mu szybko wyrazić myśl. Ponadto, gdy chłopiec chciał określić godzinę, o której kładzie się spać, zaczął wypowiadać ciąg niemających sensu liczebników. Planował w miejscu godziny dziewiętnastej wskazać dwudziestą pierwszą (lub inaczej dziewiątą – ten sam początek, co dziewiętnasta), lecz na skutek popełnienia błędu leksykalnego uruchomił pewien ciąg wyrazów w poszukiwaniu odpowiedniego określenia, a nie mogąc go odnaleźć, uciał wypowiedź krótkim stwierdzeniem [*ńe v'jem*].

Analiza opisu wyglądu kolegi pozwala na stwierdzenie, że Miłosz wykorzystuje bardzo niewiele słów określających cechy (przymiotników), za to wymienia części stroju (rzeczowniki), czego nie robi się zazwyczaj w tego typu opisie,

zwłaszcza w taki sposób (automatyczne wymienianie samych nazw). Ponadto można zauważyć, że wspomaga się gestami, aby przekazać to, czego nie potrafi zwerbalizować. Stosuje także rewizje w celu poprawienia niektórych błędów, np. [čar... b'jauy].

Wypowiedź dialogowa Miłosza daje szerszy obraz jego trudności. Jak już wielokrotnie wspomniano, chłopiec najchętniej odpowiadałby jednym lub kilkoma słowami, gdyż to nie sprawia mu trudności. Nie jest łatwo uzyskać odpowiedzi na pytania, które wymagają sformułowania dłuższej wypowiedzi. Analizując opis czynności wykonywanych po lekcjach czy też opis wymarzonych wakacji, możemy jedynie domyślić się, co chłopiec chciał przekazać. Także wypowiedź dotycząca kolegi, pomimo iż jest nieco dłuższa, jest bardzo uboga w treść. W zasadzie nie dowiadujemy się niczego prócz tego, że kolega jest gruby i ma jasnobrązowe włosy. Nie poznajemy żadnych jego cech charakteru.

Kolejno poddano analizie umiejętności narracyjne chłopca. Poproszono go o opowiedzenie historyjek obrazkowych (Kurkowski 2007).

Początkujący narciarz

[jak'is jak'is gupek yyy ne um'je jezżić na nartax ježe na nartax|| yyy val'iy se bo ne um'iaj jezżić|| potem stoyu se... jagby taku kulu šnežnu jagby oo jagby jagby kula oot od bauvana|| fpad do domu|| potem... potem jego mama..... fpat... i ne v'jem i tyle]

Pechowy piłkarz

[yyyyy pšygotovuje se do ščauu, udeža..... i cele i celnou v bramke (pšy) p'iyka wylečaua poza stad'ion..... fpa... fpdu v okno okno i rozb'iyu... šybe..... potem otfoży šyp... ne otfožyu jak'isšs xupak yyy ze zuo m'inu]

Porównując wypowiedzi chłopca podczas opowiadania historyjek obrazkowych do materiału uzyskanego w trakcie prowadzenia dialogu można zauważyć, że w tej próbie występuje mniej pauz, a pomiędzy nimi wypowiedzane jest więcej słów. Tempo mowy jest bardziej regularne, ale również nieco szybsze. Z kolei charakter nie płynności jest podobny. Występują rewizje oraz wtrącenie *ne* (chłopiec miał zamiar coś powiedzieć, ale z tego zrezygnował). Ponadto można odnieść wrażenie, że Miłosz szuka odpowiednich słów oraz ich brzmienia.

Różnice pomiędzy mową dialogową i opowiadaniem mogą wynikać z faktu, że historyjkę obrazkową charakteryzuje uporządkowany już ciąg zdarzeń, który jest przedstawiony graficznie, co znacznie ułatwiło Miłoszowi zadanie. Stwierdził, że zadanie to jest przeznaczone [dla žižusuf] i zaczął bardzo szybko opowiadać. Później okazało się, że aż tak łatwe ono nie było.

Ostatnią poddaną badaniom wypowiedzią słowną chłopca było spontaniczne opowiadanie. Uzyskanie dłuższej próbki wypowiedzi Miłosza okazało się niełatwym zadaniem. Wymagało to dobrania takiego tematu, który go interesuje. Efekty zaprezentowano poniżej:

- Opowiedz mi, proszę, o swoich kotach. Tylko tak, żebym się jak najwięcej o nich dowiedziała, żebym mogła wyobrazić sobie, jak wyglądają i co robią.
- [ale jak'je? zdexue? iii i•ne? czy muj?]
- Miałam na myśli twoje koty.
- [ale ja mam jednego kota]
- To opowiedz mi, proszę, o swoim jednym kocie.
- [jest šaaary xoć nie čarne tylko šaro-b'iauy|| yyy... iiii ma tšy la-ta..... mmm vøsy| ušy| nos..... šypk'i..... ocy nie v'iem..... xyba ma..... ogon| čtery nog'i| bžux| plecy| kości... tyle|| šredno je| nie jest gruby.....lub'i še b'ić s kotam'ij]
- Jak to wygląda?
- [drø še| ko... goňø za še za šeb'je| goňø še..... i drø še|| boi še p'iuł'i|| a i to i um'je še počøngać| naučyøem go počøngać še|| jest tu xuš-tafka (gestykuluje)| tak'je coś je| tak'je ten i tu jest tak'je cenše| fkuā... fkuadam tam šyňke| tak tak vyskočy| rence dv'je| no i iže po šyňke i počøngnou|| i na fa fajne tr'ik'i i jak'ieš| nie v'iem| iagbym m'iauy gžeš šyňke to iže tak (gestykuluje) yyy psšs jak mu fkuadam do v'jaderka šyňke to... fskočyø na naaa na kanto| a potem na kod za murk'jem v'jaderko| ot sko ta skočyø na to v'jaderko a potem ješče... to v'jaderko pol'i ješče i pošet|| um'je uapać myšy|| pšēciska še pšes tak'je čiii pšycisne pšycisne| nie v'iem| tak'je pom'je časne..... skače..... nie v'iem jak to na... fsp'joňø na xuštafke| fsp'joňø na xuštafce... šššššeži se... lub'i še lub'i otopčyvać se na tym... na čøňniku tam| na šššežeøu| se otopčyva na tym|| no i boi... nie lub'i vody]

Warto zaznaczyć, że chłopiec, gdy chce uniknąć konieczności opowiadania, stara się zniechęcić rozmówcę. Jednak poprzez ignorowanie tego typu zachowań werbalnych przez badanego oraz dodatkowe pytania udaje się uzyskać pożądaną wypowiedź.

Analizując powyższy materiał badawczy, można stwierdzić, że stanowi on pod pewnym względem potwierdzenie wcześniejszych obserwacji. Charakter niepełności jest podobny jak w poprzednich próbkach, lecz znacznie częściej występują powtórzenia słów. Opis wyglądu kota dokonany został w podobnym stylu jak opis kolegi. Chłopiec wymienia poszczególne części ciała, nie opisując ich. Tempo mowy częściej bywa przyspieszone, zwłaszcza gdy omawiana jest czynność. Pojawia się gestykulacja, którą chłopiec wykorzystuje, aby uzupełnić przekaz werbalny. Słuchając, odnosi się wrażenie, że Miłosz szuka odpowiednich słów oraz ich brzmień, czego przejawem mogą być powtórzenia sylab. Znaleźć można także elementy z języka potocznego (użycie zaimka *se* zamiast *sobie*; jest to postać skrócona wyrazu, co pasuje do stylu wypowiedzi Miłosza).

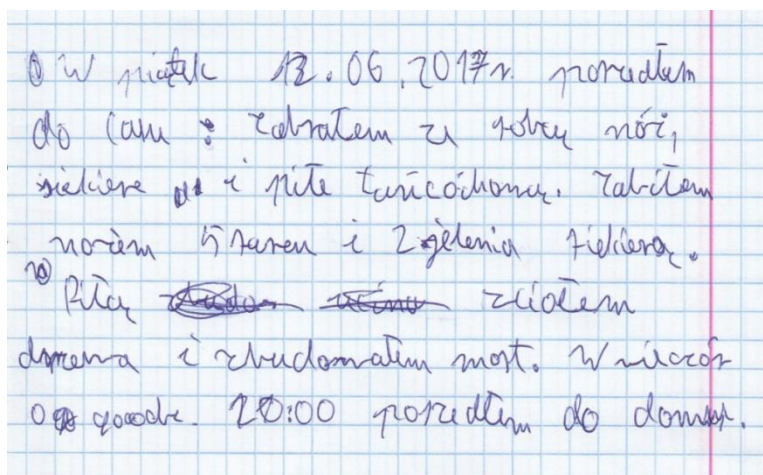
Należy zauważyć, że chłopiec po pewnym czasie zaczął opowiadać chętniej i rzadziej się zastanawiał, co jeszcze może powiedzieć; starał się przekazać jak najwięcej informacji. Jednak zaburzona płynność mowy, zniekształcenia artyku-

lacyjne oraz zbyt uboga składnia i leksyka sprawiają, że bardzo trudno jest zrozumieć wypowiedź oraz wyobrazić sobie opisywane zjawiska i przedmioty, w konsekwencji czego cel komunikacyjny nie zostaje osiągnięty.

2.4. Wyniki badań dodatkowych

Dla rozpoznania gielkotu konieczne było wykonanie dodatkowych badań, których wyniki mogły ukazać niektóre towarzyszące symptomy. Badania te obejmowały: czytanie, pismo, poziom logofobii, rozwój motoryczny oraz poczucie rytmu.

Badanie czytania wykazało, że Miłosz czyta metodą wyrazową, trudniejsze słowa dzieli na sylaby. Pojawiają się nie płynności pod postacią pauz oraz powtórzenia sylab. Czytanie jest monotonne, choć chłopiec próbuje przestrzegać interpunkcji. Tekst nieznany czyta lepiej niż znany. Występuje mniej nie płynności i bardziej poprawna jest intonacja, chociaż tempo czytania staje się szybsze. Nie jest to typowe dla gielkotu, jednak w przypadku Miłosza jest to naturalne, gdyż od początku nauki szkolnej miał on trudności z opanowaniem czytania. Chłopiec jest świadomy swoich problemów w tym zakresie, dlatego prośba o przeczytanie fragmentu tekstu od razu spotyka się ze sprzeciwem. Ponadto, jako ambitne dziecko, wstydzi się swoich braków (w jednej z opinii poradni psychologiczno-pedagogicznej jest informacja, że czytanie wiąże się u badanego chłopca ze wzrostem napięcia emocjonalnego). Analiza pisma wskazuje również na pewne trudności Miłosza. Przejawiają się one przede wszystkim niedbałością, licznymi skreśleniami i poprawkami oraz występowaniem błędów ortograficznych (zob. ryc. 1).



Ryc. 1. Próbką pisma badanej osoby. Temat zadania: „Wyprawa do lasu”

Na poziomie fleksji zbudowane zdania są zazwyczaj poprawne (błąd w *wieczór* zamiast *wieczorem* może wynikać z naleciałości gwarowych), jednak przeważają pojedyncze, ubogie w treść. Ponadto można zauważyć, że skreślenia w pisanim tekście wyglądają jak próby znalezienia odpowiedniego słowa lub jego formy. Wykazują one także podobieństwo do powtórzeń lub rewizji w komunikacji werbalnym, co świadczy o tym, że trudności chłopca w umysłowym formułowaniu wypowiedzi rzutują również na pisanie, zaś różnica między pisaniem i mową dotyczy przede wszystkim konstrukcji zdań, które w tekście pisanim są bardziej rozbudowane. Zapewne wynika to z konieczności zaangażowania w akt pisania wzroku oraz skoordynowanie go z odpowiednim ruchem, co może ułatwiać uzewnętrznienie myśli. Ponadto pisanie daje więcej czasu na zastanowienie.

Badanie poziomu logofobii oparto na publikacji Z. Tarkowskiego (2001). Wykazało ono brak logofobii u chłopca, a także wykluczyło jąkanie. Miłosz w ogóle nie odczuwa lęku przed mówieniem, niezależnie od sytuacji, w jakiej się znajduje. Wręcz twierdzi, że lubi rozmawiać z nieznanymi i przeważnie to on inicjuje rozmowy.

Badania testowe przeprowadzone w poradni (*Skalę rozwoju motorycznego* Oziereckiego oraz *Trzema próbami poczucia rytmu* M. Stambak 1974) dotyczyły motoryki i rytmiki. Pierwsze z nich wykazało, że rozwój motoryki u Miłosza przebiega prawidłowo, co dodatkowo potwierdzają informacje uzyskane od nauczyciela wychowania fizycznego. Jedyne nieco poniżej normy znajduje się zdolność do wykonywania ruchów szybkich (grupa IV). Należy jednak zauważyć, że próby w tej grupie wykonywane były za pomocą dłoni, a u badanego chłopca mamy do czynienia z dysgrafią, co może tłumaczyć taki wynik. Natomiast *Trzy próby poczucia rytmu* M. Stambak (1974) ujawniły zaburzenia w odtwarzaniu struktur rytmicznych. Symbolika uderzeń rozumiana była bez tłumaczenia, jednak zaobserwowano, że chłopiec skracał odstępy pomiędzy dźwiękami, co może wynikać z jego upodobania do szybkiego działania.

3. Charakterystyczne objawy gielkotu w badanym przypadku

Przeprowadzone badania miały na celu opis zaburzeń występujących u dziecka i weryfikację hipotezy, że w tym przypadku mamy do czynienia z gielkotem. Należy prześledzić, czy występujące u Miłosza objawy spełniają kryteria diagnostyczne tego zaburzenia. W tym celu wyniki jego badań zostaną porównanie z kryteriami zaproponowanymi przez K. St. Louisa i in.⁷ – zob. tab. 6.

⁷ Zob. https://www.stutteringhelp.org/portals/english/cluttering_some_guidelines_polish.pdf

Tab. 6. Kryteria diagnostyczne gielkotu a wyniki badań własnych

Występowanie kryteriów podstawowych (niezbędne)	
wypowiedź osoby nie brzmi „płynnie”, sprawia wrażenie niepewności tego, co i w jaki sposób chce powiedzieć	✓
nadmiar tzw. normalnych niepłynności, np. poprawek, wtrąceń	✓
brak reakcji walki lub występują one jedynie w niewielkim stopniu	✓
brak lub bardzo nieliczne wtórne objawy jąkania, np. frustracja, lęk	✓
Dodatkowe symptomy (wszystkie lub choć jeden)	
zbyt szybkie mówienie	?
wypowiedzi poszarpane	✓
zbyt krótkie lub długie pauzy bądź występujące w niewłaściwych miejscach	✓
Objawy wzmacniające obraz kliniczny gielkotu	
zdezorganizowane, mylące wypowiedzi oraz zaburzone zdolności konwersacyjne	✓
ograniczona samoświadomość problemu	✓
chwilowa poprawa mówienia w sytuacji zwrócenia na nie uwagi przez inną osobę lub nagrywania	?
niewyraźna wymowa niektórych dźwięków, przejęzyczenia, opuszczanie sylab w dłuższych słowach	✓
mało zrozumiała mowa	✓
występowanie w rodzinie zaburzeń płynności mowy	?
problemy społeczne lub zawodowe wywołane przez objawy gielkotu	✓
trudności w uczeniu się, niebędące wynikiem obniżonej inteligencji	✓
zniekształcone pismo	✓
łatwe rozpraszanie się, nadmierna aktywność, obniżona koncentracja uwagi	-
trudności w odbiorze dźwięków	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie kryteriów diagnostycznych K. St. Louisa i in.

Zasadne wydaje się omówienie objawów oznaczonych w tab. 6 znakiem zapytania. Pierwszy taki symptom to zbyt szybka mowa, która, owszem, występuje w mowie badanego chłopca, jednak tylko czasami. Drugim wątpliwym objawem jest „chwilowa poprawa mówienia w sytuacji zwrócenia na nie uwagi przez inną osobę lub nagrywania” – nie obserwowano większych zmian w mowie chłopca po zwróceniu uwagi, a nagrywanie nie spowodowało poprawy. Kolejny objaw zaznaczony pytajnikiem to rodzinne występowanie zaburzeń płynności mowy, którego nie można potwierdzić, gdyż z wywiadu z matką wynika jedynie, że ojciec chłopca wykazuje z nim pewne podobieństwa w mowie, jednak nie zbadano, jakie są to podobieństwa. Należy jedynie przypuszczać, że w tym przypadku występują pewnego rodzaju uwarunkowania dziedziczne.

Ostatnie dwa symptomy nie wystąpiły u Miłosa. Zaobserwowano tylko przejaw nadmiernej aktywności w postaci kołysania się na krześle. Jednak pomimo braku potwierdzenia w badaniach, nie można wykluczyć, iż objawy te występują, gdyż informacje takie zawarte są w opiniach poradni psychologiczno-pedagogicznej. Ponadto można pokusić się o stwierdzenie, że objawy te mo-

gły stanowią podstawę zaburzeń mowy występujących w przeszłości, przez co stanowią niejako jedną z przyczyn obecnych trudności (a nie ich objaw).

Na podstawie przeprowadzonych badań oraz ich analizy, jak również porównania uzyskanych wyników z kryteriami diagnostycznymi zaproponowanymi przez K. St. Louisa i in. należy stwierdzić, iż w omawianym przypadku mamy do czynienia z gielkotem o znacznym nasileniu.

4. Programowanie terapii

W literaturze dotyczącej gielkotu często można spotkać się z poglądem, że jest to zaburzenie bardzo trudne do wyeliminowania, szczególnie ze względu na jego niespecyficzny charakter oraz wieloaspektowość (Tarkowski 1993). Programując terapię logopedyczną w podanym przypadku, brano pod uwagę indywidualne potrzeby badanego chłopca oraz możliwości terapeutyczne na terenie szkoły. Postępowanie oparto na schemacie zaproponowanym przez W. Kostecką (2006). Obejmuje ono sześć obszarów: 1. usuwanie zaburzeń dyslalicznych, 2. ustalenie właściwego tempa mówienia, 3. usuwanie trudności w czytaniu i pisaniu, 4. rozwijanie zdolności muzycznych, 5. rozwijanie słownictwa czynnego, 6. ćwiczenia koncentracji uwagi i psychoterapię.

Ponieważ badany chłopiec potrafi prawidłowo artykułować dźwięki, uznano, że początkiem oddziaływań powinno być ustalenie właściwego sposobu oddychania, ćwiczenia fonacyjne, dykcyjne, relaksacyjne, uzyskanie odpowiedniego tempa mówienia, które będą stanowić podstawę dalszej terapii. Zagadnienia z punktu 3. oraz punktu 6. zaproponowano jako terapię pedagogiczną wspólną dla grupy uczniów z klasy, do której uczęszczał Miłosz. Ćwiczenia z zakresu terapii pedagogicznej będą prowadzone równoległe z terapią logopedyczną. Badany chłopiec będzie w nich uczestniczył tak jak w roku poprzednim, z dwojgiem innych uczniów ze swojej klasy. Wydaje się to korzystne również ze względu na motywację i samopoczucie chłopca, który dzięki obecności kolegi i koleżanki nie będzie odczuwał aż tak dotkliwie swojej odmienności. Należy nieco rozszerzyć punkt piąty, gdyż wyniki badań wskazują, iż oprócz rozwijania i utrwalania zasobu słownictwa konieczne są ćwiczenia w zakresie sprawności sytuacyjnej, społecznej i pragmatycznej, co może przyczynić się do lepszego funkcjonowania ucznia w szkole.

Biorąc pod uwagę powyższe wyjaśnienia, ogólny schemat proponowanej terapii badanego chłopca przedstawia się następująco:

1. Ćwiczenia emisji głosu.
2. Ustalenie właściwego tempa mówienia.
3. Terapia pedagogiczna.
4. Rozwijanie zdolności muzycznych.
5. Rozwijanie i utrwalanie sprawności komunikacyjnych.

Zdaniem niektórych autorów dobrym punktem wyjścia do rozpoczęcia terapii gielkotu jest poinformowanie osoby zainteresowanej oraz jej najbliższego otoczenia o istocie tego zaburzenia (van Zaalen, Reichel 2015). Osoby bliskie mogą wówczas wspomagać skuteczność terapii poprzez zrozumienie problemu, motywowanie oraz docenianie wysiłku i efektów pracy, motywacja jest bowiem kluczowym elementem pomyślnego przebiegu terapii. Nie jest jednak łatwo uzyskać odpowiednią motywację u osób z gielkotem, gdyż najczęściej mają one niską świadomość swojego problemu. U badanego chłopca osiągnięcie tego celu z pewnością będzie wymagało dużego wysiłku.

4.1. Ćwiczenia emisji głosu

Ze względu na trudności współwystępujące z zaburzeniem mowy u badanego chłopca pierwszym etapem właściwych oddziaływań terapeutycznych będą ćwiczenia emisji głosu. Wśród nich zostaną uwzględnione przede wszystkim: ćwiczenia oddechowe, fonacyjne, dykcyjne, a jako towarzyszące im – ćwiczenia relaksacyjne oraz ruchowe.

Ćwiczenia oddechowe podczas pracy terapeutycznej z badanym chłopcem będą miały na celu przede wszystkim ustalenie właściwego sposobu oddychania, wydłużenie fazy wydechowej, ekonomizację zużywanego powietrza, rozwijanie równomiernej siły wydechu (por. Fryszkiewicz, Michalak-Widera 2008). Z kolei, wdrażając ćwiczenia fonacyjne, warto uwzględnić uwagi B. Tarasiewicz (2003), która podkreśla, iż dla odpowiedniej produkcji głosu niezbędna jest prawidłowa postawa ciała, praca zuchwy, języka, mięśni krtani (otwarcie, brak napięcia) oraz podniebienia miękkiego. Autorka wśród ćwiczeń dotyczących emisji głosu proponuje: fonacyjne (rozluźniające, ćwiczenia zuchwy, krtani, języka, podniebienia miękkiego oraz całościowe), oddechowe (wdechowe i wydechowe dla uzyskania podparcia oddechowego), ćwiczenia dla uzyskania rezonansu (piersiowego oraz głowowego) i wyrównania rejestrów, artykulacyjne (bezglósowe i głosowe)⁸.

Warto również wspomnieć o metodzie E. Kazaneckiej, A. Wrońskiej i A. Szkiełkowskiej, które nawiązują do metody akcentów. Celem terapii jest doprowadzenie do bezwysiłkowej produkcji głosu (Wysocka 2013). Wspomniane autorki wyróżniły w swoim podejściu terapeutycznym następujące kategorie ćwiczeń:

- rozwijające świadomość swojego ciała, korygujące postawę oraz zmniejszające napięcia mięśniowe,
- oddechowe i dotyczące tych cech głosu, które zależą od funkcjonowania układu oddechowego,

⁸ Materiały zawierające przykłady wspomnianych ćwiczeń można znaleźć m.in. w: Kamińska 2010, Toczyska 2007, Michalak-Widera 2012, Binkuńska 2012, Wysocka 2013.

- kształtujące pozycję spoczynkową języka i żuchwy, jak również ich czynność artykulacyjną,
- kształtujące konkretne cechy głosu,
- uwzględniające prozodię języka polskiego (Szkielkowska, Kazanecka 2011).

Wykorzystanie elementów wymienionej metody również wydaje się zasadne w trakcie realizacji tego etapu pracy korekcyjnej z prezentowanym chłopcem. Należy ponadto zwrócić uwagę na ciekawy przykład ćwiczeń relaksacyjnych, jakim jest joga dla dzieci (Kamińska 2010). Ćwiczenia powyższe należy dostosować do aktualnych potrzeb chłopca, jak również efektów wdrożonych oddziaływań.

4.2. Ustalenie właściwego tempa mówienia

Na tym etapie terapii można wzorować się na ćwiczeniach z publikacji W. Kosteckiej (2006), w której zawarte są następujące propozycje sposobów ustalenia właściwego tempa mówienia: 1. porównywanie nagrań wypowiedzi z gielkotem i poprawnych, 2. sylabizowanie, 3. jednoczesne czytanie tekstu z terapeutą.

W celu uzyskania nagrania wypowiedzi z gielkotem należy wybrać kilka krótkich tekstów, a następnie polecić ich przeczytanie. Powstałe w ten sposób nagranie należy równocześnie odtwarzać z wypowiedzią w poprawnym tempie. Dzięki temu możliwe jest wychwycenie różnic, a co za tym idzie, uświadomienie problemu osobie z gielkotem (Tarkowski 1993). Z kolei sylabizowanie polega na wolnym wymawianiu poszczególnych sylab w równych odstępach czasu. Pomocne może być przy tym ich rytmiczne wystukiwanie. Jeśli wystąpi problem ze skoordynowaniem wypowiadania sylab z wystukiwaniem, należy posłużyć się metronomem. Po opanowaniu tej umiejętności przechodzi się do głośnego czytania tekstów, które początkowo są krótkie, a z czasem stopniowo się je wydłuża (Kostecka 2006). Natomiast równoczesne czytanie polega na tym, że następuje zsynchronizowanie czytania prostego tekstu przez logopedę i osobę z gielkotem, przy czym terapeuta narzuca tempo. Następnie stopniowo wycofuje się on ze swojego prowadzenia poprzez ściszenie głosu (Tarkowski 1993).

Oprócz tego M. Chęć (2005) proponuje zastosowanie w terapii gielkotu techniki opartej na przedłużaniu samogłosek ustnych, co daje efekt zwolnienia tempa mowy, które autor nazywa „terapeutycznym tempem mówienia”. Zwraca on również uwagę, że dla osiągnięcia w miarę szybkich rezultatów, konieczne jest stosowanie go przez pewien okres terapii. Ponadto, jako rozgrzewkę przed wymienionymi propozycjami oddziaływań można zastosować ćwiczenie polegające na liczeniu głośnym wspak, stosując przy tym zasadę stopniowania trudności, np., od 101 co 3 w dół, od 201 co 4, od 502 co 7 (van Zaalen, Reichel 2015).

4.3. Terapia pedagogiczna

Ta część pracy korekcyjnej będzie prowadzona równoległe z terapią logopedyczną z udziałem dwojga innych uczniów. Celem tych zajęć będzie przede wszystkim rozwijanie i utrwalanie umiejętności, w obrębie których deficyty stanowią trudności współwystępujące z zaburzeniem mowy i pośrednio również na nie wpływają. Natomiast podstawę teoretyczną i metodyczną tychże oddziaływań stanowić będzie publikacja I. Czajkowskiej i K. Herdy *Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne w szkole* (1996). Autorki dzielą pracę korekcyjną na trzy części: 1. etap przygotowawczy (w tym: ćwiczenia rozwijające ogólne sprawności ruchowe i manualne, ćwiczenia funkcji wzrokowej i orientacji przestrzennej, ćwiczenia funkcji słuchowej), 2. terapia właściwa, 3. doskonalenie umiejętności czytania i pisania.

Ćwiczenia zaproponowane w etapie przygotowawczym będą prowadzone w celu wyrównywania zaburzeń rozwoju poszczególnych funkcji, ale także dla relaksacji oraz urozmaicenia zajęć. W tej części terapii znajdują się również ćwiczenia usprawniające koncentrację oraz uwagę i pamięć wzrokową i słuchową⁹. Natomiast etap drugi stanowią ćwiczenia doskonalenia umiejętności czytania i pisania. U Miłosza można stosować następujące ćwiczenia:

- czytanie tekstu z przesłoną (w okienku),
- czytanie wsteczne,
- jednoczesne czytanie i pisanie tekstu,
- usuwanie trudności w pisaniu (Kostecka 2006).

Zdaniem T. Gąsowskiej i Z. Pietrzak-Stępkowskiej (1978) czytanie w okienku pomaga w stopniowym przechodzeniu od czytania sylab i wyrazów do całych linijek tekstu oraz w pokonywaniu niewłaściwych nawyków. Z kolei technika czytania wstecznego to literowanie bądź sylabizowanie tekstu od końca. Ćwiczenie takie wymusza koncentrację uwagi, aby nie doszło do pominięcia jakiegoś elementu. Może przybrać także zabawową formę, np. poprzez wykorzystanie tekstu w języku obcym (Kostecka 2006). Jednoczesne czytanie i pisanie tekstu sylabami wykazuje pewne zalety. W. Kostecka (2006) wymienia następujące: 1. poprzez sylabizowanie zwolnione zostaje tempo mówienia, 2. czytanie musi być uważne, aby było możliwe napisanie tekstu, 3. proces pisania stwarza lepsze możliwości poprawnego literowania.

Podczas usuwania trudności w pisaniu należy pamiętać, że w przypadku opisywanego chłopca postawienie diagnozy dysgrafii spowodowane było przede wszystkim wzmocnionym napięciem mięśniowym w obrębie dłoni, niepoprawnym posługiwaniem się narzędziem pisarskim oraz zbyt szybkim pisaniem. Oddziaływania terapeutyczne będą zatem zawierały ćwiczenia manualne połączone

⁹ Propozycje oraz materiały do ćwiczeń można znaleźć np. w: Szymankiewicz 2013, Handzel 2004, Małasiewicz 2015 i in.

z relaksacją (w celu obniżenia napięcia). Można wykorzystać także ćwiczenia grafomotoryczne oraz kalkowanie obrazków, gdyż wymagają one koncentracji i spowolnienia tempa pracy. Ponadto, prowadząc zajęcia z terapii pedagogicznej, należy posłużyć się materiałem zamieszczonym w publikacji T. Danielewicz i in. (1974). Celem tej terapii będą oddziaływania psychoterapeutyczne oraz ćwiczenia koncentracji uwagi.

4.4. Rozwijanie zdolności muzycznych

W przypadku gielkotu zaleca się także wszelkiego rodzaju ćwiczenia umuzykalniające (Kostecka 2006). Mogą one polegać między innymi na: grze na prostych instrumentach, poruszaniu się w rytm muzyki, rozpoznawaniu oraz powtarzaniu struktur rytmicznych o coraz bardziej złożonej konstrukcji, śpiewaniu piosenek. Ciekawymi zajęciami umuzykalniającymi dla uczniów w szkole jest np. śpiewanie w chórze, udział w zespołach tanecznych czy teatralnych.

4.5. Rozwijanie i utrwalanie sprawności komunikacyjnych

W celu polepszenia jakości wypowiedzi Miłosza konieczne jest utrwalanie i poszerzanie zasobu słownictwa. Obecnie najczęściej jego wypowiedzi obfitują w słowa proste, dobrze mu znane, często nieadekwatne do sytuacji.

W. Kostecka (2006) proponuje następujące sposoby rozwijania słownictwa w przypadku gielkotu: recytacja, głośnie i wyraźne czytanie, powtarzanie i opowiadanie krótkich tekstów. Dzięki zastosowaniu recytacji możliwe jest nie tylko poszerzenie zasobu leksykalnego, ale również ćwiczenie poprawnego formułowania zdań oraz mówienia rytmicznego. Z kolei ćwiczenia głośnego i wyraźnego czytania nie tylko wzbogacają słownictwo czynne i bierne, ale również pozwalają na korygowanie błędów z zakresu akcentowania i przestrzegania interpunkcji (Tarkowski 1993).

Osoby z gielkotem często przejawiają pewne zahamowania przed dłuższym wypowiedzianiem się. Tak jest również w przypadku badanego chłopca. W celu przezwyciężenia tego stanu rzeczy należy początkowo demonstrować sposób poprawnej wypowiedzi, a zadaniem Miłosza będzie odtworzenie jej. Następne ćwiczenia to np.: opis obrazka, fotografii, opis historyjek obrazkowych, odtwarzanie wysłuchanego tekstu, odpowiadanie na pytania, opis przedmiotów, ludzi, zwierząt, relacjonowanie wydarzeń, streszczanie książek, artykułów, programów telewizyjnych, prowadzenie dialogów (Tarkowski 1993). U osób z gielkotem bardzo ważne jest wypracowanie nawyku formułowania wypowiedzi za pomocą myśli przed jej wypowiedzeniem. Ponadto istotne jest również stosowanie krótszych lub dłuższych pauz w chwili, gdy wypowiedź nie jest jeszcze przygotowana (Kostecka 2006). Autokontrola oraz odpowiednie pauzy oddechowe mają kluczowe znaczenie dla płynności i zrozumiałości mówienia. Przerwy w mowie

pozwalają także na swobodne oddychanie (van Zaalen, Reichel 2015). Również w przypadku badanego chłopca wyćwiczenie prawidłowego używania pauz ma duże znaczenie. Wtedy tempo jego wypowiedzi będzie bardziej regularne i uniknie się potrzeby brania dodatkowego wdechu w trakcie artykulacji rozpoczętego już słowa.

Uwagi końcowe

W prezentowanym przypadku zdiagnozowano gielkot o znacznym nasileniu. Realizacja terapii wymaga stosowania ciągłego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, który będzie się nawzajem przeplatał. Logopeda musi być przygotowany na twórczą postawę w postępowaniu terapeutycznym. Pierwszym wyzwaniem terapeuty będzie wzbudzenie i podtrzymanie motywacji u chłopca do pracy korekcyjnej.

Należy też pamiętać, że raz sformułowany plan terapii należy czasami modyfikować i dostosowywać do pojawiających się w trakcie prowadzenia zajęć trudności, jak również do osiągniętych efektów. W celu zwiększenia skuteczności terapii należy uświadomić członkom rodziny oraz nauczycielom, na czym polegają trudności chłopca, aby był przez nich lepiej rozumiany oraz żeby otrzymał odpowiednie wsparcie i motywację do podejmowania trudu systematycznych ćwiczeń.

Literatura

- Binkuńska E., 2012, *Higiena i emisja głosu mówionego*, Bydgoszcz: Wyd. UKW.
- Chęć M., 2001, *Kwestionariusz Cooperów do oceny jąkania. Zarys terapii. Zmodyfikowany program psychofizjologicznej terapii jąkających się*. Podręcznik, Lublin: Orator.
- Chęć M., 2005, *Różne oblicza niepełności mówienia*, „Logopedia” 34, s. 245–256.
- Czajkowska I., Herda K., 1996, *Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne w szkole*, Warszawa: WSiP.
- Danielewicz I., Koźmińska A., Magnuska J., 1974, *Terapia uspokajająca i rozwijająca dla dzieci nerwicowych i dyslektycznych*, Warszawa: PTHP.
- Emiluta-Rozya D., 2013, *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Warszawa: Wyd. APS.
- Fryszkiewicz M., Michalak-Widera I., 2008, *Trening emisyjny z młodzieżą niepełnosprawną*. „Forum Logopedyczne” 14, s. 31–33.
- Gąsowska T., Pietrzak-Stepkowska Z., 1978, *Praca wyrównawcza z dziećmi mającymi trudności w czytaniu i pisaniu*, cz. 2, Warszawa: WSiP.
- Grabias S., Kurkowski Z.M., Woźniak T., 2002, *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*, Lublin: UMCS.
- Handzel Z., 2004, *Dyktanda graficzne*, Gdańsk: Harmonia.
- Janas-Kaszczuk J., Tarkowski Z., 1991, *O metodologii w logopedii. Wprowadzenie do teorii i metody logopedii*, Lublin: Wyd. Fundacji Solidarności.

- Jastrzębowska G., 1996, *Podstawy logopedii dla studentów logopedii, pedagogiki, psychologii, filologii*, Opole: Wyd. UO.
- Kaczmarek B., 1986, *Mózgowe mechanizmy formułowania wypowiedzi słownych*, Lublin: UMCS.
- Kamińska D., 2010, *Wspomaganie płynności mowy dziecka – profilaktyka, diagnoza i terapia jąkania wczesnodziecięcego*, Kraków: Impuls.
- Kostecka W., 2004, *Zintegrowany program terapii osób jękających się*, Lublin: AWH Antoni Dudek.
- Kostecka W., 2006, *Gielkot. Studium przypadku*, Lublin: AWH Antoni Dudek.
- Kurkowski Z. M., 2007, *Próba sylabowa do oceny niepłynności mówienia*, Warszawa: SPONiN „Człowiek – Człowiekowi”.
- Małasiewicz A., 2015, *Wyteż wzrok i pamięć. Ćwiczenia dla uczniów szkoły podstawowej i nie tylko*, Gdańsk: Harmonia.
- Michalak-Widera I., 2012, *Praca emisyjna z młodzieżą z mózgowym porażeniem dziecięcym i obniżoną sprawnością intelektualną w stopniu lekkim*, „Forum Logopedyczne” 20, s. 160–167.
- Minczakiewicz E. M., 1997, *Logopedia. Mowa: rozwój – zaburzenia – terapia*, Kraków: Wyd. Naukowe WSP.
- Stambak M., 1974, *Trzy próby poczucia rytmu* [w:] *Metody psychologicznego badania dziecka*, red. W. Zazzo, R. Zazzo, Warszawa: PZWL
- Szamburski K., 2012, *Diagnoza niepłynności mówienia* [w:] *Diagnoza logopedyczna*, red. E. Czaplewska, S. Milewski, Sopot: GWP.
- Szkiełkowska A., Kazanecka E., 2011, *Emisja głosu – wskazówki metodyczne*, Warszawa: AMCF.
- Szymankiewicz E., 2013, *Dyslektyczne ucho. Zbiór ćwiczeń stymulujących rozwój percepcji słuchowej nie tylko dla uczniów z dysleksją*, Gdańsk: Harmonia.
- Tarasiewicz B., 2003, *Mówię i śpiewam świadomie. Podręcznik do nauki emisji głosu*, Kraków: Universitas.
- Tarkowski Z., 1992, *Jąkanie wczesnodziecięce*, Warszawa: WSiP.
- Tarkowski Z., 1993, *Gielkot* [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, Lublin: Wyd. UMCS, s. 157–170.
- Tarkowski Z., 2001, *Kwestionariusz niepłynności mówienia i logofobii. Diagnoza i terapia jąkania*, Lublin: Orator.
- Tarkowski Z., 2002, *Nowe ujęcie mowy bezładnej* [w:] *Człowiek wobec ograniczeń. Niepełnosprawność, komunikowanie, diagnoza, terapia*, red. Z. Tarkowski, G. Jastrzębowska, Lublin: Orator, s. 187–196.
- Tarkowski Z., 2003, *Jąkanie. Gielkot* [w:] *Logopedia – pytania i odpowiedzi*, t. 2: *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i dorosłych*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole: Wyd. UO, s. 176–190.
- Tarkowski Z., 2016, *Dzieci z zaburzeniami zachowania, emocji i mowy*, Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Tarkowski Z., Smul M., 1988, *Gielkot*, Warszawa: Wyd. ZSL.
- Toczyńska B., 2007, *Głośno i wyraźnie. 9 lekcji dobrego mówienia*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wysocka M., 2013, *Metody terapii czynnościowych zaburzeń głosu*, „Logopedia” 42, s. 194–202.
- Zaalen Y. van, Reichel I.K., 2015, *Nowoczesne podejścia do terapii gielkotu* [w:] *Zaburzenia płynności mowy. Teoria i praktyka*, red. K. Węsierska, Katowice: Komlogo, s. 265–288.
- Zaleski T., 1993, *Klasyfikacja zaburzeń mowy* [w:] *Diagnoza i terapia zaburzeń mowy*, red. T. Gałkowski, Z. Tarkowski, T. Zaleski, Lublin: Wyd. UMCS, s. 47–50.

Netografia

Louis K. St., bd, *Gielkot – mowa bezładna. Kilka wskazówek*, tłum. K. Węsierska, M. Węsierska [dostęp na:] http://www.stutteringhelp.org/portals/english/cluttering_some_guidelines_polish.pdf

**Diagnosis and speech therapy programming
for a thirteen-year-old boy with cluttering**

Summary

The object of this article is diagnosis and speech therapy programming for a thirteen-year-old boy with cluttering. The presented longitudinal study comprises a description of the functioning of a boy (from early childhood to 13 years of age) on cognitive, social, emotional, but mainly communicative level. The recognised disorder helps to better understand the verbal behaviour of the boy and gives a chance for the boy to be able in the future to better use his own capabilities on intellectual and emotional level. The interdisciplinary diagnosis is the starting point for programming a speech therapy supported with educational and psychological activity as well as the family environment of the boy.

Key words: cluttering, case study, diagnosis and speech therapy programming

CZĘŚĆ II
ZESPOŁY GENETYCZNE

Anna Mamica

Zespół Szkół Specjalnych nr 11 w Krakowie

DZIEWCZYNIKA Z ZESPOŁEM WILLIAMSA - STUDIUM PRZYPADKU

Autorka artykułu przez sześć lat pracowała jako terapeuta logopeda w Zespole Wczesnego Wspomagania w Zespole Szkół Specjalnych nr 11 w Krakowie, w tym przez ostatnie trzy lata z Weroniką – dziewczynką z zespołem Williama. Celem niniejszej publikacji jest analiza przebiegu terapii dziecka z rzadkim zespołem genetycznym na przestrzeni czterech lat (wiek dziecka: od 1;6 do 5;9). We wstępie scharakteryzowany został zespół Williama, w tym częstotliwość występowania, genetyczne uwarunkowania i ich wpływ na pracę mózgu oraz jego cechy kliniczne (między innymi dysfunkcje metaboliczne, kardiologiczne, endokrynologiczne i ich wpływ na funkcjonowanie osoby). Kolejną część prezentuje studium przypadku dziewczynki z zespołem Williama (ZW). Analizie poddano zebraną dokumentację medyczną, psychologiczną i logopedyczną. Omówiono również indywidualny program terapeutyczny oraz osiągnięte w czasie pracy z dzieckiem efekty.

Słowa kluczowe: zespół Williama, upośledzenie umysłowe, hipotonia, nadwrażliwość słuchowa, terapia logopedyczna

Specyfika zespołu Williama

Celem niniejszej publikacji jest analiza terapii osoby z rzadkim zespołem genetycznym – od momentu postawienia diagnozy do chwili obecnej, czyli w ciągu czterech lat (od wieku dziecka 1;6 do 5;9). Nazwa tego zespołu genetycznego funkcjonuje od 1960 roku pod dwoma postaciami: zespołu Williama (ZW – nazwa ta przyjęta jest w Stanach Zjednoczonych) lub zespołu Williama-Beurena (nazwa przyjęta w krajach europejskich) i wywodzi się od nazwisk jego odkrywców. W Polsce używa się raczej tej pierwszej formy (Giers 2011: 13).

Zespół Williama występuje – według amerykańskich badań – u 1 na 20 000 – 25 000 żywych urodzeń; natomiast badania norweskie podają, że u 1 na 7500 dzieci (Martens, Wilson, Reuters 2008). Dane polskiego oddziału Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Zespołem Williama wskazują, że w naszym kraju rodzi się rocznie czterdzieścioro dzieci z tą wadą genetyczną. Według klasyfikacji ICD-10 (International Classification of Diseases – za www.gen.org.pl) nie istnieje dla ZW oddzielny kod; zespół ten jest klasyfikowany w grupie Q87.8 – „inne delecje autosomalne nie określone gdzie indziej”.

Zespół Williamsa jest delecją od 1,5 do 1,8 mln par zasad z 7 chromosomu, co prowadzi do usunięcia od 26 do 28 genów. Przyjmuje się, iż u 95% osób mikrodelecje w 60% pochodzą od matki, a w 40% od ojca (Giers 2011: 15). Z 26 utraconych genów rozpoznano zaledwie kilka. Najważniejszy z nich to gen elastyny, który ma duży wpływ na rozwój i pracę mózgu. Elastyna jest budulcem tkanek, między innymi wiązań, chrząstek, skóry, płuc, strun głosowych. Pozostałe zbadane do tej pory geny odpowiadają w ZW za dysfunkcje w zakresie: myślenia przestrzennego, pracy mózdzku, regulacji ciśnienia, tolerancji glukozy, nadpobudliwości i deficytu uwagi, ogólnej budowy mózgu, pracy jelit i nerek.

W zależności od obszaru uszkodzenia genów w łańcuchu DNA ZW ma różny stopień nasilenia specyficznych cech – im więcej redukcji genów, tym większe uszkodzenie. Badaniom poddano także różnice w ilorazie inteligencji (IQ) w zależności od płci pacjentów; okazało się, że u kobiet z ZW IQ był wyższy niż u mężczyzn (Martens, Wilson, Reuters 2008). Badania nad mózgiem osób z ZW wykazały, iż objętość mózgu była u nich o 13% mniejsza niż u osób zdrowych. Zmiany zaobserwowano w lewostronnej części płata skroniowego, w okolicy słuchowej. Obszar ten był powiększony, co wyjaśniło zdolności językowe i muzyczne w tej grupie pacjentów. Stwierdzono ponadto powiększony mózdzek, a zwłaszcza jego centralną część zwaną robakiem, a także uszkodzenie ciała migdałowatego. Tłumaczy to nadmierną ufność i mocniejsze dążenie do kontaktów z dorosłymi niż z rówieśnikami. Osoby z ZW wykazują lekki i umiarkowany stopień upośledzenia. W badaniu *Skalą inteligencji Wechslera* ich wyniki oscylują w granicach 40–55 (Giers 2011: 44). W badaniach skalą werbalną osiągają lepsze wyniki niż w skali niewerbalnej (Mayer-Lindenberg, Marvis, Berman 2006), co ma związek ze zdolnościami językowymi, dobrą pamięcią słuchową i muzyczną.

Upośledzenie umysłowe ma wpływ na deficyty poznawcze, m.in. myślenie abstrakcyjne, w tym rozumienie relacji między pojęciami, operacji matematycznych, wyodrębnianie myśli przewodniej czytanego tekstu, oderwanie się od konkretnych przedmiotów. Osoby z upośledzeniem mają problem z analizą i uogólnianiem spostrzeganych faktów, uchwyceniem związków przyczynowo-skutkowych. Ich zapamiętywanie jest wybiórcze, mechaniczne – bez możliwości ustalenia logicznego związku między fragmentami tekstu. Jeśli dodamy dużą labilność emocjonalną, to zauważymy „małą efektywność procesu uczenia się i jej wpływ na nabywanie wiadomości szkolnych” (Siwek 2012: 34).

Zespół Williamsa to kompilacja wielu wad wynikających z ubytku genów w 7. parze chromosomów. Jedną z nich jest SVAS (*supravalvular aortic stenosis*) – nadzastawkowe zwężenie aorty, często tętnicy płucnej i naczyń nerkowych. Problemy sercowo-naczyniowe wiążą się ze zwężaniem światła naczyń, które powodowane są nadmiernym przyrostem tkanek. Wada ta bezpośrednio łączy się z kolejną – nadciśnieniem krwi (u około 50% osób). Pozostałe wady związane są z niewykształceniem nerek, zaburzeniem układu moczowego (co

skutkuje opóźnionym treningiem czystości), niedoczynnością tarczycy, hiperkalcemią (podwyższony poziom wapnia we krwi). Ta ostatnia wada skutkuje problemami z karmieniem, refluksem, brakiem łaknieniem, uszkodzeniem szkliwa. Nieleczona hiperkalcemia powoduje uszkodzenie (zwapnienie) nerek oraz zakłócenie wzrostu kości (Giers 2011).

Noworodki z ZW mają niższą wagę urodzeniową i mniejszy wzrost. Niemowlęta wolno przybierają na wadze. Mają problemy ze ssaniem, częste kolki i refluks. Brak genu elastyny jest także przyczyną problemów szkieletowo-mięśniowych, skutkuje hipotonią, przykurczami lub nadmierną ruchliwością stawów, co przekłada się na naukę chodzenia, postawę ciała oraz w wieku późniejszym jest przyczyną problemów z kręgosłupem. Dzieci z ZW często przejawiają wiele zachowań niepożądanych i zakłócających codzienne funkcjonowanie. Są to najczęściej: impulsywność i labilność emocjonalna, problemy z uwagą dowolną, nadwrażliwość na bodźce słuchowe, zaburzenia snu (trudność w zasypianiu i łatwe wybudzanie się), mała tolerancja na zmiany i nowe sytuacje (Maurer, Bołtuć 2010).

U nastolatków wcześniej rozpoczyna się okres dojrzewania. Osoby dorosłe osiągają wzrost około 160 cm, często zdarzają się wypadki otyłości. Dorosłych z ZW często określa się mianem „ludzie-elfy”. W wyglądzie twarzy wyróżniają się szerokie i wydatne usta, szerokie czoło, nisko osadzone uszy, fałda wokół oczu dająca wrażenie obrzęku, zapadnięta nasada nosa, szeroki i zaokrąglony koniuszek nosa, pełne policzki, mała żuchwa. Osoby z ZW to ludzie pogodni, towarzyscy, wrażliwcy nastawieni na drugiego człowieka. Dobrze wczuwają się w stany emocjonalne innych, okazują zainteresowanie problemami osób z otoczenia, są zawsze chętni do pomocy. Dzięki swoim zdolnościom językowym potrafią opowiedzieć o swoich problemach, są świadomi swojej choroby, odmienności, dostrzegają swoje ograniczenia. Bardzo ważna jest dla nich akceptacja środowiska i zrozumienie, zwłaszcza w wieku dorastania.

Studium przypadku dziewczynki z zespołem Williamsa

Weronika urodziła się w 39. tygodniu ciąży przez cesarskie cięcie (wskazanie lekarza okulisty matki). Dziewczynka ważyła 2640 g i otrzymała 10 punktów w skali Apgar. Na podstawie wywiadu przeprowadzonego z mamą dziecka wiemy, że przebieg ciąży do 6. miesiąca był prawidłowy. Od tego miesiąca kolejne badania USG wykazywały zatrzymanie się dziecka w rozwoju prenatalnym. Zahamowanie to ustąpiło i dziecko zaczęło rosnąć, lecz nieharmonijnie.

Do dziewiątego miesiąca życia miednica dziecka była źle rozwinięta. W dziewiątym miesiącu dziewczynka siedziała z podparciem, zaczęła chodzić (trzymana za rączkę lub przy poręczy) w wieku dwudziestu miesięcy – był to chód chwiejny, niezgrabny, z szeroko rozstawionymi nóżkami. Gdy miała dzie-

więc miesięcy, powiedziała pierwsze słowo: *mama*, a gdy skończyła rok, pojawiło się słowo *tata*. Była dzieckiem bardzo płacziwym, nadpobudliwym, cierpiała na kolki i refluksy. Miała zaburzenia snu – nie mogła zasnąć, w nocy często wybudzała się z krzykiem, długo nie mogąc się uspokoić. Była hospitalizowana z powodu nieżytu jelit oraz napadów rzucawkowych; bardzo słabo przybierała na wadze. Zęby mleczne nie miały szkliwa i szybko uległy zniszczeniu.

Diagnozę medyczną postawiono, gdy dziewczynka miała 17 miesięcy. Stwierdzono delecję 7. chromosomu odpowiadającą klinicznie zespołowi Williama, nadzastawkowe zwężenie aorty, subkliniczną niedoczynność tarczycy (ukrytą, niedającą jednoznacznych objawów), hiperkalcemię oraz opóźnienie psychomotoryczne. Dziewczynkę skierowano na konsultacje: kardiologiczną, endokrynologiczną, dietetyczną, genetyczną oraz do poradni rehabilitacyjnej i psychologicznej w celu ukierunkowania stymulacji rozwoju. W wyniku konsultacji psychologicznych na podstawie badania skali inteligencji dla małych dzieci Cattella dziewczynka uzyskała wynik wskazujący na rozwój poznawczy kształtujący się poniżej przeciętnej (wiek rozwojowy ok. 12. miesiąca przy wieku życia 18 miesięcy). Stwierdzono nieharmonijny rozwój i zalecono ogólnorozwojową terapię w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju.



Fot. 1. Weronika w wieku 13 miesięcy
(zdjęcie z albumu rodzinnego, opublikowane za zgodą rodziców)

Dziecko z typowymi dla zespołu Williama zmianami dymorficznymi twarzy: duże, nisko osadzone uszy, szerokie czoło, zapadnięta nasada nosa, wydatne wargi, szerokie usta, obrzęk wokół oczu. Można zaobserwować proste, wyciągnięte nóżki – objaw obniżonego napięcia mięśniowego.

Diagnoza funkcjonalna i pierwszy rok terapii

Po diagnozie i wydaniu orzeczenia o konieczności kształcenia specjalnego przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną Weronika rozpoczęła zajęcia w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju (ZWWR). Zespół tworzyli specjaliści: psycholog, fizjoterapeuta, oligofrenopeda i logopeda. Dokonali oceny funkcjonowania dziecka i na tej podstawie skonstruowali plan i program działań pomocowych. Model zespołowej pracy realizowany w placówkach zajmujących się wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnością sprzężoną jest tu wyjątkowo ważny (Piszczek 2015: 13). W proces terapii włączani są także rodzice, którzy realizują wskazania terapeutów w domu na podstawie programu i instrukcji. W celu skonstruowania programu terapii dziewczynkę obserwowano w zabawie na zajęciach, na które przychodziła z mamą (miała wtedy 18 miesięcy). Początkowo Weronika miała silny lęk separacyjny – nie schodziła z kolan mamy, wykazywała też nadwrażliwość na najmniejsze dźwięki dochodzące zza drzwi, reagowała na nie płaczem lub krzykiem.

W ZSS nr 11 w Krakowie – placówce, do której uczęszczała dziewczynka, istnieje wewnętrzny dokument skonstruowany przez zespół terapeutów – *Wielospecjalistyczna ocena poziomu funkcjonowania* (jest to autorski projekt nauczycieli ZSS nr 11 z Krakowa z aktualizacją z 2014 roku). To narzędzie wykorzystano do diagnozowania Weroniki. W mojej ocenie możliwy był tylko jakościowy opis sposobu funkcjonowania dziecka, ze względu na rzadki zespół genetyczny i wiek (osiemnaście miesięcy) oraz brak adekwatnych narzędzi diagnostycznych. Formułując diagnozę jakościową, skupiono się na zachowaniu się dziecka i jego komunikacji. Ocenie poddano następujące elementy:

1. Sprawność motoryczna i manualna: dziewczynka chodzi samodzielnie, lecz chód jest chwiejny, na „szerokiej podstawie” (nogi rozstawione – tak chodzą osoby z niepewnością grawitacyjną), najczęściej jednak za rękę, po schodach (tylko w górę), trzymając się poręczy i dostawiając nogę. W sali, w której odbywały się zajęcia, dziecko przemieszczało się w sposób chaotyczny, bez celu i większego zainteresowania; zabawki nie budziły ciekawości; chwyciła je całą dłonią (chwyt nożycowy); gdy dziewczynka podawała rękę podczas przywitania, nie czuło się odwzajemnienia uścisku dłoni; w czasie zabaw ruchowych przewracała się bez przyczyny, wykazywała duże deficyty przy planowaniu ruchu, całościowej koordynacji.
2. Spostrzeganie wzrokowe: dziewczynka skupia wzrok na przedmiocie kilkanaście sekund, wodzi wzrokiem, ale tylko za przedmiotem atrakcyjnym; rozpoznaje zdjęcia mamy, kota, psa.
3. Sprawność słuchowa: dziecko słyszy prawidłowo, reaguje na swoje imię, wskazuje na mamę na polecenie; zbyt emocjonalnie reaguje na wszystkie nowe dźwięki, jest bardzo pobudzona, płacze, ucieka do mamy. Prawidłowo

- lokalizuje źródła dźwięku, samodzielnie poszukuje instrumentów muzycznych, zabawek wydających dźwięk.
4. Zabawa: Weronika lubi odbijanie balonika i rzucanie piłką (siedząc na kolanach mamy), wykonuje niespecyficzne zabawy przedmiotami, zabawkami (stukanie o podłogę, wyrzucanie).
 5. Uwaga dowolna: dziecko koncentruje się od kilku do kilkunastu sekund, „muzykuje” na instrumencie lub przedmiocie wydającym dźwięk.
 6. Samoobsługa: dziewczynka jest niesamodzielna, rzadko współpracuje przy ubieraniu, pije z kubka z dziubkiem z uszami po bokach, jest karmiona zupkami przecieranymi, papkami, używa pampersów.
 7. Kontakty społeczne: uśmiech dziecka oznacza wyraźną oznakę zadowolenia, zgodę na zabawę, akceptację osoby, miejsca; krzyk, płacz, ucieczka do mamy – to wyraz dezaprobaty; dziewczynka wita się przez podanie ręki, na pożegnanie robi „pa, pa”.
 8. Rozumienie mowy i komunikacja: dziewczynka rozumie polecenia słowne, ale z podpowiedzią gestową (gesty Makaton), wskazaniem („daj mi”, „chodź tu”, „pokaż, gdzie”); zna przedmioty i osoby z najbliższego otoczenia (stół, krzesło, łóżko, auto, kot, pies, lala, miś, auto, mama, tato, babcia); wypowiada słowa: *mama, tata, baba* oraz zlepkki samogłosek służące komunikowaniu się: *eee* (nie, nie to, nie chcę, nie lubię, zrobiłam kupę, siku, boli mnie), *aaa* (iść spać, Ania, auto, boli mnie). Wypowiadane słowa pełnią także rolę jednowyrazowych zdań, tzw. holofraz (za: Ligęza 2003) i kolejno znaczą: *tata* (tata czeka w samochodzie), *baba* (babcia jest na korytarzu). Dziecko ma głos niski, matowy; krzykowi czy płaczowi towarzyszy duże natężenie emocjonalne niewspółmierne do zaistniałej sytuacji.

Powyższy opis funkcjonowania i wcześniejsze dane z wywiadu, dokumentacji medycznej i opinii psychologicznej oraz orientacyjnego badania mowy, przedstawiły obraz dziecka z wielorakimi zaburzeniami i dysfunkcjami. W zespole, w którym pracowałam, rozpoczęto terapię obejmującą najbliższe sfery rozwoju, tj. potrzebne w danym czasie do funkcjonowania społecznego: znajomość schematu ciała, ćwiczenia samoobsługi, koncentracji uwagi, rozwijanie koordynacji ruchowej i komunikacja w naprzemiennej zabawie oraz w czynnościach dnia codziennego. W celu usprawnienia porozumienia z dzieckiem (gdyż dziewczynka właściwie nie mówiła), postanowiono komunikaty werbalne wesprzeć podstawowymi gestami z programu Makaton. Program zawierał zalecenia do pracy w domu. Rodzice otrzymali instruktaż i propozycje ćwiczeń oraz zabaw. Zalecenia zawierały wskazówki dotyczące warunków, jakie należy zapewnić dziecku (przestrzeń do zabawy z ograniczoną ilością bodźców rozpraszających), oraz przykłady prostych zabaw (np. kąpanie lali – ćwiczenia schematu ciała; gdzie schował się miś – nazywanie miejsc, rzeczy; karmienie zabawek –

ćwiczenie chwytów potrzebnych w samoobsłudze). Zaproponowano ćwiczenia na orientację w schemacie ciała, tj. rytmiczne wyliczanki z podpowiedziami manualnymi, wskazywaniem u domowników, naśladowanie, zabawy naprzemienne. Nauka samoobsługi miała na celu aktywne uczestniczenie w rozbieraniu i ubieraniu się (czynności rozłożono na małe kroki z podpowiedziami manualnymi), myciu się, wycieraniu. Mimo dużego deficytu uwagi, wdrożono naukę jedzenia. Weronika miała spożywać posiłki w wydzielonym miejscu, w odpowiednio zorganizowanej przestrzeni (bez bodźców rozpraszających), na własnym krześle. Zgodnie z regułami karmienia terapeutycznego wprowadzano kolejne zróżnicowane struktury pokarmów.

Dla zwiększenia napięcia mięśniowego i usprawnienia motorycznego zaproponowano różne formy ruchu, m. in. czołganie się, turlanie, chodzenie na czworakach, ciągnięcie lub pchanie dużych przedmiotów po podłodze oraz przelewanie płynów, wyjmowanie i wkładanie drobnych przedmiotów, zakręcanie i odkręcanie nakrętek. Wszystkie zabawy miały łączyć się z nazywaniem przez osobę dorosłą rzeczy, osób, czynności, stosunków przestrzennych. W związku z problemami z zasypianiem zaproponowano krótkie masażyki, kołysanki, głośkanie oraz ograniczenie do minimum bodźców mogących uniemożliwić wyciszenie dziecka przed snem (telewizor, komputer, głośna muzyka, głośne rozmowy).

Diagnoza po trzech latach terapii (wiek dziecka 5;9)

Kolejne lata terapii w Zespole Wczesnego Wspomagania Rozwoju, ale także konsultacje u wielu specjalistów, farmakoterapia, zbilansowana dieta oraz zaangażowanie rodziców, przyczyniły się do znacznych postępów w rozwoju dziewczynki. W wieku trzech lat zaczęła ona uczęszczać do przedszkola do grupy integracyjnej, w której miała zapewnione kształcenie specjalne. Zespół orzekający rejonowej poradni psychologiczno-pedagogicznej zdiagnozował niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim. Stwierdzono opóźniony rozwój psychoruchowy uwidoczony w różnego rodzaju czynnościach i zalecono dalsze kształcenie specjalne. W ZWWR przez kolejne lata pracowano nad całościowym usprawnianiem dziewczynki (komunikacją, rozwojem ruchowym, poznawczym i społecznym).

Dziewczynkę przebadano *Skalą oceny poziomu adaptacji i samoobsługi przeznaczoną dla dzieci z zespołem Williamsa* (Maurer, Bołtuć 2010), *Kwestionariuszem ryzyka zaburzeń integracji sensorycznej* (Przyrowski 2013), w celu zbadania opóźnienia mowy sporządzono inwentarz słów i gestów – wykorzystano przy tym schemat Jastrzębowskiej i Pelc-Pękali (Grabias, Jastrzębowska

2003). Ponadto, w oparciu o *Rozwojową skalę obserwacyjną*¹ zdiagnozowano sześć sfer rozwoju. Na podstawie powyższych badań stwierdzono prawidłowy kierunek postępowania terapeutycznego.

Obecnie, w wieku 5 lat i 9 miesięcy, Weronika nadal odczuwa duży dyskomfort, jeśli chodzi o głośne dźwięki. Nie wywołują one wprawdzie tak silnych reakcji emocjonalnych jak wcześniej, jednak dziewczynka nadal ich unika (natomiast bardzo lubi tańczyć i to przy głośnej muzyce). Zdobyła wszelkie umiejętności w zakresie samoobsługi (ma jedynie problem z kolejnością zakładania ubrań rano, rozprasza się przy tym); samodzielnie pije z kubka, je kanapki ze skórką, przeżuwa, posługuje się łyżką i widelcem. Potrafi się rozebrać i ubrać, jest na etapie uczenia się wiązania sznurowadeł. Jest samodzielna w toalecie i w łazience; pomaga w czynnościach domowych; na noc ma zakładanego pampersa. Dziewczynka chodzi samodzielnie po schodach, jeździ na hulajnodze i rowerku czterokołowym, przeskakuje przez ciąg przeszkód naprzemiennie. Potrafi samodzielnie posługiwać się nożyczkami, wykleja kontury plasteliną, nawleka korale według wzoru. Ma problem w ćwiczeniach grafomotorycznych – zwłaszcza z rysowaniem dowolnym, odwzorowaniem, planowaniem przestrzeni, płynnością ruchów, precyzją, chwytem i naciskiem na kartkę. Z zakresu rozwoju procesów poznawczych: zna nazwy przedmiotów, zjawisk z najbliższego otoczenia, potrafi rozpoznać je na obrazku, naśladuje i nazywa dźwięki z otoczenia. Rozumie pojęcia: taki sam, duży, mały, krótki, długi, różnicuje proste kształty, rozpoznaje podstawowe kolory, zna określenia przestrzenne (za, do, w, pod, na). Ma kłopoty z koncentracją, łatwo się rozprasza, rezygnuje z kontynuacji zadania; jej uwaga dowolna w pracy przy stoliku to około 20–25 minut.

Dziewczynka potrafi rozpoznawać emocje, zauważa je u innych osób, łączy je z zachowaniem; potrafi mówić o swoich potrzebach; uczy się rozpoznawać, co jest dobre, a co złe w kontekście własnych przeżyć. Zdarzają się incydenty impulsywnego zachowania, napady złości. Ma poważne problemy ze snem – zasypia około 40 minut, wymaga obecności dorosłego przy łóżku (bardzo lubi, gdy tata czyta jej bajki przed snem), budzi się w nocy, czasem płacze. Chętnie chodzi do przedszkola, nawiązuje relacje z rówieśnikami. Jest ufna w stosunku do nieznanym dorosłym, zachowuje się wobec nich infantylnie (całuje, poklepuje, obejmuje), narzuca się im z rozmową, domaga się ich uwagi.

W badaniach nad komunikacją stwierdzono, iż dziewczynka operuje zdaniami złożonymi, prawidłowo buduje konstrukcje zdaniowe, potrafi opowiedzieć trzelementową historyjkę obrazkową. Ma problem z prawidłową artyku-

¹ Skala ta, autorstwa Alicji Bodziony, Katarzyny Jabłońskiej, Artura Jankiewicza, Małgorzaty Madej i Elżbiety Pysz-Sagan jest częścią książki Marii Piszczyk *Rozwój dziecka od urodzenia do 3 roku życia. Rozwojowa Skala Obserwacyjna* (Piszczyk 2015).

lacją głosek: [c], [s], [t], [n] – koniec języka wychodzi poza linię zębów; ma to bezpośredni związek z bardzo wolnym wzrostem stałych zębów (siekaczy górnych nie ma, dolne widoczne w połowie) oraz wadą zgryzu – małą, nieznacznie cofniętą żuchwą i zgryzem otwartym. Podczas mówienia oddycha prawidłowo, zachowuje płynność i prozodię mowy, jest ekspresyjna, w mowie swobodnej zdarzają się czasem niewielkie metatezy czy elizje, ale w ogólnej ocenie nie mają znaczenia; w ćwiczeniach Weronika stara się kontrolować swoje wypowiedzi – trudne słowa mówi najpierw po cichu, a potem do osoby badającej głośno. Wykazuje problemy w badaniu słuchu fonemowego – ma kłopot z wyodrębnianiem głosek w śródgłosie, dzieleniem zdania na wyrazy, nie potrafi podać wyrazów rozpoczynających się na daną głoskę, nie dokonuje analizy i syntezy głoskowej. Ma niewielkie symptomy oligofazji – koncentruje się w rozmowie na ulubionych tematach, nie zachowuje dystansu wobec nieznanym, nie zapamiętuje dłuższych zdań, dobrze rozmawia o teraźniejszości, konkretnych sytuacjach. Jest to zgodne z objawami typowymi dla mowy osób z upośledzeniem umysłowym (Jastrzębowska, Pelc-Pękała 2003: 456).

Zalecenia specjalistyczne (wiek dziecka 5;9)

W ostatni program terapeutyczny (gdy Weronika miała 5 lat i 9 miesięcy) włączono wskazania terapeuty integracji sensorycznej, który zdiagnozował deficyty przetwarzania sensorycznego: nieprawidłowe rejestrowanie sensoryczne w układzie przedsionkowym dotykowym, wzrokowym i słuchowym, zaburzenia modulacji sensorycznej (niepewność grawitacyjna, obronność dotykowa w obrębie twarzy), problemy związane z zaburzeniami motorycznymi o bazie sensorycznej (problemy posturalne, planowanie motoryczne). Ustalono dietę sensoryczną (Kranowitz 2012: 250) i zaplanowano zajęcia z integracji sensorycznej. Terapia SI miała na celu rozwijanie zdolności ruchowych, planowania motorycznego, wzmacniania napięcia mięśniowego (mięśni posturalnych, prostowników), stabilizację w osi ciała, koordynację obustronną (Odowska-Szlchcic 2011: 27). Zaproponowano następujące ćwiczenia: jazda na deskorolce na brzuchu z odpychaniem oburącz i nogami, huśtanie na „koniku” przodem i udawanie samolotu, rzucanie woreczkami z konika z przekraczaniem linii środkowej ciała, ciągnięcie liny, pchanie opony, rzucanie piłeczkami do góry, do tyłu, w lewo, w prawo; masaż twarzy według Castillo-Moralesa (Masgutowa, Ragner 2009: 95).

Logopeda zalecił ćwiczenia słuchu fonemowego w celu usprawniania procesów czytania i pisanie (Nowak 1995: 8). Dziewczynka rozpoczęła ćwiczenia: wyklaskiwanie, wystukiwanie podawanych głosek, wyrazów, sylab, różnicowanie wyrazów podobnie brzmiących i takich samych, zabawa przed lu-

strem – demonstrowanie prawidłowego układu narządów mowy (przy p – b, s – sz, c – cz), nagrywanie dziecka. Terapia dotyczyła także poszerzania słownictwa: opowiadania treści filmów, wydarzeń dnia codziennego, budowania treści do ilustracji lub fotografii, układania zdań z podanymi rzeczownikami i czasownikami, uzupełniania treści zdań, czytania wspólnego książeczek, słuchania audiobooków. W związku z problemami z wyodrębnionymi ruchami języka, zaproponowano ćwiczenia artykulatorów: oblizywanie wewnętrznej części ust posmarowanej miodem lub nutellą, dotykanie punktowo wałków dziąsłowych, wykonywanie ruchów języka w płaszczyźnie pionowej i poziomej. W związku z problemami z użębieniem i zgryzem zalecono wizytę w poradni ortodontycznej.

Dzięki odpowiedniej diagnozie i kompleksowej terapii Weronika jest w bardzo dobrej formie, jest pogodnym, wesołym dzieckiem, otwartym na drugiego człowieka, chętnym do nauki.



Fot. 2. Weronika (wiek dziecka: 5;7)
(zdjęcie z albumu rodzinnego – opublikowane za zgodą rodziny)

PODZIĘKOWANIA: dla Weroniki i jej mamy pani Agnieszki – za otwartość, wyrozumiałość i ciężką codzienną pracę.

Wnioski

Praca z dzieckiem z zespołem Williamsa ugruntowała moje przekonanie, iż osobom z rzadkimi chorobami genetycznymi potrzebna jest kompleksowa terapia. Wcześniej, zanim poznałam Weronikę, pracowałam z równie rzadkimi zespołami genetycznymi: z zespołem Angelmana, zespołem Dandy-Walkera, zespołem Canavana, a także z zespołem Downa.

W mojej opinii, w przypadkach złożonych i trudnych powinno się stosować znane i powszechne w Europie zasady ergoterapii. Jest to jedna ze współczesnych form kierunku medyczno-terapeutyczno-rehabilitacyjnego, należąca do ogólnego obrazu kompleksowej terapii. Jej celem jest osiąganie możliwych kompetencji we wszystkich obszarach rozwoju. W europejskich centrach leczenia znajdują się specjalne bazy sensomotorycznego usprawniania dzieci. Ergoterapia jest rekomendowana przez lekarzy zgodnie z oficjalnymi wytycznymi (Kaczan, Śmigiel 2012: 120).

Terapia powinna obejmować jak najwcześniej rodzinę oraz dziecko, często urodzone przedwcześnie – od momentu narodzin i umieszczenia w inkubatorze. Według holenderskich badań (van Betuw 2004) ważna jest codzienna pomoc rodzinie, uświadamianie rodzicom faktycznego stanu i ocena możliwości ich dziecka, a także uwrażliwienie społeczeństwa na obecność odmiennej osoby. Podkreślam wagę terapii zespołowej i współpracy rodziny i terapeutów, gdyż w opisywanym przypadku to właśnie było kluczem do sukcesu. Weronika miała dużo szczęścia, a jej rodzina dużo determinacji i czasu. Uważam, że w Polsce jest jeszcze wiele do zrobienia w tym temacie, jeśli chcemy zapewnić dzieciom optymalny i zrównoważony rozwój.

Literatura

- Betuw A., 2015, *Osoby z rzadkimi zaburzeniami chromosomowymi i ich najbliżsi. Europejski punkt widzenia – raport*, [dostęp na:] http://www.gen.org.pl/docs/raport_anne.pdf (strona stowarzyszenia GEN), data dostępu: 20.11.2015.
- Eliot L., 2003, *Co tam się dzieje?*, Poznań: Media Rodzina.
- Giers M., 2011, *Zespół Williamsa*, Gdańsk: Harmonia Uniwersalis.
- Jastrzębowska G., Pelc-Pękała O., 2003, *Diagnoza i terapia logopedyczna zaburzeń komunikacji* [w:] *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole: Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego.
- Kaczan T., Śmigiel R., 2012, *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju u dzieci z chorobami genetycznymi*, Kraków: Impuls.
- Kranowitz C.S., 2012, *Nie-zgrane dziecko. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego – diagnoza i postępowanie*, Gdańsk: Harmonia Uniwersalis.
- Martens M.A., Wilson S.J., Reutens D.C., 2008, *Research Review: Williams syndrome: a critical review of the cognitive, behavioral, and neuroanatomical phenotype*, „Journal Child Psychological Psychiatry”, Jun 49(6).

- Masgutowa S., Regner A., 2009, *Rozwój mowy dziecka w świetle integracji sensorycznej*, Wrocław: Wydaw. Continuo.
- Maurer A., Bołtuć I., 2010, *Dzieci z Zespołem Williamsa*, Kraków: Impuls.
- Meyer-Lindenberg A., Weinberger D.R., 2006, *Intermediate phenotypes and genetic mechanisms of psychiatric disorders*, „Nature Reviews Neuroscience”, t. 7, Vol. 10.
- Nowak J., 1995, *Ćwiczenia usprawniające mowę u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym*, Bydgoszcz: Tanan.
- Odowska-Szlachcic O., 2011, *Terapia integracji sensorycznej*, Gdańsk: Wydaw. Harmonia.
- Piszczek M., 2015, *Rozwój dziecka od urodzenia do 3 roku życia. Rozwojowa Skala Obserwacyjna*, Warszawa: Wydaw. ES.
- Przyrowski Z., 2013, *Kliniczna obserwacja. Podręcznik*, Warszawa: Empis.
- Siwiek S., 2012, *Upośledzenie umysłowe [w:] Neuropsychologia kliniczna dziecka*, red. A. Borkowska, Ł. Domańska, Warszawa: PWN.

A girl with Williams syndrome – case study

Summary

The author of the article has worked as a speech therapist at the Early Support Centre of the Complex of Special Schools No. 11 in Kraków, including the work for the last three years with Weronika, a girl with Williams syndrome. The purpose of this publication is the analysis of the course of therapy of a child with a rare genetic disorder over the period of four years (the child age from 1–5 to 5–9). The introduction comprises a description of the Williams syndrome, including its frequency of occurrence, genetic conditions and their influence on brain operation, as well as its clinical characteristics (including metabolic, cardiac, endocrinological dysfunctions and their influence on the functioning of a person). Another part presents a case study of a girl with Williams syndrome. Analysed has been the collected medical, psychological and speech therapy documentation. Also discussed has been the individual therapeutic program and the effects of the work with the child.

Key words: Williams syndrome, mental disability, hypotonia, hyperacusis, speech therapy

Maria Komisarczyk

KOMUNIKACJA FUNKCJONALNA PECS U DZIECKA Z ZESPOŁEM CORNELII DE LANGE

Celem niniejszego artykułu jest omówienie nieprawidłowości ogólnorozwojowych związanych z zaburzeniem genetycznym jakim jest zespół Cornelli de Lange. Szczegółowo ukazano umiejętności językowe i społeczne oraz, ocenę barier i gotowość do zmiany chłopca dotkniętego tą chorobą. W celu określenia aktualnych umiejętności dziecka do badania wykorzystano kwestionariusz VB-MAPP. Zaprezentowano również założenia terapii oraz działania mające na celu usprawnienie językowych i społecznych umiejętności dziecka, podejmowane na kolejnych etapach.

Słowa kluczowe: komunikacja, zespół Cornelli de Lange, PECS

Wstęp

Zespół Cornelli de Lange (*Cornelia de Lange Syndrome* – CdLS) jest bardzo rzadkim schorzeniem, dlatego też istnieje niewiele publikacji na jego temat. Opis indywidualnego przypadku oraz zastosowanej metody usprawniania komunikacji ma duże znaczenie dla rozpoznania specyficznych potrzeb pacjentów z tym zaburzeniem. CdLS charakteryzuje się współwystępowaniem wad wrodzonych uwarunkowanych genetycznie, o różnym typie pochodzenia (autosomalne dominujące, autosomalne recesywne, sprzężone z płcią, mutacje *de novo*). Występuje raz na 10–30 tys. urodzonych dzieci (Blecha i in. 2013: 107). Dziedziczone mutacje pochodzą zarówno od ojca, jak i od matki. Nie ma jednolitego kryterium rozpoznawania tej choroby – „diagnoza stawiana jest na podstawie obrazu klinicznego i w niektórych przypadkach potwierdzana w badaniach genetycznych” (Matusiewicz, Stawarski 2013: 131). Ryzyko występowania zespołu u kolejnego dziecka w rodzinie ocenia się jako niskie (0,5%) (Blecha i in. 2013: 108). Fenotyp klasycznej postaci CdLS charakteryzuje proporcjonalna pre- i postnatalna mikrosomia. Średni wzrost kobiet wynosi 142,4 cm, mężczyzny – 143,3 cm. Do charakterystycznych cech zespołu należą: „nadmierne, zwykle ciemne owłosienie skóry głowy, tułowia (hirsutyzm), nisko schodząca linia owłosienia, zrosnięte ze sobą brwi – synophrys, długie gęste rzęsy [...], spłaszczony grzbiet nosa, szeroko rozstawione nozdrza, długa, spłaszczona rynienka nosowa, nisko osadzone uszy, cofnięta i mała żuchwa, wąskie wargi z kącikami

kierowanymi ku dołowi, podniebienie gotyckie lub rozszczep podniebienia (w około 20%), nieprawidłowy zgryz i wady uzębienia, krótka szyja. Charakterystyczny fenotyp obecny w dzieciństwie zmienia się z wiekiem utrudniając rozpoznanie choroby” (Wierzba 2010: 66).

Po narodzinach stan ponad połowy noworodków ocenia się jako dobry. W pierwszych dniach życia u większości nie obserwuje się istotnych trudności adaptacyjnych. Najbardziej charakterystyczne objawy zespołu (ma je 85% dzieci) to zaburzenia napięcia mięśniowego (częściej wzmożenie) oraz zaburzenia związane z przyjmowaniem pokarmów (nieprawidłowy odruch ssania, ulewianie, wymioty – wynikające z refluksu żołądkowo-przełykowego). Wady kostne obejmują 30% chorych. Najliczniej obserwuje się nieprawidłowości związane z nieproporcjonalnie małymi stopami i dłońmi: klinodaktylię (boczne lub przyśrodkowe skrzywienie) V palca dłoni, syndaktylię (zrośnięcie) II i III palca stóp lub brak fragmentów kończyn (Blecha i in. 2013: 109). Do grupy najczęściej występujących należą wady wzroku i aparatu ocznego: krótko- i dalekowzroczność, zarośnięcie kanalików łzowych i opadanie powiek (jedno- lub obustronne). Rzadziej diagnozuje się wady serca, które mają tendencję do samoistnego cofania się, bez zabiegów kardiochirurgicznych. Choroby urologiczne dotyczą około 20% populacji pacjentów z CdLS.

Do opisywanych zaburzeń należy także niedosłuch (przewodzeniowy, odbiorczy lub mieszany), który stwierdza się u niemalże 100% dzieci. Problemy laryngologiczne obejmują – oprócz uszkodzenia słuchu – także nawracające infekcje uszu, nosa i gardła oraz polipy nosowe. Zalecane są wczesne i częste badania słuchu, aparatowanie dzieci oraz staranna opieka laryngologiczna. Należy podkreślić, że korzyści, jakie dają aparaty, mogą być ograniczone, a rozwój mowy może nastąpić w niewielkim stopniu albo wcale (Matusiewicz, Stawarski 2013). Występujące bowiem w grupie pacjentów z CdLS zaburzenia rozwoju mowy i komunikacji niekoniecznie związane są z niedosłuchem (Wierzba 2010: 66; Blecha i in. 2013: 110).

Prawie u wszystkich chłopców diagnozuje się hipogenitalizm i jedno- lub obustronne wnetrostwo. Padaczka występuje częściej niż w ogólnej populacji. Często obserwuje się zmniejszoną wrażliwość na ból oraz nieadekwatne reakcje na zmianę temperatury. Problemy psychologiczne i zaburzenia zachowania występują w różnym stopniu – od łagodnych po bardzo nasilone. Najczęściej notuje się bezsenność, hiperaktywność, skłonność do samoagresji i samookaleczeń, czynności stereotypowe oraz zachowania agresywne w stosunku do otoczenia. Nierzadko mają one charakter reaktywny – występują w odpowiedzi na zaburzenia somatyczne (trudności w komunikacji, ból), mają też charakter cykliczny i nawracający. Zaburzenia zachowania są najbardziej nasilone we wczesnym okresie (od 1. do 3. roku życia, przybierają formę zachowań samodestruktywnych, samookaleczania) i późniejszym, obejmującym drugą dekadę życia (na

pierwszy plan wysuwa się agresja). Najlepszym sposobem zapobiegania zachowaniom niepożądanym jest unikanie czynników je wywołujących. W terapii stosowane są metody psychologiczne i farmakologiczne (Matusiewicz, Stawarski 2013: 139–142). Ważnym elementem leczenia jest także opieka stomatologiczna. Najczęściej pojawiają się problemy takie jak: „wąska szczęka, wady zgryzu, dodatkowe zęby bądź brak zawiązków niektórych z nich, próchnica, obrzęk i bolesność dziąseł, uszkodzenia szkliwa wynikające m.in. z obecności refleksu żołądkowo-przelykowego” (Wnuk 2003: 13).

Klasyfikacja CdLS uwzględnia trzy typy zespołu: fenotyp ciężki (liczba punktów >22), fenotyp umiarkowany (liczba punktów 15–22), fenotyp łagodny (liczba punktów <15). Zasady obliczeń prezentuje tab. 1.

Tab. 1. Kryteria diagnostyczne klasyfikacji postaci CdLS

Liczba punktów	1 punkt	3 punkty	5 punktów
Masa urodzeniowa	>2000 g	2000–2500 g	<2000 g
Wzrost	>75% norm CdLS	50–75% norm CdLS	<50% norm CdLS
Zdolność do samodzielnego siedzenia	<9 miesięcy	9–20 miesięcy	>20 miesięcy
Zdolność do samodzielnego chodzenia	<18 miesięcy	18–42 miesięcy	>42 miesięcy
Pierwsze słowa	<24 miesięcy	24–48 miesięcy	>48 miesięcy
Liczba dużych wad wrodzonych	0–1	2–3	>3
Ubytek górnych kończyn	Brak ubytków	Częściowy ubytek (pozostaje >2 palców)	Ubytek (pozostaje <2 palców)
Upośledzenie słuchu	Słuch prawidłowy	Ubytek niewielki do umiarkowanego	Ubytek umiarkowany do znacznego

Źródło: Wierzba 2010: 67.

W przypadku CdLS, tak jak w ciężkich wielonarządowych zespołach wad wrodzonych, zazwyczaj nie ma możliwości żadnego leczenia przyczynowego. Pomimo to „udział w terapii lekarzy, rehabilitantów, psychologów oraz innych profesjonalistów może znacznie poprawić jakość życia zarówno chorego dziecka, jak i jego rodziny. Wymaga to często dużego nakładu pracy, cierpliwości oraz długiego szkolenia rodziców i opiekunów przez personel doświadczony w opiece nad pacjentami z CdLS” (Matusiewicz, Stawarski 2013: 135). Niestety, postawienie diagnozy CdLS nie pozwala na przewidzenie odpowiedzi na pytania, jakiej opieki będzie wymagało dziecko i jakie problemy pojawią się w przyszłości.

Standardową opiekę nad dzieckiem z zespołem sprawuje pediatra, który koordynuje leczenie i terapię. Lekarz pierwszego kontaktu bierze pod uwagę ogólny

ne zasady dotyczące opieki nad dziećmi z zaburzeniami genetycznymi oraz specyficzne problemy występujące w CdLS – zaburzenia rozwoju psychoruchowego, problemy żywieniowe, spowolnienie rozwoju fizycznego, zaburzenia zachowania, problemy psychologiczne, zaburzenia w komunikacji, niedosłuch oraz problemy medyczne (ortopedyczne, gastrologiczne, laryngologiczne i okulistyczne). Intensywna terapia daje szansę samodzielnego poruszania się, wykształcenia umiejętności porozumiewania się z innymi oraz stałego postępu w rozwoju intelektualnym (Matusiewicz, Stawarski 2013: 137). Według opinii Amerykańskiego Towarzystwa Pomocy Rodzinom z CdLS, większość dzieci z tym schorzeniem przeżyje swoich rodziców, a średni przewidywany czas życia nie jest krótszy niż w całej populacji (Matusiewicz, Stawarski 2013: 135–141).

Rozwój komunikacji i mowy pacjentów obciążonych zespołem Cornelii de Lange

Zaburzenia słuchu i porozumiewania się są charakterystyczne dla CdLS: większość dorosłych osób z klasyczną postacią zespołu w ogóle nie mówi lub wydaje nieartykułowane dźwięki. Zdarza się, że chorzy wypowiadają poszczególne sylaby, zwykle bez nadawania im znaczenia. Nieliczni wymawiają pojedyncze proste słowa. Badania przeprowadzone wśród osób z CdLS z jednej strony wskazują na pewien związek niedosłuchu z brakiem rozwoju mowy, z drugiej – obserwuje się pacjentów z prawidłowymi obiektywnymi wynikami badań słuchu i brakiem rozwoju mowy (Wierzba i in. 2010: 278).

Liczne obserwacje i badania wskazują, że „osoby z CdLS używają niewerbalnych sposobów komunikacji, takich jak gest, wyraz twarzy, postawa ciała, modulacja głosu, co sprawia, że dobrze komunikują się ze swoimi najbliższymi. Jednak repertuar niewerbalnych sposobów komunikacji jest bardzo ograniczony” (Blecha i in. 2013: 110). Największe opóźnienie obserwuje się w zakresie rozumienia mowy oraz w komunikacji werbalnej i niewerbalnej.

Mocną stroną dzieci z CdLS jest pamięć wizualno-przestrzenna i percepcja otoczenia, natomiast do często występujących problemów należą: apraksja motoryczna, ograniczony zasób leksykalny i możliwości syntaktyczne (Matusiewicz, Stawarski 2013: 141–142). Być może dlatego komunikowanie się za pomocą obrazków może przynieść lepszy skutek niż wydawanie typowych instrukcji słownych. W zaleceniach edukacyjno-terapeutycznych zwraca się ponadto szczególną uwagę na zapewnienie dzieciom z CdLS optymalnego poziomu stymulacji, by zapobiec powstawaniu zachowań stereotypowych. Wskazane jest także uczenie alternatywnych sposobów komunikacji, która ułatwi funkcjonowanie w środowisku i może zapobiec powstawaniu zachowań niepożądanych (Blecha i in. 2013: 113).

Studium przypadku 4-letniego chłopca z zespołem Cornellii de Lange

Informacje o dziecku uzyskano z wywiadu z matką oraz licznych obserwacji prowadzonych w toku terapii. Badany chłopiec w momencie prowadzenia badań miał 4 lata i 6 miesięcy.

Ciąża początkowo przebiegała prawidłowo, jednak w 7. miesiącu zaobserwowano zatrzymanie wzrostu dziecka; rosło ono wolniej, mieszcząc się w dolnych granicach normy. Rodzice nie otrzymali żadnych informacji o możliwości wystąpienia wady genetycznej. Poród odbył się w 34. tygodniu ciąży przez cięcie cesarskie (z powodu braku przyrostu masy płodu). Po narodzinach dziecko skierowano do szpitala w Krakowie. Tam postawiono diagnozę wydaną przez neonatologa, a następnie potwierdzono ją przez poradnię genetyczną (na podstawie fenotypu). Diagnoza lekarska orzekła zespół Cornellii de Lange z wadą serca i niepełnosprawnością ruchową.

Obecnie chłopiec pozostaje pod stałą opieką specjalistów – kardiologa, ortopedy, okulisty, neurologa, endokrynologa, laryngologa, psychiatry. Nie ma stwierdzonej alergii i zaleceń związanych z dietą. Dziecko jest wesołe, ruchliwe, łatwo nawiązuje kontakt, chętnie współpracuje, gdy aktywności są dla niego atrakcyjne. Zwraca na siebie uwagę poprzez uciekanie i zrzucanie przedmiotów na ziemię. W domu najczęściej uczestniczy w zorganizowanych aktywnościach i zabawach, z własnej inicjatywy krótkotrwale bawi się samochodzikiem, gryzie puzzle, spontanicznie gra na instrumentach. Z łatwością nawiązuje kontakty z dorosłymi, w relacjach z dziećmi przyjmuje rolę obserwatora.

W grupie rówieśniczej, w przedszkolu, do którego uczęszcza od roku, chłopiec jest lubiany i akceptowany. Chętnie dołącza do zabaw grupy, lecz sam ich nie inicjuje. Preferuje aktywność w samotności, np. zabawę samochodzikiem. Reaguje na swoje imię i nazwisko, wykonuje proste polecenia nauczyciela, często poparte gestem. Stara się być samodzielny, jest pogodny, zazwyczaj uśmiechnięty. W kontaktach społecznych nie kieruje komunikatów werbalnych do innych osób. Porozumiewa się za pomocą spontanicznie wydawanych dźwięków oraz przy użyciu samodzielnie opracowanych gestów (*toaleta, jeść, rybki, auto*), mimiki twarzy, mrugania oczami. Jego komunikaty nie zawsze są jednak zrozumiałe dla otoczenia. Pojawiają się także próby komunikowania mową werbalną – *mama, baba, tata, bam, bęc, be* (w formie zniekształconej). Rozpoczęto wdrażanie systemu komunikacyjnego PECS, który oparty jest na obrazkach (nie wiadomo, czy system zostanie w pełni wprowadzony oraz jak wpłynie to na rozwój dziecka i jego funkcjonowanie w społeczeństwie).

Chłopiec sprawnie wykonuje proste ćwiczenia ruchowe, ponieważ jednak ma płaskie, małe stopy, występują problemy z równowagą i przeskakiwaniem. Obserwuje się nieprawidłowości w zakresie motoryki małej (nieprawidłowy

chwyt, ograniczona precyzja ruchów) uwarunkowane budową anatomiczną – dłonie są małe, kciuk nisko osadzony, obecna klinodaktylia V palca. Poziomy graficzny rysunek jest niski, ponadto chłopiec nie wykazuje zainteresowania aktywnością grafomotoryczną. Chętnie uczestniczy za to w zajęciach muzycznych i ruchowych, starając się naśladować inne dzieci. Wskazuje części ciała, wykazuje zainteresowanie odbiciem lustrzanym. Lubi doznania przedsionkowe i proprioceptywne. Nie rozpoznaje podstawowych dźwięków otoczenia (został skierowany na badanie słuchu).

Chłopiec od urodzenia uczestniczy w zajęciach specjalistycznych, dzięki czemu osiąga wymierne postępy w codziennym funkcjonowaniu poznawczym, ruchowym i emocjonalnym. Otrzymał orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego z uwagi na niepełnosprawności sprzężone: niepełnosprawność intelektualną (ze względu na wiek nie zdiagnozowano jej stopnia) oraz niepełnosprawność ruchową.

Diagnoza psychologiczno-pedagogiczna

Diagnoza psychologiczno-pedagogiczna przedstawiona jest na podstawie orzeczenia poradni psychologiczno-pedagogicznej i wzbogacona własnymi obserwacjami. Chłopiec łatwo nawiązuje kontakt wzrokowy i emocjonalny, głosem i gestem zwraca na siebie uwagę otoczenia, a zauważony odpowiada uśmiechem. Dobrze czuje się w obecności innych osób, rozpoznaje znajome głosy, piosenki, muzykę. Dziecko ma dysmorfie twarzy – łukowate, gęste, połączone brwi, długie rzęsy, krótki nos, długą rynienkę podnosową, wysoko wysklepione podniebienie, małą, kwadratową brodę, zewnętrzne kąciaki oczu skierowane ku dołowi. Prawidłowość słuchu fizjologicznego jest trudna do zdiagnozowania w ramach badań audiologicznych, obserwacje wskazują na odchylenia w tym zakresie. Chłopiec wykazuje zróżnicowane reakcje na mowę: reaguje na swoje imię, rozpoznaje głos matki, reaguje na proste polecenia poparte gestem. Podejmuje ćwiczenia oddechowe, poddaje się masażom aparatu artykulacyjnego oraz treningowi funkcji orofacjalnych mowy. W zakresie produkcji mowy obserwuje się ograniczenie do kilku wyrazów: *tak, nie, lampka* oraz podwojonych sylab: *ba ba, pa pa, da da, bum bum*. Chłopiec wykonuje ruchy czynne artykulatorów, właściwe niektórym głoskom, nie włączając fonacji. Jest sprawny ruchowo, samodzielnie chodzi. Nie zawsze zgłasza potrzeby fizjologiczne. W sytuacjach trudnych reaguje złością i płaczem. Wykazuje ciekawość poznawczą: jest zainteresowany otoczeniem, przegląda książeczki, skupia uwagę na zabawie autem i na przedmiotach. Próbuje samodzielnie jeść widelcem (preferuje pokarmy o miękkiej strukturze), pije z kubka, potrafi wskazać gestem, że jest głodny. Rysunek dziecka jest na poziomie bazgroły, chwyt kredki nieprawidłowy (trzy-

ma kredkę w zaciśniętej pięści). Chłopiec rozumie zakaz, ale nie zawsze się do niego stosuje. Wymaga kontroli i pomocy osoby dorosłej.

Realizacja założonych w programie edukacyjno-terapeutycznym (IPET) celów odbywa się w ramach terapii logopedycznej, psychologicznej, pedagogicznej i zajęciowej oraz integracji sensorycznej.

Diagnoza logopedyczna – badania własne

W celu określenia aktualnych umiejętności dziecka do badania wykorzystano kwestionariusz VB-MAPP (Sundberg 2015b). Narzędzie to służy do oceny umiejętności językowych i społecznych dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju. Oparte jest na funkcjonalnej teorii języka Skinnera, na założeniach stosowanej analizy zachowania (SAZ) oraz na kamieniach milowych rozwoju. Daje możliwość całościowej oceny, która pozwala dostrzec m.in. bariery utrudniające dzieciom naukę i rozwój języka oraz pomaga stworzyć indywidualny program terapeutyczny (Sundberg 2015a: 1-5).

Dokonano, po pierwsze – oceny osiągnięcia kamieni milowych, mającej na celu zobrazowanie rzeczywistych językowych i innych współwystępujących przy tym umiejętności dziecka, po drugie – oceny barier, pozwalającej na rozpoznanie częstych trudności, na które w procesie uczenia się i nabywania kompetencji językowych napotykają dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, po trzecie – oceny gotowości do zmiany.

W badaniu VB-MAPP do oceny osiągnięcia kamieni milowych rozwoju chłopiec uzyskał 19 punktów na 170 możliwych do zdobycia. Wynik ten wskazuje, że umiejętności dziecka nie są współmierne do umiejętności prawidłowo rozwijających się rówieśników. Badane dziecko prezentuje wyniki na poziomie I (0–18 miesięcy) – jest to charakterystyczne dla dzieci z opóźnieniami językowymi. Chłopiec wykazuje umiejętności analizy wzrokowej i dopasowywania, ale nie ma żadnych umiejętności echowych¹. Na średnim poziomie znajdują się reakcje słuchacza, zabawa samodzielna, zachowania społeczne i imitacja motoryczna oraz zabawa społeczna. Słabo rozwinięte są mandy², takty³ i umiejętności wokalne.

Wyniki badania oceny osiągnięcia kamieni milowych wskazują, że chłopiec używa dwóch gestów (może przy tym wymagać podpowiedzi echowej lub mo-

¹ Reakcje echowe są formą języka, gdy mówca powtarza słowa drugiego mówcy; jest to umiejętność powtórzenia tego, co się słyszy (Sundberg 2015a: 11).

² Mand jest formą językową, za pomocą której mówca prosi o to, czego potrzebuje lub chce; mandy wyrażane są słowami, gestami, znakami, obrazkami (Sundberg 2015a: 6).

³ Takt jest formą języka, którą mówca nazywa obiekty, działania, atrybuty itp., istniejące w jego bezpośrednim otoczeniu; takty mogą być wyrażane słowami, gestami, znakami, obrazkami (Sundberg 2015a: 8).

delującej) oraz trzech różnych mandów (bez podpowiedzi), by prosić o rzeczy lub aktywności, których pragnie. Nazywa dwie rzeczy (*lampa, bum bum* – auto), reaguje na głos mówiącego poprzez nawiązanie kontaktu wzrokowego oraz wykonuje dwie różne czynności na polecenie bez podpowiedzi modelującej (*kłaśnij, uderz w stół*). W zakresie analizy wzrokowej i dopasowywania dziecko podąża wzrokiem za poruszającym się przedmiotem, łapie małe przedmioty trzema palcami, przez 30 sekund przygląda się zabawce lub książce oraz wkłada trzy klocki do pojemnika, nakłada trzy kółka na patyk, buduje wieżę z trzech klocków. Manipuluje i bawi się przedmiotami przez minutę (głównie autem), samodzielnie angażuje się w zabawę ruchową przez minutę (taniec, huśtanie się). Chłopiec zwraca uwagę na innych i próbuje społecznie angażować inne osoby poprzez nawiązywanie kontaktu wzrokowego jako typ mandu oraz poszukiwanie kontaktu fizycznego (przytulanie, wspinanie się na kolana). W zakresie imitacji motorycznej naśladuje osiem działań z motoryki dużej – po poleceniu: *zrób tak*, w tym dwa z przedmiotem. Badany chłopiec nie ma reakcji echowych, a spontaniczne wokalizacje ograniczają się do wypowiedzania średnio pięciu dźwięków w każdej godzinie.

Badany chłopiec otrzymał 0 pkt w zakresie umiejętności echowych (powtórzenia), wyższy wynik uzyskał w sferze analizy wzrokowej i dopasowywania (4 pkt), a niższy w zakresie imitacji motorycznej (3 pkt) – wskazuje to, że wprowadzenie systemu PECS⁴ (opartego na komunikacji obrazkowej) pomoże rozwijać i doskonalić mandy (Sundberg 2015a: 160).

W części „Ocena barier” chłopiec uzyskał 59 pkt (na 96 pkt możliwych do zdobycia), co pozwala przypuszczać, że postępy dziecka w zakresie uczenia się i nabywania języka będą blokowane. Dziecko przejawia poważniejsze trudne zachowania w ciągu dnia (płacz, rzucanie rzeczami, niszczenie przedmiotów), kilka razy dziennie odmawia współpracy z niewielką złością lub innymi zachowaniami, jego mandy są bardzo ograniczone, uzależnione od podpowiedzi, czasem nieprzemysłane. Chłopiec wykazuje minimalne umiejętności nazywania, imitacja motoryczna uzależniona jest od podpowiedzi fizycznych lub słownych, nie ma umiejętności echowych, przejawia średni poziom analizy wzrokowej i dopasowywania oraz słabe reakcje słuchacza. Stwierdzono u niego brak funkcjonalnych umiejętności intrawerbalnych, ma także zaburzone umiejętności społeczne – najczęściej bawi się sam (brak interakcji werbalnych czy niewerbalnych z rówieśnikami). Trudno wyeliminować podpowiedzi, przewijanie⁵ poja-

⁴ Picture Exchange Communication System – został opracowany w 1995 roku jako unikatowy, wspomagający/alternatywny pakiet interwencji rozwijających umiejętność porozumiewania się dla osób ze spektrum autyzmu i/lub innymi zaburzeniami rozwojowymi (zob. szerzej: Frost, Bondy 2013).

⁵ Przewijanie to tendencja do „zgadywania” poprawnej odpowiedzi poprzez podawanie kilku różnych słów (lub znaków migowych albo wskazywania kilku różnych obrazków), które zostały wzmacnione podczas poprzednich zajęć (Sundberg 2015a: 119).

wia się czasami, ale mija po kilku próbach, zaburzone są umiejętności skanowania⁶. Niepowodzenia pojawiają się przy większości zadań wymagających warunkowego różnicowania⁷. Chłopiec w odniesieniu do niektórych kompetencji wymaga treningu generalizacji, jednakże prezentuje dobrą umiejętność uogólniania. Szybko spada u niego wartość operacji motywacyjnych i traci zainteresowanie wzmocnieniem. Wymaga zatem częstych wzmocnień pierwotnych i konkretnych (np. żelki). Sporadycznie angażuje się w autostymulacje (ruchy języka), ale nie przeszkadza mu to w innych aktywnościach. Nie przejawia żadnych obsesyjnych zachowań, które utrudniałyby naukę, nie ma zaburzonego kontaktu wzrokowego, występuje brak obronności sensorycznej. Nie posługuje się mową werbalną, jest nadaktywny – ma trudność przy czekaniu w kolejce, siedzeniu spokojnie czy skupieniu się na zadaniu dłużej niż kilka minut.

Wyniki badania gotowości do zmiany wskazują, że chłopiec potrafi samodzielnie pracować nad zadaniami edukacyjnymi przez co najmniej 30 sekund z maksymalnie jedną podpowiedzią dorosłego. Prezentuje dobre umiejętności generalizacji, preferuje wzmocnienia rzeczowe, sensoryczne bądź manipulacyjne. Ma dobre tempo nabywania nowych umiejętności podczas zajęć terapeutycznych, jednakże niską umiejętność uczenia się ze środowiska naturalnego. Nie dokonuje transferu na nowe operanty werbalne⁸, np. uczenie określonego taktu nie gwarantuje przeniesienia na inny typ zachowania językowego, np. na mandy. Chłopiec ma niską umiejętność samodzielnej zabawy i zarządzania czasem wolnym. Szybko przystosowuje się do zmian, bez trudnych zachowań, lecz widać oznaki zdenerwowania. Przejawia wiele spontanicznych zachowań, ale w większości są to zachowania niewerbalne. W zakresie ogólnej samodzielności wymaga podpowiedzi słownych lub fizycznych do zakończenia większości czynności samoobsługowych, jest w trakcie treningu czystości (potrzebuje podpowiedzi i asysty). Samodzielnie używa łyżki, je bez podpowiedzi (preferowane przez siebie posiłki), robiąc przy tym niewielki bałagan, wymaga podpowiedzi, by posprzątać.

Chłopiec uzyskał 38 pkt (na 90 pkt możliwych do zdobycia) w badaniu gotowości do zmiany – co oznacza, że badany najpełniej skorzysta z nauczania w grupie, które zapewnia wysoki współczynnik relacji nauczyciel – uczeń. Ko-

⁶ Skanowanie to umiejętność uważnego przyglądania się bodźcom (różnicowanie słuchowe, dopasowywanie, reakcje słuchacza w oparciu o funkcje, cechy i klasy), które polegają na wybieraniu poprawnego elementu ze zbioru (Sundberg 2015a: 120).

⁷ Różnicowanie warunkowe zakłada przynajmniej dwie trzejelementowe, zazębiające się zależności, gdzie skuteczność jednej trzejelementowej zależności zależy od drugiej, a dokładnie jeden bodziec zmienia znaczenie drugiego bodźca (Sundberg 2015a: 120–121).

⁸ Operanty werbalne to całkowity repertuar zachowań werbalnych uwzględniający ich funkcje (wg Skinnera należą do nich: mand, takt, umiejętności intrawerbalne, reakcje słuchacza, reakcje echow, imitacja motoryczna, zachowania tekstualne, umiejętność transkrypcji i kopiowania tekstu) (Sundberg 2015a: 5–6).

rzystne będą dla niego intensywne i zindywidualizowane sesje, z użyciem procedur behawioralnych i pomiarem zachowania (zbieranie danych), stałymi supervisorami wykwalifikowanych specjalistów oraz formalnym treningiem rodziców i opiekunów dziecka.

Terapia

Planując działania terapeutyczne z dzieckiem z CdLS, należy wziąć pod uwagę jego poziom intelektualny, możliwości rozwojowe i poziom funkcjonowania społecznego. W szczególności trzeba uwzględnić tempo rozwoju, współwystępujące deficyty i/lub nadmiary oraz potrzeby dziecka.

Terapię chłopca (4;3) rozpoczęto w połowie września 2015 roku w przedszkolu, w którym dziecko rozpoczęło edukację. Terapia logopedyczna odbywała się cztery razy w tygodniu po 30 minut (łącznie 20 spotkań). Chłopiec uczestniczył także w zajęciach z pedagogiem, psychologiem, rehabilitantem, terapeutą SI.

Cele terapii zostały oparte na wynikach VB-MAPP i były adekwatne do poziomu rozwoju chłopca. Zgodnie z zaleceniami programu VB-MAPP dla dziecka z wynikami na poziomie I najbardziej odpowiedni jest intensywny sposób nauczania, z dużą liczbą powtórzeń, przy czym zwraca się uwagę na takie elementy, jak: podpowiedzi, wygaszanie, kształtowanie, kontrola bodźców, motywowanie, wzmacnianie. Systematycznie dokonuje się pomiarów postępów. Treningi terapeutyczne mają charakter intensywny – prowadzone są codziennie, w sposób zorganizowany i przemyślany; uwzględniają jasno sprecyzowane cele i najskuteczniejsze procedury oddziaływań. Istotnym elementem jest generalizacja umiejętności przez rodziców i inne osoby mające kontakt z dzieckiem. Prowadzona interwencja językowo-społeczna dokonuje się we wszystkich możliwych środowiskach, przez wszystkich ludzi mających kontakt z dzieckiem. Terapia obejmuje metodę prób wyodrębnionych (ustrukturyzowane sesje przy stoliku lub na podłodze) oraz metodę nauczania w środowisku naturalnym (nauczanie prowadzone podczas codziennych aktywności).

W czasie terapii ważnym elementem jest także ograniczanie, hamowanie i eliminowanie występujących u badanego dziecka barier oraz zwrócenie uwagi na ocenę gotowości do zmiany, co daje możliwość ustanawiania adekwatnych priorytetów terapii.

Z uwagi na brak efektów⁹ dotychczasowej terapii kształtującej zachowania językowe (mowa, gesty Makaton), głównym celem stało się wprowadzenie komunikacji funkcjonalnej PECS, która umożliwiłaby porozumiewanie się z innymi. Funkcjonalne porozumiewanie się w założeniu obejmuje zachowanie skierowane bezpośrednio do innej osoby, która w odpowiedzi dostarcza nagrody

⁹ Tak rodzice oceniają postępy tej terapii.

społeczne lub konkretne. Dyskusji w gronie pedagogów poddano także wprowadzenie języka miganego, jednakże na taką formę komunikacji alternatywnej nie wyrazili zgody rodzice.

Początkowo dokonano identyfikacji kandydata PECS i ustalono, że chłopiec nie zawsze używa komunikacji funkcjonalnej, nieznamy odbiorca nie rozumie komunikatów, jakie kieruje do niego dziecko, a wprowadzenie PECS może przyczynić się do zwiększenia długości średniej wypowiedzi oraz zasobu słownictwa. Deficytową umiejętnością dziecka jest komunikacja, dlatego też zdecydowano się na wprowadzenie komunikacji PECS.

Po podjęciu decyzji o wprowadzeniu komunikacji PECS powiadomiono o tym rodziców. Zaprezentowano im założenia PECS i uzyskano ich akceptację. Rodzice wyrazili chęć współpracy. Przeprowadzono także krótką pogadankę z grupą, do której uczęszcza chłopiec – wytłumaczono dzieciom, na czym polega wymiana obrazków i w jaki sposób mają się zachować w sytuacji, gdy chłopiec podejdzie i poda im obrazek.

W początkowym etapie zidentyfikowano wzmocnienia (były to przedmioty i zabawki w gabinecie terapeutycznym, m.in. bańki mydlane, spinacze, samochód, wafel (*jeść*), książka). Następnie wydrukowano i zalaminowano obrazki korespondujące z wzmocnieniami. Wprowadzanie komunikacji PECS rozpoczęto na zajęciach w gabinecie terapeutycznym. Chłopiec bardzo szybko zrozumiał zasady wymiany obrazka na przedmiot/zabawkę.

Proces wprowadzania komunikacji PECS odbywał się według ściśle określonych zasad opisanych w VI fazach (Frost, Bondy 2013: 67–240).

Faza I – celem oddziaływań jest sytuacja, w której dziecko, widząc wysoce pożądaną przedmiot, bierze jego ikonę, podchodzi do terapeuty (partnera komunikacyjnego) i wręcza mu ikonę. Faza I uczy, jak się porozumiewać. W momencie, gdy dziecko zaczyna inicjować (sięgać po przedmiot pożądaną), uczymy motorycznej reakcji: podnoszenia, sięgania, upuszczania. W trakcie tej fazy nie wprowadza się żadnej ustnej podpowiedzi, pokazuje się tylko jedną ikonę, używa różnych typów wzmocnień (jedzenie, zabawki). W tej fazie uczestniczy dwóch terapeutów – osoba podpowiadająca i partner komunikacyjny. Osoba podpowiadająca czeka na inicjację dziecka, wówczas podpowiada w podniesieniu (podpowiedź fizyczna zza pleców, wszystkie podpowiedzi są stopniowo wycofywane), sięgnięciu do partnera komunikacyjnego i upuszczeniu ikony do ręki nauczyciela. Partner komunikacyjny dostarcza wzmocnienie (np. książkę) w ciągu ½ sekundy, nazywa rzecz (*książka*) i chwali dziecko. Istotnym elementem jest generalizacja (środowiska, partnera komunikacyjnego) (Frost, Bondy 2013: 67–72).

Na pierwszych zajęciach chłopiec wymagał podpowiedzi fizycznej zza pleców tylko przy pierwszej próbie. Kolejne próby wykonywał samodzielnie (podnoszenie – sięganie – upuszczanie). Dziecko opanowało I fazę na drugich zaję-

ciach (w oparciu o wymianę czterech wzmocnień z trzema partnerami komunikacyjnymi przy użyciu obrazków *jeść, bańki, książka* i *spinacz*). Generalizację wprowadzono od początku – zmiana terapeuty, zmiana sali, próby wykonywania ćwiczeń z mamą.

Faza II – celem oddziaływań jest sytuacja, w której dziecko podchodzi do swojej książki, wyjmując z niej ikonę, idzie do nauczyciela, zwraca jego uwagę i wręcza mu obrazek. Faza II polega na zwiększeniu odległości nauczyciela od dziecka, zwiększeniu odległości książki od dziecka (nauczyciel jest blisko) oraz na zwiększeniu odległości książki i nauczyciela od dziecka. Dziecko uczy się również wytrwałości – powinno umieć przyciągnąć uwagę partnera komunikacyjnego, gdy jest on odwrócony tyłem. Uczymy tego poprzez podpowiedź udzielaną przez drugą osobę. Istotnym elementem fazy II jest likwidowanie wszystkich podpowiedzi, które mogą przypominać dziecku o porozumiewaniu się z partnerem komunikacyjnym (Frost, Bondy 2013: 93–101).

W fazie II przygotowano książkę do komunikacji, karty, rzepy i obrazki. Chłopiec na pierwszych zajęciach fazy II rozumiał i prawidłowo wykonywał poszczególne etapy: pokonanie dystansu od nauczyciela i od książki, jednakże wykazywał duży upór, nie chciał mu się wstawać i podchodzić, wołał wyciągać całe ciało i rękę w stronę partnera komunikacyjnego. Na kolejnych zajęciach chętnie pokonywał odległości od książki i od nauczyciela (około 10 m) i prawidłowo zwracał uwagę nauczyciela (wytrwałość), lekko popukując po nodze lub plecach. Chętnie szukał nowej lokalizacji obrazka (w książce) lub książki w gabinecie. Chłopiec nosił ze sobą książkę do komunikacji na zajęcia terapeutyczne, natomiast w sali miał wyznaczone miejsce na książkę – podchodził, odrywał obrazek i podawał nauczycielowi. Komunikacja funkcjonalna PECS stosowana była również w środowisku domowym.

Obecnie chłopiec utrzuca fazę II. Kolejne etapy terapii przedstawiają się następująco:

Faza III – celem oddziaływań jest prośenie o przedmiot poprzez wybór odpowiedniej ikony z zestawu (różnicowanie), a następnie podejście do nauczyciela/rodzica i podanie mu jej. Faza III A polega na różnicowaniu prostym – ikon przedmiotów pożądaných i wysoce niepożądaných (dystraktorów). Motywacją do wybrania odpowiedniego obrazka jest otrzymanie rzeczy preferowanej i uniknięcie otrzymania rzeczy niepożądaney. Faza III B uczy różnicowania dwóch lub więcej obrazków rzeczy pożądaných – dziecko musi wykazać analogię (korespondencję) między obrazkiem a wybieranym przedmiotem.

Faza IV – celem jest prośenie o rzeczy znajdujące się w zasięgu wzroku dziecka oraz poza nim przy użyciu zdań złożonych. Na tym etapie dziecko podchodzi do książki komunikacyjnej, wybiera obrazek *chcę*, umieszcza go na pasku zdaniowym, następnie wybiera ikonę rzeczy, którą chce, umieszcza ją na pasku zdaniowym, odrywa pasek zdaniowy od książki, podchodzi do partnera

komunikacyjnego i podaje mu pasek zdaniowy. Jako pierwszej umiejętności uczymy dokładania obrazka wzmocnienia do paska zdaniowego obok ikony *chcę*. Następnie uczymy manipulowania symbolem *chcę* – dziecko układa samodzielnie na pasku zdaniowym szkielet zdania, dodając najpierw ikonę *chcę*, a następnie obrazek wzmocnienia. Krokiem kolejnym jest odczytywanie paska zdaniowego – dziecko wskazuje palcem obrazki, podczas gdy partner komunikacyjny odczytuje pasek. Istotnym elementem jest zachęcanie dziecka do mówienia (samodzielnego odczytywania paska zdaniowego).

Faza V – celem jest spontaniczne wyrażanie prośby przez dziecko i odpowiadanie na pytanie *co chcesz?* W tej fazie dziecko uczy się odpowiadania na pytania, podczas gdy funkcja prośbienia zostaje utrzymana.

Faza VI – celem jest wyrażanie przez dziecko spontanicznych próśb i komentowanie oraz udzielanie odpowiedzi na pytania: *co chcesz? co masz? co widzisz? co słyszysz? co to jest?* (Frost, Bondy 2013: 123–165).

Dodatkowo chłopiec zdobywa kluczowe umiejętności komunikacyjne: prośbienie o pomoc, umiejętność czekania, prośbienie o przerwę, akceptacja, odmowa, postępowanie według planu dnia, zmiana aktywności, wykonywanie instrukcji. Poza wprowadzeniem komunikacji funkcjonalnej PECS podczas terapii logopedycznej uwzględniono również:

- 1) rozwijanie praktyki oralnej (usprawnianie motoryki narządów artykulacyjnych, usprawnianie prawidłowej pracy mięśni twarzy i jamy ustnej poprzez masaż logopedyczny),
- 2) zwiększanie liczby poznanych mandów, ich generalizacja oraz wygaszanie podpowiedzi w zakresie tej umiejętności,
- 3) kontynuowanie treningu taktów,
- 4) intensywny trening reakcji słuchacza (różnicowanie bodźców werbalnych poprzez rozpoznawanie konkretnych przedmiotów, wykonywanie prostych poleceń),
- 5) doskonalenie umiejętności wzrokowo-przestrzennych (wkładanki, dopasowywanie),
- 6) rozwijanie umiejętności zabawy (zwiększenie częstotliwości zabawy przy użyciu różnorodnych obiektów, angażowanie w ruchowe zabawy grupowe),
- 7) rozwijanie zachowań społecznych i zabawy społecznej (nauka posługiwania się mandami w celu uzyskania interakcji społecznej i fizycznej z osobami dorosłymi, kształtowanie zwracania uwagi na rówieśników i ich naśladowania, zabawa równoległa z rówieśnikami),
- 8) doskonalenie imitacji motorycznych (rozwijanie imitacji motoryki dużej, kształtowanie imitacji motoryki małej, imitowanie zachowań rówieśników),
- 9) kształtowanie reakcji echowych (odtworzenie samogłosek i sylab, korzystanie z komunikacji alternatywnej),

- 10) rozwijanie spontanicznych wokalizacji (zwiększanie liczby wokalizacji, tworzenie nowych dźwięków, różnicowanie intonacji),
- 11) rozwijanie reguł i umiejętności grupowych (ukształtowanie kontroli poleceńowej przy zastosowaniu różnorodnych wzmocnień, wydłużenie okresu pozostawania przy stoliku, zaakceptowanie reguł przedszkolnych),
- 12) wspieranie rozwoju umiejętności czytania (czytanie dziecku ze zmienną intonacją i ożywieniem).

Przewiduje się, iż w toku terapii chłopiec będzie miał możliwość komunikowania się z otoczeniem (wyrażania próśb, komentowania, prowadzenia dialogu), poprawi się rozumienie mowy, przestrzeganie zasad i reguł obowiązujących w grupie, rozwinie się wokalizacja i reakcje echowce, umiejętność zabawy, a także wzmocnione zostaną relacje społeczne.

Podsumowanie

Zespół Cornellii de Lange jest stosunkowo rzadko występującym zaburzeniem, które wiąże się z licznymi nieprawidłowościami w budowie anatomicznej, zaburzeniami w poszczególnych sferach rozwoju oraz współwystępującymi chorobami. Niewiadoma, jaką niesie choroba, budzi niepokój zarówno u rodziców, jak i osób opiekujących się dzieckiem. Dlatego też dzieci z CdLS od pierwszych dni życia powinny zostać objęte opieką specjalistów (z zakresu medycyny, psychologii, rehabilitacji, pedagogiki, logopedii i in.), którzy są otwarci na nowe wyzwania i na współdziałanie – taki zespół terapeutyczny ma szansę na odniesienie sukcesu i rozwijanie poziomu funkcjonowania dziecka z CdLS.

Rozpoczynając terapię, należy pamiętać o całościowym usprawnianiu wszystkich obszarów rozwoju, jednakże szczególną uwagę należy poświęcić rozwijaniu umiejętności społecznych i komunikacyjnych po to, by umożliwić dziecku interakcje z otoczeniem i zaspokajanie podstawowych potrzeb. Nieprawidłowości w rozwoju mowy niekorzystnie oddziałują na rozwój dziecka i jego relacje społeczne. Człowiek istnieje poprzez język – należy zatem podjąć takie działania, które zapewnią mu to istnienie. W sytuacji, gdy staje się to niemożliwe, słuszne jest wprowadzenie alternatywnych sposobów komunikacji, które dają szansę na interakcje w społeczeństwie.

U badanego chłopca proces terapii może utrudniać współwystępowanie wielu deficytów, jednakże konsekwentnie prowadzona przez terapeutów i rodziców rewalidacja może przyczynić się do osiągnięcia pozytywnych efektów w zakresie umiejętności społecznych i komunikacyjnych. Należy pamiętać o generalizacji i utrwalaniu zdobytych kompetencji, częstych powtórzeniach nowych umiejętności, wygaszaniu podpowiedzi, wzmacnianiu prawidłowych reakcji, motywowaniu do działania i atrakcyjności prowadzonej terapii.

Literatura

- Blecha I., Jabłońska-Brudło J., Wierzba J., Wnuk W., 2013, *Zespół Cornellii de Lange (CdLS) [w:] Nieznane? Poznane. Zaburzenia rozwojowe u dzieci z rzadkimi zespołami genetycznymi i wadami wrodzonymi*, red. M. Buchnat, K. Pawelczak, Poznań: Wydaw. Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, s. 107–118.
- Frost L., Bondy A., 2013, *The Picture Exchange Communication System PECS Podręcznik*, tłum. M. Kaźmierczak, Pyramid Educational Consultants.
- Matusiewicz K., Stawarski A., 2013, *Dziecko z zespołem Cornellii de Lange [w:] Dzieci chore, niepełnosprawne i z utrudnieniami w rozwoju*, red. B. Cytowska, B. Winczura, A. Stawarski, Kraków: Impuls, s. 131–144.
- Sundberg M., 2015a, *Podręcznik VB-MAPP Ocena osiągnięcia kamieni milowych rozwoju i planowanie terapii. Program do oceny umiejętności językowych i społecznych dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju*, tłum. K. Chojnowska, M. Sierocka-Rogała, Warszawa: Fundacja Scholaris.
- Sundberg M., 2015b, *Kwestionariusz VB-MAPP Ocena osiągnięcia kamieni milowych rozwoju i planowanie terapii. Program do oceny umiejętności językowych i społecznych dzieci z autyzmem i innymi zaburzeniami rozwoju*, tłum. M. Sierocka-Rogała, M. Stepień, Warszawa: Fundacja Scholaris.
- Wierzba J., 2010, *Zespół Cornellii de Lange [w:] Wrodzone wady rozwojowe w Polsce w latach 2005–2006. Dane z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwojowych*, red. A. Latos-Bieleńska, A. Materna-Kiryłuk, Poznań: Ministerstwo Zdrowia, s. 66–69.
- Wierzba J., Wierzba T., Mazurkiewicz-Beldzińska M., Szyca R., Kozłowski J., Banach P., Potaż P., Limon J., 2010, *Dorośli z rzadkim schorzeniem genetycznym – diagnostyka i terapia Zespołu Cornellii de Lange*, „Forum Medycyny Rodzinnej”, t. 4, nr 4, s. 273–280.
- Wnuk W., 2003, *Cornelia de Lange Syndrom „Bez tajemnic”*, Żnin, [dostęp na:] <http://www.paluki.pl/cdls/med-5.htm> (dostęp: 6.10.2015).

Functional communication with the use PECS in a child with Cornelia de Lange syndrome

Summary

The purpose of this article is to discuss general developmental irregularities related to a genetic disorder named Cornelia de Lange syndrome. A detailed description of language and social abilities has been presented, as well as assessment of barriers and readiness for change of a boy suffering of the syndrome. A VB-MAPP questionnaire has been used in the research to assess the current abilities of the child. Also presented have been the therapy assumptions and actions aimed at improving the child's language and social skills, implemented at further stages.

Key words: communication, Cornelia de Lange syndrome, PECS (Picture Exchange Communication)

Edyta Jamro

Szkoła Podstawowa nr 1 im. M. Kromera w Bieczu

DIAGNOZA I TERAPIA LOGOPEDYCZNA DZIECKA Z ZESPOŁEM DE GROUCHY’EGO

Artykuł podejmuje problematykę diagnozy i terapii logopedycznej dziecka z bardzo rzadkim zespołem genetycznym de Grouchy’ego typu 1, zwanym inaczej delecją 18p czy też syndromem 18p. Celem artykułu jest przybliżenie tego zespołu i związanych z nim objawów. W niniejszym artykule opisano kryteria diagnostyczne schorzenia, możliwości komunikacyjne i wady wymowy u dzieci z delecją 18p. Zasadniczą część artykułu stanowi opis przypadku jedenaścieletniej dziewczynki dotkniętej tym zespołem. Na podstawie wywiadu, obserwacji, analizy dokumentów i badania logopedycznego autorka przedstawiła diagnozę i program logopedycznej terapii indywidualnej.

Słowa kluczowe: zespół de Grouchy’ego, diagnoza, terapia logopedyczna

Wprowadzenie

Zespół de Grouchy’ego typu 1 (zwany inaczej delecją 18p czy też syndromem 18p) występuje u 1 na 50 000 dzieci, przy czym częściej dotyczy dziewczynek niż chłopców (w stosunku 3 : 2). Po raz pierwszy został opisany w 1963 roku przez grupę francuskich genetyków pod kierownictwem dra Jeana de Grouchy’ego. Dotychczas zbadano i opisano ok. 150 przypadków tego zespołu na świecie, w tym jeden w Polsce (Witkowska-Sędek i in. 2013). Przyczyną zaburzenia jest delecja części lub całości krótkiego ramienia chromosomu 18, której skutkiem jest ryzyko wystąpienia wad wrodzonych, opóźnienia w rozwoju i trudności w nauce. Około 70% przypadków są to delecje powstałe na nowo, pozostałych 30% występuje rodzinnie, przy czym aberracja w większości przypadków zachodzi w chromosomie matki (Artman in. 1992; Bal 2011). Podobnie jak większość chorób uwarunkowanych genetycznie, schorzenie to nie ma specyficznego leczenia. Podejmowane działania mają charakter zapobiegania pogłębianiu się objawów. Dla uzyskania optymalnego rozwoju dziecka niezbędne jest szybkie podjęcie rehabilitacji psychoruchowej, zwłaszcza u dzieci z hipotonicznym napięciem mięśniowym, oraz stymulacja rozwoju mowy.

1. Kryteria diagnostyczne zespołu de Grouchy'ego

Syndrom 18p charakteryzuje się zmiennym fenotypem. Cechy dysmorficzne ujawniają się w sposób umiarkowany. Należą do nich: okrągła twarz z krótką rynienką nosową, opadające powieki oraz duże odstające uszy. Cechy stałe zespołu to: niepełnosprawność intelektualna różnego stopnia, opóźnienie rozwoju mowy, niski wzrost (Willoughby i in. 2014). U ok. 5–10% występują różne warianty holoprocencefalii (wady polegającej na niedokonanym podziale przodomózgowia, objawiającej się także zniekształceniami twarzy): płaska nasada nosa, szerokie usta z krótką górną wargą, mała zuchwa, duże, odstające uszy, krótka, pletwiasta szyja, szeroka klatka piersiowa, kifoskolioza. Rzadko opisywane są: zaburzenia zachowania, choroby autoimmunizacyjne, łysienie, dystonia (Wester i in. 2006; Turleau 2008).

Dość powszechne są problemy ze wzrokiem: zeza oraz daleko- i krótkowzroczność opisano u prawie 50% osób z tym zespołem. Często występuje skłonność do poważnych infekcji ucha, co w konsekwencji prowadzić może do niedosłuchu w różnym stopniu, dlatego tak ważne są regularne badania laryngologiczne. Osoby z monosomią 18p mają też większą skłonność niż w ogólnej populacji do nadczynności lub niedoczynności tarczycy. Zdarza się niedobór hormonu wzrostu czy immunoglobuliny A (IgA). Dzieci z niedoborem hormonu wzrostu w większości pozytywnie przechodzą terapię tym hormonem (Witkowska-Sądek 2013). Bardzo często występuje próchnica lub wczesna utrata zębów. Dzieci z ciężkimi postaciami syndromu nie przeżywają okresu niemowlęcego.

Diagnostyka różnicowa zespołu obejmuje szerokie spektrum zespołów uwarunkowanych genetycznie, przebiegających z niskim wzrostem oraz niepełnosprawnością intelektualną. W pierwszym okresie życia objawy są bardzo podobne do zespołu Turnera czy trisomii 21. Dodatkowo autyzm lub pojawiająca się w wieku dorastania schizofrenia mogą komplikować rozpoznanie niepełnosprawności intelektualnej. W celu postawienia prawidłowego rozpoznania wykonuje się badania cytogenetyczne z komórek krwi obwodowej. Monosomia 18p może być wykryta już w okresie prenatalnym, częściej jednak jest stwierdzana po urodzeniu, w okresie niemowlęctwa czy wczesnego dzieciństwa (Bal 2011).

2. Zaburzenia rozwoju mowy u dzieci z delecją 18p

Według Willoughby i in. (2014) zespołowi towarzyszy niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim i umiarkowanym w 98%. Współczynnik inteligencji (IQ) u osób z delecją 18p kształtuje się na poziomie pomiędzy 25 a 75, średnio w większości przypadków w okolicach 50. U osób z niepełnosprawnością intelektualną zaburzenia mowy pojawiają się na tle niedokształcenia lub

opóźnienia rozwoju mowy i są one najczęściej sprzężone z innymi zaburzeniami rozwojowymi. W literaturze udało się odnaleźć nieliczne opisy zaburzeń mowy związanych z zespołem de Grouchy'ego typu 1 (Thompson 1986; Maranda i in. 2006; Li-juan i in. 2017; Brenk i in. 2007; Giordano i in. 2016).

U dzieci z delecją 18p już w pierwszych miesiącach życia obserwuje się opóźniony rozwój psychomotoryczny (de Revel 2005). Zaczynają one później głużyć, gaworzyć i mówić. Pierwsze słowa są wypowiedane pomiędzy 15. miesiącem a 5. rokiem życia, czasami później, średnio około 3. roku życia. Niektórzy pacjenci w ogóle nie mówią, a jedynie wokalizują pojedyncze dźwięki zbliżone do samogłosek. Rozumienie u większości opisywanych w literaturze dzieci było lepsze niż mowa (Thompson 1989). W związku z tym dzieci w komunikacji pomagały sobie naturalnymi metodami wspomagającymi – gestem, dotykiem, mimiką twarzy czy ruchami całego ciała. Nie opisywano przypadków zastosowania systemów komunikacji alternatywnej. Mowa spontaniczna tych dzieci w większości przypadków jest niezrozumiała dla odbiorcy, także ze względu na liczne zaburzenia i zniekształcenia artykulacyjne – elizje, substytucje czy zniekształcenia grup spółgłoskowych (Thompson 1989; Brenk i in. 2007).

Oprócz niepełnosprawności intelektualnej istnieje wiele innych przyczyn opóźnienia rozwoju mowy i zaburzonej artykulacji, m.in. występująca hipotonia powoduje osłabienie mięśni jamy ustnej. Przeszkodami są też nieprawidłowości w budowie jamy ustnej – podniebienie gotyckie, możliwy rozszczep podniebienia i/lub warg, mała, cofnięta żuchwa, różnego stopnia zaburzenia neurologiczne warunkowane nieprawidłowościami budowy mózgu. Dodatkowo u tych osób może wystąpić niedosłuch różnego stopnia, będący wynikiem częstego wysiękowego zapalenia ucha środkowego oraz często przerośniętych migdałków, a także różnego rodzaju wady zgryzu dodatkowo utrudniające artykulację. U pacjentów z delecją 18p występują zaburzenia w zakresie procesów poznawczych, takich jak: percepcja, pamięć, myślenie, uwaga, a także zaburzenia procesów emocjonalno-motywacyjnych (Li-juan i in. 2017).

3. Terapia

Chorzy z delecją 18p wymagają wielospecjalistycznej opieki medycznej. Terapia logopedyczna stanowi zatem element kompleksowego postępowania leczniczo-terapeutycznego. Ze względu na specyfikę i wielowymiarowość niedoksztalcenia terapia jest długa, żmudna i nie daje wymiernych efektów na przestrzeni lat (Wierzbą 2017: 83–103). Ważne jest, aby już na początku terapii ustalić podstawową przyczynę utrudniającą porozumiewanie się. Ponieważ obniżone napięcie mięśni jest jednym z objawów monosomii 18p, już w początkowej fazie

terapii w ramach wczesnej interwencji oddziaływania logopedyczne sprowadzają się do stymulowania odruchów w obrębie jamy ustnej i kształtowania prawidłowego toru oddechowego. W celu poprawy napięcia mięśniowego może być stosowana terapia Rodolfo Castillo Moralesa (Regner 2003). W czasie terapii osób z niepełnosprawnością intelektualną logopeda wspiera rodziców i opiekunów. Ważne jest, by niemalże od samego urodzenia podejmować działania stymulujące rozwój mowy. Nabywanie umiejętności językowych powinno odbywać się w toku naturalnych czynności poznawczych i bezpośredniej komunikacji z osobami najbliższymi. Należy pamiętać o stworzeniu warunków sprzyjających spontanicznej aktywności dziecka (Siwek 2006: 31–88; Michalak-Widera 2012: 273–308).

Program terapii powinien uwzględniać indywidualność pacjenta, poziom jego funkcjonowania komunikacyjnego, możliwości i potrzeby, aktualny stan fizyczny i psychiczny, zainteresowania. Ze względu na trudności w skupieniu uwagi istotne jest podawanie tych samych treści do ćwiczeń w różnorodny, ciekawy i zabawowy sposób. W terapii, niezależnie od ćwiczeń mających na celu budowanie i doskonalenie kompetencji językowej i komunikacyjnej, należy usprawniać jednocześnie inne zaburzone funkcje poprzez ćwiczenia rozwijające percepcję słuchową, stymulację zmysłów, usprawnianie psychoruchowe, wspomaganie motoryki małej. Rozwijając możliwości komunikacyjne dziecka, można wprowadzać dla lepszego porozumiewania się metody alternatywnej komunikacji (AAC): manualne, np. MAKATON i/lub znaki graficzne np. PCS-Picture Communication Symbol czy program MÓWIK, w zależności od sprawności motorycznych i możliwości poznawczych dziecka. W terapii dzieci z zespołem 18p należy przede wszystkim pamiętać, iż ważne jest budowanie kompetencji językowej i komunikacyjnej, a usprawnianie realizacyjne staje się w tej terapii procedurą wtórną (por. Grabias 2012: 15–71).

4. Studium przypadku dziewczynki z zespołem de Grouchy'ego

Zasadniczą część artykułu stanowi opis przypadku jedenastoletniej dziewczynki dotkniętej delecją 18p. Na podstawie wywiadu, obserwacji, analizy dokumentów i badania logopedycznego przedstawiono diagnozę i program terapii indywidualnej.

4.1. Charakterystyka dziecka

Charakterystyki dziecka dokonano na podstawie obserwacji, analizy dokumentów oraz wywiadu z mamą. Dziewczynka jest drugim dzieckiem w rodzinie. Urodzona była siłami natury w 37. tygodniu ciąży. Przebieg ciąży był powikłany

infekcją górnych dróg oddechowych u matki w II trymestrze oraz plamieniami z dróg rodnych i skurczami przedwczesnymi w 6. miesiącu (hospitalizacja – leki: oxytorecyna, no-spa). Parametry urodzeniowe: masa ciała 2600 g, długość ciała 50 cm, obwód głowy 34 cm. Dziewczynka otrzymała 9 pkt w skali Apgar (niskie napięcie mięśni). Zaraz po urodzeniu miała problemy ze ssaniem piersi oraz smoczka. Ze względu na trudności z karmieniem początkowo żywiona była sondą, stopniowo wprowadzano karmienie doustne butelką. W okresie noworodkowym kilkakrotnie była hospitalizowana z powodu bezdechów z zasileniem.

W okresie dzieciństwa dziewczynka miała bardzo często zapalenie ucha środkowego, przerost migdałków podniebiennych i migdałka gardłowego (trudności z prawidłowym oddychaniem). W wieku 3,5 lat wykonano adenotomię w znieczuleniu ogólnym. W wieku 5 lat dziewczynka została poddana badaniu ABR w śnie naturalnym – badanie wykazało słuch w normie. Od 2. roku życia obserwowano niskorosłość, wykluczono somatotropinową niedoczynność przysadki. Od 8. roku życia leczona była z powodu nadczynności tarczycy (choroba Gravesa-Basedowa). Po dłuższym diagnozowaniu w poradni genetycznej w 2014 roku – dziewczynka miała wówczas 8 lat – rozpoznano aberrację chromosomową strukturalną – delecję 18p 11.32 (utrata fragmentu danego chromosomu). Aberracja chromosomowa strukturalna ma charakter zmiany powstałej na nowo, w rodzinie nie występowały wcześniej choroby genetyczne. W obrazie klinicznym u pacjentki stwierdzono niepełnosprawność intelektualną, niedobór wzrostu, dysmorfie twarzy, podniebienie gotyckie, krótszą szyję, szerszą nasadę nosa, długi nos z szerokim czubkiem, duże usta, pełną dolną wargę, nieco cofniętą żuchwę. Dziewczynka znajduje się pod stałą opieką neurologiczną (zmiany w badaniu USG mózgowia opisane zostały jako niemające znaczenia klinicznego, bez objawów ogniskowego uszkodzenia OUN). Wyniki powtarzanych systematycznie badań EEG są w granicach normy.

Zdaniem mamy rozwój motoryczny dziewczynki przebiegał prawidłowo. Zaczęła siadać samodzielnie w 7., a chodzić w 14. miesiącu życia. Pominięta była faza raczkowania, dziecko przemieszczało się na pupie, pomagając sobie rękoma. Bardziej niepokoiło mamę to, iż córka nie podtrzymywała butelki przy karmieniu, miała problemy z chwytaniem i podnoszeniem zabawek itp. Pierwsze próby uchwycenia łyżeczki i samodzielnego jedzenia nastąpiły po ukończeniu drugiego roku życia, zaś próby samodzielnego mycia i ubierania pojawiły się dopiero w przedszkolu, około 5. roku życia (do dzisiaj dziecko potrzebuje pomocy przy wykonywaniu złożonych precyzyjnych ruchów, np. przy wiązaniu sznurowadeł czy zapinaniu małych guzików i zasuwaniu zamków). Dziewczynka nadal jest powolna zarówno w pojedynczych ruchach, jak i wykonywanych złożonych czynnościach. Ma bardzo czujny sen, budzi się kilkakrotnie w nocy.

Do 9. roku życia zdarzało się moczenie nocne. Obecnie podczas zabawy domaga się ciągłego zainteresowania osób dorosłych. Nie wykazuje się inwencją podczas zabaw, są one stereotypowe, powtarzane. Dziewczynka jest pogodna, bywa nieposłuszna i uparta, zazdrosna. Boi się ciemności, jest lękliwa wobec obcych, czasami jest agresywna – szczypie i kopie.

Rozwój mowy był niestandardowy – dziewczynka zaczęła głużyć, gdy miała 8–9 miesięcy, gaworzyć w wieku 17–18 miesięcy. Pierwsze cztery słowa pojawiły w wieku 3 lat: *mama, tata, da, am*. Wcześniej komunikowała się mimiką, ruchami ciała i gestem: wskazywała, czego potrzebuje, lub brała osobę dorosłą za rękę i podprowadzała ją do przedmiotu. Ograniczone było rozumienie zarówno poleceń prostych, jak i złożonych. W rodzinie pacjentki nie występowały choroby przewlekłe ani wady wrodzone, nie stwierdzono wad wymowy czy innych zaburzeń komunikacji.

Obecnie badana dziewczynka ma 11 lat i 4 miesiące. Od 3. roku życia objęta była programem wczesnego wspomaganie rozwoju (WWR) z powodu opóźnienia rozwoju mowy (psycholog, logopeda). Terapia logopedyczna nie była prowadzona systematycznie. Od 5. roku życia dziecko uczęszczało do oddziału przedszkolnego, w którym zostało poddane systematycznej terapii logopedycznej. Aktualnie dziewczynka objęta jest kształceniem specjalnym w ramach szkoły ogólnodostępnej w oddziale integracyjnym, uczęszcza do klasy czwartej. Udzielana jest jej pomoc psychologiczno-pedagogiczna oraz logopedyczna. Uczęszcza na zajęcia rewalidacji indywidualnej w wymiarze dwóch godzin tygodniowo oraz jednej godziny zajęć logopedycznych.

Kiedy dziewczynka rozpoczęła edukację szkolną (4 lata temu), nie nawiązywała kontaktu werbalnego, porozumiewała się za pomocą mimiki i gestów, wyrazów dźwiękonaśladowczych, wypowiadała się za pomocą sylab i знаła kilka wyrazów (np. *mama, tata, sisi* ‘sikać’, *am* ‘jeść’).

4.2. Diagnoza psychologiczna i pedagogiczna

Już w pierwszym badaniu psychologicznym, przeprowadzonym, gdy dziecko miało 3 lata, stwierdzono niepełnosprawność intelektualną w stopniu lekkim (dolna granica). Ostatnie dostępne badanie wykonano, gdy dziewczynka miała 9 lat. Stwierdzono globalne obniżenie możliwości umysłowych o cechach upośledzenia umiarkowanego stopnia – dolna granica. Z uwagi na słaby rozwój mowy i związane z nim ograniczenie zrozumiałości wypowiedzi badanie przeprowadzono skalą niewerbalną – użyto skali dojrzałości umysłowej Columbia – wynik w skali wechslerowskiej – 40 (centylowej – 0, tenowej – 10). Zaobserwowano regres w funkcjonowaniu dziecka i stosunkowo małe postępy rozwojowe. Dodatkowo procesy poznawcze zaburza wysoki poziom lęku, który utrudnia też kontakty społeczne.

Badanie pedagogiczne przeprowadzone w wieku 9 lat wykazało duże braki w wiadomościach i umiejętnościach szkolnych. Dziewczynka nie czyta – zna tylko kilka liter. Niski poziom sprawności manualnej (nie potrafi wycinać po śladach, rwie papier, nie potrafi poprawnie przykleić w odpowiednie miejsca brakujących elementów na obrazku) wpływa na ograniczenia w rysowaniu szlaczków i pisaniu (odwzorowywaniu tekstu). Dziecko przelicza na palcach elementy do sześciu. Nie potrafi porównać liczebności zbioru, z figur geometrycznych rozpoznaje tylko koło. Trudności występują w zakresie nazywania stosunków przestrzennych i określania kierunków.

4.3. Diagnoza logopedyczna

W trakcie badania logopedycznego zostały wykorzystane następujące narzędzia badawcze:

- *Kwestionariusz do badania umiejętności komunikacyjnych u dzieci głębiej upośledzonych umysłowo* (Minczakiewicz 1986; 1989),
- *Afa-skala* (Pałuch i in. 2003),
- *Karta 60 kroków* (Bieńkowska 2011),
- *Test rozwoju językowego (TRJ)* (Smoczyńska i in. 2015),
- *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym* (Emiluta-Roży 2013),
- *Karta badania motoryki artykulacyjnej – 12 prób* (Rodak 2002).

Na podstawie przeprowadzonych badań logopedycznych oraz diagnozy psychologicznej stwierdzono u dziewczynki niedokształcenie mowy towarzyszące niepełnosprawności intelektualnej. Do diagnozy logopedycznej wykorzystano *Zestawienie form zaburzeń* Mierzejewskiej i Emiluty-Roży (2007). Niepełnosprawność intelektualna powoduje obniżenie kompetencji językowej w aspekcie semantycznym, leksykalnym, morfologicznym i syntaktycznym. Zaburzenia komunikacji obejmują też sferę wykonawczą czynności mowy. Występują liczne zaburzenia artykulacyjne wynikające z ograniczeń anatomicznych (wysoko wy sklepione wąskie podniebienie twarde, tzw. gotyckie, nieco cofnięta żuchwa, tyłozgryz, duże usta, pełna dolna warga znacznie większa od górnej), niskiej sprawności narządów artykulacyjnych (brak pionizacji języka, apeks języka praktycznie nie odrywa się od dna jamy ustnej, ruchy pionowe i poziome wykonuje zazwyczaj środkowa, czasami tylna część języka) oraz deficytów kontroli słuchowej. Słuch fonemowy nie jest zaburzony, ale są problemy z pamięcią słuchową. Dziecko ma ubogi zasób słownictwa biernego i czynnego z (przewagą ilościową tego pierwszego). W słownictwie biernym przeważają rzeczowniki i czasowniki (ograniczone do najbliższego otoczenia). Obecnie dziecko komunikuje się werbalnie za pomocą słów jedno- i dwusylabowych, np. [mama], [tata], [lala], [dom], [p'jes] 'pies', [oto] 'oko', [tot] 'kot', [nos], [lody], [am] 'jeść', [s'is'i] 'siku', [p'ina] 'piłka', [safa] 'szafa', [puty] 'buty', [lyba] 'ryba', [des] 'deszcz',

[pacy] 'patrzy', [cyta] 'czyta', [te] 'też', czasami używa wyrażen dźwiękonaśladowczych, wspomaga się mimiką i gestem – pokazuje ręką. Komunikacja przebiega w oparciu o rozumienie prostych poleceń. Trudności w rozumieniu pojawiają się, gdy dziewczynka ma wykonać polecenia wieloelementowe, rozbudowane (powyżej czterech elementów do zapamiętania). Wypowiedzi, które buduje, zawierają zdania proste (przeważnie jedno- i dwuwyrazowe, np. [ju*s* ide] 'już idę', [ju*s* v'ie] 'już wiem', [le*je* de] 'pada deszcz'. Ocena opanowania podsystemu morfologicznego i składniowego nie była możliwa ze względu na nieliczne wypowiedzi wielowyrazowe. Dziewczynka posługuje się tylko liczbą pojedynczą rzeczowników i czasowników, te ostatnie zresztą w większości przypadków występują w bezokoliczniku. Bardzo rzadko pojawiają się przymiotniki, np. mały – duży, zaimki (rozdziela ja – ty – on – ona), liczebniki (używa liczebników głównych od 1 do 5). Zsób słów i wyrażen związany jest z pojęciami konkretnymi, obrazowymi, natomiast brak pojęć i zjawisk abstrakcyjnych. Dziewczynka nie rozumie określenia miary, czasu i przestrzeni. W jej mowie występują liczne onomatopeje, agramatyzmy, zaburzone powtarzanie z wadliwą artykulacją, pojawiają się zniekształcenia, substytucje, elizje głosek. Ograniczona jest liczba wymawianych głosek, obserwuje się trudności z wymową grup spółgłoskowych oraz sylab zamkniętych. Brak głosek [f], [f'], [k], [k'], [ʒ], [s], [z], [c], [j], [š], [ž], [č], [j], [š], [ž], [č], [j], samogłoski nosowe wymawiane są jako ustne [a], [e]. Występują liczne elizje, np. [k], [f], substytucje, np. [š], [č], [ž] → [s], [z], [c]; [k] → [t]; [z] → [s]; [u] → [l]; [r] → [l]; [b] → [p].

Notuje się liczne zakłócenia w realizacji struktury wyrazów, które ograniczają możliwość porozumiewania się: redukcje głosek, np.: [ob'ia] 'obiad' [te] 'też'; redukcje sylab, np.: [g'ila] 'gitara', [bus] 'autobus', redukcje elementów składowych grup spółgłoskowych, np.: [tep] 'sklep', redukcje całych grup spółgłoskowych oraz liczne metatezy i epentezy. Mowa dziewczynki w wypowiedzi spontanicznej jest niezrozumiała dla odbiorcy przy jednocześnie zachowanej intonacji i melodii mowy oraz mimice.

5. Program kompleksowej terapii logopedycznej

W opisywanym przypadku zasadniczym celem kontynuowanej terapii jest budowanie kompetencji i sprawności językowych. Program terapeutyczny opiera się na ćwiczeniach zmierzających do budowania systemu językowego oraz na ćwiczeniach usprawniających aparat oddechowy, fonacyjny i artykulacyjny. Szczegółowy plan obejmuje:

I. Rozwijanie sprawności językowych i komunikacyjnych poprzez:

a) rozwijanie umiejętności rozumienia poleceń i zdań złożonych (zawierających więcej niż jedną czynność do wykonania), np. *nalej sok z kartonika do szklanki i podaj Madzi;*

b) ćwiczenie udzielania odpowiedzi na pytania dotyczące najbliższego otoczenia; wielokrotne zadawanie tych samych pytań do momentu uzyskania odpowiedzi, np. *jak masz na imię?, gdzie jest mama?, jak ma na imię twój dziadek?*;

c) ćwiczenie umiejętności uczestnictwa w prostej rozmowie, prowokowanie spontanicznych wypowiedzi na temat różnych sytuacji życiowych; można zastosować zabawy tematyczne, np. w sklep, gotowanie obiadu itp.; wspólne tworzenie rysunków tematycznych, dorysowywanie części, prowokowanie do odpowiedzi poprzez zadawanie pytań;

d) wzbogacanie słownika biernego i czynnego poprzez omawianie obserwowanych sytuacji i zjawisk, poszerzanie pojęć ogólnych: grupowanie, kategoryzowanie przedmiotów i pojęć, np.: rośliny, owoce, warzywa, zabawki itp.; wprowadzanie nowych słów (obecnie przyimków); stosowanie technik asocjacyjnych (cechy przeciwstawne, synonimy, skojarzenia, określanie związków logicznych – skojarzeniowych, np. czasownika z rzeczownikami);

e) rozwijanie wypowiedzi ustnych poprzez rozwijanie myślenia przyczynowo-skutkowego, dobieranie elementów ilustracji do słyszanej krótkiej bajki; układanie historyjek obrazkowych;

f) rozwijanie systemu fleksyjnego i składniowego, np. *jedno jabłko – dwa jabłka, jakie jest jabłko? czerwone, słodkie; ja i ty lubimy jabłka* itp.

II. Ćwiczenia usprawniające realizację mowy:

a) połykanie somatyczne – ćwiczenia powinny obejmować unoszenie języka i próbę pionizacji, uczulanie końca języka i okolicy przyzębowej podniebienia poprzez dotykanie tych miejsc szpatułką, zabawy przed lustrem, np. śpiewanie *lalala, lololo, lelele, lululu* itp.;

b) motoryka i kinestezja artykulacyjna – ćwiczenia usprawniające język (wszystkie ćwiczenia pionizujące język: dotykanie językiem górnych zębów, górnej wargi i podniebienia; można przy tym wykorzystać np. chrupki kukurydziane, przyklejając je na wałku dziąsłowym – zaczynać od większych poprzez coraz mniejsze kawałki), wargi (cmokanie wargami, pryhanie, nakładanie górnej wargi na dolną i odwrotnie; wymawianie samogłosek łączone z ćwiczeniami fonacyjnymi, np. naśladowanie sygnałów pojazdów na sygnale: karetki pogotowia *i-u-i-u*, policji *e-o-e-o* itp.), żuchwę (ziewanie, przesuwanie żuchwy w prawo, lewo, wysuwanie do przodu), podniebienie miękkie i pierścień zwierający gardło (głębokie oddychanie: wdech nosem, wydech ustami, chrapanie, chuchanie przy szeroko otwartych ustach, ziewanie – szczęka nisko opuszczona); wszystkie te ćwiczenia mają za zadanie ułatwić kierowanie ruchami narządów mowy, zwiększyć wrażliwość miejsc i ruchów w jamie ustnej oraz usprawnić koordynację ruchu poszczególnych narządów;

c) koordynacja pracy układów oddechowego, fonacyjnego oraz artykulacyjnego: usprawnianie funkcji oddechowych, co pośrednio ma wpływ na domknięcie jamy ustnej i oddychanie nosem – dużo ćwiczeń na różnicowanie fazy

wdechu i wydechu, wydłużanie fazy wydechowej, mówienie tylko na wydechu; ćwiczenia oddechowe z jednoczesnym wymawianiem pojedynczych głosek (powoli i szybko, głośno i cicho), samogłosek, a później spółgłosek, np. naśladowanie lecącego samolotu z rękoma uniesionymi w bok, przy jednoczesnej wymowie głoski [v], naśladowanie szumu wiatru z rękoma uniesionymi do góry itp.;

d) percepcja słuchowa: wysłuchiwanie dźwięków z otoczenia, rozpoznawanie odgłosów darcia papieru, przelewania wody, stukania wysypywanych klocków, stukania łyżeczką o szklankę itp., zabawa w odgłosy z puszki, odszukiwanie ukrytego dźwięku, rozpoznawanie barwy dźwięku instrumentów muzycznych, odtwarzanie rytmu.

Dodatkowo w planie terapii uwzględniono ćwiczenia logorytmiczne, usprawniające motorykę ogólną ciała, w połączeniu z ćwiczeniami poprawiającymi motorykę narządów mowy, a także ćwiczenia plastyczne, ruchowo-słuchowo-wzrokowe oraz zabawy muzyczno-ruchowe kształtujące umiejętność z zakresu motoryki dużej, małej i artykulacyjnej. Prowadzono również stymulację mięśni twarzy poprzez ćwiczenia bierne, polegające na masażu powierzchni twarzy i jamy ustnej (obszar mięśnia okrężnego ust, żwaczy, policzków, obszar oczu i czoła, okolice nosa) oraz stymulacji wewnętrznej (masaż dziąseł, podniebienia i języka). W celu urozmaicenia i zwiększenia atrakcyjności zajęć w terapii wykorzystano konkretne przedmioty, krótkie wierszyki rymowane, wyliczanki i proste zagadki, gry i zabawy. W czasie prowadzenia dialogu z dziewczynką bardzo atrakcyjne i pomocne okazało się używanie pacynek.

W terapii dużo miejsca poświęcono na ćwiczenia usprawniające realizację mowy. Przede wszystkim skupiono się na pionizacji języka oraz koordynacji pracy układów oddechowego, fonacyjnego i artykulacyjnego, co przyczyniło się do poprawy motoryki narządów artykulacyjnych. U dziewczynki poprawie uległo rozumienie rzeczowników, co jednocześnie wpłynęło na lepsze rozumienie poleceń i zdań złożonych. Wyrazistość wypowiedzi pozostała na takim samym poziomie, mowa dziewczynki jest niezrozumiała dla otoczenia.

Podsumowanie

W przypadku opisanej w artykule dziewczynki terapia została podjęta po ukończeniu 3. roku życia i nie była prowadzona systematycznie. Dziewczynka rozpoczęła naukę szkolną w wieku 8 lat, mówiąc pojedyncze słowa. Wymaga więc intensywnego i wszechstronnego stymulowania. Niezależnie od ćwiczeń mających na celu doskonalenie form porozumiewania się należy usprawniać jednocześnie inne zaburzone funkcje. Należy pamiętać o długotrwałym i wielokrotnym powtarzaniu ćwiczeń w celu utrwalania zdobytych umiejętności. Oprócz zajęć indywidualnych istnieje potrzeba zajęć grupowych, gdyż dziewczynka nie umie bawić się z innymi

dziećmi, reaguje często złością i agresją. Dziecko chętniej (niż wcześniej) podejmuje próby wykonywania ćwiczeń i zadań. Wydłużył się również czas koncentracji na konkretnym zadaniu, poleceniu.

Mimo długoletniej terapii mowa dziewczynki jest nadal uboga i niezrozumiała, a przyczyną zachowań agresywnych może być brak możliwości komunikowania się i nawiązywania kontaktów. Należałoby niezwłocznie wdrożyć komunikację alternatywną AAC. W tym konkretnym przypadku wprowadzanie metod komunikacji wspomagającej powinno obejmować pracę na symbolach na poziomie ich dopasowywania, rozumienia i używania do komunikacji w postaci typowej książki komunikacyjnej. Ze względu na fakt, że dziewczynka posługuje się komputerem i sprawia jej to przyjemność, mogłaby komunikować się przy użyciu tabletu z odpowiednim oprogramowaniem, które umożliwiłoby nie tylko nazywanie pojedynczych obrazków, ale także układanie zdań.

Wszyscy specjaliści są zgodni, że odpowiednio wczesne i prawidłowe rozpoznanie daje choremu z delecją 18p i jego rodzinie większą szansę uzyskania właściwego wsparcia, leczenia i postępowania rehabilitacyjnego, a program wczesnej interwencji edukacyjnej oraz terapia logopedyczna mogą pomóc w rozwoju intelektualnym dziecka.

Literatura

- Artman H.G., Morris C.A., Stock A.D., 1992, *18p-syndrome and hypopituitarism*, "Journal of Medical Genetics", 29 (9), s. 67–72.
- Bal J., Mazurczak T., 2011, *Zasady dziedziczenia [w:] Biologia molekularna w medycynie. Elementy genetyki klinicznej*, red. J. Bal, Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN.
- Bieńkowska K., 2011, *Slucham, mówię, jestem... Program 60 kroków do oceny i terapii dzieci z wadą słuchu*, Krosno: Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Dzieci z Wadą Słuchu.
- Brenk Ch.H., Prott E.Ch., Trost D., Hoischen A., Walldorf C., Radlwimmer B., Wiczorek D., Propping P., Gillissen-Kaesbach G., Weber R.G., Engels H., 2007, *Towards mapping Phenotypic traits in 18p-syndrome by array-based comparative genomic hybridization and fluorescent in situ hybridization*, „European Journal of Human Genetics” 15, s. 35–44.
- De Ravel T.J., Thiry P., Fryns J.P., 2005, *Follow-up of adult males with chromosome 18p deletion*, „Eur J. Med Genet” 48, s. 189–193.
- Emiluta-Rozya D., 2013, *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Warszawa: Wydaw. APS.
- Giordano M., Muratore V., Babu D., Meazza C., Bozzola M., *Microduplication A., 2016, 18p 11-23 p11-31 microduplication in a boy with psychomotor delay cerebellar vermis, chorioriented coloboma deafness and GH deficiency*, *Md Cytogenet dic* 3, s. 79–89.
- Grabias S., 2012, *Teoria zaburzeń mowy. Perspektywy badań, typologie zaburzeń, procedury postępowania logopedycznego [w:] Logopedia. Teoria zaburzeń mowy*, red. S. Grabias, M. Kurkowski, Lublin: UMCS, s. 15–71.
- <http://www.rarechromo.org/translations/Polski/18%20Delecje%2018p%20Polish%20FTNW.pdf> (dostęp 2.10.2017).

- Li-juan Xu, Lv-xian Wu, Qing Yuan, Zhi-gang di Lv, Xue-yan Jing: A., 2017, *Case of 18p deletion syndrome after blepharoplasty*, *Int Med Case Rep J.* 10, s. 15–18.
- Maranda B, Lemieux N, Lemyre E., 2006, *Familial deletion 18p syndrome: case report*, „*BMC Medical Genetics*” 7, s. 60–66.
- Michalak-Widera J., 2012, *Specyfika oddziaływań logopedycznych dotycząca dzieci o obniżonej sprawności intelektualnej* [w:] *Studia z logopedii i neurologopedii*, red. I. Nowakowska-Kempna, Kraków: Wydaw. WAM, s. 273–308.
- Minczakiewicz E., 1986, *Kwestionariusz do badania mowy dzieci głębiej upośledzonych* [w:] E. Minczakiewicz, *Wychowanie i nauczanie dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu umiarkowanym i znacznym*, Kraków: Wydaw. Naukowe WSP.
- Minczakiewicz E., 1989, *Z badań nad zaburzeniami mowy u dzieci upośledzonych umysłowo* [w:] *Z zagadnień oligofrenopedagogiki*, red. J. Pańczyk, Warszawa: WSPS.
- Paluch A., Drewniak-Wołosz E., Mikosza L., 2003, *Afa-skala. Jak badać mowę dziecka afatycznego*, Kraków: Impuls.
- Regner A., 2003, *Podstawy ustno-twarzowej terapii regulacyjnej według koncepcji Rodolfo Castillo Moralesa*, „*Logopedia*” 32, s. 205–222.
- Rodak H. 2002, *Karta badania motoryki artykulacyjnej* [w:] *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Warszawa: Wydaw. Uniwersytetu Warszawskiego.
- Siwek S., 2006, *Upośledzenie umysłowe* [w:] *Neuropsychologia kliniczna dziecka*, red. R. Borkowska, L. Domańska, Warszawa: PWN, s. 31–88.
- Thompson R.W., Peters J.E., Smith S.D., 1986, *Intellectual, behavioral, and linguistic characteristics of three children with 18p-syndrome*, „*J. Dev Behav Pediatr*” 7(1), s. 1–7.
- Turleau C., 2008, *Monosomy 18p.*, „*Orphanet Journal of Rare Diseases*”, s. 3–4.
- Wester U., Bondenson M.L., Edeby C., Amrerèn G., 2006, *Clinical and molecular characterization of individuals with 18p deletion: a genotype – phenotype correlation*, „*Am J. Med Genet A.*” 140(11), s. 1164–1171.
- Wierzbą J., 2017, *Zaburzenia mowy u dzieci z wadami genetycznymi* [w:] *Biomedyczne podstawy logopedii*, red. S. Milewski, J. Kuczowski, K. Kaczorowska-Bray, Gdańsk: Harmonia, s. 83–103.
- Willoughby B.L., Favero M., Mochida G.H., Braaten E.B., 2014, *Neuropsychological Function in a Child with 18p Deletion Syndrome*, „*A Case Report, Cogn Behav Neurol.*” September: 27(3), s. 160–165.
- Witkowska-Sędek E., Kucharska A., Rumińska M., Pyrzak B., 2013, *Somoatotropinowa niedoczynność przysadki u dziewczynki z zespołem de Grouchy typu 1*, „*Endokrynologia Pediatryczna*”, vol. 12, nr 4 (4–5), s. 65–69.

Diagnosis and speech therapy of a child with de Grouchy syndrome

Summary

The article refers to a diagnosis and speech therapy of a child with a very rare de Grouchy genetic disorder type 1, otherwise called 18p deletion or 18p syndrome. The aim of the article is to present the syndrome and the symptoms related to it. The article describes the diagnostic criteria of the illness, the communication capability and speech disorder in children with 18p deletion. The basic part of the article is a case study of an eleven-year-old girl suffering of the syndrome. Based on the interview, observations, analysis of documents and speech examination, the author presented a diagnosis and individual speech therapy program.

Key words: de Grouchy syndrome, diagnosis, speech therapy

Agnieszka Stefaniak

Uniwersytet Warszawski

POSTĘPOWANIE LOGOPEDYCZNE W ZESPOLE PRADERA-WILLIEGO - STUDIUM PRZYPADKU

Zespół Pradera-Williego jest chorobą genetyczną, która ujawnia się zwykle w Europie z częstotliwością od 1 : 8000 do 1 : 45000 urodzeń. Zaburzenie ujawnia deficyty nie tylko w sferze ruchowej, ale również na płaszczyźnie językowej i komunikacyjnej. Celem artykułu jest zaprezentowanie studium przypadku dziecka z zespołem Pradera-Williego. Omówione tu zostały wybrane kwestie związane z dysfunkcjami występującymi u danej grupy dzieci oraz zaprezentowano propozycję kompleksowego modelu wsparcia logopedycznego dzieci z tym zespołem. Szczególną uwagę poświęcono celowości poszczególnych oddziaływań.

Słowa kluczowe: zespół Pradera-Williego, studium przypadku, postępowanie terapeutyczne, kompetencje językowe, kompetencje komunikacyjne

Wprowadzenie

Celem niniejszego artykułu jest opisanie interwencji logopedycznej w przypadku dziecka z zespołem genetycznym, jakim jest zespół Pradera-Williego. Przedmiotem rozważań jest przypadek 6-letniej dziewczynki, u której w drugim miesiącu życia zdiagnozowano zespół Pradera-Williego – w Klinice Neonatologii Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka w Warszawie przy Instytucie „Pomnik Zdrowia Dziecka” w Warszawie. W artykule podkreślono znaczenie wczesnych działań logopedycznych skierowanych na eliminowanie zaburzeń występujących w obrębie sfery oralno-motorycznej, a także deficytów na płaszczyznach językowej i komunikacyjnej. Przedstawiono również nieprawidłowości towarzyszące sferze intelektualnej, emocjonalnej i społecznej u tego typu dzieci oraz wskazano metody usprawniania wyżej wymienionych funkcji językowych i komunikacyjnych.

1. Charakterystyka zespołu

Zespół Pradera-Williego to rzadki zespół wad rozwojowych, wywołany zaburzeniem struktury chromosomu 15. Najczęstszymi przyczynami powstawania

nieprawidłowości w tym układzie są: delecja fragmentu krytycznego w chromosomie ojca, disomia matczyzna chromosomu 15, rzadziej mutacje imprintingowe czy rearanżacje chromosomalne. Zespół nie podlega dziedziczeniu, a znaczna większość (99%) przypadków jest wynikiem mutacji *de novo* (Cassidy, Williams, Dykens 2000: 136–146).

Zespół Pradera-Williego jest więc chorobą genetyczną. W istocie jest to spektrum wad rozwojowych, w których najbardziej charakterystycznym objawem jest tak zwany „wilczy głód”. Zespół ujawnia się na terenie Europy z różną częstotliwością: od 1 : 8000 do 1 : 45000 urodzeń. Określa się, iż na około 20 000 rodzących się dzieci tylko jedno z nich dotknięte jest tym zaburzeniem. W Polsce rodzi się co roku kilkanaścioro dzieci z tym zespołem¹.

Badania nad zespołem Pradera-Williego były prowadzone między innymi w Kalifornii. Do najważniejszych należą prace zbiorowe lekarzy z Uniwersyteckiego Szpitala w Cleveland i Uniwersytetu w Kalifornii. Przedstawiono w nich logopedyczne próby diagnostyczne na grupie 55 osób. Wykazały one, iż ponad 90% dzieci dotkniętych tą wadą charakteryzuje się hipotonią mięśniową, a ponad 80% z nich ma ogromne problemy artykulacyjne. U większości osób z opisywanym zespołem zauważa się deficyty w sferze artykulacyjnej, semantycznej, leksykalnej, słowotwórczej, fleksyjnej i składniowej, wpływające na jakość wypowiedzi i kompetencje komunikacyjne (Libura 2018: 133–149).

Wady rozwojowe składające się na ten zespół to:

- hiperfagia – tzw. niezaspokojony wilczy głód, na który chorzy nie mają wpływu,
- hipotonia mięśniowa – obniżone napięcie mięśniowe w obrębie ciała, z uwzględnieniem ogranów wewnętrznych,
- niskorosłość – niedobór hormonu wzrostu,
- dysmorficzna twarz – wąskie czoło, antymongoidalne ustawienie szpar powiekowych, wąskie usta,
- hipopigmentacja skóry oraz tęczówek oraz akromikria – małe dłonie i stopy,
- hipogonadyzm – defekt układu rozrodczego, skutkujący dysfunkcją gonad (jajników lub jąder),
- zaburzenia termoregulacji,
- wysoki próg odczuwania bólu,
- zaburzenia snu,
- całościowe opóźnienie rozwoju (u dzieci poniżej 6. roku życia), a następnie często diagnozowana lekka bądź umiarkowana niepełnosprawność intelektualna,
- zaburzony rozwój psychomotoryczny,

¹ Dla porównania – częstość zespołu Downa szacuje się na 1 : 800 – 1 : 1000 żywych urodzeń, natomiast zespół łamliwego chromosomu x występuje u chłopców z częstością 1 : 1200–3600, a u dziewczynek – 1 : 4000–6000 (Cieszyńska-Rożek i in. 2018).

- krótkowzroczność,
- charakterystyczne problemy behawioralne – zaburzenia manipulacyjne, zmiany nastroju, wybuchy gniewu i agresji oraz samookaleczanie,
- opóźniony rozwój mowy (por. Akefeldt, Gillberg 1997: 302–311).

Wyżej wymienione objawy wpływają w dużej mierze na rodzaj zaburzeń językowych, które obserwuje się u chorych w zespole Pradera-Williego. W pierwszych miesiącach życia tych dzieci stwierdza się znaczną hipotonię, która wpływa na rozwój komunikacji i dalszy rozwój językowy. Ogólne opóźnienie rozwoju psychoruchowego oddziałuje na czynności poznawcze i umiejętności eksploatacji otoczenia przez dzieci z tym zespołem (Midro, Olchowik, Lebiezińska, Midro 2009: 135–166). Również częste opóźnienie rozwoju intelektualnego rzutuje na rozwój języka i jego odbiór. W kolejnych latach dzieci mają ogromny problem z poradzeniem sobie z „wilczym głodem”, co wywołuje u nich frustrację i częste zachowania agresywne (Kreffit, Śmigiel, Stembalska 2014: 740–747).

2. Charakterystyka dziecka

2.1. Historia kliniczna

Dziewczynka urodziła się w czerwcu 2012 roku z wrodzonym zakażeniem wirusem cytomegalii oraz wrodzoną toksoplazmozą (matka przeszła toksoplazmozę we wczesnym okresie ciąży). Poród odbył się siłami natury w 41. tygodniu ciąży. Dziecko podczas porodu było owinięte pępowiną. Dziewczynka otrzymała 10 pkt w skali Apgar. W pierwszej dobie życia lekarz pediatra zdiagnozował u niej obniżone napięcie mięśniowe, szmer kurczowy serca oraz bardzo słaby odruch ssania. Dziecko urodziło się z małymi stopami i rękami oraz wykazywało małą aktywność spontaniczną. W okresie noworodkowym dziewczynka karmiona była pokarmem matki z butelki. W pierwszych dniach jej życia pobrano płyn mózgowo-rdzeniowy w celu potwierdzenia zespołu genetycznego. W wyniku specjalistycznej diagnostyki – potwierdzonej badaniem molekularnym – zdiagnozowano u niej zespół Pradera-Williego.

Rzeczywisty rozwój psychoruchowy dziewczynki przebiegał z opóźnieniem. Od drugiego roku życia była rehabilitowana metodą Vojty oraz NDT Bobath. Dziecko zaczęło siadać i chodzić później niż jego rówieśnicy. Rozwój mowy również przebiegał z opóźnieniem. Na trudności w opanowaniu umiejętności motorycznych i komunikacyjnych z pewnością miała wpływ utrzymująca się hipotonia całego ciała.

W wieku 4 lat i 5 miesięcy dziewczynka została zgłoszona przez mamę do poradni celem objęcia jej wczesnym wspomaganie rozwoju. Na podstawie przeprowadzonych badań psychologicznych testem IDS (*Skala inteligencji i rozwo-*

ju dla dzieci w wieku przedszkolnym, 2013) stwierdzono **niższy poziom rozwoju umysłowego niż przewidywany dla dzieci w tym wieku**. W wieku 4 lat i 5 miesięcy dziewczynka miała prawidłowo rozwiniętą percepcją wzrokową, jak również dobrze rozwiniętą uwagę selektywną. Dziecko w prawidłowym tempie przetwarzało informacje poznawcze i dobrze wyszukiwało najważniejsze informacje dotyczące konkretnego bodźca. Jednocześnie obserwowano u niego przeciętny poziom pamięci słuchowej oraz rozwiniętą poniżej przeciętnej normy wiekowej pamięci fonologicznej. Dziewczynka miała ogromne trudności z przechowywaniem w pamięci krótkotrwałej dźwięków mowy. Dobrze rozwinięta pamięć wzrokowo-przestrzenna pozwalała jej zapamiętać cechy analizowanego obiektu. U dziecka występowało obniżone napięcie mięśniowe w obrębie całego ciała, w tym w obrębie narządów aparatu artykulacyjnego. Diagnoza pedagogiczna, która przeprowadzono na podstawie *Profilu psychoedukacyjnego E. Schoplera (PEP-R)*, wykazała, że rozwój dziewczynki kształtuje się na poziomie 3 lat i 7 miesięcy (ówczesny wiek dziecka to 4 lata i 5 miesięcy). Dziewczynka miała dobrze rozwinięte czynności poznawcze i percepcję, natomiast znaczne deficyty występowały w obszarze koordynacji wzrokowo-ruchowej i komunikacji.

Diagnozę logopedyczną dziecka przeprowadzono w grudniu 2016 roku w oparciu o *Całościowe badanie logopedyczne* Danuty Emiluty-Rozyi (2013). Dziewczynka w trakcie badań zaprezentowała się jako bardzo pogodne dziecko, otwarte i chętnie eksplorujące otoczenie. Utrzymywała prawidłowy kontakt wzrokowy z diagnostą. Rozumienie poleceń słownych prostych i złożonych było u niej znacznie obniżone. Rozumiała polecenia proste osadzone wyłącznie w kontekście sytuacyjnym. Posługiwała się wyrażeniami i prostymi zdaniami, o nieprawidłowej konstrukcji składniowej i fleksyjnej. W mowie pojawiało się dużo agramatyzmów. Dziecko nie realizowało poprawnie głosek dentalizowanych, należących do wszystkich trzech szeregów. Samogłoska [e] była zastępowana samogłoską [a]. Występująca niepełność leksykalna wskazywała na niską jakość procesów pamięciowych. Dziecko dysponowało bardzo małym zasobem słów, miało problemy z ich doбором. Komunikacja była znacznie obniżona w stosunku do normy wiekowej – komunikaty były najczęściej jednowyrazowe. Dziewczynka miała mały zasób słownictwa biernego i czynnego. Nie potrafiła opowiedzieć, co dzieje się na obrazku wskazanym przez osobę badającą. Rozumienie historii bądź uchwycenie istotnych elementów treści wypowiedzianych przez diagnostę były znacznie zaburzone.

Zaobserwowane u niej nieprawidłowości w budowie anatomicznej aparatu mowy są charakterystyczne dla dzieci z zespołem Pradera-Williego: gotyckie podniebienie, znacznie obniżone napięcie mięśniowe w obrębie narządów aparatu artykulacyjnego, brak pionizacji języka. Sprawność aparatu artykulacyjnego dziewczynki była obniżona. Ocena stanu anatomicznego narządów mowy wyka-

zała ponadto prawidłową wielkość i grubość języka, brak wady zgryzu i prawidłową budowę przegrody nosowej.

W badaniu motoryki artykulacyjnej dziewczynka nieprecyzyjnie wykonywała próby sprawności języka i warg. Ogromny wpływ miała na to występująca u dziecka duża hipotonia, która uwidaczniała się również w postaci niewydolności podniebienia miękkiego oraz słabej ruchomości żuchwy.

Przy badaniu funkcji przełykowej nie stwierdzono nieprawidłowości. Fizjologiczne oddychanie u dziewczynki odbywało się torem nosowym. Oddech był regularny, rytmiczny i harmonijny, głos wysoki. Dziecko wypowiadało słowa bardzo głośno.

W orientacyjnym badaniu słuchu zaważono nieprawidłowe reakcje na bodźce słuchowe. Pojawiły się trudności w powtarzaniu wyrazów i zdań wypowiadanych przez diagnostę z różnej odległości. Dziewczynka wykazywała nadwrażliwość słuchową i duże trudności związane z uwagą i analizą słuchową. W związku z zauważonymi deficytami skierowano ją na diagnozę możliwych zakłóceń uwagi słuchowej i przetwarzania słuchowego testem uwagi i lateralizacji słuchowej według metody A. Tomatisa.

Badanie słuchu fonematycznego z kolei wykazało, iż dziewczynka nie różnicuje głosek opozycyjnych o zbliżonych cechach artykulacyjnych (sposób i miejsce artykulacji). Nie poradziła sobie również z próbami polegającymi na analizie i syntezie słuchowej słów. Stwierdzono również trudności z powtarzaniem ciągu wyrazów i cyfr, a więc z pamięcią słuchową werbalną. Zaburzenia zaobserwowano także w zakresie kształtowania się wzorców kinestetyczno-ruchowych głosek. Zaburzenia kinestezji objawiały się trudnościami w realizacji głosek trzech szeregów dentalizowanych. Po wcześniejszej prezentacji ułożenia narządów mowy oraz ich odpowiednich ruchów dziewczynka potrafiła realizować poprawnie głoski w izolacji oraz w wyrazach.

Orientacyjne badanie lateralizacji w zakresie dominacji ręki, nogi, oka i ucha wykazało u badanej dominację prawostronną.

Jak wcześniej wspomniano, kompetencje językowe dziewczynki były znacznie obniżone. Pomimo ogromnej chęci do komunikowania się dziecko nie potrafiło zbudować prostych zdań, poprawnych pod względem fleksyjnym i składniowym. Występowały u niego zaburzenia semantyczno-pragmatyczne (dziecko nie rozumiało metafor, żartów, miało problem z abstrakcyjnymi pojęciami, wykazywało bierność i nadwrażliwość słuchową), znacznie utrudniające rozumienie i użycie mowy. Najwięcej trudności sprawiało dziewczynce zrozumienie wypowiedzi złożonych. Zauważone deficyty przejawiały się spowolnionymi reakcjami na polecenia.

Dziecku towarzyszyły dodatkowo zaburzenia integracji sensorycznej, niezdolność ruchowa, obniżony poziom motoryki małej i dużej oraz mała aktywność spontaniczna.

2.2. Rozpoznanie logopedyczne

Nieprawidłowości związane z budową aparatu artykulacyjnego i obniżone napięcie mięśniowe mocno rzutowały na artykulację dziewczynki, co pozwoliło stwierdzić u niej dyslalię anatomiczno-funkcjonalną (Mierzejewska, Emiluta-Roza 2008). Zaburzenia dotyczyły jednak nie tylko warstwy brzmieniowej języka. Kompetencje językowe i komunikacyjne dziecka były znacznie obniżone w stosunku do normy rówieśniczej. Deficyty w rozwoju językowym objęły więc wszystkie podsystemy językowe – fonologiczny, leksykalny, morfologiczny i składniowy.

Warto zaznaczyć, że choć u dziecka nie została zdiagnozowana niepełnosprawność intelektualna, stwierdzono obniżenie ogólnego funkcjonowania poznawczego i słabe rozumienie mowy. Diagnoza logopedyczna, postawiona w tym czasie (4 lata i 5 miesięcy) na podstawie wywiadu, badań i obserwacji, brzmiała: niedoksztalcenie mowy o etiologii wieloczynnikowej. Na trafność powyższej diagnozy wskazują przede wszystkim:

1. cechy anatomiczne jamy ustnej – gotyckie podniebienie,
2. hipotonia – spowolnione ruchy narządów artykulacyjnych dziecka, a także obniżona koordynacja ruchów,
3. trudności w rozwoju językowym obejmujące wszystkie podsystemy języka,
4. problemy z pamięcią krótkotrwałą i deficyty w procesowaniu sekwencyjnym,
5. słabe umiejętności pragmatyczne.

3. Postępowanie terapeutyczne

Terapia logopedyczna dziewczynki objęła wszystkie aspekty mowy: artykulację, a także kompetencje leksykalne oraz gramatyczne. Intensywną stymulacją objęte były również kompetencje komunikacyjne dziewczynki. Praca koncentrowała się ponadto na poprawie rozumienia u dziewczynki oraz na mobilizacji napięcia mięśniowego. W celu wzmocnienia mięśni narządów mownych stosowano techniki fizjoterapeutyczne (masaż logopedyczny).

3.1. Program logopedyczny

Głównym celem programu terapeutycznego dziewczynki było przede wszystkim motywowanie do komunikacji werbalnej i rozwijanie kompetencji komunikacyjnych i językowych na poziomie wszystkich podsystemów języka. Jako cele szczegółowe pracy terapeutycznej wskazano:

- usprawnianie właściwego funkcjonowania narządów artykulacyjnych, praksjii i kinestezji artykulacyjnej,

- podnoszenie umiejętności rozumienia mowy, kształtowanie wypowiedzi prostych i złożonych oraz rozwijanie myślenia przyczynowo-skutkowego,
- usprawnianie funkcji oddechowych i fonacyjnych,
- usprawnianie funkcji słuchowych, w tym słuchu fonematycznego,
- wzbogacanie słownictwa czynnego i biernego,
- kształtowanie i utrwalanie poprawnej wymowy,
- usprawnianie koordynacji wzrokowo-ruchowej,
- wydłużanie czasu koncentracji uwagi,
- rozwijanie motoryki dużej i małej.

Cele operacyjne	Zaplanowane działania
<p>Motywowanie do komunikacji werbalnej i rozwijanie kompetencji komunikacyjnych i językowych na poziomie wszystkich podsystemów języka</p>	<ul style="list-style-type: none"> – inicjowanie kontaktu z wykorzystaniem naturalnych sytuacji i zdarzeń z życia dziecka do nawiązywania interakcji, – inicjowanie dialogu, – ćwiczenia prowadzenia rozmowy i jej podtrzymywania, – przyjmowanie różnych ról w dialogach, wykorzystanie naturalnych sytuacji i zdarzeń z życia dziecka do nawiązywania interakcji i tworzenia wypowiedzi prostych i złożonych, – zabawy tematyczne: w domu, u lekarza, w przedszkolu, w sklepie z zabawkami, – wprowadzanie nowych pojęć poprzez przedmioty znane dziecku z życia codziennego, zabawa kierowana przez terapeutę
<p>Usprawnianie właściwego funkcjonowania narządów artykulacyjnych, prakcji i kinestezji artykulacyjnej</p>	<ul style="list-style-type: none"> – ćwiczenia aparatu artykulacyjnego, regulujące napięcie mięśniowe warg i języka, – ćwiczenia pionizacji języka, – ćwiczenia prakcji oralnej – wywoływanie precyzyjnych ruchów warg, języka i podniebienia miękkiego, – ćwiczenia kinestezji artykulacyjnej, – wywoływanie i korygowanie nieprawidłowo realizowanych głosek dentalizowanych, – utrwalanie wywołanych głosek w wyrazach, zdaniach, tekstach i mowie spontanicznej, – masaże i terapia ustno-twarzowa z wykorzystaniem technik fizjoterapeutycznych
<p>Podnoszenie umiejętności rozumienia mowy i kształtowanie wypowiedzi prostych/złożonych oraz rozwijanie myślenia przyczynowo-skutkowego</p>	<ul style="list-style-type: none"> – opowiadanie sytuacji z życia z użyciem rekwizytów, zabawek, – odgrywanie ról przez terapeutę i dziecko, – wprowadzanie nowych pojęć i stosowanie ich w kontekście sytuacyjnym, – łączenie desygnatu ze słowem, – oglądanie, a także komentowanie ilustracji/obrazków w książeczkach, – układanie historyjek obrazkowych

Usprawnianie funkcji oddechowych i fonacyjnych	<ul style="list-style-type: none"> – ćwiczenia oddechowe z wykorzystaniem baniek mydlanych/piórek/piłek, – ćwiczenia prawidłowego wdechu/wydechu, – ćwiczenia fonacyjne – wypowiedzi szeptem, naśladowanie głosów z otoczenia oraz instrumentów muzycznych
Usprawnianie funkcji słuchowych	<ul style="list-style-type: none"> – ćwiczenia słuchu fonematycznego, – różnicowanie dźwięków z otoczenia, – piosenki i rymowanki, – wysłuchiwanie i rozpoznawanie odgłosów otoczenia i odgłosów przyrody, – naśladowanie odgłosów otoczenia i odgłosów przyrody, – zabawa z instrumentami (wystukiwanie rytmu)
Rozwijanie sfery emocjonalno-społecznej	<ul style="list-style-type: none"> – analizowanie różnych sytuacji społecznych, – określanie emocji i odczuć własnych oraz drugiej osoby, – uwrażliwianie na intencję i motywację nadawcy wypowiedzi
Wydłużenie czasu koncentracji uwagi, rozwijanie koordynacji wzrokowo-ruchowej, usprawnianie motoryki małej i dużej	<ul style="list-style-type: none"> – dopasowywanie elementów do siebie, – segregowanie i kategoryzowanie, – naśladowanie ruchów motoryki dużej podczas piosenek, zabaw ruchowo-muzycznych, – ćwiczenia rozmachowe rąk, – zabawy paluszkowe, – zabawy manipulacyjne, – usprawnianie motoryki dużej z wykorzystaniem elementów integracji sensorycznej

3.2. Przebieg terapii

Dziewczynka uczęszczała na terapię logopedyczną od 2017 roku. Spotkania odbywały się raz w tygodniu i trwały 45 minut. Pierwszymi działaniami logopedycznymi były przede wszystkim zabawy mające na celu motywowanie dziecka do aktywności werbalnej. Zabawy zaktywizowały dziecko i wpłynęły pozytywnie na kontakt z nim, przez co terapia była efektywniejsza. Zabawy tematyczne, oparte na konkretnym kontekście sytuacyjnym, rozwijały u dziecka rozumienie mowy i wpływały na rozszerzenie słownictwa biernego oraz czynnego. Za pomocą tych zabaw, a także ilustracji i opowiadania historii obrazkowych rozwijało u dziewczynki słownictwo i rozumienie mowy.

Kolejnym etapem pracy terapeutycznej było usprawnianie narządów artykulacyjnych przed lustrem. Ćwiczenia warg, języka, policzków, podniebienia miękkiego oraz żuchwy wpłynęły na wzmocnienie mięśni, a także większą ruchomość narządów mownych, poprawę kontroli nad wykonywanymi ruchami

i ułożeniem poszczególnych elementów aparatu artykulacyjnego. Praca nad artykulacją polegała jednocześnie na wywołaniu poszczególnych głosek, jak również systematycznym utrwalaniu prawidłowych wzorców w mowie spontanicznej. Zastosowana równolegle terapia ustno-twarzowa z wykorzystaniem technik fizjoterapeutycznych oddziaływała na mechanizm regulacji napięcia mięśniowego w obrębie twarzy. Ćwiczenia oddechowe z wykorzystaniem piórek, wiatraków, baniek mydlanych, piłek, zabawy głosem (niski/wysoki, gruby/cienki) wpłynęły na kontrolę wydychanego powietrza i na poprawę fonacji u dziewczynki. Zabawy rytmiczne, piosenki i wierszyki paluszkowe stymulowały pamięć słowną i krótkotrwałą dziecka, a także aktywizowały ruchowo, poprawiając zaburzoną sferę motoryki dużej.

Trzeba podkreślić, iż w procesie terapeutycznym dziewczynki ważnym aspektem była codzienna praca w domu. Matka dziewczynki bardzo aktywnie uczestniczyła w całym procesie terapeutycznym i regularnie podejmowała pracę w domu z dzieckiem. Dziecko chętnie uczęszczało na zajęcia terapeutyczne i wykazywało odpowiednią motywację do pracy.

Jednocześnie zaobserwowano u dziecka niewielką labilność emocjonalną, często związaną z „wilczym głodem”, czyli jednym z podstawowych objawów zespołu Pradera-Williego. Dlatego w procesie terapeutycznym dziewczynki należało rozwijać również sferę emocjonalno-społeczną. Podczas zajęć podejmowano zabawy, które miały na celu motywowanie dziewczynki do analizowania różnych sytuacji społecznych, określania emocji i odczuć własnych oraz drugiej osoby, a także uwrażliwianie na intencję i motywację nadawcy wypowiedzi.

3.3. Podsumowanie terapii

Dziecko nadal uczęszcza na terapię logopedyczną. Zastosowane metody terapeutyczne, między innymi: metoda Weroniki Sherborne, zabawy paluszkowe, elementy systemu Growth Through Play System, zabawy rytmiczno-ruchowe, masaże z wykorzystaniem technik fizjoterapeutycznych i relaksacyjnych, intensywna stymulacja aktywności werbalnej, przy jednoczesnym rozwijaniu wszystkich podsystemów języka, pozytywnie wpłynęły na rozwój rozumienia mowy u dziewczynki. Dziecko zaczęło komunikować się werbalnie, wyrażając własne myśli, spostrzeżenia i potrzeby. Dziewczynka zaczęła budować proste wypowiedzi, adekwatnie do sytuacji. Wprawdzie nadal trzeba je korygować pod względem składniowym i fleksyjnym, jednakże poziom kompetencji komunikacyjnych znacznie się u niej poprawił. Dalsza praca terapeutyczna powinna nadal rozwijać rozumienie wypowiedzi, ze szczególnym uwzględnieniem rozumienia tekstu bez przedstawienia ilustracji bądź osadzenia go w kontekście sytuacyjnym. W zakresie artykulacji głosek trzech szeregów nadal trzeba pracować nad ich utrwalaniem i automatyzowaniem.

Podsumowanie

Postępowanie terapeutyczne w wypadku dzieci z zespołem Pradera-Williego wymaga dużego zindywidualizowania z uwagi na wiele objawów towarzyszących. Całościowa terapia, jaką muszą być objęte dzieci z opisywanym wyżej zespołem, powinna być rozpoczęta w pierwszych dniach życia. Obszar interwencji wielospecjalistycznych – w tym logopedycznych – powinien przejść płynnie od usprawniania funkcji pokarmowych do budowania kompetencji komunikacyjnych i językowych u dzieci dotkniętych tą wadą. Ważne jest, aby w procesie terapeutycznym uwzględniać całościowy obraz zaburzeń zespołu Pradera-Williego.

Rodzaj, zmienność i stopień nasilenia objawów, a także chorób współwystępujących u opisywanego dziecka nie pozwala na dokładne określenie jego dalszego rozwoju językowego. Terapia logopedyczna powinna być jednak nadal prowadzona regularnie i wielotorowo, z uwzględnieniem wszystkich deficytów związanych z mową, a także z obniżeniem ogólnego funkcjonowania poznawczego dziecka.

Literatura

- Cassidy S.B., Dykens E., Williams C.A., 2000, *Prader-Willi and Angelman syndromes: sister imprinted disorders*, „American Journal of Medical Genetics”, New Jersey, s. 136–146.
- Cieszyńska-Rożek J., Sobolewski P., Grzesiak-Witek D. (red.), 2018, *Zaburzenia mowy w wybranych zespołach uwarunkowanych genetycznie*, Lublin: Wydaw. Czelej.
- Emiluta-Rozya D., 2008, *Modyfikacja zestawienia form zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej i D. Emiluty-Rozyi [w:] Diagnostyka i terapia w logopedii*, red. J. Porayski-Pomsta, Warszawa: Wydaw. Elipsa, s. 25–36.
- Emiluta-Rozya D., 2013, *Całościowe badanie logopedyczne z materiałem obrazkowym*, Warszawa: Wydaw. Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Grob A., Reimann G., Gut J., Fruchknecht M.C., 2013, *IDS Skala inteligencji i rozwoju dla dzieci w wieku przedszkolnym*, Warszawa: Wydaw. Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kreff M., Śmigiel R., Stembalska A., 2014, *Profil behawioralny w zespole Pradera i Williego – gdy otyłość przestaje być głównym objawem [w:] Stand Med Pediatr*, Wrocław, s. 740–747.
- Landreth G.L., 2016, *Terapia zabawą*, Kraków: Wydaw. Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Libura M., 2007, *Moje dziecko ma zespół Pradera-Williego. Jak mogę mu pomóc?*, Warszawa: Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Zespołem Pradera-Williego i Fundacja Kronenberga.
- Libura M., 2018, *Zaburzenia rozwoju mowy i języka w zespole Pradera-Williego [w:] Zaburzenia mowy w zespołach genetycznych*, red. J. Cieszyńska-Rożek, P. Sobolewski, D. Grzesiak-Witek, Lublin: Wydaw. Czelej, s. 133–149.
- Midro A.T., Olchowski B., Lebedzińska A., Midro H., 2009, *Wiedzieć więcej o zespole Pradera-Williego*, „Psychiatria Polska”, t. XLIII, nr 2, Białystok, s. 135–166.
- Stembalska A., Śmigiel R., 2009, *Znaczenie kliniczne wczesnej diagnostyki zespołu Pradera-Williego – historia trzech chorych*, „Pediatria Polski”, Białystok, s. 84–94.
- Stępień M., Siudzińska N., 2012, *Zaburzenia mowy a struktura języka. Próba klasyfikacji zaburzeń mowy w świetle współczesnej wiedzy o strukturze języka [w:] Studia Pragmalingwistyczne*, red. J. Porayski-Pomsta, Warszawa: Wydaw. Uniwersytetu Warszawskiego, s. 24–31.

Speech therapy course in Prader-Willi syndrome. Case study

Summary

Prader-Willi syndrome is a genetic disorder, which usually occurs in Europe with the frequency of 1:8000 to 1:45000 of births. The disorder reflects deficits not only in movement but also in language and communication. The purpose of the article is to present a case study of a child with Prader-Willy disorder. It discusses the selected issues related to dysfunctions occurring in a specific group of children and puts forward a proposal of a comprehensive speech therapy support model for children suffering of the syndrome. Special attention has been devoted to the purposefulness of the particular actions.

Key words: Prader-Willi syndrome, case study, therapeutic conduct, language competencies, communication competencies

Julia Hinc

Karolina Kamińska

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

GESTY WSPOMAGAJĄCE KOMUNIKACJĘ DZIECI Z TRISOMIĄ 21. CHROMOSOMU - DOŚWIADCZENIA Z TURNUSU LOGOPEDYCZNEGO

Artykuł dotyczy stosowania gestów komunikacji wspomagającej przez dzieci z trisomią 21. chromosomu podczas turnusu logopedycznego organizowanego przez „ELF-Centrum Mowy i Ruchu”. W artykule scharakteryzowane zostały gesty systemu Makaton, metoda gestów obrazujących ruchy artykulatorów ©GORA, ©Wizualne Kodowanie Części Mowy oraz gesty naturalne. Opisano także wyniki obserwacji dotyczące efektywności stosowania gestów w terapii dzieci przebywających na turnusie. W części ostatniej sformułowano wstępne wnioski i określono perspektywę przyszłych badań.

Słowa kluczowe: gesty, komunikacja wspomagająca, trisomia 21. chromosomu

Wprowadzenie

Dzieci komunikują się ze swoim otoczeniem w sposób niewerbalny już od chwili przyjścia na świat. Początkowo poprzez krzyk, a następnie płacz, mimikę oraz ruchy gałek ocznych. Na tym etapie nie rozumieją znaczenia słów, odczytują jedynie gesty rodziców i ton ich głosu. Takie zachowania są początkiem nabywania umiejętności komunikacyjnych, w których ważne są nie tylko słowa, ale również elementy niewerbalne. Zanim rozwinie się mowa, dziecko potrafi przekazać otoczeniu to, czego chce (za pomocą mowy ciała, np. poprzez wyciągnięcie rąk, pokazywanie, wskazanie palcem pożądanego przedmiotu, podawanie itp.) oraz to, czego nie chce (w charakterystyczny sposób odwracając głowę lub odpychając od siebie przedmiot). Opisane gesty są zrozumiałe dla bliskich dziecka, ale także dla dalszego otoczenia, a małuchowi dają poczucie sprawczości (Kaczmarek 2008).

Na bazie komunikacji niewerbalnej rozwija się umiejętność rozumienia oraz nadawania mowy. Ten rodzaj komunikacji towarzyszy nam od samego początku. Każdy z nas porozumiewa się w ten sposób niemal codziennie, często nieświadomie. Jesteśmy również świadkami używania jej przez osoby z naszego

otoczenia. Czym jest więc komunikacja niewerbalna? Są to wszystkie komunikaty nadawane i odbierane przez ludzi, które próbujemy przekazać, nie używając mowy, a posługując się np. gestem, wyrazem twarzy, dotykiem, dźwiękiem paralingwistycznym. Komunikacja niewerbalna umożliwia przekaz informacji poprzez wszystkie dostępne nam kanały, poza mową. Jest to inaczej język ciała, którego używamy jako nośnika informacji i który tworzy z komunikacją werbalną schemat porozumiewania się społecznego (Tkaczyk 2010).

Z czasem takie formy komunikacji, jak m.in. krzyk, zanikają, a w ich miejsce pojawiają się zbitki spółgłoskowe, później sylaby otwarte, które łączą się w proste słowa, a te – w dwu- i trzelementowe wypowiedzi. W taki sposób rozwija się mowa dziecka, której nieodłącznie towarzyszą gesty. Spełniają one podobną funkcję jak język, są integralną częścią rozwoju i pojawiają się w naturalny sposób. Dziecko z dużą łatwością łączy jednocześnie słowa i gesty, zauważając, że jest to skuteczna forma porozumiewania się, np. wyciąga rękę w kierunku pożądanej rzeczy, mówiąc „da” (Kaczmarek 2008). Zarówno mowa, jak i gest spełniają bardzo ważną funkcję w prawidłowym rozwoju umiejętności komunikacyjnych małego dziecka.

Komunikacja werbalna i niewerbalna ściśle się ze sobą wiążą, uzupełniając treść wypowiedzi; postawa ciała i gesty przekazują istotne dla odbiorcy informacje, m.in. dotyczące stanu emocjonalnego, stosunku do drugiej osoby itp. (Leathers 2007). Komunikacja niewerbalna ma wiele funkcji, jednak najbardziej podstawową jest rola informacyjna. W komunikatach dziecięcych można zaobserwować gesty używane intencjonalnie i świadomie, zwane ilustratorami. Dzielą się one na piktografy, ruchy rytmiczne, ruchy deiktryczne oraz batuty. Najczęściej spotykane są ruchy deiktryczne, które wskazują i skupiają uwagę na przedmiocie, miejscu lub zdarzeniu, a także piktografy definiowane jako wyrysowany w przestrzeni obraz kształtu, do którego się odwołują. Do rzadziej spotykanych należą ruchy rytmiczne, czyli gesty, które nadają rytm opisywanym przez nas słowom, oraz batuty, których zadaniem jest podkreślić najważniejsze słowo wypowiedzi. Łatwiej interpretować te komunikaty dziecięce, którym towarzyszą gesty-ilustratory (Leathers 2007).

Najmłodsze dzieci posługują się niewyuczonymi gestami, które świadczą o tym, że mowa ciała jest podstawową formą nadawania komunikatów. Uniesienie głowy i skupienie wzroku na przedmiocie lub osobie może oznaczać zainteresowanie daną aktywnością. Gdy dziecko odwraca głowę, może to wynikać z braku chęci kontynuowania zabawy, co jest wyraźnym sygnałem dotyczącym preferencji dziecka. Dobrze znane każdemu rodzicowi „wyciągnięcie rączek” jest jednoznaczne z chęcią interakcji. Zaciśnięcie ręki w pięść może być wyrazem silnych stanów emocjonalnych, takich jak gniew, jednak może również informować o wewnętrznym dyskomforcie, którego doświadcza dziecko z powodu chłodu, bólu lub wilgoci (Molcho 2008).

Gesty wykonywane w sposób instynktowny mogą być bazą gestów do nauki stosowanych w różnych metodach wspomagania komunikacji. Nie stanowią one trudności dla dzieci z wyzwaniami rozwojowymi ze względu na takie cechy, jak: intuicyjność, łatwość wykonania, a także powszechność ich wykorzystywania przez najbliższe otoczenie.

1. Komunikacja i mowa u dzieci z trisomią 21. chromosomu

Rozwój umiejętności komunikacyjnych u większości dzieci z trisomią 21. chromosomu przebiega w pierwszych latach życia według tego samego schematu, co u dzieci w normie rozwojowej, jednak jest on rozciągnięty w czasie. Ponadto zdobywanie umiejętności komunikacyjnych w dużym stopniu zależy od stopnia towarzyszącej niepełnosprawności intelektualnej. Według Teresy Kaczan oraz Roberta Śmigła niemowlęta z trisomią 21. chromosomu charakteryzują się dobrze rozwiniętymi zachowaniami niewerbalnymi (kontakt wzrokowy oraz uśmiech), które pojawiają się z niewielkim opóźnieniem w stosunku do ram czasowych okresów kształtowania się mowy (Kaczan, Śmigiel 2012). Tab. 1 przedstawia porównanie czasu wystąpienia najważniejszych kamieni milowych w rozwoju dziecka w normie oraz dziecka z trisomią 21. chromosomu.

Tab. 1. Porównanie czasu występowania wybranych funkcji psychomotorycznych w rozwoju dzieci zdrowych oraz dzieci z trisomią 21. chromosomu (objętych wczesną terapią i bez terapii) w poszczególnych miesiącach

Lp.	Kamienie milowe	Dzieci zdrowe	Dzieci z trisomią 21. chromosomu	
			objęte wczesną terapią	bez terapii
1.	Siedzenie wspomagane z zachowaniem równowagi głowy	4	5	6
2.	Przekręcanie z brzucha na plecy	5	6	7
3.	Przekładanie przedmiotu z jednej ręki do drugiej	6	7	10
4.	Jedzenie pokarmu (palcami)	6	8	16
5.	Samodzielne siedzenie	7	8	9
6.	Czołganie się	7	11	13
7.	Chodzenie na czworakach	7	14	16
8.	Podnoszenie się do stania	8	11	17
9.	Chodzenie wzdłuż kantu stołu	9	12	18
10.	Chodzenie za rękę	10	13	20
11.	Samodzielne chodzenie	12	18	23
12.	Mówienie „mama” i „tata”	10	8	12
13.	Jedzenie łyżką	14	17	33
14.	Samodzielne picie z filiżanki	18	18	28

Źródło: Kaczan, Śmigiel 2012: 50–51.

Bogusława Kaczmarek (2008) przedstawia etapy rozwoju mowy dzieci z trisomią 21. chromosomu ze względu na wiek dziecka, jego interakcje społeczne, rozwój słownictwa i gramatyki oraz mowy. Dziecko od urodzenia do dwunastego miesiąca życia porozumiewa się z otoczeniem za pomocą płaczu, kontaktu wzrokowego oraz gestów. Słownik bierny zawiera kilka wyrazów, pojawiają się pierwsze wokalizacje. Między pierwszym a drugim rokiem życia coraz większa liczba gestów pokrywa się ze znaczeniem słów. W tym okresie zauważalnie zwiększa się zasób słów wypowiedzianych przez dziecko. Po ukończeniu 2. roku życia dziecka jego słownik powinien obejmować od 50 do 100 wyrazów. Następuje także rozwój gramatyki – maluch tworzy wypowiedzi dwuwyrazowe. Jednocześnie realizowane słowa są mało zrozumiałe dla otoczenia. Między 24. a 36. miesiącem życia dzieci wykazują chęć do nawiązania konwersacji. Zasób słownika biernego jest większy od czynnego, którego zawartość to około 300 słów. W tym okresie następuje wzrost prędkości uczenia się oraz procesu kształtowania gramatyki, czego przykładem jest pojawienie się w czynnym użyciu dziecka zdań telegraficznych, inaczej definiowanych jako połączenie ze sobą kilku kluczowych słów. Zauważalna jest także większa staranność artykulacyjna w realizacji spółgłosek, samogłosek oraz całych wyrazów. Pomiedzy 3. a 5. rokiem życia dziecko – w sytuacji, gdy nie zostało zrozumiane przez osobę dorosłą – próbuje powtórzyć wyraźniej swoją wypowiedź. Następuje większy, w porównaniu do poprzednich okresów rozwojowych, wzrost prędkości uczenia się wyrazów. Występuje również poprawa w strukturze składniowej zdania, komunikaty dzieci są bardziej wyraziste.

Swobodne wypowiedzi dzieci w wieku od 5. do 7. roku życia charakteryzują się obecnością elementów narracyjnych. Dzieci w tym czasie nabywają umiejętności opowiadania krótkich historyjek, co przyczynia się do rozwoju narracji. Dodatkowo wydłuża się czas rozmowy na konkretny temat oraz pojawia się, adekwatne do dialogu, zadawanie prostych pytań, np. „gdzie?”, „co?”. Dziecko w tym okresie przyswaja około 2 tys. słów. Zauważalne są także dalsze postępy w rozwoju składni, a mowa staje się bardziej zrozumiała dla odbiorców. Obserwuje się jeszcze trudności z użyciem przyimków oraz spójników.

Ostatni etap kształtowania się mowy przypada na okres pomiędzy 7. a 16. rokiem życia. W tym czasie rozwija się umiejętność użycia języka w celach społecznych, np. rozbawienia słuchacza poprzez opowiadanie żartów lub dostarczenia mu wystarczającej ilości informacji albo przekazywania instrukcji w formie dłuższej, logicznej wypowiedzi. Pod koniec tego etapu kształtowania się mowy dziecko dysponuje około 5 tys. słów. Rozwój rozumienia strony biernej oraz wyrazów wyrażających związki przyczynowo-skutkowe (np. dlatego, jakkolwiek) następuje najpierw w piśmie i podczas czytania, a dopiero później pojawia się w mowie. Nadal poprawia się zrozumiałość mowy, do czego przyczynia się w znacznym stopniu opanowanie umiejętności czytania (Kaczmarek 2008).

Na rozwój mowy oraz komunikacji językowej dzieci z trisomią 21. chromosomu znacząco wpływa niepełnosprawność intelektualna, która wpisuje się w obraz tego zespołu genetycznego. Najczęściej występuje niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym (Kaczorowska-Bray 2017), rzadziej w stopniu lekkim (charakterystyka rozwoju mowy w przypadku niepełnosprawności w stopniu lekkim oraz umiarkowanym została przedstawiona w dalszej części artykułu). Dzieci te osiągają zauważalnie większe sukcesy w rozumieniu mowy niż w jej nadawaniu. Na taki stan wpływają m.in. nieprawidłowo przebiegające funkcje fizjologiczne (np. połykanie), osłabione napięcie mięśniowe w obrębie aparatu artykulacyjnego, fonacyjnego i oddechowego, ubytki słuchu o różnym nasileniu, obniżona sprawność ruchów artykulacyjnych, wady anatomiczne nasady, osłabiona pamięć krótkotrwała itp. W mowie dzieci z trisomią 21. chromosomu dominuje język potoczny, rzeczowniki konkretne oraz zwroty stosowane w sytuacjach z życia codziennego. Trudności ujawniają się podczas stosowania słownictwa abstrakcyjnego, jak również związków frazeologicznych, które mogą nie być w pełni rozumiane, co skutkuje ich nieprawidłowym użyciem. W związku z obniżoną sprawnością ruchomych narządów aparatu artykulacyjnego często występuje zjawisko opuszczania głosek w wyrazach i łączenie ich w niewyraźne zbitki (Jęczeń 2015).

Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim przyswajają mowę znacznie wolniej niż ich rówieśnicy w normie. Można też zauważyć spadek dynamiki nabywania nowych umiejętności językowych wraz z wiekiem. W słowniku czynnym dominują wyrazy określające osoby, pojazdy, zwierzęta, części ciała, przedmioty codziennego użytku. Najczęściej stosowane są rzeczowniki konkretne, czasowniki określające działanie bądź ruch, a także przymiotniki opisujące cechy przedmiotów. Odnotowuje się występowanie pojedynczych zaimków, spójników i przyimków, jednak należy podkreślić, że często ich użycie jest nieprawidłowe. Deficyty słownikowe zauważalne są w nazywaniu pojęć nadrzędnych, abstrakcyjnych i określających stosunki czasowo-przestrzenne. Występują zjawiska charakterystyczne dla dzieci młodszych, tj. opuszczanie lub upraszczanie grup spółgłoskowych, substytucje, elizje. Zdania konstruowane przez dzieci z lekką niepełnosprawnością intelektualną są nieskomplikowane, krótsze i zawierają mniej elementów opisujących. Ujawniają się trudności fleksyjne oraz w budowaniu wypowiedzi dwu- lub więcej wyrazowych. W późniejszym wieku dzieci tworzą zdania jednokrotnie złożone współrzędne łączne, rzadko występują jednokrotnie złożone podrzędne: okolicznikowe lub dopełnieniowe. Można odnotować w wypowiedziach dzieci błędy logiczne, fleksyjne, składniowe, np. tworzenie zdań bez orzeczenia (Kaczorowska-Bray 2017).

Niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym lub znacznym poważnie opóźnia rozwój mowy, a ostatecznie zdolności językowe określa się

jako ograniczone. W wieku przedszkolnym umiejętności komunikacyjne tych dzieci opisuje się jako kombinacje pojedynczych wyrazów i gestów. Rozwój mowy dzieci z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym lub znacznym charakteryzuje następująca kolejność: wydawanie dźwięków nieartykułowanych, wymawianie niektórych samogłosek, artykułowanie pewnych spółgłosek, wymawianie izolowanych słów o prostej strukturze, nazywanie przedmiotów, posługiwanie się zdaniami. Należy jednak zaznaczyć, że nie wszystkie dzieci z tej grupy opanują każdy z wyżej wymienionych etapów. Zasób słownictwa czynnego i biernego jest bardzo ubogi, ogranicza się do wyrazów konkretnych – tj. nazw przedmiotów codziennego użytku, zabawek, części ciała i zwierząt.

Powszechnym zjawiskiem w mowie tych dzieci jest nadmierna generalizacja, tj. rozszerzanie pola semantycznego wyrazów. Występuje ona ze względu na niewielką ilość używanych słów przy jednoczesnej mnogości sytuacji komunikacyjnych. Wypowiadanie niektórych słów może mieć charakter echolaliczny. Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym konstruują wypowiedzi z jednego wyrazu, czasami budują zdania proste, odnoszące się do sytuacji „tu i teraz”. W mowie występują liczne agrammatyzmy oraz nieprawidłowa artykulacja, co znacznie ogranicza rozumienie komunikatów przez odbiorców (Kaczorowska-Bray 2017).

Na podstawie powyższej charakterystyki kształtowania się mowy u dzieci z trisomią 21. chromosomu można zauważyć opóźnienie rozwoju mowy oraz poszczególnych struktur języka, tj. składni, fleksji, narracji, ponadto uboższy zasób słownika czynnego i biernego, a także ograniczenia w swobodzie nadawania dłuższych komunikatów. Zaburzona mowa czynna skutkuje brakiem rozumienia dziecka ze strony otoczenia, często powoduje odizolowanie się od środowiska oraz niechęć do dalszego komunikowania się. Znaczący niekorzystny wpływ na kształtowanie się mowy oraz ograniczenia w jej opanowaniu u dziecka z trisomią 21. chromosomu mają dodatkowo występujące zaburzenia, takie jak: wada wzroku, słuchu, niepełnosprawność intelektualna w różnym stopniu i/lub uszkodzenia neurologiczne (Cieszyńska-Rożek, Grzesiak-Witek, Sobolewski 2018).

2. Wspomagające metody komunikacji wykorzystywane podczas turnusu

Komunikacja wspomagająca była wykorzystywana w czasie terapii u dzieci z trisomią 21. chromosomu podczas XIV turnusu wczesnego wspierania rozwoju komunikacji dziecka, organizowanego przez Elf Centrum Mowy i Ruchu w Warszawie. Autorki artykułu są studentkami logopedii w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie i czynnie uczestniczyły

w turnusie w charakterze stażystek. Dzięki temu miały możliwość hospitowania zajęć prowadzonych przez logopedów i innych specjalistów. W turnusie logopedycznym w Mąchocicach Kapitulnych w dniach 16–27 lipca 2018 roku brało udział trzynaścioro dzieci z trisomią 21. chromosomu. Ośmioro z nich posługiwało się różnymi formami komunikacji wspomagającej. Podczas terapii logopedycznej stażystki miały okazję obserwować zajęcia prowadzone przez doświadczonych terapeutów oraz proces komunikowania się dzieci z rodzicami i opiekunami w codziennych sytuacjach. Do najczęściej używanych w trakcie turnusu metod należały: gesty naturalne, gesty obrazujące ruchy artykulatorów ©GORA (używane przez wszystkie dzieci) oraz gesty metody Makaton. Poniżej zostały scharakteryzowane metody komunikacji wspomagającej, które były wykorzystywane podczas terapii logopedycznej dzieci z trisomią 21. chromosomu.

Komunikacja wspomagająca umożliwia satysfakcjonujące porozumiewanie się osobom, których mowa nie jest wystarczająca do pełnego zrozumienia przez otoczenie (Warrick 1999; Loebel 2006).

2.1. Gesty obrazujące ruchy artykulatorów ©GORA

Gesty ©GORA to metoda wspomagająca terapię logopedyczną, oparta na ruchach obu rąk, obrazująca cechy fonologicznie istotne dla głosek języka polskiego. Podstawą wykonywanych gestów są układy palców i ułożenie rąk w stosunku do ciała oraz zmiana tych układów, a także sposób ich realizacji. Konkretny ruch przypisany jest cechom artykulacyjnym głosek. Jak podkreślają autorki metody, gesty ©GORA nie stanowią alternatywy dla mowy, nie oddają znaczenia wyrazów, jednakże wpływają na jej rozwój. Pomagają one odróżnić lub wzmocnić konkretne cechy artykulacyjne, istotne dla prawidłowo przebiegającego procesu nadawania mowy. Towarzyszą one głośnemu wymawianiu słów. Metoda została opracowana z myślą o pacjentach z zaburzoną kinestezją artykulacyjną. Niedokształcenie lub uszkodzenie struktur mózgowych odpowiadających za prawidłową pozycję aparatu artykulacyjnego i precyzyjne ruchy w jego obrębie prowadzi do „niestałości w realizacji fonemów”, przez co mowa jest mniej wyraźna lub niezrozumiała. Wzorzec optyczny ułatwia uczestnikowi terapii logopedycznej kontrolę nad artykulatorami, przypominając ich odpowiedni układ.

Swoje zastosowanie gesty GORA mają również w terapii z osobami z niedokształceniem mowy towarzyszącym niepełnosprawności intelektualnej. Ich zadaniem jest kompensacja trudności związanych z pamięcią słuchową poprzez obrazową podpowiedź (Jakóbiak, Lorens 2018). Scharakteryzowana metoda pełni funkcję wspomagającą mowę oraz terapię logopedyczną również u pacjentów z dyslalią, niedokształceniem mowy z powodu niedosłuchu, niedokształceniem mowy z powodu autyzmu oraz niedokształceniem mowy pochodzenia korowego o typie ruchowym i słuchowym (Karwowska, Lorens, Więcek-Poborczyk 2017).



Rys. 1. Gest ilustrujący spółgłoskę [t]

Źródło: Karwowska, Lorens, Więcek-Poborczyk 2017: 94; opublikowano za zgodą autorek.

2.2. Metoda Makaton

Program językowy Makaton (w skrócie Makaton) jest to system gestów i symboli graficznych umożliwiających porozumiewanie się osobom z trudnościami w mówieniu. Istotnymi elementami tego programu językowego są: słownictwo podstawowe/dodatkowe, znaki manualne oraz graficzne, a przede wszystkim mowa. Makaton może być wykorzystywany zarówno do nauczania umiejętności porozumiewania się, a także jako źródło funkcjonalnego słownictwa oraz pojęć umożliwiających za pomocą symboli graficznych naukę czytania (Kaczmarek 2012). Bogusława B. Kaczmarek, która opracowała tę metodę w Polsce, podkreśla, że głównym założeniem programu Makaton jest rozpoczęcie przez użytkownika podstawowej komunikacji, a następnie, w zależności od jego możliwości, przejście do bardziej rozbudowanego systemu, którym może być także mowa.

W tej metodzie bardzo istotne jest, że część gestów opiera się na gestach naturalnych, a przede wszystkim, że są to gesty intuicyjne i znane każdemu dziecku jeszcze przed rozpoczęciem kształtowania się mowy czynnej. Wdrażanie metody powinno być procesem analogicznym do procesu uczenia się pierwszych słów przez małe dzieci. Gesty w komunikacji spełniają rolę jedynie wspomagającą wypowiedź dziecka do momentu, w którym opanuje ono mowę. Wtedy gesty są opuszczane. Znaki Makatonu nie zastępują mowy, jedynie ją wspomagają, obrazują wypowiedziane słowa podczas procesu rehabilitacji. Gdy mowa użytkownika tej metody będzie wystarczająco zrozumiała, można zrezygnować z używania znaków Makatonu. Oprócz gestów wykorzystuje się również symbole graficzne, które mogą funkcjonować oddzielnie lub łącznie z gestami.

Fundamentem przedstawionej metody jest słownictwo podstawowe oraz jego rozwinięcie, czyli słownictwo dodatkowe. Pierwsze zawiera około 460 słów, które są funkcjonalne i umożliwiają użytkownikowi programu codzienną komunikację, zaś słownictwo dodatkowe to ponad 7000 pojęć, które odnoszą się do dziedzin tematycznych oraz indywidualnych potrzeb.

2.3. ©Wizualne Kodowanie Części Mowy

Podczas zajęć logopedycznych stosowane było ©Wizualne Kodowanie Części Mowy, którego celem jest wspomaganie rozwoju mowy poprzez zabawę (Lorens, Więcek-Poborczyk 2017). ©Wizualne Kodowanie Części Mowy wspiera terapię logopedyczną dzieci, które mają trudności z nauką prawidłowego budowania zdań oraz z opanowywaniem i kategoryzowaniem słów. Praca za pomocą ©Wizualnego Kodowania Części Mowy polega na wspomaganianiu dzieci z trudnościami w rozwoju mowy tak, aby stopniowo opanowały one umiejętność komunikowania. Umożliwia przyswajanie zarówno pojedynczych słów, jak i tworzenie zdań. Do każdej części mowy zostały przyporządkowane gesty oraz znaki graficzne, którym towarzyszy głośna i wyraźna mowa. Prezentowane kody podpowiadają treść wypowiedzi, ułatwiają dostęp do poszukiwanego słowa oraz wzmacniają proces przyporządkowywania do określonych części mowy. Stosowanie ©Wizualnego Kodowania Części Mowy odbywa się w czasie terapii logopedycznej z wykorzystaniem zabawy oraz odpowiednio dobranych pomocy, które są związane z najbliższym otoczeniem dzieckiem. Terapeuta nie nazywa części mowy ani nie wymaga od pacjenta naśladowania wykonywanego gestu.

Tab. 4. Znaki graficzne stosowane w ©Wizualnym Kodowaniu Części Mowy

Przymiotnik	Rzeczownik	Czasownik
Jaki? Jaka? Jakie?	Kto co?	Co robi?
		
Czarny	kot	miauczy.

Źródło: Lorens, Więcek-Poborczyk 2018: 185.

3. Stosowanie gestów w komunikacji dzieci z trisomią 21. chromosomu

Przebieg przyswajania gestów przez dzieci z trisomią 21. chromosomu jest niemalże identyczny, jak u dzieci w normie rozwojowej. Mocne strony pacjentów określane są na podstawie wykorzystywania komunikacji niewerbalnej do porozumiewania się z otoczeniem. Tym sposobem kompensowane są trudności językowe. Dzieci we wczesnych miesiącach życia wolą przekazywanie informacji za pomocą gestów niż przy użyciu mowy oraz szybciej przyswajają komunikaty odbierane poprzez kanał wzrokowy (Kaczmarek 2006). Gesty stanowią więc naturalną bazę dla rozwoju mowy, gdyż nie wymagają żadnego przygoto-

wania edukacyjnego. Są one intuicyjnie wykorzystywane przez dzieci, dlatego stanowią dużo prostszy sposób wyrażania myśli. Można je łatwo poprawiać i rozszerzać gramatycznie. Istnieje niewielka grupa dzieci z trisomią 21. chromosomu, której jedyną skuteczną formą komunikacji będzie posługiwanie się gestami, jednak dla większości jest to wyłącznie wsparcie mowy lub środek do jej opanowania. W przeważającej liczbie przypadków używanie komunikacji niewerbalnej w postaci ruchów dłoni niweluje frustrację narastającą u dzieci i ich opiekunów z powodu niemożności przekazania lub zrozumienia przez odbiorcę komunikatów oraz stymuluje rozwój mowy. Dzięki zmniejszeniu napięcia towarzyszącego utrudnionemu porozumiewaniu się zostaje wzmocniona więź rodzica z dzieckiem. Gdy we wspólnym polu uwagi dziecko nadaje niewerbalny komunikat, a opiekun na niego odpowiednio reaguje, zacieśnia się ich relacja. Słowa odpowiadające gestom podczas nadawania mowy są artykułowane wolniej i wyraźniej, przez co mowa staje się bardziej zrozumiała.

Wspomaganie się gestami znacząco wpływa na jakość życia oraz na komunikację z otoczeniem. Gdy dziecko jest w okresie prelingwalnym, gesty stanowią formę porozumiewania się z opiekunami oraz najbliższym środowiskiem. Następnie są wsparciem przy nabywaniu mowy i w rozumieniu jej przez odbiorcę. Opiekunowie dziecka powinni pamiętać, że gesty mogą przyczynić się także do ogólnego rozwoju psychospołecznego (Kaczmarek 2008).

4. Charakterystyka pacjentów z trisomią 21. chromosomu biorących udział w zajęciach logopedycznych na turnusie logopedycznym

Na turnusie logopedycznym organizowanym przez „Elf Centrum Mowy i Ruchu” ośmioro dzieci z trisomią 21. chromosomu posługiwało się komunikacją wspomagającą. Uczestnicy byli w przedziale wiekowym od 5 do 10 lat i posługiwali się w odmiennym stopniu różnymi metodami komunikacji wspomagającej. Najczęstszą formą wsparcia przekazu słownego stosowanego podczas turnusu były gesty ©GORA, jednak pacjenci używali również gestów Makaton oraz ©Wizualnego Kodowania Części Mowy.

Gesty Makatonu były stosowane głównie w celu podkreślenia rozpoczęcia lub zakończenia danej aktywności oraz wyrażały chęć jej kontynuowania poprzez użycie gestu „jeszcze”. Posługiwanie się nimi wpływało na płynność przechodzenia z jednego zadania do drugiego, a także na samopoczucie dzieci, które mogły w prosty i naturalny dla siebie sposób zakomunikować swoje potrzeby podczas terapii. Stosowanie przez dzieci gestów dawało im poczucie sprawstwa i możliwość dokonywania wyboru.

W czasie trwania turnusu ©Wizualne Kodowanie Części Mowy było stosowane w celu utrwalenia w mowie czynnej prawidłowych form przyimków. Uży-

cie tych gestów miało ułatwić dzieciom kojarzenie oraz rozumienie relacji przestrzennych i ich nazwanie, przykładowo układanie lewej dłoni na prawą oznacza przyimek „na”, ułożenie jednej dłoni powyżej drugiej obrazuje przyimek „nad” itp. Podczas zajęć z czteroletnim chłopcem logopeda w czasie ćwiczeń prawidłowego budowania zdań złożonych używał opisanych gestów w celu utrwalenia wyrażen przyimkowych i ułatwienia zbudowania dalszej części wypowiedzi.

Gesty ©GORA zostały wprowadzone do terapii większości dzieci przebywających na turnusie. Z naszych obserwacji wynika, że pacjenci nie mieli trudności w odtwarzaniu ruchów rąk, co więcej: znacząco ułatwiały one wypowiedzanie wyrazów. Chłopiec, który bardzo często pomijał nagłos wyrazowy, przy kontroli wzrokowej nie popełniał już tego błędu. Użycie gestów wpływało również na wyrazistość jego wypowiedzi, a także na prawidłowe użycie form przypadków rzeczowników. Kolejnemu pacjentowi gesty ©GORA pomagały zrozumieć mowę, a także wspomagały odbiór i przekaz komunikatów. Chłopiec naśladował ruchy wykonywane przez terapeutę oraz powtarzał słowa. Z kolei kilkuletnia dziewczynka używała gestów do powtórzeń i utrwalania poznanych wyrazów, a także podczas ćwiczeń fonacyjnych i dźwiękonaśladowczych. Dzieci wypowiadające niewiele słów, zazwyczaj w sposób niezrozumiały dla otoczenia, posługując się metodą ©GORA, starały się naśladować ułożenie aparatu artykulacyjnego, co skutkowało znaczenie wyraźniejszą wymową. Ruchy rąk oraz widoczne ułożenie aparatu artykulacyjnego u terapeuty wspomagały wykonywanie precyzyjnego ruchu w obrębie jamy ustnej. Gesty ©GORA były stosowane podczas terapii przy realizacji wyrazów, które niosły treści emocjonalne związane z dzieckiem lub przy wyrazach, których wyartykułowanie sprawiało dziecku trudność.

W terapii logopedycznej na turnusie brali aktywny udział również rodzice i opiekunowie dzieci. Rodzice, przeszkoleni i kierowani przez terapeutów, w mowie spontanicznej podczas zajęć, jak również poza nimi, w rozmowie z dzieckiem używali gestów GORA oraz Makaton. Dzieci z uwagą przyglądały się wykonaniu rodziców i logopedów, co dodatkowo motywowało je do naśladowania gestów i powtarzania wyrazów.

Podsumowanie

Dzieci z trisomią 21. chromosomu preferują posługiwanie się gestami, szczególnie w okresie przed nabyciem mowy, ale także w trakcie jej nabywania. Wynika to przede wszystkim z prostoty oraz intuicyjności scharakteryzowanych metod wspomagających (Makaton oraz ©GORA), dzięki czemu mogą one zostać wdrożone u dzieci z różnym stopniem niepełnosprawności intelektualnej. Łatwość w posługiwaniu się gestami przez dzieci jest rezultatem ich wysokich możliwości manualnych, a także okazywanych chęci podczas komunikowania się gestowego z otoczeniem. W wyniku obserwacji stwierdziłyśmy, że posługi-

wanie się gestami ©GORA przez terapeutów i rodziców skutkowało lepszą wyrazistością oraz płynnością wypowiedzi dzieci, a także większą poprawnością gramatyczną oraz dokładniejszą realizacją głosek. Podsumowując, stosowanie metod wspomagających komunikację w znaczącym stopniu wspiera przekaz wypowiedzi, jej poprawność, wyrazistość i stymuluje prawidłowy rozwój mowy.

Literatura

- Cieszyńska-Rożek J., Grzesiak-Witek D., Sobolewski P. (red.), 2018, *Zaburzenia mowy w wybranych zespołach uwarunkowanych genetycznie*, Lublin: Wydaw. Czelej.
- Jakóbiak A., Lorens G., 2017, *Gesty Gora – Metoda wspomagająca terapię logopedyczną dzieci z zaburzoną kinezją artykulacyjną*, „Forum Logopedy” 5, s. 4–10.
- Jęczeń U., 2015, *Umiejętności porozumiewania się dzieci z zespołem Downa*, „Forum Logopedyczne” 23, s. 91–99.
- Kaczan T., Śmigiel R. (red.), 2012, *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju u dzieci z chorobami genetycznymi*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kaczmarek B.B. (red.), 2008, *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Kaczorowska-Bray K., 2017, *Kompetencja i sprawność językowa dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym, umiarkowanym i lekkim*, Gdańsk: Wydaw. Uniwersytetu Gdańskiego.
- Karwowska A., Lorens G., Więcek-Poborczyk I., 2017, *Gesty obrazujące ruchy artykulatorów*, Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Leathers D.G., 2007, *Komunikacja niewerbalna*, Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN SA.
- Loebl W., 2006, *Szkielet rozwoju wspomagającej i alternatywnej komunikacji w Polsce [w:] Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, red. J. Bleszyński, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Lorens G., Więcek-Poborczyk I., 2018, *Wizualne Kodowanie Części Mowy – wspomaganie rozwoju mowy dziecka poprzez zabawę [w:] Małe dziecko – poznanie w zabawie*, red. R. Piotrowicz, Warszawa: Wydaw. Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Molcho S., 2008, *Język ciała dzieci*, Katowice: Wydaw. KOS.
- Tkaczyk L., 2010, *Komunikacja niewerbalna – postawa, mimika, gest*, Warszawa: Wydaw. Astrum.
- Warrick A., 1999, *Porozumiewanie się bez słów*, Warszawa: Stowarzyszenie „Mówić bez Słów”.

Gestures supporting communication with children suffering of chromosome 21 trisomy – experience from speech therapy camp

Summary

The article refers to using supporting communication gestures by children with chromosome 21 trisomy during a speech therapy camp organised by “ELF – Speech and Movement Centre”. The article characterises the Makaton system gestures, the method of gestures showing the movements by ©GORA, ©Wizualne Kodowanie Części Mowy [Visual Coding of the Parts of Speech] and natural gestures. Also described have been the results of observation regarding the efficiency of using gestures in the therapy of children staying at the camp. In the last part preliminary conclusions have been formulated and a perspective for future research has been determined.

Key words: gestures, supportive communication, chromosome 21 trisomy

CZĘŚĆ III

**ROZWÓJ MOWY I KOMUNIKACJI
- ZABURZENIA, TERAPIA**

Beata Rajter

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

KOMUNIKACJA Z DZIECKIEM Z GŁĘBOKĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ INTELEKTUALNĄ W ŚRODOWISKU RODZINNYM

Prezentowany artykuł dotyczy komunikacji dziecka z głęboką niepełnosprawnością intelektualną w środowisku rodzinnym. Opisano w nim zagadnienia związane z procesem komunikacji, w szczególności niewerbalnej. Analizie poddano kompetencje komunikacyjne dziecka z głęboką niepełnosprawnością intelektualną w odniesieniu do możliwych poziomów jego funkcjonowania psychoruchowego. Skupiono uwagę na procesie komunikacji opiekuna z dzieckiem, odnosząc się do szeroko pojętego kontekstu sytuacyjnego. Odwołano się do czynności dnia codziennego, w tym zabawy jako podstawowej aktywności dziecka, ponadto uwzględniono czynniki, które mogą wpływać na dany kontekst sytuacyjny, m.in. miejsce i rekwizyty, uczestnicy zdarzenia, sekwencje czynności. Różnorodność pojawiających się czynników w dużym stopniu może warunkować kształtowanie się procesu komunikacji z dzieckiem z głęboką niepełnosprawnością intelektualną.

Słowa kluczowe: komunikacja niewerbalna, dziecko z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, środowisko domowe

1. Komunikacja – zarys problematyki

Osoby z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim stanowią najmniej liczną grupę w całej populacji osób z niepełnosprawnością intelektualną (1–2%). Z moich doświadczeń w pracy z omawianą grupą dzieci oraz analizy literatury wynika, że niewiele jest badań dotyczących natury procesu komunikacji dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Często również pomija się aspekt porozumiewania się w sytuacjach dnia codziennego (Twardowski 2002, za: Marcinkowska 2013: 32). Istnieje zatem uzasadniona potrzeba poświęcenia większej uwagi tym zagadnieniom i pogłębienia dotychczasowych analiz.

Niniejsze opracowanie będzie dotyczyło komunikacji interpersonalnej, rozumianej jako proces przekazywania i odbierania informacji pomiędzy dzieckiem z głęboką niepełnosprawnością intelektualną a jego opiekunami. „Komunikowanie jest procesem porozumiewania się jednostek, grup lub instytucji. Jego celem jest wymiana myśli, dzielenie się wiedzą, informacjami i ideami. Proces ten odbywa się na różnych poziomach, przy użyciu zróżnicowanych środków i wywołuje określone skutki” (Dobek-Ostrowska 1999: 13).

Powszechnie przyjmuje się cyrkularny model komunikacji, który zakłada, że każdy uczestnik komunikacji wpływa na innego, a tym samym na wszystkich pozostałych. Możemy wyróżnić trzy główne wymiary komunikacji (*dimensions of communications*), które są współzależne. Należą do nich: forma (*form*), funkcja (*function*) i kontekst (*context*). Forma to sposób, w jaki się komunikujemy. Funkcja komunikacji dotyczy tego, co chcemy przekazać (nasze potrzeby czy emocje). Kontekst natomiast obejmuje miejsce, czas i określone działanie. Ważne więc wydaje się to, w jaki sposób, dlaczego i w jakich okolicznościach angażujemy się w interakcję z inną osobą (Arthur-Kelly i in. 2008: 161–166). Różniamy dwie podstawowe formy komunikowania się: werbalną (środkiem komunikacji jest język) i niewerbalną (środki pozasłowne). Zazwyczaj obie formy uzupełniają się. Jednak dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną wykorzystują głównie niewerbalne metody porozumiewania się z otoczeniem.

Opracowano różnorodne kryteria podziału komunikatów pozawerbalnych. Mają one wiele wspólnych elementów składowych. Jednego z bardziej wyczerpujących podziałów kodów pozajęzykowych dokonał Bożydar Kaczmarek (1998: 16), który wyróżnił następujące kody:

- kinetyczny – odzwierciedlający się w mimice twarzy i gestach (ruchy ciała), wiążący się ściśle z ekspresją ruchową;
- zapachowy – odnoszący się do zapachów fizjologicznych oraz chemicznych;
- dotykowy – najbardziej pierwotny rodzaj zachowania społecznego, najczęściej pojawiający się w relacjach rodzinnych i partnerskich;
- wzrokowy – odnoszący się do trzech kategorii, tj. spoglądania jednostronnego, nawiązywania kontaktu wzrokowego, kierunku patrzenia;
- prezencyjny (aparycyjny) – odnoszący się do wyglądu człowieka; wyróżnia się tu cechy stałe (np. kształt twarzy, kolor oczu) i zmienne (np. strój);
- fizjologiczny – zewnętrznione reakcje organizmu, tj. zmiana koloru skóry, zmiany szerokości źrenic, pocenie, drżenie;
- kontekstowy – odnoszący się do sposobów odczytywania zachowań w konkretnych sytuacjach społecznych;
- proksemiczny – dotyczący odległości i sposobu ustawienia względem siebie osób uczestniczących w interakcji;
- temporalny – odnoszący się do czasu trwania i synchronizacji aktów zachowania.

Oprócz typologii samych kodów pozawerbalnych istnieje wiele klasyfikacji odnoszących się do funkcji przekazów niewerbalnych. W przedstawionym zestawieniu (tab. 1) elementy wspólne odwołują się przede wszystkim do wyrażania emocji, zwiększenia przejrzystości przekazu, wzmacniania przekazu słownego czy kontrolowania interakcji.

Tab. 1. Funkcje przekazu niewerbalnego

P.G. Northouse, L.L. Northouse	D.G. Leathers	W. Głodowski	P. Ekman, W.V. Friesen
<ul style="list-style-type: none"> – uzewnętrznianie (ekspresja) uczuć i emocji, – regulacja interakcji, – wzmacnianie i potwierdzanie przekazu słownego, – podtrzymanie kontaktu (relacji) 	<ul style="list-style-type: none"> – ułatwianie wymiany emocji, – zwiększenie czytelności przekazu, – zwiększenie ochrony poczucia „ja”, – kształtowanie i kierowanie wrażeniem, – udzielanie wsparcia 	<ul style="list-style-type: none"> – wyrażanie postaw i emocji, – funkcja informacyjna, – definiowanie, – definiowanie relacji, – kształtowanie i kierowanie wrażeniami 	<ul style="list-style-type: none"> – afektory (gesty, mimika, ton głosu czy ułożenie ciała wskazujące na doznawane emocje), – emblematy (gesty i akty mimiczne, które można jednoznacznie zastąpić terminem słownym), – ilustratory (wzmocnienie przekazu słownego przy użyciu gestów i mimiki), – regulatory (gesty pomagające organizować i kontrolować przebieg rozmowy), – adaptatory (gesty mające pomóc w przystosowaniu się do jakiejś sytuacji, np. przyjęcie komfortowej pozycji), – autoadaptatory (gesty, ruchy uspokajające psychikę, np. obgryzanie paznokci)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sikorski 2013: 19–30; Nęcki 1996: 214–223.

W kolejnej części opracowania zostaną omówione możliwości dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, z uwzględnieniem klasyfikacji odnoszących się do wymiarów i cech komunikacji niewerbalnej.

2. Kompetencje komunikacyjne dziecka z głęboką niepełnosprawnością intelektualną

Głęboka niepełnosprawność intelektualna wiąże się z wielorakim oraz niejednolitym obrazem zaburzeń. W grupie reprezentującej ten stopień niepełnosprawności intelektualnej znajdują się osoby, które są w stanie poruszać się, wykonywać pewne ruchy celowe i wypowiadać pojedyncze słowa, a także te, które nie poruszają się i nie mówią (Zasępa 2016: 140). Może to powodować wrażenie, że osoby te nie są zdolne do komunikowania się. Wychodząc jednak z założenia, że każdy człowiek ma gotowość do porozumiewania się, można stwierdzić, że dysponują nią również dzieci z głęboką niepełnosprawnością (Kwiatkowska 1997: 30). Przez gotowość tę rozumiemy chęć wchodzenia w kontakty z innymi ludźmi (Zalewska, Schier, Wojciechowska 1987, za: Kościelska 2000: 120). Istotny wpływ na jej poziom ma faktyczny stan funkcjono-

wania dziecka między innymi w zakresie czynności poznawczych, motoryki dużej i małej czy mowy werbalnej i niewerbalnej.

Jean Piaget (1966), wybitny psycholog szwajcarski, wyróżnił cztery stadia rozwoju poznawczego:

- inteligencji sensomotorycznej (0–2 r.ż.),
- myślenia przedoperacyjnego (2–7 r.ż.),
- operacji konkretnych (7–11 r.ż.),
- operacji formalnych (11–15 r.ż.).

Osoby z głęboką niepełnosprawnością intelektualną poznają świat głównie za pomocą bezpośredniego spostrzegania oraz aktywności motorycznej, ich rozwój nie wybiega więc ponad pierwsze stadium. Sprawność intelektualna nie przekracza poziomu dziecka 3-letniego, a przystosowanie społeczne sytuuje się na poziomie dziecka 4-letniego (Zasępa 2016: 140).

W charakterystyce osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną wyróżnia się trzy podgrupy:

- stopień wegetatywny: dzieci te nie sygnalizują potrzeb fizjologicznych, nie utrzymują równowagi w pozycji stojącej, a często również siedzącej, bywa, że nie mają umiejętności unoszenia głowy, zazwyczaj nie nawiązują kontaktu z otoczeniem, nieprawidłowo odbierają bodźce zmysłowe;
- stopień średni: dzieci mają umiejętność chodzenia, ale ich ruchy są niezgrabne i niecelowe, porozumiewają się za pomocą prostych nieartykułowanych dźwięków;
- stopień lekki (łagodny): u dzieci można zaobserwować początki kontaktów społecznych i przejawy uwagi mimowolnej; mogą się one nauczyć wykonywania prostych czynności (np. podawanie) oraz mogą uzyskać pewien stopień samodzielności (spożywanie posiłków, sygnalizowanie potrzeb fizjologicznych) (Lewicki 1978: 287).

Omawiana grupa dzieci porozumiewa się z otoczeniem w specyficzny sposób. Najbardziej charakterystyczne są sygnały niewerbalne. W literaturze niewątpliwie najwięcej uwagi poświęca się analizie komunikowania się za pomocą mowy werbalnej, choć uważa się, że to właśnie sygnały niewerbalne stanowią najistotniejszą część przekazu – od 65% do 80% (por. m.in.: Kaczmarek 2003; Orzechowski 2009). W sytuacji dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, kiedy rozwój języka jest poważnie zaburzony lub mowa werbalna nie występuje, wartość sygnałów niewerbalnych dodatkowo wzrasta. Należy jednak zwrócić szczególną uwagę na to, że nie zawsze są one typowe, jednoznaczne. Często więc otoczenie nie potrafi odczytać komunikatu lub nie postrzega danego zachowania jako komunikacyjnego (Błęszyński 2008: 34).

Barbara Marcinkowska (2013: 35–39) na podstawie analiz poczynionych przez I.D. Ruitera (2000) dokonała szczegółowej klasyfikacji poziomów komunikacji osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną w ujęciu rozwojowym.

Badaczka wyszczególniła dwa sposoby porozumiewania odnoszące się do intencjonalności przekazu oraz sześć poziomów komunikacji odnoszących się do rodzaju komunikatu (sygnału):

- a) sygnały niecelowe (preintencjonalne): 1. nieintencjonalne reakcje odruchowe (osoba niepełnosprawna wykorzystuje reakcje, tj. krzyk, uśmiech, ruch ciała, napięcie mięśniowe; osoba obserwująca reakcje nadaje im znaczenie); 2. nieintencjonalne reakcje odruchowe i/lub nieodruchowe (osoba niepełnosprawna wykorzystuje bardziej świadome reakcje, tj. ruch „w kierunku”, fiksacja wzroku; osoba obserwująca reakcje nadaje im znaczenie);
- b) sygnały celowe (intencjonalne): 3. intencjonalne reakcje niesymboliczne (osoba niepełnosprawna wykorzystuje dźwięki, ruchy ciała czy gesty); 4. intencjonalne symboliczne reakcje pozawerbalne (osoba niepełnosprawna wykorzystuje symbole, tj. obrazki, piktogramy); 5. proste intencjonalne reakcje werbalne (osoba niepełnosprawna wykorzystuje proste wypowiedzi jedno- lub dwuwyrzowe, poparte komunikatami niewerbalnymi, mowa może być zniekształcona i trudna do odczytania); 6. złożone intencjonalne reakcje werbalne (osoba stosuje proste zdania, wypowiedzi wzmacnia komunikatami niewerbalnymi).

Badaczki Diana Andrea Barron oraz Emma Winn (2009) wyróżniły sześć poziomów rozumienia mowy, z których trzy określają możliwości osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną:

- a) poziom sytuacyjny (najczęściej obserwowany wśród omawianej grupy) – osoby nie rozumieją znaczenia słów, mają jednak możliwość rozumienia komunikatu dzięki zrozumieniu kontekstu (znajomość przebiegu codziennych czynności) oraz intonacji wypowiedzi znanych im osób;
- b) osoby rozumieją słowa, których desygnaty widzą, potrafią wykonać pewne czynności, które znają i wykonują każdego dnia, gdy słyszą słowa lub widzą znaki służące oznaczeniu tych aktywności;
- c) osoby, dla których słowa są jedynie wskazówkami, nie mają dla danej osoby ściśle określonego znaczenia, ale mogą służyć nazywaniu rzeczy znanej, która nie jest widoczna w danym momencie (Barron, Winn 2009, za: Kaczorowska-Bray 2017: 106).

W procesie komunikowania się osób z głęboką niepełnosprawnością ważne jest wykorzystanie różnorodnych wspomagających i alternatywnych sposobów porozumiewania się. Obejmują one system znaków manualnych (tj. język migowy, Makaton), graficznych (tj. piktogramy) oraz przestrzenno-dotykowych (alfabet Lorma). Posługiwanie się wyżej wymienionymi sposobami wymaga od dziecka odpowiedniej gotowości poznawczej i motorycznej, między innymi umiejętności naśladowania, zapamiętywania czy odtwarzania wzorców ruchowych. W omawianej grupie znajdują się osoby o zbyt niskich umiejętnościach motorycznych, a także takie, które nie są w stanie porozumiewać się w sposób celowy. Niewiele jest opracowań dotyczących wykorzystania powyższych metod

wobec dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną (m.in.: Kielin 2014: 11–61; Belszyński 2013; Kielin, Klimek-Markowicz 2016: 141–159). Ponadto badania Jennifer Stephanson i Margaret Dowrick (2005) dotyczące komunikacji dzieci ze znaczną niepełnosprawnością intelektualną wykazały, że rodzice nie potrafili wykorzystać w warunkach domowych otrzymanych pomocy z zakresu komunikacji alternatywnej i wspomagającej (Wojnarska 2016: 113), dlatego kluczowe jest szerzenie wiedzy w tym zakresie zarówno wśród rodziców, jak i specjalistów.

Jedną z najważniejszych cech komunikacji jest skuteczność (S.P. Morreale, B.H. Spitzberg, J.K. Barge 2007, za: Marcinkowska 2013). Można ją rozumieć jako stopień, w jakim komunikacja doprowadza do osiągnięcia zamierzonego celu (Marcinkowska 2013: 75). Efektywność komunikacji zależy zarówno od kompetencji dziecka z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, jak i osoby będącej z nim w interakcji. Jak podkreśla Barbara Marcinkowska, „skuteczność interakcji i relacji wymaga kompetencji komunikacyjnych od wszystkich uczestników tego procesu (zarówno wspieranych, jak i wspierających)” (Marcinkowska 2013: 63). Efektywne komunikowanie się zależy więc od możliwości przekazu i odbioru komunikatu, a uczestnicy tego procesu powinni posługiwać się systemem znaków, tj. mową czy gestami, które są zrozumiałe dla obu stron (Loska 1998: 24). Znajomość potencjalnych sygnałów/zachowań komunikacyjnych pozawerbalnych, a także umiejętność ich właściwego odczytywania warunkują więc jakość procesu komunikowania się rodziców z dzieckiem z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Tymczasem z badań wynika, że aż 85% komunikatów, które wysyłają osoby z wieloraką niepełnosprawnością, może nie być zauważana przez rodziców, opiekunów, nauczycieli lub mogą nie zostać uznane za znaczące (Smyczek 2006, za: Kielin, Klimek-Markowicz 2016: 144).

Proces wspierania rozwoju kompetencji komunikacyjnych powinien zatem koncentrować się na wspieraniu skuteczności komunikacji z równoczesnym uwzględnieniem rozwijania wiedzy, umiejętności i pożądanych cech osobowości dziecka z głęboką niepełnosprawnością intelektualną oraz jego opiekunów (Marcinkowska 2013: 209).

3. Proces komunikacji w środowisku rodzinnym

Środowisko rodzinne jest podstawową przestrzenią życia każdego dziecka, w tym dziecka z głęboką niepełnosprawnością intelektualną. Członkowie rodziny mają decydujący wpływ na jego rozwój, dlatego ich wkład we wspomaganie procesu komunikacji jest nieodzowny i nieoceniony. Badania Dunst i innych (2007, 2008, za: Twardowski 2014: 15) wykazały, że w pierwszym roku życia dziecko spędza 98% czasu z rodzicami, a w ciągu pierwszych pięciu lat życia wchodzi w interakcje z nimi co najmniej 500 tys. razy. Z badań Witolda Janochy

(2009) przeprowadzonych w województwie świętokrzyskim wynika, że najczęściej czasu osobie niepełnosprawnej poświęca matka (87%), na drugim miejscu ojciec (2%), na trzecim siostra (1%). W tym opracowaniu najczęściej będę posługiwała się uogólnionym terminem *opiekunowie* jako określeniem wszystkich osób wchodzących w interakcje z dzieckiem.

Dziecko z głęboką niepełnosprawnością intelektualną oraz jego opiekunowie wspólnie tworzą specyficzny język porozumiewania, doświadczają siebie nawzajem i wspólnie przeżywają rzeczywistość. Każde zachowanie członka rodziny może stanowić więc szeroko rozumiany komunikat (Harwas-Napierała 2006: 222). Dziecko jest w pełni zależne od innych. Od momentu pojawienia się na świecie zarówno opiekun, jak i dziecko uczą się obcować ze sobą. Specyficzny rozwój dziecka z głęboką niepełnosprawnością intelektualną wymaga od opiekunów dodatkowej, wytężonej pracy, również nad sobą. Obie strony próbują zrozumieć przesyłane do siebie komunikaty, podejmują wysiłki zmierzające do przekazania danej informacji w taki sposób, aby druga osoba miała szansę go zauważyć i właściwie odczytać. Można zatem stwierdzić, że ten specyficzny proces komunikacji napędza ciągłe, wzajemne „dostrajanie się” (*attuning*) uczestników interakcji (Griffiths, Smith 2016, 2017).

W psychologii rodzina ujmowana jest jako system. Proces komunikowania się rodzica (opiekuna) z dzieckiem przebiega według zasad komunikacji interpersonalnej. Zachodzi ona bezpośrednio w toku interakcji międzyludzkiej i polega na wymianie sygnałów werbalnych i niewerbalnych, jest podejmowana w określonym kontekście, pomiędzy uczestnikami sytuacji komunikacyjnej, w celu osiągnięcia lepszego poziomu współdziałania (Nęcki 1996: 109). Ponadto obecność partnera interakcji jest konieczna, aby dokonała się zmiana rozwojowa (Brzezińska 2000: 202).

W Polsce od 1997 roku dzieci z głęboką niepełnosprawnością mogą uczęszczać na zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze, które odbywają się w domu rodzinnym lub w placówce, w formie grupowej lub indywidualnej¹. Złożoność problemów dziecka często powoduje, że jego terapia może być realizowana jedynie w domu w obecności opiekuna. Wspólne zamieszkiwanie i codzienna koegzystencja, a także więź emocjonalna między członkami rodziny sprzyjają odczytywaniu komunikatów przekazywanych przez dziecko. Rodzice i najbliższa rodzina najlepiej orientują się, co dziecko z głęboką niepełnosprawnością intelektualną chciało przekazać swoim zachowaniem.

Podczas analizowania procesu komunikacji należy odnieść się do szeroko pojętego kontekstu sytuacyjnego oraz uwzględnić czynniki, które na niego wpływają, tj. miejsce i rekwizyty, uczestnicy zdarzenia, sekwencje czynności

¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 kwietnia 2013 r. w sprawie warunków i sposobu organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim.

(zachowania/reakcje). Wymienione czynniki wręcz warunkują osiągnięcie zamierzonego celu komunikacji. Systemowy kontekstowy model komunikacji Gregorego Batesona zakłada, że:

- każde, nawet niecelowe zachowanie coś komunikuje, więc komunikowanie się może przebiegać bez świadomości;
- komunikacja nie występuje bez kodowania, komunikaty werbalne opierają się na różnorodnych kodach, pozawerbalne oparte są na kodzie analogowym (gesty, mimika);
- komunikacja ma zarówno wymiar treści, jak i relacji z drugą osobą;
- interpretacja/znaczenie komunikatu/zachowania możemy rozpatrywać jedynie w odniesieniu do określonego kontekstu (Skibiński 2012: 84–87).

Wpływ na komunikację mają więc nie tylko czynniki wewnętrzne (interpersonalne, wewnątrzsobowe), ale również zewnętrzne (kontekst sytuacyjny). Komunikacja z dzieckiem z głęboką niepełnosprawnością intelektualną obserwowana jest przede wszystkim podczas codziennych sytuacji. Zaliczamy do nich powtarzalne czynności (np. mycie, jedzenie), powtarzalne interakcje (witanie, pożegnanie) i rytualne czynności rodzinne oraz zabawę. Lepszemu zrozumieniu dziecka sprzyja również względna stałość osób i miejsca (Wojnarska 2016: 112).

Z moich wieloletnich doświadczeń z pracy z dziećmi z głęboką niepełnosprawnością intelektualną i ich rodzinami wynika, że większość sytuacji dnia codziennego odbywa się w sposób rutynowy. Działania rodziców wobec dziecka z głęboką niepełnosprawnością intelektualną często mają charakter utartych schematów. Wielokrotna powtarzalność czynności w określony sposób czyni z niej nawyk. Przyjęty w danej rodzinie wzorzec postępowania w określonych okolicznościach staje się zwyczajem. Rodzice budują tym samym strefę komfortu zarówno dla siebie, jak i dla dziecka. Wyjaśnienia można doszukiwać się w oczekiwaniach rodziców, którzy chcą skutecznie komunikować się ze swoim dzieckiem. Zarówno dziecku, jak i opiekunom łatwiej jest odczytywać komunikaty w znanym kontekście. Istotą rozwoju każdego człowieka są jednak zmiany, które odbywają się na wielu płaszczyznach. Oprócz tworzenia odpowiednich warunków do rozwoju komunikacji z dzieckiem z głęboką niepełnosprawnością intelektualną ważne jest aranżowanie sytuacji nieznanego dziecku. Nowe sytuacje wpływają na zmiany czynników budujących kontekst sytuacyjny.

4. Rozwijanie kompetencji komunikacyjnych w zabawie

Podstawową formą aktywności dziecka w każdym wieku jest zabawa. Podczas zabawy mały człowiek utrwała i doskonali przyswojone sposoby myślenia i działania, a ponadto rozwija swoje możliwości umysłowe oraz wzbogaca

gaca zasób wiedzy o otoczeniu. Brak odpowiednich kompetencji komunikacyjnych potrzebnych do rozwoju zabawy sprawia, że umiejętności zabawowe dzieci z głęboką niepełnosprawnością intelektualną są istotnie niższe niż u tych dzieci, których rozwój przebiega prawidłowo. Zabawy odgrywają bardzo ważną rolę we wczesnej interwencji u dzieci z trudnościami w komunikowaniu się.

Stan zdrowia dziecka z głęboką niepełnosprawnością intelektualną determinuje formy wspierania jego rozwoju. Z moich doświadczeń i obserwacji wynika, że niejednokrotnie główną formą pracy z dzieckiem jest żmudna rehabilitacja ruchowa. Dlatego tak ważne jest uwzględnienie zabaw w procesie wspierania rozwoju dziecka. W oddziaływaniach zarówno opiekunów, jak i specjalistów dominują zabawy manipulacyjne, sensoryczno-motoryczne, tj. dotykanie przedmiotów i faktur, wyjmowanie i wkładanie elementów. Zabawy te są ważne, gdyż między innymi usprawniają koordynację wzrokowo-ruchową oraz rozwijają procesy integracji sensorycznej. Stosunkowo mało czasu poświęca się natomiast zabawom relacyjnym bazującym na wspólnych aktywnościach, kontakcie wzrokowym, bliskości drugiej osoby. Zazwyczaj jest to skutek niewiedzy dotyczącej możliwości zabawowych dziecka oraz przekonania, że nie potrafi się ono bawić. Podczas zabaw komunikaty dziecka mogą być niejednoznaczne, nieczytelne lub w ogóle niezauważalne dla otoczenia. Taka sytuacja może zniechęcać do podejmowania dalszych czynności zabawowych z dzieckiem. Można również doszukiwać się przyczyny związanej z brakiem czasu na zabawę.

Zmieniające się potrzeby dziecka wymagają dostosowania lub modyfikacji zabawy do aktualnego poziomu jego rozwoju. Uwaga na to, co dziecko potrafi „tu i teraz” oraz to, czego może nauczyć się z pomocą drugiej osoby, to kluczowa umiejętność (strefa najbliższego rozwoju – Schaffer 2014; por. też Aksamit, Kruś, za: Piotrowicz 2018: 95–114). Rozwijając tę umiejętność, warto szczególnie zwrócić uwagę na budowanie wspólnego pola uwagi. Podążając za dzieckiem, obserwując jego zachowanie, dostrajając się do jego potrzeb i możliwości można wpłynąć na efektywność komunikacji. Takimi założeniami powinni kierować się opiekunowie. Niezwykle ważne jest więc dostosowanie kanału komunikacji (np. gest, dotyk, dźwięk) do indywidualnych potrzeb dziecka. Wykorzystywanie zabawek lub przedmiotów użytku codziennego i nadawanie im nowego przeznaczenia zgodnie z preferencjami dziecka może świadczyć o wyższych kompetencjach opiekuna. Ich kreatywność może okazać się cenna w procesie budowania lepszej komunikacji z dzieckiem. Pomocne podczas zabawy z dzieckiem mogą okazać się rozmaite elementy, np. przerysowana mimika, kontrastowy strój czy znajomość wierszyków/piosenek z pokazywaniem. Dla opiekunów obciążonych wieloma obowiązkami może stanowić to nie lada wyzwanie.

Ciekawym przykładem zabaw są również tzw. sensobajki, czyli krótkie historie dostosowane do możliwości dziecka opowiadane z równoczesnym dostarczaniem bodźców zmysłowych pochodzących z ruchu, dotyku, wzroku, słuchu, smaku, węchu. Szczególnie zabawa prowadzona „twarzą w twarz” jest podstawą do kształtowania zdolności komunikacyjnych dziecka. Wymaga to umiejętności dostrojenia się do jego rytmu (Kielin 2016: 145). Odpowiednie gesty, natężenie głosu czy mimika pomagają dziecku lepiej skupić się na proponowanej aktywności zabawowej i dłużej utrzymać uwagę podczas interakcji, dzięki temu ma ono szansę aktywnie w niej uczestniczyć. Rozwój komunikacji przebiega szybciej, jeśli terapia jest prowadzona podczas zabaw, które sprawiają dziecku radość, wyzwalają pozytywne emocje. Bardzo ważne jest obserwowanie reakcji dziecka oraz pozytywne wzmocnianie każdego przejawu interakcji.

5. Refleksje końcowe

Zarys problematyki pracy z dzieckiem z głęboką niepełnosprawnością intelektualną pokazał, jak niezmiernie ważna jest tu interdyscyplinarność oddziaływań. Jakość procesu komunikacji zależy od zaangażowania wszystkich opiekunów. Aby uzyskać oczekiwany efekt, potrzebne jest wzajemne wsparcie oraz współpraca wszystkich osób pracujących z dzieckiem. Świadomość tego, jak ważna jest ich rola w rozwoju dziecka, to pierwszy krok do budowania relacji z dzieckiem.

Odpowiednie wsparcie rodziny to kolejny ważny czynnik podnoszący efektywność komunikacji z dzieckiem. Najważniejszą rolę w tym procesie odgrywiają główni opiekunowie – rodzice. Sposób, w jaki kształtują swój stosunek do dziecka, zależy przede wszystkim od tego, jak sami ustosunkują się do własnej roli rodzicielskiej. Pomimo że specjalista (terapeuta) ma do wykonania konkretne zadania w pracy z dzieckiem, warto zastanowić się nad jego udziałem w rozwoju kompetencji rodzicielskich. Idealną sytuacją byłoby traktowanie rodzica jako ważnego członka zespołu pracującego z dzieckiem. Przekazując rodzicowi wiedzę oraz odpowiednie narzędzia pracy z dzieckiem, specjalista ma większe poczucie sprawczości. Rodzic jest osobą, z którą dziecko spędza najwięcej czasu, dlatego to właśnie on ma największą możliwość utrzymania wypracowanego już sposobu komunikacji z dzieckiem. Dodatkowo dzięki swoim umiejętnościom może udoskonalać swoje sposoby interakcji z dzieckiem i wpływać na lepsze efekty oraz rozwój dziecka.

Uznaję, że pomoc w rozwijaniu kompetencji wychowawczych rodziców, w tym kompetencji do komunikowania się z dzieckiem z głęboką niepełnosprawnością intelektualną, leży w głównej mierze po stronie terapeutów/specjalistów. Współpraca obu stron i dobre chęci mogą znacznie wspomóc proces komunikacji dziecka z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu głębokim.

Literatura

- Aksamit D., Kruś K., 2018, *O możliwościach zabawy dziecka z głęboką niepełnosprawnością intelektualną jako aktywnego współautora własnego rozwoju* [w:] *Małe dziecko – poznanie w zabawie*, red. R. Piotrowicz, Warszawa: Wydaw. Akademii Pedagogiki Specjalnej, s. 95–114.
- Arthur-Kelly M., Foreman F., Bennett D., Pascoe S., 2008, *Interaction, inclusion and students with profound and multiple disabilities: towards an agenda for research and practice*, „Journal of Research in Special Educational Needs”, 8(3), s. 161–166, The University of Newcastle, NSW, Australia.
- Błęszyński J.J. (red.), 2008, *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, Kraków: Wydaw. Impuls.
- Brzezińska A.I., 2000, *Spoleczna psychologia rozwoju*, Warszawa: Wydaw. Naukowe Scholar.
- Dobek-Ostrowska B., 1999, *Podstawy komunikowania społecznego*, Wrocław: Wydaw. Astrum.
- Dunst C.J., 2007, *Early intervention for infants and toddlers with developmental disabilities* [w:] *Handbook of Developmental disabilities*, red. S.L. Odom, R.H. Horner, M.E. Snell, J. Blacher, New York: Guilford Press.
- Dunst C.J., Trivette C.M., Hamby D.W., 2008, *Research synthesis and meta-analysis of studies of family-centered practices*, Asheville: Winterberry Press.
- Griffiths C., Smith M., 2016, *Attuning: A Communication Process between People with Severe and Profound Intellectual Disability and Their Interaction Partners*, „Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities”, 29, s. 124–138.
- Griffiths C., Smith M., 2017, *You and me: The structural basis for the interaction of people with severe and profound intellectual disability and others*, „Journal of Intellectual Disabilities”, 21(2), s. 103–117.
- Harwas-Napierała B., 2006, *Komunikacja w rodzinie ujmowanej jako system w relacji rodzice – dzieci*, „Roczniki Socjologii Rodziny”, t. XVII: *Obrazy życia rodzinnego z perspektywy interdyscyplinarnej*, Poznań: Wydaw. UAM.
- Janocha W., 2009, *Rodzina z osobą niepełnosprawną w społecznym systemie wsparcia*, Kielce: Wydaw. Jedność.
- Kaczmarek B.B., 2003, *Makaton – alternatywny i wzmocniony sposób porozumiewania się*, „Revalidacja” 1(13), Warszawa: CPPP MEN.
- Kaczmarek B.L., 1998, *Mózg, język, zachowanie*, Lublin: UMCS.
- Kaczorowska-Bray K., 2017, *Kompetencja i sprawność językowa dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym, umiarkowanym i lekkim*, Gdańsk: Wydaw. Uniwersytetu Gdańskiego.
- Kielin J., 2014, *Rozwój daje radość. Terapia dzieci upośledzonych umysłowo w stopniu głębokim*, Sopot: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.
- Kielin J., Klimek-Markowicz K., 2016, *Krok po kroku. Nauczanie i terapia dzieci z umiarkowaną, znaczną i głęboką niepełnosprawnością intelektualną*, Gdańsk: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.
- Kościelska M., 2000, *Oblicza upośledzenia*, Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN.
- Kwiatkowska M., 1997, *Dzieci głęboko niezrozumiane – program pracy edukacyjnej z dziećmi upośledzonymi umysłowo w stopniu głębokim*, Oficyna Literatów i Dziennikarzy Pod Wiatr.
- Lewicki A., 1978, *Psychologia kliniczna*, Warszawa: PWN.
- Loska M., 1998, *Niewerbalne sposoby porozumiewania się* [w:] *Dziecko niepełnosprawne ruchowo. Wychowanie i nauczanie*, red. E. Mazanek, Warszawa: WSiP.
- Marcinkowska B., 2013, *Model kompetencji komunikacyjnych osób z głębszą niepełnosprawnością intelektualną – w poszukiwaniu wzajemności i współpracy*, Warszawa: Wydaw. Akademii Pedagogiki Specjalnej.

- MEN, 2013, Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 kwietnia 2013 roku w sprawie warunków i sposobu organizowania zajęć rewalidacyjno-wychowawczych dla dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim.
- Nęcki Z., 1996, *Komunikacja międzyludzka*, Kraków: Wydaw. Profesjonalnej Szkoły Biznesu.
- Piaget J., 1966, *Narodziny inteligencji dziecka*, Warszawa: PWN.
- Piotrowicz R. (red.), 2018, *Małe dziecko – poznanie w zabawie*. Warszawa: Wydaw. Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Ruiter I.D., 2000, *Allow Me: A Guide to Promoting Communication Skills In Adults With Developmental Delays*, Toronto: Hanen Center.
- Sikorski W., 2013, *Komunikacja terapeutyczna. Relacja pozasłowna*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Skibiński A., 2012, *Gregory Bateson i kontekstowa teoria komunikacji. Różnica, która czyni różnicę, i wzorzec, który łączy* [w:] *Komunikologia. Teoria i praktyka komunikacji*, red. E. Kulczycki, M. Wendland, Poznań: Wydaw. Naukowe Instytutu Filozofii UAM.
- Smyczek A., 2006, *Zastosowanie wspomagających i alternatywnych metod komunikacji (AAC approach) w terapii małych dzieci zagrożonych poważnymi zaburzeniami w porozumiewaniu się* [w:] *Alternatywne i wspomagające metody komunikacji*, red. J.J. Bleszyński, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 71–109.
- Twardowski A., 2002, *Kształtowanie się dialogowej kompetencji komunikacyjnej u uczniów niepełnosprawnych intelektualnie*, Kalisz–Poznań: Instytut Pedagogiczno-Artystyczny UAM.
- Twardowski A., 2014, *Wczesne wspomaganie rozwoju dzieci z niepełnosprawnościami w środowisku rodzinnym*, Poznań: Wydaw. Naukowe UAM.
- Wojnarska A., 2016, *Komunikacja niewerbalna niepełnosprawnych intelektualnie* [w:] *Podmiotowość osób z niepełnosprawnościami intelektualnymi*, red. A. Pawlak-Kindler, Lublin: UMCS.
- Zalewska M., Schier K., Wojciechowska E., 1987, *Gotowość do komunikowania się i jej znaczenie w procesie rehabilitacji dzieci głuchych*, „Psychologia Wychowawcza” 2, s. 193–200.
- Zasępa E., 2016, *Osoba z niepełnosprawnością intelektualną. Procesy poznawcze*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Communication with a child suffering of profound intellectual disability in a family environment

Summary

The presented article refers to communication of a child with profound intellectual disability in a family environment. It describes matters related to the communication process, particularly non-verbal communication. Analysed have been the communication competencies of a child with profound intellectual disability in reference to the possible levels of its psychomotor functioning. Focus has been on the process of communication between the carer and the child, in reference to a broadly understood situational context. There is a reference to every day life activities, including play as the basic activity of a child, also considered have been the factors which may affect the respective situational context, including place and props, participants of an event, sequence of activities. The variety of appearing factors may condition to a great extent the shaping of the process of communication with a child suffering of profound mental disability.

Key words: non-verbal communication, child with profound mental disability, home environment

Patrycja Bilińska

STUDIUM INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU CHŁOPCA ZE ZŁOŻONYMI ZABURZENIAMI KOMUNIKACJI

Artykuł stanowi studium przypadku chłopca ze złożonymi zaburzeniami komunikacji na tle niepełnosprawności intelektualnej. Celem pracy jest podkreślenie znaczenia komunikacji przedjęzykowej w kształtowaniu się komunikacji intencjonalnej, a także wartości komunikacji alternatywnej w kontekście pracy nie tylko nad kompetencją komunikacyjną dziecka, ale i jego całościowym rozwojem. Wdrożenie AAC, stanowiącego wsparcie dzieci ze złożonymi zaburzeniami komunikacji, postrzegane jest przez autorkę artykułu jako standard postępowania logopedycznego i w takim kontekście proponowane są cele terapii chłopca, którego artykuł dotyczy. W pracy zaproponowano narzędzie do oceny interakcji *Skala oceny kontaktu interpersonalnego* (opracowane we współpracy z psychologiem Magdaleną Piwnicką).

Słowa kluczowe: złożone zaburzenia komunikacji, AAC, komunikacja alternatywna, studium indywidualnego przypadku, narzędzia diagnostyczne

Wprowadzenie

Złożone zaburzenia komunikacji¹ uniemożliwiają konwencjonalną realizację codziennej komunikacji oraz pełnienie funkcji życiowych i społecznych. Powodują istotne zakłócenia w mowie, języku i/lub umiejętnościach poznawczych (Grycman 2014: 7). Magdalena Grycman, jedna z pierwszych osób w Polsce stosujących (i jednocześnie promujących) wspomagające i alternatywne sposoby porozumiewania się (AAC)², dostrzega dyskryminację osób nieporozumiewających się werbalnie. Twierdzi, że „nie mają możliwości samostano-

¹ Termin *złożone zaburzenia komunikacji* (*complex communication needs*) zaproponowany został przez ISSAC (International Society for Augmentative and Alternative Communication), tj. Międzynarodowe Stowarzyszenie na rzecz Wspomagającej i Alternatywnej Komunikacji (Grycman 2014: 7).

² Wspomagające i alternatywne sposoby porozumiewania się definiowane są jako „wszelkie sposoby umożliwiające osobom ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi przekazywanie i odbieranie komunikatów [...]. Specyfika dziedziny AAC wyraża się głównie w sposobach postępowania usprawniającego lub kompensacyjnego, z wykorzystaniem specjalnych symboli (symbole AAC), strategii i technik (strategii AAC, techniki AAC) oraz pomocy komunikacyjnych (elektro- nicznych i nieelektronicznych)” (Grycman 2014: 7).

wienia, decydowania o własnym położeniu, wyrażania własnego zdania i bardziej zaawansowanego, niż tylko na poziomie emocjonalnym, wchodzenia w relacje z innymi. Ich prawa nie są respektowane” (Grycman 2014: 8).

Trzeba jednakże zaznaczyć, że w ciągu ostatnich dwudziestu lat wiele się w Polsce zmieniło w zakresie wiedzy o AAC. Na wzrost społecznej świadomości na temat komunikacji alternatywnej i wspomagającej wpłynął film *Chce się żyć* w reżyserii Macieja Pieprzycy³. Inspirowana prawdziwymi wydarzeniami historia Mateusza z mózgowym porażeniem dziecięcym wsparła proces obalania stereotypu społecznego, jakoby niepełnosprawność ruchowa wiązała się z intelektualną.

Obserwacja zjawisk i tendencji tematycznie związanych z AAC wskazuje na wprowadzanie strategii ukierunkowanych behawioralnie lub humanistycznie, co wiąże się z postępowaniem terapeutycznym: dyrektywnym lub niedyrektywnym. Metod AAC jest wiele, ale – pomimo wszystko – podstawowe założenia skupiają się wokół podobnych celów. Coraz częściej mówi się wprost o tym, że „metody AAC nie są żadną formą terapii, ale sposobem wsparcia, tak jak dla wielu z nas okulary czy aparaty słuchowe” (Kazanowska 2014: 67). Tak jak niedosłyszącemu „należy się” aparat słuchowy i dla wszystkich jest to oczywiste, tak niemówiącemu trzeba dostarczyć narzędzie do komunikowania się. Mity na temat AAC, krążące nadal wśród polskich logopedów, obaliła Bogusława Beata Kaczmarek w książce *Autyzm i AAC* (Kaczmarek 2015).

1. Ogólna charakterystyka przypadku

Krzysztof to chłopiec piętnastoletni, mający orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego z uwagi na niepełnosprawność sprzężoną (upośledzenie umysłowe znacznego stopnia i niepełnosprawność ruchową, uwarunkowane zespołem wad wrodzonych). Diagnoza lekarska wskazuje na chromosomopatię (aberrację chromosomową), czyli zmianę struktury lub liczby chromosomów.

Z wywiadu z matką wynika, że rodzina może mieć obciążenia genetyczne. Brat Krzysztofa ma zdiagnozowaną niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim (prawdopodobnie również związaną z chorobą genetyczną), natomiast siostra matki ma syna z wadą genetyczną. Chłopiec ten otrzymał też niedawno diagnozę dodatkową: całościowe zaburzenie rozwoju.

Matka chłopca nie pracuje, opiekuje się niepełnosprawnymi dziećmi, ojciec ze względu na wyjazdowy charakter pracy (kierowca) często przebywa poza domem. Matka ma zbyt wiele obowiązków, żeby móc przeznaczyć czas na zor-

³ Premiera filmu odbyła się 11 października 2013 roku.

ganizowane oddziaływań stymulujących rozwój syna⁴. Potrzeby komunikacyjne Krzysztofa zaspokajał dziadek, jednak zmarł rok temu. To on odkrył potencjał chłopca w zakresie globalnego odczytywania wyrazów.

Krzysztof interesuje się sprzętem elektronicznym: rozkręca zabawki, sprzęty domowe, jednak kiedy się złości, niszczy je. Jest to powód, dla którego matka nie chce stosować w domu zaawansowanych technologii do komunikacji z synem. Dotychczas porozumiewanie się z nim przybierało najczęściej formę interpretacji jego zachowania. Matkę niepokoją trudne zachowania syna (głównie napady złości). Logopeda i psycholog zasugerowali mamie, że trudne zachowania wynikają z frustracji, jaką przeżywa chłopiec w związku z niemożnością skutecznego porozumiewania się. To w AAC upatrują specjaliści sposobu na wyeliminowanie zachowań odbieranych jako niepożądane czy trudne, zaznaczając przy tym, że akceptacja uczuć chłopca, także tych społecznie odbieranych jako negatywne (smutek czy złość) jest konieczna z uwagi na jego emocjonalny rozwój. AAC posłużyć może wyrażaniu nie tylko potrzeb, ale i uczuć na poziomie adekwatnym do możliwości intelektualnych.

2. Funkcjonowanie w środowisku⁵

Chłopiec wymaga pomocy w codziennym funkcjonowaniu oraz stałego nadzoru, czego potwierdzeniem jest orzeczenie o niepełnosprawności.

Sprawność motoryczna

W zakresie rozwoju motoryki dużej Krzysztof kontroluje ruchy głowy we wszystkich pozycjach, obraca się z pleców na brzuch i odwrotnie, raczkuje naprzemiennie, samodzielnie siedzi, stoi i chodzi. Porusza się powoli, na lekko ugiętych nogach przy udziale synkinetji. Chodząc, omija przeszkody, potrafi schylić się i podnieść przedmiot z podłogi. Trzymając się poręczy, wchodzi i schodzi po schodach naprzemiennie. Umie z bliskiej odległości złapać oburącz piłkę, kopnąć ją i rzucić nią do bliskiego celu.

⁴ Coraz częściej wskazuje się na konieczność odciążenia rodziców, głównie matek, z obowiązku bycia terapeutą swojego dziecka (Smyczek 2006; Kielin 2002, akcja społeczna „Jestem mamą, nie rehabilitantką”: <http://www.pomocdlarodzicow.pl/> i in.) i takie formułowanie zaleceń terapeutycznych, by ich realizacja nastąpić mogła jakoby „przy okazji” wypełniania obowiązków domowych, bez znaczącego zaburzenia rozkładu dnia rodziny. Uważam, że wskazane jest uwzględnienie możliwości rodziców przy planowaniu oddziaływań terapeutycznych.

⁵ Opisu dokonano na podstawie analizy dokumentacji, w tym opinii fizjoterapeuty i psychologa, a także rozmowy z wychowawcą i własnych obserwacji podczas indywidualnych zajęć z chłopcem oraz zajęć grupowych w ośrodku, w którym realizuje obowiązek szkolny.

Pomimo niskiej sprawności motorycznej Krzysztof samodzielnie zdejmuje buty i odzież: kurtkę, dres, sweter. Rozsuwa zamki. Poziom sprawności manualnej uniemożliwia mu natomiast podejmowanie samodzielnych prób rysowania czy wycinania. Niechęć do prac plastyczno-technicznych wynika nie tyle z braku umiejętności, co nadwrażliwości dotykowej w obrębie dłoni. Chłopiec nie podjął nigdy prób celowych ruchów z wykorzystaniem narzędzi pisarskich, mimo iż wie, do czego one służą. Poziom sprawności manualnej pozwala Krzysztofowi na noszenie lekkich przedmiotów, układanie puzzli, wyjmowanie przedmiotów z dużego pudełka.

Samodzielność

Chłopiec nie sygnalizuje potrzeb fizjologicznych. Z pomocą opiekuna wykonuje czynności związane z myciem rąk, twarzy i zębów. Trening czystości pozytywnie wpływa na odwracanie kompleksu ustno-twarzowego.

Funkcjonowanie poznawcze

Krzysztof potrafi kierować procesami poznawczymi, zależnymi od swojej woli (uwaga dowolna⁶). Wykazuje się również przerzutnością uwagi dowolnej – potrafi przenieść ją na nowe bodźce. Angażuje operacyjny aspekt myślenia. Jak wynika z analizy intraindywidualnej, ponadprzeciętnie kształtuje się u niego zasób krótkotrwałej oraz długotrwałej pamięci werbalnej. Chłopiec domaga się nazywania otaczających go przedmiotów. Podejmuje próby klasyfikowania ze względu na kolor. Właściwie wykonuje zadania angażujące umiejętność analizy i syntezy wzrokowej (układanki, kilkuelementowe puzzle).

Chłopiec prezentuje niski poziom umiejętności w zakresie naśladownictwa, co uwidacznia się podczas zajęć grupowych. Pomimo widocznej motywacji oczekuje od opiekuna pomocy, np. przy naśladowaniu gestów ilustrujących teksty danej piosenki. Okazuje zadowolenie ze słuchania muzyki. Domaga się zapisywania mu nazw piosenek, często całych tekstów. Podejmuje samodzielne próby tańczenia (swobodna ekspresja w postaci podskoków z machaniem rękami). Krzysztof ma słabo rozwiniętą koordynację słuchowo-ruchową.

⁶ Obserwacje psychologa, dotyczące występowania u Krzysztofa uwagi dowolnej, pozwalają przypuszczać, że prezentuje on wyższy – niż stwierdzono w orzeczeniu poradni psychologiczno-pedagogicznej – poziom funkcjonowania. Uważa się bowiem, że dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu znacznym koncentrują się tylko na przedmiotach służących zaspokajaniu ich potrzeb lub takich, które się szczególnie wyróżniają. Nie mają natomiast uwagi dowolnej (por. Błęszyński, Kaczorowska-Bray 2012: 45).

Rozwój społeczny

Manipulowanie przedmiotami przebiega często niezgodnie z ich przeznaczeniem. Nie zaobserwowano, by chłopiec podejmował próby zabawy tematycznej. Obecność innych dzieci jest przez niego tolerowana, jednakże nie zdarza się, by przejawiał nimi zainteresowanie. Wobec jednej osoby z grupy prezentuje zachowania lękowe, spowodowane tym, że bywa przez nią niespodziewanie dotykany. Chłopiec preferuje kontakty z dorosłymi.

Komunikacja

Podstawowym sposobem wyrażania potrzeb jest dla Krzysztofa alternatywna komunikacja oparta na wskazywaniu globalnie odczytywanych napisów (wyrazy, połączenia wyrazów, całe zdania). Zastosowanie tej metody w istotny sposób zmniejszyło intensywność społecznie nieakceptowanych reakcji emocjonalnych, wynikających z trudności w przekazywaniu intencji komunikacyjnej. Codzienne czynności rozpisywane są dla Krzysztofa w formie procedur. Zapisywanie chłopcu tego, co się aktualnie dzieje, oraz notowanie nazw otaczających przedmiotów daje mu poczucie bezpieczeństwa. Kiedy chłopiec ma możliwość wyrażania potrzeb w sposób alternatywny i kiedy w takiej formie informowany jest o tym, co się wydarzy, przejawia spokój.

Inne istotne informacje

Obserwacja wskazuje na problemy związane z integracją sensoryczną, co wymaga diagnozy w tym zakresie.

3. Diagnoza logopedyczna

3.1. Metoda badania

W ocenie logopedycznej uwzględniono bezpośredni kontakt z chłopcem oraz obserwację w grupie składającej się ze znajomych dzieci i dorosłych. Obserwacja posłużyła ocenie kontaktu interpersonalnego⁷ oraz jakościowej i ilościowej ocenie używanych gestów pod kątem ich wpływu na komunikację – podczas analizy posłużono się klasyfikacją Paula Ekmana i Wallace'a Friesena⁸. Oceny efektywności porozumiewania się dokonano na podstawie wyni-

⁷ Arkusz został opracowany we współpracy z psychologiem Magdaleną Piwnicką.

⁸ Klasyfikacja gestów, przeprowadzona w 1969 r. przez Paula Ekmana i Wallace'a Friesena, opisana została przez Anetę Załazińską (2006).

ku badania narzędziem *Sprawdź, jak się porozumiewam*, opracowanym przez Magdalenę Grycman (2014; zob. też Grycman 2010). Uwzględniono ponadto obserwacje dokonane na podstawie dotychczasowej terapii z badanym oraz rozmowę z członkami zespołu terapeutycznego (psycholog, oligofrenopedagog, fizjoterapeuta). W ocenie wzięto pod uwagę wywiad z mamą chłopca, dotyczący sposobów komunikowania się z synem, oraz wnioski z analizy dokumentacji (orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej, opinie specjalistyczne).

Brak współpracy chłopca podczas aktywności niemieszczących się w obszarze jego zainteresowań uniemożliwia przeprowadzenie większości badań. Niemożliwe jest także wykonanie standaryzowanych testów ze względu na poziom funkcjonowania chłopca, niedostateczny poziom rozumienia mowy werbalnej i sytuacji społecznych. Podstawową zatem metodą diagnostyczną okazała się obserwacja.

3.2. Ocena kompetencji komunikacyjnej

Krzysztof aktywnie poszukuje kontaktu z dorosłymi, których traktuje jako źródło zaspokajania potrzeb. Wchodzi z nimi w interakcję na swoich warunkach. Nie stosuje zasady naprzemienności. Podstawowym sposobem wyrażania potrzeb jest dla niego alternatywna komunikacja oparta na wskazywaniu globalnie odczytywanych napisów (wyrazy, połączenia wyrazów, całe zdania). Opiekunowie odczytują ponadto intencję wyrażaną gestami (wskazywanie dłonią, lokalizacja). Sprawnie interpretują także te zachowania Krzysztofa, które nie są świadomie kierowanymi komunikatami (interpretacja symptomów).

Poziom rozumienia u chłopca jest trudny do oceny. Obserwacja pozwala jednakże wnioskować o rozumieniu poleceń prostych. Stosowanie przekazu wspomaganego zapisem znacząco poprawia zrozumienie intencji partnera komunikacyjnego. Pomimo że chłopiec wskazuje napisy na polecenie słowne (łączy formę dźwiękową z graficzną), nie ma pewności, że wszystkie z nich prawidłowo połączyłby także z desygnatem. Wydaje się, że rozumienie produkcyjnych zachowań niewerbalnych jest utrudnione. Poziom rozumienia trzeba także rozważyć w kontekście diagnozy psychologicznej, dlatego najprawdopodobniej odnosi się on do sytuacji w czasie terażniejszym na poziomie myślenia konkretno-obrazowego. Takie wnioski potwierdzałyby obserwacja, przy czym brak efektywnego narzędzia do komunikacji mógł z jednej strony wtórnie wpłynąć na niedostateczne rozwinięcie się rozumienia adekwatnie do możliwości, z drugiej – utrudnia bardziej złożoną ocenę poziomu tej umiejętności.

Funkcjonowanie w kontakcie z drugą osobą ukazuje tab. 1.

Tab. 1. Funkcjonowanie społeczne Krzysztofa – Skala oceny kontaktu interpersonalnego

Czynnik mający wpływ na jakość kontaktu interpersonalnego	Ocena adekwatności czynnika do oczekiwań społeczno-kulturowych				Uwagi
	0	1	2	3	
kontakt wzrokowy	0	1	2	3	Chłopiec nie nawiązuje kontaktu wzrokowego. Jego zachowania w tej kwestii potwierdzają konieczność diagnozy pod kątem całościowych zaburzeń rozwoju.
przywitanie (komunikat słowny i/lub gest)	0	1	2	3	Na zajęciach grupowych, przeprowadzanych zgodnie z określoną strukturą, chłopiec wita się z kolegami, podając im rękę, a ponadto na polecenie wychowawcy podaje osobom wchodzącym do sali napis „dzień dobry”. Nie wita się z innymi z własnej inicjatywy.
kontakt dotykowy	0	1	2	3	Kontakt dotykowy przybiera formę komunikacyjną – dopominanie się o pomoc w zrealizowaniu jakiejś potrzeby chłopca. Krzysztof nie rozumie jednakże, jaką inną formę mógłby pełnić (np. fatychną). Unika dotykania innych osób.
adekwatna proksymika	0	1	2	3	Chłopiec nie zachowuje adekwatnej odległości z osobą, z jaką wchodzi w interakcję.
emocje wyrażane mimiką	0	1	2	3	Chłopiec prezentuje twarz maskowatą, niewyrażającą emocji. Jedynie odczuwanie zadowolenia okazuje uśmiechem. Mimika nie spełnia jednakże oczekiwanej społecznie roli.
emocje wyrażane gestem	0	1	2	3	Gesty Krzysztofa ujawniają jego uczucia – opiekunowie nauczyli się je interpretować. Gesty te są jednakże jego indywidualnym sposobem reagowania, niewpisującym się w normy kulturowe.
adekwatne do sytuacji ruchy ciała	0	1	2	3	Opiekunowie i specjaliści pracujący z chłopcem interpretują nieintencjonalne ruchy jego ciała (zgodnie z założeniem teorii niedyrektywnych, że wszystkie zachowania są komunikatem ⁹). Ruchy ciała Krzysztofa nie są jednakże adekwatne do oczekiwań społecznych w kontakcie interpersonalnym.
prawidłowe oddychanie	0	1	2	3	Tempo i jakość oddychania nie zmienia się w sytuacji wejścia w interakcję z drugim człowiekiem. Zauważono natomiast zwiększenie ślinienia w sytuacji, kiedy Krzysztof się złości.

⁹ Tak też traktowane są zachowania ludzkie w językoznawstwie – zawsze niosą ze sobą znaczenie (Grabias 1997).

1	2				3
adekwatne natężenie głosu	0	1	2	3	Chłopiec nie porozumiewa się werbalnie. Wydawane przez niego odgłosy mają charakter krzyku lub pisku o natężeniu nieprzyjemnym w odbiorze.
zachowanie naprzemienności	0	1	2	3	Krzysztof nie stosuje zasady naprzemienności w dialogu. Interakcja z nim jest zwykle jednostronna (cel: zaspokojenie potrzeb). Zdarzają się jednakże sytuacje, kiedy odpowiada na zadane mu pytania podczas zajęć grupowych zgodnie z przewidywalną strukturą.
reakcja świadcząca o uważnym wysłuchaniu rozmówcy	0	1	2	3	Krzysztof nie wykazuje zainteresowania innymi osobami (dopóki nie staną się one środkiem osiągnięcia własnego celu), nie zwraca także większej uwagi na kierowane do niego komunikaty. Wypełnia jednakże polecenia wynikające ze struktury dnia, co świadczy o zrozumieniu intencji wypowiadających je osób.
dostosowanie komunikatu do typu odbiorcy (kolega, nauczyciel)	0	1	2	3	Chłopiec nie dostosowuje zachowania ani jakości swoich komunikatów do typu odbiorcy; nie można tego oczekiwać na tym poziomie funkcjonowania.
przekazywanie odpowiedniej ilości informacji	0	1	2	3	Ilość i jakość przekazywanych informacji ograniczona jest ze względu na brak efektywnego narzędzia do komunikacji. Wydaje się jednak, że w pewnym stopniu można mówić o dostosowaniu ilości – chłopiec po sformułowaniu intencji w sposób alternatywny oczekuje reakcji i dopiero jej brak skutkuje przekazaniem kolejnego komunikatu.
	LICZBA PUNKTÓW: 7/39				Zebrane w arkuszu obserwacje wskazują na poważne trudności w interakcjach społecznych, wynikające nie z braku narzędzia do komunikacji, ale głównie rozumienia zasad komunikacji w ogóle. Chłopiec wykazuje zaburzenia także na poziomie komunikacji niewerbalnej. Przyczyny tychże zaburzeń tylko w niewielkim stopniu upatrywać można w niepełnosprawności intelektualnej.

Obserwacja Krzysztofa pod kątem używanych przez niego gestów wskazuje na duży ich repertuar. Podczas zajęć grupowych najczęściej stosuje adaptatory służące przysposobieniu się do sytuacji. Zaobserwowano między innymi: ściskanie palców u stóp, ugniatanie łydki, gładzenie brodą kolana czy gryzienie kciuka. Wśród emblematów często stosowanym przez chłopca gestem jest unoszenie kciuka do góry, co oznacza „dobrze” w kontekście potwierdzenia lub nazwania stanu emocjonalnego. Nieświadomą formą okazywania radości jest obracanie rękoma na wysokości głowy oraz wydawanie dźwięku przypominającego chrapanie. Sam uśmiech dowodzi przeżywanej przez Krzysztofa radości, przy czym nie pojawia się on jako zamierzony komunikat społeczny. Mimika

chłopca jest wyraźnie ograniczona. Większość używanych przez Krzysztofa gestów ma charakter symptomów, część z nich pełni funkcję intencjonalnej komunikacji (sygnały).

Rozważając wybór odpowiedniej formy komunikacji alternatywnej, trzeba przeanalizować słabe i mocne strony chłopca. Do mocnych stron zaliczyć należy: silnie wyrażaną intencję komunikacyjną, znakomitą (jak na poziom funkcjonowania poznawczego¹⁰) pamięć wzrokową umożliwiającą czytanie globalne, sprawność manualną umożliwiającą wciskanie, dotykanie i podawanie, sprawny analizator słuchu. Utrudnienia (słabe strony) dotyczą całościowego poziomu funkcjonowania (niepełnosprawność intelektualna w stopniu znacznym), sprawności motorycznej (chłopiec ma znikome szanse na nauczenie się operowania narzędziami pisarskimi czy używania odpowiedniej do potrzeb liczby gestów składających się na system komunikacyjny), braku zainteresowania osobami jako partnerami komunikacyjnymi – osoby otaczające chłopca postrzegane są przedmiotowo – jako „środek” do realizacji własnych celów.

Ocena efektywności porozumiewania się chłopca, przeprowadzona z użyciem narzędzia Magdaleny Grycman *Sprawdź, jak się porozumiewam* (2010) wskazuje na trzeci poziom w pięciostopniowej skali. Analizie poddano umiejętności z zakresu przekazu informacji, budowania wypowiedzi, funkcjonalnego współgrania z rozmówcą oraz ogólnego nastawienia do komunikacji. Krzysztof prezentuje nieharmonijny rozwój w ocenianych kategoriach – motywacja do komunikacji osiągnęła bowiem najwyższy poziom („Użytkownik AAC jest wytrwały we wszystkich sytuacjach komunikacyjnych i stara się osiągnąć sukces wbrew wszelkim trudnieniom”), przewyższając tym samym inne sprawności.

Poniżej wypunktowano obserwacje logopedy dokonane podczas spotkań indywidualnych:

– Krzysztof zapamiętuje globalnie napis już po jednokrotnym jego odczycaniu. Wykazuje się przy tym rozumieniem polecenia: „Pokaż, gdzie jest napisane”. Identyfikuje tytuły ulubionych piosenek i wierszy zebranych w listy. Trudno określić, w jakim stopniu Krzysztof rozumie znaczenie wskazywanych napisów. Przypuszcza się, że identyfikuje je na zasadzie dopasowania słowa do desygnatu, a w przypadku dłuższych form – mechanicznego przypisania formy dźwiękowej do określonego zachowania czy aktywności (taniec), zdarzenia (spacer) czy piosenki/wiersza, bez zrozumienia znaczeń poszczególnych wyrazów.

¹⁰ Biorąc pod uwagę poziom intelektualnego funkcjonowania chłopca w kontekście możliwości mechanicznego zapamiętywania napisów, nasuwa się skojarzenie z zespołem Savanta. Niemniej jednak wybiórcza zdolność może być także przesłanką do ponownej oceny poziomu funkcjonowania poznawczego chłopca. Brak współpracy przy badaniu psychologicznym oraz niemożność przeprowadzenia testów słownych utrudniają sformułowanie trafnej diagnozy dziecka niemówiącego.

– Krzysztof odpowiada na pytania: „Co można założyć na nogi?”, „Co można założyć na głowę?” poprzez wskazanie odpowiedniego obrazka. Umiejętność ta nie była wyćwiczona. Świadczyć to może o wyższym (niż na to wskazuje dotychczasowa diagnoza poradni psychologiczno-pedagogicznej) poziomie funkcjonowania intelektualnego.

– Chłopiec sam dopomina się o zapisywanie mu nazw przedmiotów (wskazuje zeszyt, czasem bierze rękę opiekuna). Zachowanie to jest na tyle częste i powiązane z silnymi emocjami, że dowodzi ważności komunikacji w życiu Krzysztofa. Tworzy on dzięki temu własny system porozumiewania się, dopominając się o swoje prawa (zwłaszcza w kontakcie z osobami, które nie ułatwiają mu wyrażania potrzeb).

– Krzysztof wykazuje większe zrozumienie komunikatów słownych, jeśli są one poparte zapisem (przekaz wspomagany).

– Chłopiec opanował mechaniczne zasady obsługi aplikacji „Mówik” – umie wybrać odpowiedni obrazek, zmienić kategorię. Utrudnieniem w obsłudze są mokre palce (parafunkcja – gryzienie kciuka), których dotyk nie zawsze jest przez aplikację rozpoznany. Krzysztof nie rozumie jeszcze, że narzędzie wysokiej technologii służyć może zaspokajaniu potrzeb komunikacyjnych.

3.3. Ocena kompleksu ustno-twarzowego

Wprawdzie wykonanie testu prakcji oralnej okazuje się niemożliwe, jednak obserwacja pozwala wnioskować o małej sprawności w tym obszarze. Niska sprawność artykulatorów uwidacznia się podczas jedzenia. Zauważalna jest słaba praca mięśnia okrężnego warg. Usta nie są wystarczająco domykane, co skutkuje wypływaniem śliny. Zwraca uwagę także słaba praca języka i zuchwy. Chłopiec ma dysfunkcję połykania. Funkcje pokarmowe nie są dostatecznie rozwinięte: chłopiec odgryza, ale nie gryzie.

Krzysztof oddycha torem ustnym nie tylko przy jedzeniu (dysfunkcja oddychania). Stałe otwarte usta utrudniają efektywne połykanie przez chłopca śliny. Obserwuje się nadwrażliwość w sferze ustno-twarzowej – chłopiec nie lubi być dotykany, często reaguje agresją, co uniemożliwia zbadanie odruchów. Odruchem wymiotnym reaguje na zapach i/lub dotyk przez rękawiczki lateksowe. Opiekunowie chłopca potwierdzają, że taka reakcja jest stała na ten typ tworzywa.

3.4. Podsumowanie postępowania diagnostycznego

Problemy komunikacyjne chłopca mieszczą się w obszarze zaburzeń mowy związanych z niewykształconą kompetencją językową. Pomimo że chłopiec wypracował zastępcze (alternatywne) formy porozumiewania się, umiejętności,

jakie powinien nabyć na przedjęzykowym etapie komunikacji, są niedostateczne (wspólne pole uwagi, zabawa naprzemienna, wybieranie – por. Smyczek 2010: 49). Zaburzenia komunikacji chłopca nie mają charakteru specyficznego, jak w przypadku alalii prolongaty, kiedy zaburzeniom nabywania języka w jego funkcji poznawczej i komunikacyjnej towarzyszą duże zdolności interakcyjne, głównie w zakresie znaków niewerbalnych subkodu prozodycznego, kinetycznego i proksemicznego. Charakter zaburzeń Krzysztofa dotyczy głównie interakcji, czyli nadawania znaczeń zachowaniom ludzkim (Panasiuk 2013). Jako że charakter zaburzeń u Krzysztofa dotyczy wszystkich typów kompetencji i sprawności komunikacyjnych: społecznych, sytuacyjnych i pragmatycznych, co zgodnie z badaniami Jolanty Panasiuk cechuje dzieci z zaburzeniami rozwoju ze spektrum autyzmu, warto przeprowadzić badania diagnostyczne pod tym kątem, a w planowanych oddziaływaniach logopedycznych uwzględnić specyfikę tychże zaburzeń.

Dotychczasowy sposób komunikacji nie pozwala na efektywne porozumiewanie się, umożliwiające realizację osobistych potrzeb (na poziomie aktualnego funkcjonowania). Potencjał chłopca w zakresie czytania globalnego jest jednakże czynnikiem umożliwiającym prognozowanie sukcesu terapeutycznego (pod warunkiem zastosowania przemyślanych strategii komunikacyjnych przy współdziałaniu wszystkich specjalistów pracujących z dzieckiem oraz rodziny).

4. Planowanie postępowania terapeutycznego

4.1. Założenia wstępne terapii

Wiele dotychczasowych doświadczeń komunikacyjnych chłopca miało charakter komunikacji pozornej, wprawdzie wypełnionej słowami, ale niebazującej na odczytywaniu prawdziwych intencji¹¹. Tymczasem to doświadczenie satysfakcji z kontaktu z drugim człowiekiem jest podstawą odkrycia wartości dialogu. Wprawdzie Krzysztof wie, że dzięki wejściu w interakcję z dorosłym ma szansę realizacji swoich potrzeb, ale sama komunikacja stanowi często powód do frustracji (uporczywe dopominanie się o swoje potrzeby, doświadczanie bycia niezrozumianym, tłumienie przez osoby otaczające chłopca inicjatywy w zakresie prób porozumienia się), rzadko zadowolenia.

Biorąc pod uwagę powyższe, strategie komunikacyjne uwzględniać powinny humanistyczne wartości, a partnerzy komunikacyjni winni kierować się postawą niedyrektywną. Znaczenie teże podkreślali między innymi Smyczek

¹¹ Formy komunikacji pozornej wymienia Alina Smyczek (2012).

(2010), Kielin (2002), Grycman (2014) i Pisula¹². Postawa ta wiąże się z rezygnacją z wydawania poleceń, oceniania, narzucania swoich pomysłów i odpytywania. Terapeuta niedyrektywny wykazuje się uważnością na komunikaty dziecka, chce poznać jego świat bez narzucania własnej interpretacji. Wiare w taką strategię przejawia też Aneta Chmiel, formułując tezę, że komunikowanie się z najmłodszymi „może zostać zwieńczone sukcesem jedynie wtedy, kiedy dorośli zdecydują się na wejście do tego zapomnianego przez nich świata na warunkach, jakie dyktuje dziecko” (Chmiel 2013: 49).

Empatyczna postawa wobec Krzysztofa umożliwi otwarcie na jego osobiste potrzeby. Poziom funkcjonowania komunikacyjnego i poznawczego chłopca pozwala na tym etapie tylko na taką funkcję komunikacji. Jak zaznacza Jacek Kielin: „Na początkowym etapie siłą napędową komunikowania się jest możliwość wpływu na swoją sytuację, podejmowania decyzji zgodnie z własnymi potrzebami i dokonywania wyborów odpowiednio do preferencji” (Kielin, Klimek-Markowicz 2013: 142). Przy komponowaniu tablic tematycznych konieczne jest umożliwienie wyrażania dzięki nim potrzeb. Dopiero w dalszych etapach terapii przewiduje się komentowanie, odpowiadanie na pytania bądź spontaniczne przekazywanie informacji (Kielin, Klimek-Markowicz 2013: 151).

Nauka komunikacji powinna odbywać się w naturalnym środowisku, nie w sztucznie stworzonej sytuacji. Skutecznie zaplanowane strategie z użyciem napisów zebranych w książkę komunikacyjną umożliwią po jakimś czasie korzystanie z wysokiej technologii (aplikacja „Mówik”).

Umożliwienie Krzysztofowi efektywnego porozumiewania się zgodnie z aktualnym poziomem funkcjonowania zapewni mu poczucie sprawstwa, samostanowienia i wpłynie dodatnio na rozwój emocjonalny. Umożliwi pełniejsze wykorzystanie potencjału poznawczego chłopca. W planowaniu procedur terapii logopedycznej konieczne jest uwzględnienie współwystępujących z deficytami językowymi trudności w innych sferach. Zgodnie z zaleceniem Jolanty Panasiuk: „Kiedy zaburzenia mowy są głębokie lub towarzyszą im uogólnione trudności w zakresie rozwoju innych wyższych funkcji psychicznych, należy oddziaływać stymulująco na wszelkie sfery funkcjonowania dziecka, poddając je terapii ogólnorozwojowej” (Panasiuk 2013: 104).

4.2. Program terapii logopedycznej

Podstawowym celem terapii jest komunikowanie się chłopca na poziomie adekwatnym do rozwoju poznawczego: wyrażanie w sposób intencjonalny potrzeb, uczuć i spostrzeżeń. Celem długoterminowym jest nauczenie Krzysztofa komunikowania się z otoczeniem poprzez aplikację „Mówik”.

¹² Ewa Pisula w książce *Autyzm i przywiązanie* przytacza szereg badań nad szkodliwym dla rozwoju dzieci podejściem dyrektywnym, zaznaczając, że łączy się ono z agresją, wynikającą, między innymi, z próby zmiany dziecka (2003: 19–27).

Cele krótkoterminowe Krzysztof:	Przykładowe sposoby realizacji celów
W kontakcie z rodzicami wyraża w formie wskazania napisu potrzeby oraz uczucia i spostrzeżenia.	Przygotowanie pomocy (napisów), uwrażliwienie rodziców na sygnały przekazywane przez syna, zaproszenie rodziców na warsztaty z zabawy niedyrektywnej, nauczenie Krzysztofa używania napisu „Zapisz mi to”, komentowanie w formie werbalnej i pisemnej wydarzeń, w których uczestniczy chłopiec, nazywanie uczuć Krzysztofa w formie ustnej i pisanej („Jesteś smutny”, „Jesteś zadowolony” ¹³).
W kontakcie z dorosłymi pracownikami ośrodka wyraża w formie wskazania napisu potrzeby oraz uczucia i spostrzeżenia.	Opracowanie strategii komunikacyjnych odnoszących się do przewidywalnych wydarzeń i części dnia; nazywanie w formie ustnej i pisemnej tego, czym Krzysztof się zainteresował; umożliwienie mu korzystania z narzędzia (zeszyt komunikacji) na wszystkich zajęciach; opracowywanie tablic tematycznych na każde zajęcie, akceptacja uczuć chłopca – pozwolenie mu na wyrażanie wszystkich emocji przy jednoczesnym nazywaniu ich; uważność na komunikacyjne zachowania Krzysztofa; umożliwienie dokonywania wyborów.

Przykładowa strategia komunikacyjna dla Krzysztofa:

Aktywność: czytanie wierszy powiązane ze wskazywaniem wyrazów, słuchanie muzyki lub inne aktywności budzące u chłopca żywe zainteresowanie.

Powód wyboru celu: chłopiec dopomina się o kontynuowanie różnych aktywności poprzez zachowania nieakceptowane społecznie – szczypanie, leżenie na podłodze i uderzanie w nią nogami, podskakiwanie, piszczanie itp.

Cel: Krzysztof komunikuje chęć kontynuowania aktywności poprzez wskazanie napisu „Chcę jeszcze”.

Przebieg: Partner komunikacyjny świadomie przerywa wykonywanie aktywności, co wywołuje u Krzysztofa bunt. Partner mówi: „Widzę, że chcesz jeszcze”, dodatkowo wskazując napis „Chcę jeszcze” (komunikacja wspomaganą). Następnie aktywność jest kontynuowana. Brak reakcji chłopca na zakończenie aktywności wywołuje reakcję opiekuna – wskazanie i odczytanie napisu: „Koniec”.

Założenia: nauka strategii wymaga, by każdorazowo spełniać prośbę Krzysztofa do czasu opanowania przez niego umiejętności korzystania z napisów „Chcę jeszcze” i „Koniec”. Dostrzeżenie przez niego, że wskazanie napisu powoduje oczekiwaną reakcję opiekuna (kontynuowanie aktywności) skutkować będzie wycofaniem zachowań niepożądanych społecznie, a dodatkowo – stanowić pozytywne doświadczenie komunikacyjne, niezwykle ważne przy nauce AAC.

¹³ Osoby z niepełnosprawnością intelektualną prezentują znaczne ograniczenia w przeżywaniu uczuć wyższych – społecznych, moralnych, patriotycznych, estetycznych (por. Błęszyński, Kaczorowska-Bray 2012: 46). Realne wydaje się natomiast rozpoznawanie przez Krzysztofa u siebie zadowolenia, złości i smutku.

Zadania logopedy, mimo że skierowane na rozwijanie kompetencji komunikacyjnej, dotyczyć muszą także innych sfer, niezwiązanych bezpośrednio z nauką alternatywnych form porozumiewania się. Wskazane są w pracy z chłopcem także takie oddziaływania, które przyczynią się do zmniejszenia intensywności ślinienia się, wpłyną dodatnio na jakość umiejętności związanych z jedzeniem (nauka gryzienia) oraz przyczynią się do ogólnorozwojowego wspierania chłopca (maksymalizowanie szans rozwoju na miarę osobistych możliwości).

Zasadą w całościowym wspieraniu Krzysztofa powinno być skupienie się na jego mocnych stronach. Strategia taka pozwoli doświadczać chłopcu poczucia sprawstwa, zadowolenia z siebie i wpłynie dodatnio na jego poczucie wartości. Dzieci z niepełnosprawnością intelektualną, jak powszechnie wiadomo, mają mniej pozytywnych doświadczeń w tym zakresie w porównaniu do dzieci w normie intelektualnej. W ramach wzbudzenia u Krzysztofa motywacji do współpracy lepiej zacząć zatem od stymulowania jego percepcji wzrokowej niż – gorzej funkcjonującej – słuchowej.

Na poprawę jakości życia chłopca (co uważam za wyznacznik wartościowania celów) wpłynąć powinny ponadto ćwiczenia z zakresu: koordynacji wzrokowo-ruchowej (potrzebnej na przykład do sprawnego kierowania pokarmu do ust podczas jedzenia), sprawności manualnej (zakładanie butów na rzepy, mycie się), planowania motorycznego (wkładanie kurtki) czy radzenia sobie z przeżywanymi emocjami.

4.3. Rokowania

Trudno przewidzieć, czy poziom funkcjonowania poznawczego pozwoli chłopcu przejść na wyższy poziom komunikacji (skupiony już nie tylko wokół realizacji swoich potrzeb). Wiedza na temat niepełnosprawności intelektualnej nie pozwala natomiast spodziewać się wyższych form myślenia pojęciowego i abstrakcyjnego (Bogdanowicz 1991) i – co się z tym wiąże – adekwatnego poziomu komunikacji. Biorąc jednakże pod uwagę możliwość deprywacji poznawczej, będącej wtórną przyczyną braku komunikacji w formie choćby pozawerbalnej od najwcześniejszych okresów życia chłopca, zakładać można, że możliwości Krzysztofa są wyższe niż wskazuje na to aktualna diagnoza. Niemniej jednak wiek chłopca jest czynnikiem, który nie pozwala na zbyt optymistyczne rokowania względem odbudowy utraconego potencjału poznawczego. Co więcej – podejrzenie całościowych zaburzeń rozwoju każe uwzględnić specyfikę tychże w zakresie zaburzeń kompetencji, co dodatkowo negatywnie wpływa na planowanie w nauce komunikacji (np. umiejętność dostrzegania potrzeb rozmówcy).

Realnym celem jest natomiast oczekiwanie na późniejszym etapie terapii, by Krzysztof używał do komunikacji swoich potrzeb wyższej technologii w postaci aplikacji „Mówik” zainstalowanej na tablecie.

Podsumowanie

Agnieszka Lasota podkreśla fakt, że „człowiek pozbawiony możliwości komunikowania się staje się niezdolny do prawidłowego rozwoju” (Lasota 2010: 11). Inaczej mówiąc: zaburzenia komunikacji nie opóźniają rozwoju w innych sferach, one ten rozwój wręcz uniemożliwiają. Nauka alternatywnych sposobów porozumiewania się dla osób, którym niedostępna jest mowa werbalna, powinna być zatem podstawowym (niedyskusyjnym) celem w planowaniu ich terapii logopedycznej.

Literatura

- Błęszyński J., Kaczorowska-Bray K., 2012, *Diagnoza i terapia logopedyczna osób z niepełno-
sprawnością intelektualną. Teoretyczne determinanty problemu*, Gdańsk: Harmonia.
- Bogdanowicz M., 1991, *Psychologia kliniczna dziecka w wieku przedszkolnym*, Warszawa: WSiP.
- Chmiel A., 2013, *Czym jest gotowość komunikacyjna? Studium przypadku bliźniaczek z opóźnio-
nym rozwojem mowy* [w:] *W świecie logopedii. Studia przypadków*, red. K. Węsierska,
A. Podstolec, Katowice: Wydaw. UŚ, t. 2, s. 49–72.
- Grabias S., 1997, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-
Skłodowskiej.
- Grycman M., 2010, *Sprawdź, jak się porozumiewam. Ocena efektywności porozumiewania się
dzieci ze złożonymi zaburzeniami komunikacji wraz z propozycjami strategii terapeutycz-
nych*, Kwidzyn: Stowarzyszenie Rehabilitacyjne Centrum Rozwoju Porozumiewania.
- Grycman M., 2014, *Porozumiewanie się z dziećmi ze złożonymi zaburzeniami komunikacji*, Kwi-
dzyn: Stowarzyszenie Rehabilitacyjne Centrum Rozwoju Porozumiewania.
- Kaczmarek B.B., 2008, *Wykorzystywanie gestów w procesie porozumiewania się osób z zespołem
Downa* [w:] *Wspomaganie rozwoju dzieci z zespołem Downa – teoria i praktyka*, red. B.B.
Kaczmarek, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 103–132.
- Kaczmarek B.B., 2015, *Posłowie. Mity i fakty o AAC i naturalnym rozwoju mowy* [w:] *Autyzm
i AAC. Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z auty-
zmem*, red. B. B. Kaczmarek, A. Wojciechowska, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls,
s. 341–359.
- Kazanowska J., 2014, *Wykorzystanie gestów systemu Makaton we wspomaganiu komunikacji
i rozwoju mowy dzieci niemówiących* [w:] *Makaton w rozwoju osób ze złożonymi potrzebami
komunikacyjnymi*, red. B.B. Kaczmarek, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 65–76.
- Kielin J., 2002, *Jak pracować z rodzicami dziecka upośledzonego. Przewodnik dla nauczycieli
i terapeutów z placówek specjalnych*, Gdańsk: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.
- Kielin J., Klimek-Markowicz K., 2013, *Krok po kroku. Nauczanie i terapia dzieci z umiarkowaną,
znaczłą i głęboką niepełnosprawnością intelektualną*, Sopot: Gdańskie Wydaw. Psycholo-
giczne.
- Lasota A., 2010, *Świat symboli i gestów w komunikacji dziecięcej*, Kraków: Oficyna Wydawnicza
„Impuls”.
- Panasiuk J., 2013, *Sprawności interakcyjne i komunikacyjne jako kryteria różnicowania zaburzeń
rozwojowych* [w:] *Interakcyjne uwarunkowania rozwoju i zaburzeń mowy*, „Nowa Logope-
dia” 4, s. 81–105.

- Pisula E., 2003, *Autyzm i przywiązanie*, Gdańsk: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.
- Smyczek A., 2010, *Wykorzystanie znaków Makatonu przez terapeutów i rodziców we wczesnym wspomaganiu mowy* [w:] *Makaton w rozwoju osób ze złożonymi potrzebami komunikacyjnymi*, red. B.B. Kaczmarek, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 41–64.
- Załaźńska A., 2006, *Niewerbalna struktura dialogu. W poszukiwaniu polskich wzorców narracyjnych i interakcyjnych zachowań komunikacyjnych*, Kraków.

Individual case study of a boy with complex communication disorder

Summary

The article is a case study of a boy with complex communication disorder on the background of mental disability. The purpose of the work is to emphasise the importance of pre-language communication, as well as the value of alternative communication in the context of work not only on the communicative competencies of a child but also on the child's comprehensive development. AAC implementation, as a support to children with comprehensive communication disorders, is perceived by the author of the article as a speech therapy standard and in such context the objectives for the therapy of the boy presented in the article have been proposed. In the article a tool for assessing interaction has been proposed, namely the *Scale of Interpersonal Contact Assessment* (developed in cooperation with Psychologist Magdalena Piwnicka).

Key words: comprehensive communication disorder, AAC, alternative communication, individual case study, diagnostic tools

Monika Kij

Uniwersytet Rzeszowski

STUDIUM PRZYPADKU TRZYPÓŁLETNIEGO DZIECKA Z ZABURZONYM ROZWOJEM MOWY

Mowa, jedna z wyższych funkcji psychicznych, wpływa bezpośrednio lub pośrednio na wszystkie inne przejawy psychicznej działalności człowieka, łącząc je ze sobą i organizując ich przebieg. Charakterystyczne dla niej są dynamika i wieloznaczność oraz ściśle powiązanie zarówno z myśleniem, jak i z emocjami. Celem artykułu jest ukazanie studium przypadku trzypółletniego chłopca z zaburzoną mową. Zawarto w nim charakterystykę dziecka oraz wyniki kompleksowych badań. Zaproponowany został również indywidualny program terapii logopedycznej.

Słowa kluczowe: dyslalia środowiskowa, diagnoza, program terapii logopedycznej

Wstęp

Na obecnym etapie rozwoju ludzkości porozumienie językowe jest nieodzowne w życiu społecznym jednostki. Spowodowane jest to faktem, iż język nie tylko pozwala na interakcje, lecz także umożliwia postrzeganie i organizację rzeczywistości. Zaburzenia rozwoju mowy pociągają za sobą poważne konsekwencje. Nie tylko stanowią przyczynę niepowodzeń szkolnych, ale też przyczyniają się do niepożądanych zachowań społecznych i zaburzeń emocjonalnych u dzieci. Z tego powodu wszelkie zaburzenia w rozwoju języka powinny być jak najszybciej diagnozowane, a dzieci z problemami logopedycznymi powinny trafić do specjalistów na terapię.

Niniejszy artykuł stanowi studium przypadku trzypółletniego (3 lata i 5 miesięcy) chłopca z zaburzoną mową. Celem tego studium jest przeprowadzenie kompleksowej diagnostyki dziecka oraz zaproponowanie indywidualnego programu terapii logopedycznej, która pozwoli zniwelować możliwe niekorzystne następstwa stwierdzonych zaburzeń rozwoju mowy.

1. Opis przypadku dziecka

Chłopiec jest drugim dzieckiem w rodzinie. Jego siedmioletnia siostra nie miała trudności z rozwojem mowy, także u matki nie wykryto wad wymowy, natomiast ojciec jąka się od siódmego roku życia. Rodzice mają wykształcenie

zawodowe, przy czym pracuje jedynie ojciec, matka zajmuje się wychowywaniem dzieci. Rodzina mieszka z dziadkami, a dzieci mają własny pokój, w którym jest wiele zabawek.

W czasie ciąży matka nie chorowała, nie przyjmowała żadnych leków i czuła się dobrze. Chłopiec urodził się w ósmym miesiącu, a poród przebiegł normalnie. Dziecko ważyło trzy kilogramy i otrzymało osiem punktów w skali Apgar¹. Było karmione piersią przez piętnaście miesięcy. Do zasypiania podawano chłopcu smoczek, którego używa do dzisiaj. Rozwój motoryczny przebiega prawidłowo. Dziecko preferuje wykonywanie czynności prawą ręką.

Według matki chłopiec zaczął gaworzyć około ósmego miesiąca, a pierwsze wyrazy (*mama, nie*) pojawiły się około osiemnastego miesiąca życia. Dalszy rozwój słownictwa nastąpił dopiero około 33. miesiąca, a do tego czasu badany wykazywał niechęć do zachowań werbalnych, mimo że rozumiał wypowiedzi innych. Potrafił zasygnalizować swoje potrzeby mimiką i gestami, prawidłowo reagował na polecenia. Trzylatek nie cierpiał na schorzenia, które mogłyby upośledzić słuch i wpłynąć negatywnie na wymowę. Nie doznał także żadnych urazów psychicznych. Stracił natomiast w wypadku górne zęby mleczne (jedyńki), co może utrudniać artykulację głosek przedniojęzykowo-zębowych.

Z obserwacji wynika, iż badany w domu spędza najwięcej czasu z matką, siostrą oraz dziadkami. Chłopiec najczęściej ogląda telewizję oraz gra na komputerze. Najbardziej lubi programy muzyczne (np. śląski kanał Silesia), przy których śpiewa (niewyraźnie, odwzorowując bardziej linię melodyczną niż słowa) i tańczy. Malec jest nadpobudliwy, trudno jest mu skupić na czymś uwagę dłużej niż kilkanaście sekund. Nie potrafi również wytrzymać w bezruchu, wciąż biega. Jest bardzo sprawny manualnie – często majsterkuje przy zabawkach, potrafi odkręcić, a następnie dokręcić nawet małe elementy. Nie interesuje się natomiast rysowaniem i kolorowaniem – nie potrafi trzymać długopisu czy kredki. Ani siostra, ani rodzice nie stwarzają mu zresztą ku temu okazji. Nie czytają i nie opowiadają mu także bajek, nie śpiewają piosenek. W domu nieustannie włączony jest telewizor, mało natomiast jest interakcji słownej z trzylatkiem. Niepracująca matka poświęca synowi niewiele uwagi – zajmuje się gospodarstwem, spotyka z koleżankami i spędza mnóstwo czasu przy komputerze. Pracujący ojciec nie jest zbyt zaangażowany w sprawy rodzinne. Rodzice nie uważają zaburzenia mowy syna za problem, gdyż porównują go do znanych im dzieci, które mają jeszcze słabiej rozwiniętą mowę.

Dla osób spoza najbliższego otoczenia mowa chłopca jest praktycznie niezrozumiała. Oto niektóre z wypowiedzi badanego:

- [*koko maś*] ‘co tam masz?’ [*pyuem ćoua*] ‘byłem w kościele’,
 [*oć iżoi*] ‘włącz telewizor’ [*xopa*] ‘brzuch’,
 [*p’ijok*] ‘pilot’ [*jub’je gužo mame*] ‘lubię dużo mamę’,

¹ Dwa punkty zostały odjęte za zabarwienie skóry.

2. Postępowanie diagnostyczne

2.1. Badanie motoryki narządów artykulacyjnych

U chłopca zbadano motorykę artykulacyjną i dokonano oceny stanu anatomicznego narządów mowy. W tym celu wykorzystano test opracowany przez H. Rodak (1997). Próby języka i warg wykazały, iż badany nie jest w stanie wykonać niektórych ruchów niezbędnych do poprawnej artykulacji głosek (przewężania języka, podnoszenia brzegów języka, układania języka w kształt łyżeczki, kląskania, ściągania i rozciągania warg, gwizdania, wibrowania wargami, przepychania powietrza wewnątrz jamy ustnej, parskania). Podczas badania oceniono także ogólny stan anatomiczny artykulatorów. Język ma odpowiednią wielkość i grubość. Prawidłowe są również długość i plastyczność wędzidelka podjęzyczkowego oraz zgryz. Występują jednak anomalie zębowe – brak górnych jedynek. Podniebienie twarde jest odpowiednio wysklepione. Drożność jamy nosowej nie budzi zastrzeżeń. Ponadto dziecko przełyka właściwie.

2.2. Badanie słuchu fonematycznego

Następnie zostało wykonane skrócone badanie słuchu fonematycznego według kwestionariusza I. Styczek (1982). W tym celu z kwestionariusza wybrano obrazki przedstawiające przedmioty, z którymi trzypółletnie dziecko powinno być zaznajomione. Podczas badania chłopiec wskazał poprawnie wszystkie obrazki. W związku z tym można założyć, że słuch fonematyczny badanego nie wykazuje żadnych odchyłeń od normy rozwojowej.

2.3. Badanie mowy i rozumienia

W celu zbadania mowy dziecka posłużono się kwestionariuszem obrazko-wyrazowym G. Demel (1996)². Badanie wykazało szereg zaburzonych głosek. Na 144 obrazki zawarte w kwestionariuszu badanemu udało się prawidłowo nazwać zaledwie sześć. Zniekształcił natomiast nazwy 84 desygnatów (co

² Narzędzie wykorzystano ze względu na jego dostępność, łatwość użycia i łatwość interpretacji wyników. Zrezygnowano z użycia testów standaryzowanych – badanie nimi jest bardzo czasochłonne i byłoby zbyt nużące dla dziecka mającego problemy z koncentracją. Oczywiście, do badania rozwoju językowego można wykorzystać wystandaryzowany *Test rozwoju językowego* M. Smoczyńskiej i in. (dzieci czteroletnich i starszych) lub *100-wyrazowy test artykulacyjny* E. Krajny. Badanie obydwoma narzędziami zajmuje sporo czasu i wymaga skupienia ze strony dziecka. Oceny kompetencji językowych można też dokonać za pomocą nowszych narzędzi, np. KOLD (test służący do oceny najważniejszych obszarów mowy dziecka w wieku od 1. miesiąca życia do ukończenia 9. roku życia) czy *Obrazkowego testu słownikowego – Rozumienie* (zob. Literatura).

świadczy o wadliwej artykulacji), a 54 nie rozpoznal³. Orientacyjne badanie zasobu słownictwa pokazało ubogi słownik trzylatka. Wyniki nazywania obrazków prezentuje tab. 1.

Tab. 1. Wyniki badania kwestionariuszem obrazkowym G. Demel
– nazywanie obrazków

š ž č ž	[mama] szafa	[košik] koszyk	[kak'i] szklan- ki	[peluš] kape- lusz	[japa] żaba	- żelazko	[jeje] jeże	[p'i] drzwi	- czołg	- szczot- ka	- beczki	[kuć] klucz		
s z c z	[iogok] samolot	[uon] słoń	[pošek] pasek	[p'ješ] pies	[jegaj] zegar	[jamek] zamek	[vujek] wózek	[xonek] dzwo- nek	[v'jek'i] -	- tablica	[ok'i] klocki	[jejić] księżyc		
š ž ć ž	[l'imak] ślimak	- świecz- ka	[joka] książka	[v'ise] wiśnie	[jak'i] ziem- niaki	[ik'i] guziki	- cielątko	- nici	- dzieciol	- dźwig	- zołę- dzie	[uoze] gwoź- dzie		
r	- tram- waj	[kynia] cytryna	[iina] drabina	[koya] krowa	- gruszka	- spado- chron	[jažo] radio	[uypy] ryby	[iašo]	- parasol	- tarka	- torni- ster	[uouej] rower	
k k' g g' x	[kok] kot	[kujā] kura	- konew- ka	- bąk	- kielnia	- rakiet	- siekiera	[jek'i] kredki	[gajek] garnek	[koguk] kogut	- chorą- giewki	- choinka		
v v' f f'	- walek	[uouek] worek	- krawaty	- wieszak	- wie- wiórka	[kokej] fotel	[uaby] farby	- żyrafa	- agrafka	- filiżan- ka	- fiołki	- kalafior		
b b' p p' m m'	[bajon] balon	[puky] buty	[puja] cebula	- bilet	[pap'je] grabie	- grze- bień	- patelnia	[poka] pompka	+	- piłka	+	- małpa	- miotły	
t d n	[kaješ] talerz	[jexon] telefon	[muo- kek] młotek	[puk] but	[gom] dom	[gax] dach	[buga] buda	[geječ] widelec	- narty	- nożyce	[poie] spodnie	- bocian		
l l'	[uapa] lampa	[uuko] lustro	[ueka] butelka	[bajon] balon	[jaka] lalka	- motyl	- ul	[l'isek] listek	[l'is] is	[iky] listy	- królik	[šajik] szalik		
samo- głoski	[kopuš] autobus	- agrafka	[pajak] apar	- armata	+	[oša] oko	- osa	- okulary	- orzechy	+	- ucho	- ule	- indyk	- igły
głoski j u	- łabę- dzie	[uko] łóżko	+	+	[šuj] stół	[kuko] jabłko	- jasz- czurki	[pajok] pajak	- zając	[joga] hulaj- noga	[jaka] jajka	- klej		
głoski dźw., bdźw.	[puka] – [puka] bułka – półka	[puk] – [puk] bąk – pąk	[oje] – [oše] noże – nosze	[guuy] – [kuuy] kury – góry	[koja] – [koša] kosa – koza	[puko] – [puko] biurko – piórko								

Źródło: badania własne.

³ Warto zaznaczyć, że niektórych desygnatów z testu Demelowej trzylatek mógł nie znać (np. *sierp, nosze, kielnia,agrafka*), niemniej brak nazwania ponad 1/3 obrazków wskazuje na spore braki w zakresie rozwoju leksyki.

W kolejnej części badania zadaniem chłopca było wstawienie brakujących słów. Badany wyartykułował poprawnie tylko dwa – [koń], [leśe] – ze 142 wyrazów. Zniekształcił 86 wyrazów, a 54 obrazków w ogóle nie potrafił nazwać. Chłopiec miał trudności z powtarzaniem dłuższych ciągów wyrazowych. Opuszczał również przyimek *w* tam, gdzie wymagane było jego ubezdźwięcznienie do [f] – przyczyną może być fakt, że chłopiec nie ma tej głoski w swoim zasobie fonetycznym. Wyniki tej części badania zaprezentowano w tab. 2.

Tab. 2. Wyniki badania kwestionariuszem obrazkowym G. Demel
– uzupełnianie zdań desygnatami przedstawionymi na obrazkach

<p>1 a W (koszyku) są (grzyby) [šiku šom jipy] Na (krześle) leżą (nożyczki) [na šeše šom ik'i] Po rzece płyną (żaglówki) [po ječe jajom –] W (szafie) wisi (szalik) [uak'je iši šajik] Grzesio ma czerwoną (czapkę) [iešo ma joňom čake] Na wieszaku wiszą (klucze) [na – išom kuče] W (teczce) są (książki i zeszyty) [– šom jok'i i –]</p>	<p>2 a Stefek ma stary (pasek) [šekek ma šaji pošek] Wysoko lecą (samoloty) [šoko ječom jok'i] Na ulicy stoją (samochody) [na jci kojom aka] Zosia dostała (wózek) [joša šaju vušek] Kozy jedzą (kapustę) [koji ježom –] Jacek bawi się (klockami) [jacek pav'i še kam'i] Na (zamku) jest zepsuty (zegar) [na jaku ješ šuky jegaš] Chłopczyk je (cukierki) [čik'jejek'i]</p>
<p>3 a Na (płocie) wisi (sito) [na poče v'iši –] Kasia niesie (wiśnie) w (koszyku) [kaša neše v'iše šiku] W lesie są (ślimaki) [leše šom –] Marysia bawi się (misiem) [iša pav'i še m'išem] Na (gwoździu) wisi (świder) [na – v'iši –] Dzieci jedzą (poziomki) [žeči ježom –] (Dziewczynka) siedzi na (krześle) [čika šeši na šeše] (Bocian) niesie (żabę) [počan neše jape] (Dzieci) wsiadają do (pociągu) [žeči šajom go –]</p>	<p>4 a Przed (fabryką) stoją (rowery) [pek – šom uewy] Franek gra na (trąbce) [ajek ga na uoče] Na drodze stoją (traktory) [na jože šom koji] W (akwarium) płyną (ryby) [kajum pajom uvyby] (Krowa) skubie (trawę) [koŋa kup'je jape] Wieczorem gryzą (komary) [čoŋem gyžom –] Romek przyniósł (raki) [jomek šinuš –] (Baran) ma (rogi) [pajañ ma –] Monter naprawia (krany) [mokej paja –]</p>
<p>5 a (Kowal) podkuwa (konia) [– kuŋa koňa] W (koszyku) są (jagody) [šiku šom –] Pod (choinką) leży (hulajnoga) [pok – ješy goga] Na (kuchni) stoi (garnek) [na – šoji gajek] W (kubku) jest (kawa) [kuku ješ kaŋa] Na oknie stoją (kwiaty) i (konewka) [na ok'je šom jak'i i –] Kasia karmi (kury) [kaša kam'i kuŋy] Na zagonie rosną (ogórki) i (groszek) [na goňe jošom kuk'i i –] (Kotki) piją mleko [kok'i p'ijo m'jeko]</p>	<p>6 a Na (fotelu) leży (aparat) [na keju ješi pajak] Obok (szafy) stoi (telewizor) [okok uak'i šoji v'izol] W (walizce) są (rękawiczki) [– šom ik'i] Na (drzewie) siedzą (sowy) i (wiewiórki) [na jef'je šežom – i –] Koło (wiatraka) stoją (worki) [oŋo – šom vok'i] Władek ma nowe (łyżwy) [uageg ma nove –] Wieczorem świecą (gwiazdy) [čoŋem šečom –] Na wietrze powiewają (chorągiewki) [na v'ješe uajom –] Po podwórzu chodzą pawie [po vuju xožom –]</p>

<p>7 a Basia ma (parasol) [paši ma jašoŋ] Na (półce) leży (bębenek) [na – ješi –] W torbie są (buraki) i (cebula) [kop'je som – i puja] Mama kupiła (bańkę) na mleko [mama p'iuā – na m'jeko] Chłopcy ulepili (bałwana) [xoči p'ji maña] W pudełku są (buty) [geku som puŋy] Na biurku leży (pióro) [na puku ješi –] W (piórniku) jest (temperówka) [– jeś –]</p>	<p>8 a Darek dostał (narty) [gajek saŋ –] Na (talerzu) są (truskawki) [na ješu som jak'i] O (dach) oparta jest (drabina) [o gax paka jeś inā] Na tacy leży (tort) [na kači ješi kok] W (szafce) są (noże) [yak'je som –] Przed (domem) rosną (kwiaty) [pe· gomem som kak'i] Na stole stoi (telefon) [na sole soji jexoŋi]</p>
<p>9 a W lesie są (lisy) [leše som –] Mały (motylek) siedzi na (listku) [maŋy – šeži na l'ču] (Listonosz) roznosi (listy) [koŋuc joši l'iŋy] W szufladzie leżą (korale) [iaže ješom –] Na (stole) stoi (lampa) [na sole soji iapa] Ala ma (lalkę) i (balony) [aia ma iake i ioŋi] Ola przegląda się w (lusterku) [oia goga še –] W klatce jest małutki (królik) [kače jeś iuk'i –]</p>	<p>10 a Na ulicy stoi (autobus) [na icy soji kopuŋ] W ogrodzie rosną (warzywa) [v'jože iošom –] Ela ma (ołówek) [eja ma –] Ala nosi (okulary) [aia nosi iaji] Mama kupiła na obiad (ryby) [mama p'iuā na gojag wyby] Olek je (lody) [ojeg je iog'i] W pudełku są (igły) [ueku som –] Za domem stoją (ule) [za gomem som –]</p>
<p>11 a (Janek) je jabłko [jajek je kuko] W pokoju jest (pająk) [koju jeś –] Pod (jabłonią) siedzą (jeże) [po giejem šežom –] Na (łóżku) leży jasek [na uuku ješi iasek] Mały (chłopczyk) ma (łopatę) [maŋy cik ma –] Na (ławce) wisi (łańcuch) [na – v'iŋi –] Na wodzie pływają (łabędzie) [na uože pajom –]</p>	<p>12 a Bolek je (bułki) [pojeg je puk'i] Na biurku leży (pióro) [na puku ješi –] W pudełku są (noże) [ueku som noje] Tomek ma ładny (dom) [omek ma uani gom] (Dzieci) idą na bal [žeči igom na pai] Górnik wyjechał w (góry) [guyik jexau guŋy] (Koza) przewróciła (kosę) [koša ciuā –]</p>

Źródło: badania własne.

W trzeciej części badania chłopiec nazwał czynności przedstawione na szesnastu z 24 obrazków. Jednak wszystkie te zdania zostały wymówione z błędami w zakresie fonetyki – zob. tab. 3.

Tab. 3. Wyniki badania kwestionariuszem obrazkowym G. Demel
 – nazywanie czynności przedstawionych na obrazkach

[ćika sije] 'dziewczynka szyje'	[ćik p'ise] 'chłopczyk pisze'	[ćik ježe] 'chłopczyk jedzie'	- 'dziewczynka wiesza'
- 'dziewczynka kłęczy'	[ćik ješi] 'chłopczyk leży'	[ćik iuje] 'dziewczynka maluje'	[ćika myje jepy] 'dziewczynka myje zęby'
[ćik uada ok'i] 'chłopczyk układa klocki'	[žeči ježom] 'dzieci jedzą'	[ćika p'i] 'dziewczynka śpi'	[žeči pajom] 'dzieci się bawią'

[<i>ʒeći jɛp'jo mańa</i>] 'dzieci lepią bałwana'	- 'dziewczynka pastuje buty'	[<i>ćik kop'je</i>] 'chłopczyk się kąpie'	[<i>ʒeći kop'jom p'ijuke</i>] 'dzieci kopią piłkę'
[<i>pańi kuje</i>] 'pani gotuje'	- 'dziewczynka ćwiczy'	- 'miś wypadł z wózka'	[<i>pań ońa v'izol</i>] 'pan ogląda telewizor'
- 'strażak gasi pożar'	- 'lekarz bada'	- 'policjant kieruje ruchem'	[<i>ćik paż</i>] 'chłopczyk się bawi'

Źródło: badania własne.

W badaniu wykonanym *Kwestionariuszem obrazkowym* A. Balejki (Balejko 2016) chłopiec w pierwszym podejściu prawidłowo rozpoznał 22 spośród czterdziestu pokazanych mu obrazków, co stanowi zaledwie 50%. W dwóch przypadkach podał wyrazy bliskoznaczne (koń – źrebak i krowa – cielę). Dzięki wskazówkom był w stanie rozpoznać kolejne trzy desygnaty (niecały 1%), a podpowiedź głoski pozwoliła mu odgadnąć dziewięć następnych (20%). Osiem obrazków (18%) pozostało niezinterpretowanych. Wyniki tego badania prezentuje tab. 4.

Tab. 4. Badanie rozumienia mowy i innych funkcji umysłowych wg Balejki – wyniki

	Pierwsza odpowiedź	Wskazówka	Podpowiedź głoski
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
autobus	[<i>kopus</i> ']		
okno			[<i>uoko</i>]
ul	-	-	-
lew			[<i>jex</i>]
myszy	[<i>mysy</i> ']		
igła	-	-	-
zając	-	-	-
ręce		[<i>jeće</i>]	
bałwan			[<i>mań</i>]
bilet	-	-	-
parasol	[<i>jaśol</i>]		
pies	[<i>peś</i> ']		
mak	-	-	-
miska	[<i>m'ika</i>]		
wanna	[<i>uańa</i>]		
wiadro	[<i>iago</i>]		
fajka	-	-	-
filiżanka	-	-	-
jabłko		[<i>kuko</i>]	
dom	[<i>gom</i>]		
traktor	[<i>akoż</i>]		
nogi	[<i>gog'i</i>]		
nitka	-	-	-
ławka	[<i>uaka</i>]		

	1	2	3	4
zegar		[iegaɪ]		
żrebak		[koŋ]		
sanki		[śak'i]		
świnka		[śika]		
dzbanek				[xońek]
dziewczynka		[ćika]		
cytryna				[kyńia]
cielę		[koua]		
lampa		[uapa]		
liść		[l'is]		
choinka				[ika]
grabie			[pap'je]	
gitara		-	-	[kaja]
kot		[kok]		
kielbasa				[paśa]
żaba		[japa]		
szczołka				[śoka]
ryby		[yypy]		
drzwi		[p'i]		
czapka		[ćapa]		

Źródło: badania własne.

W kolejnym etapie badania dziecku polecono wskazywać różne przedmioty i osoby z jego otoczenia, których nazwy wymieniał badający. Trzylatek bezbłędnie pokazał wszystkie desygnaty (szafę, dywan, stół, krzesło, telewizor, pułkę, czajnik, obraz, babcię, siostrę, ciocię). Badanie to wykazało, iż chłopiec rozumie wypowiedzi dotyczące konkretnych, otaczających go przedmiotów, mimo że nie zawsze potrafi je nazwać. Następnie chłopcu polecono opisanie ilustracji. Początkowo trzylatek wskazywał palcem obiekty na obrazku. Po ponownym poinstruowaniu go wymienił poszczególne elementy ilustracji (dom, traktor, bałwan, pies, dziewczynka, autobus). Ostatnim zadaniem było udzielenie odpowiedzi na pytanie o prostą sekwencję czynności („co trzeba zrobić, aby wyjść z domu”). Mimo wielokrotnego ponawiania pytania zarówno przez badacza, jak i członków rodziny, nie udało się uzyskać odpowiedzi. Zastąpienie powyższego zapytania innymi również nie przyniosło pożądanych rezultatów. Może to świadczyć o zaburzonych procesach myślowych lub ubogim zasobie słownictwa.

2.4. Zasób dźwięków - zmiany paradygmatyczne

System nadawczy chłopca jest mocno ograniczony, a na jego zasób dźwiękowy składają się: samogłoski: [e], [a], [i], [u], półsamogłoski: [i̯], [u̯] oraz spółgłoski: [p], [p'], [ś], [ć], [ź], [ż], [x], [k], [k'], [g], [g'], [m], [m'], [n]. Niekonsekwentnie chłopiec realizuje: samogłoski [y], [o] oraz spółgłoski: [b], [b'], [l], [l'], [v], [v']. Brak natomiast w jego wymowie spółgłosek: [t], [t'], [d], [d'], [f].

[f'], [s], [z], [c], [ʒ], [š], [ž], [č], [ǰ], [r]. Odpowiednikami wymawianowymi liter *q* i *ę* w każdej pozycji (także w wygłosie i przed spółgłoskami szczelinowymi) są połączenia samogłosek ustnych i spółgłosek nosowych, najczęściej [om]. W tym wieku mogą nie występować jeszcze głoski [š], [ž], [č], [ǰ], [r], natomiast brak pozostałych budzi podejrzenie zaburzenia rozwoju mowy.

2.5. Zestawienie substytutów a dźwięczność głosek

Ze względu na mały zasób ukształtowanych dźwięków, badany bardzo rozbudował system substytucji. Większość głosek ma po kilka substytutów i na odwrót – większość substytutów zastępuje więcej niż jedną głoskę. Największą liczbę zastępstw wykazują [i] i [u] (każda z nich zastępuje po siedem głosek). Powtarzanie się jednakowych substytutów dla różnych głosek prowadzi między innymi do powstawania homonimów i znacznie utrudnia rozumienie mowy dziecka.

Opozycja głosek dźwięcznych i bezdźwięcznych w mowie chłopca nie zawsze jest odtwarzana – o ile dźwięczne głoski [i], [j], [g], [n], [z], [l] zastępują tylko inne dźwięczne, a bezdźwięczne [k], [k'], [c] tylko głoski bezdźwięczne, o tyle w przypadku pozostałych substytutów nie ma już takiej jednolitości. Głoska [u] zastępuje cztery głoski dźwięczne [v], [l], [d], [r], ale też trzy bezdźwięczne [f], [t], [š]. Głoska [s] zastępuje [s] i [š], czyli głoski bezdźwięczne oraz dźwięczne [z] i [ž]. Bezdźwięczna głoska [p] jest substytutem dźwięcznych [b] i [b'], a spalatalizowana [p'] to substytut [b']. Dźwięczne [m] zastępuje bezdźwięczne głoski [f] i [š]. Głoska [x], oprócz bezdźwięcznego [f], w grupie spółgłoskowej substytuuje jedną z dźwięcznych [v] lub [ʒ].

2.6. Struktura wyrazów – zmiany syntagmatyczne

Analizując budowę wyrazów wypowiedzianych przez chłopca, można dostrzec zarys systemowej organizacji zastępstw głoskowych i stabilną strukturę krótkich, maksymalnie dwusylabowych słów. Natomiast zawodzi ona w trudniejszych wyrazach. Zdarza się, iż to samo słowo, powtarzane kilkakrotnie za wzorcem podanym przez badającego, przybiera różne formy, np. 'pływają': [iajom], [pajom]; 'grzyby': [iipy], [uypy]; 'pudełku': [geku], [ueku]. Nie jest to jednak bardzo częste zjawisko. Zaburzenia w strukturze u badanego spowodowane są redukowaniem sylab, grup spółgłoskowych oraz asymilacjami. Nie występują natomiast u niego dysymilacje ani przestawki.

2.7. Redukcja sylab w wyrazie

Nie zauważono wydłużania słów jednosylabowych, natomiast wyrazy dłuższe niż dwusylabowe chłopiec skraca za każdym razem. Najczęściej redukcji ulegają początkowe sylaby, np. [iaśol] 'parasol', [peluś] 'kapelus', [gelec] 'wi-

delec'. Jest to zgodne z tezą, iż „najbardziej zapada w pamięć końcowa część długiego wyrazu, czyli sylaba akcentowana i następna, czyli kończąca wyraz” (Sołtys-Chmielowicz 2008: 136). Nie jest to jednak w przypadku badanego ścisła reguła. Zdarza się również, że w wyrazie nawarstwia się kilka procesów, prowadząc do tak dużych deformacji, iż bez znajomości kontekstu nie sposób zidentyfikować desygnatu, np. [iogok] ‘samolot’, [końuc] ‘listonosz’.

Poniższe zestawienie przedstawia wyrazy, w których chłopiec dokonuje redukcji do form dwusylabowych bądź krótszych:

- redukcja wyrazów dwusylabowych, np.: [mań] ‘bałwan’, [śau] ‘dostał’, [ćik] ‘chłopczyk’ – biorąc pod uwagę stwierdzenie, iż dzieciom najwygodniej jest używać słów dwusylabowych, powyższe przykłady stanowią odstępstwo od normy; chłopiec dokonuje redukcji początkowej sylaby w każdym z wyrazów;
- redukcja wyrazów trzysylabowych: redukcja sylaby początkowej, np.: [pajak] ‘aparat’, [kopuś] ‘autobus’, [iońi] ‘balony’, [mańa] ‘bałwana’, [ueka] ‘butelka’, [ćoua] ‘kościółce’; redukcja sylaby środkowej, np. [śajom] ‘wsiadają’;
- redukcja wyrazów czterosylabowych, np.: [uajom] ‘powiewają’, [iok'i] ‘samoloty’, [jajii] ‘okulary’, [v'izol] ‘telewizor’, [ćiua] ‘przewróciła’, [p'üii] ‘ulepili’, [joga] / [goga] ‘hulajnoga’.

Zgodnie z oczekiwaniami, chłopiec dokonywał skrócenia trzy- oraz czterosylabowych słów do dwóch ostatnich sylab. Jedyny wyjątek od tej reguły zanotowano w słowie [śajom] ‘wsiadają’, w którym redukcji ulega sylaba akcentowana (przedostatnia).

2.8. Redukcja grup spółgłoskowych wewnątrz wyrazów

Brak opanowania wymowy niektórych spółgłosek uniemożliwia artykulację grup spółgłoskowych mających w składzie te właśnie niewykształcone dźwięki. W zamian pojawiają się jednak grupy zawierające substytuty brakujących głosek. Powyższa teza znajduje potwierdzenie w mowie chłopca. Ilustrują to przykłady zawarte w tab. 5, w których można zauważyć, że dziecko redukuje grupy spółgłoskowe (w każdej pozycji w wyrazie) do jednego elementu. Jeśli żaden z elementów grupy nie został dobrze przez chłopca utrwalony, następuje substytucja.

Tab. 5. Grupy spółgłoskowe w wyrazach

Grupa spółgłoskowa	Nagłos	Śródgłos	Wygłos
1	2	3	4
bc		[uoće] ‘trąbce’	
ck		[ok'i] ‘klocki’	
čk		[ik'i] ‘nożyczki’	
dn		[uańi] ‘ładny’	
dń		[pońe] ‘spodnie’	
dr	[ioże] ‘drodze’	[uago] ‘wiadro’	

1	2	3	4
dż	[p'i] 'drzwi', [j'ev'e] 'drzewie'		
zv	[xonek] 'dzwonek'		
gr	[ga] 'gra', [gviom] 'gryzą'		
gż	[ɥpy] 'grzyby', [j'eso] 'Grzesio'		
xu	[xoči] 'chłopcy'		
kl	[kaće] 'klatce'		
kn		[ɥoko] 'okno'	
kr	[koua] 'krowa'		
kf	[jak'i] 'kwiatki'		
kś	[śeše] 'krześle'		
nk		[kak'i] 'szklanki', [śak'i] 'sanki', [śika] 'świnka', [ika] 'choinka', [ćika] 'dziewczynka'	
nn		[uaña] 'wanna'	
nt		[mokej] 'monter'	
pc		[xoči] 'chłopcy'	
ps		[śuky] 'zepsuty'	
pś	[pek] 'przed', [śinus] 'przyniósł'		
rb		[uaby] 'farby'	
rk		[v'jek'i] 'cukierki', [puko] 'biurko', [puko] 'piórko', [kuk'i] 'ogórki', [vok'i] 'worki'	
rm		[kam'i] 'karmi'	
rn		[gaiek] 'garnek'	
rń		[gviik] 'górnik'	
rt		[paka] 'oparta'	[kok] 'tort'
sk	[kup'je] 'skubie'	[m'ika] 'miska'	
sɥ			[śinuś] 'przyniósł'
sn		[iośom] 'rosną'	
sp	[pońe] 'spodnie'		
st	[śekek] 'Stefek', [śajv] 'stary', [kojom] 'stoją', [śoiji] 'stoi', [śuu] 'stół'	[l'isý] 'listy', [l'isek] 'listek'	[j'eś] 'jest'
str		[ɥuko] 'lustro'	
śf	[śika] 'świnka'		
śk	[kak'i] 'szklanki'	[ioka] 'książka', [uko] 'łóżko'	
tc		[kaće] 'klatce'	
tk		[jak'i] 'kwiatki', [kok'i] 'kotki'	
tr	[ɥoće] 'trąbce', [iaue] 'trawę'	[kyná] 'cytryna'	
tś		[v'jese] 'wietrze'	

Źródło: badania własne.

Analiza pokazała, że chłopiec wprawdzie realizuje grupy spółgłoskowe w sposób typowy dla swojego wieku (redukując je), jednak nienormalna jest bardzo duża częstotliwość występowania tych redukcji:

– Grupy spółgłoskowe, których wszystkie składniki chłopiec ma w zasobie dźwięków: [xu], [kl], [śf] – w materiale badawczym nie zanotowano poprawnej wymowy żadnej z tych grup, mimo że w izolacji i poza grupami spółgłoskowymi chłopiec potrafi wyartykułować wszystkie głoski wchodzące w ich skład. Obie głoski wchodzące w skład grupy xu są przez chłopca dobrze opanowane, jednak ich zbitka jest dla badanego zbyt trudna do wypowiedzenia ([xoći] ‘chłopcy’). Nie dziwi zatem fakt, iż w pozostałych grupach również nie zanotowano poprawnej wymowy. Z grup [kl], [śf] dobrze utrwalone są tylko głoski [k] i [ś] i one też pozostają: [śika] ‘świnka’, [kaće] ‘klatce’. Nietypową artykulację zaobserwowano w grupie [kf], gdzie, pomimo dobrego utrwalenia głoski [k], nie została ona wypowiedziana ([iak’i] ‘kwiatki’).

– Grupy spółgłoskowe występujące w języku polskim, które chłopiec upraszcza do pojedynczych głosek: [bc], [ck], [čk], [dń], [zv], [gr], [gż], [kn], [kr], [kś], [nk], [pc], [ps], [pś], [rb], [rk], [rm], [rń], [sk], [sp], [sų], [šk], [tk] – w grupach zawierających głoskę [k] jest ona wymawiana niezależnie od tego, czy znajduje się na początku ([kn], [kr]), czy na końcu grupy: [ck], [čk], [nk], [rk], [sk], [šk], [tk]. Przykłady występowania powyższych grup zanotowano w nagłosie ([kup’je] ‘skubie’, [kak’i] ‘szklanki’) i śródgłosie ([joka] ‘książka’, [uko] ‘łóżko’, [iak’i] ‘kwiatki’, [kak’i] ‘szklanki’, [kok’i] ‘kotki’, [m’ika] ‘miska’, [v’jek’i] ‘cukierki’, [puko] ‘biurko’, [puko] ‘piórko’, [kuk’i] ‘ogórki’, [vok’i] ‘worki’, [ik’i] ‘nożyczki’, [ok’i] ‘klocki’, [śak’i] ‘sanki’, [śika] ‘świnka’, [ika] ‘choinka’, [ćika] ‘dziewczynka’). Jedyny wyjątek od tej zasady stanowi wyraz z grupą nagłosową [kś] ([śeśe] ‘krześle’). W grupach zawierających [r] ([gr], [rb], [rm], [rń], [rk]), niezależnie od pozycji w wyrazie, głoska ta zazwyczaj jest zredukowana. Świadczą o tym następujące przykłady: [uaby] ‘farby’, [kam’i] ‘karmi’, [ga] ‘gra’, [gyjom] ‘gryzą’, [v’jek’i] ‘cukierki’, [puko] ‘biurko’, [puko] ‘piórko’, [kuk’i] ‘ogórki’, [vok’i] ‘worki’, [ik’i] ‘nożyczki’. W zawierającym grupę [rń] wyrazie ‘górnik’ brak jest pewności, która głoska ulega redukcji, a która jest substytuowana ([gujik] ‘górnik’). Biorąc jednak pod uwagę fakt, iż tylko głoska [r] bywa poza grupami spółgłoskowymi zastępowana przez głoskę [j], istnieje większe prawdopodobieństwo, że to właśnie ona pozostaje. Mimo dobrego opanowania głoski [p], badany chłopiec zazwyczaj nie wymawia jej w grupach spółgłoskowych [pc], [ps], a przedniojęzykowo-zębowe głoski [c] i [s] zostają spalatalizowane odpowiednio do [ć] i [ś] ([xoći] ‘chłopcy’, [śuky] ‘zepsuty’). W grupie [pś] mamy do czynienia z dwojakim zachowaniem. W jednym przypadku głoska [p] jest artykułowana kosztem drugiego elementu grupy ([pek] ‘przed’), a w drugim ulega redukcji, podczas gdy [ś] zostaje substytuowane przez [ś] ([śińuś] ‘przyniósł’). Natomiast w grupie [sp] głoska [p] zostaje zachowana w niezmienionej formie ([pońe] ‘spodnie’). Materiał badawczy

zawiera tylko po jednym przykładzie wyrazów, w których powinny wystąpić grupy spółgłoskowe [bc], [sʌ], [ʃv], [dń]. Grupa [bc] została zredukowana do głoski [c], którą chłopiec zawsze substytuuje przez [ć] ([uóće] ‘trąbce’). Kolejna, wygłosowa grupa [sʌ] zostaje zredukowana do [s], a to z kolei substytuowane jest przez głoskę [ś]. W nagłosowej grupie [ʃv] nie ma możliwości wskazania, która z głosek jest substytuowana, a która zredukowana ([xonek] ‘dzwonek’). Ostatnią z opisywanych grup jest [dń], której przykład znajduje się w śródgłosie wyrazu ‘spodnie’. Chłopiec redukuje niewykształcone u niego [d], natomiast głoska [ń] pozostaje bez zmian.

– Grupy spółgłoskowe, z których chłopiec nie wypowiada żadnego składnika: [dn], [dr], [dź], [nn], [nt], [rn], [rt], [sn], [st], [str], [tc], [tr], [tś] – zważywszy na fakt, iż chłopiec w ogóle nie wymawia głosek składowych powyższych grup, muszą w nich wystąpić substytucje. W grupach [nt], [rn] i [sn] składowa [n] ulega redukcji, a druga składowa jest substytuowana: [t] = [k] ([mokej], ‘monter’), [r] = [j] ([gajek] ‘garnek’), [s] = [ś] ([iośom] ‘rosną’). Grupy [dn], [nn] zawierają [ń] jako substytut głoski [n], a pozostałe elementy grup są redukowane ([uańi] ‘ładny’, [uańa] ‘wanna’). W przypadku grupy [st] chłopiec kieruje się zasadą zastępowania [s] przez [ś] i redukcji [t] (w każdej pozycji w wyrazie). Jediną nieregularnością, jaką tu zanotowano, jest wymowa wyrazu ‘stojań’ ([kojóm]), a więc redukcja głoski [s] i substytucja [t] przez [k]. Jednak już w formie ‘stoi’ pojawia się regularna wymowa ([śojii]). Inaczej rzecz się ma z grupą [str]. W jedynym zanotowanym wystąpieniu tej grupy nastąpiła redukcja głosek [s] i [r] oraz substytucja [t] przez [k] ([uuko] ‘lustro’). Grupa [rt] (śródgłos i wygłos) jest realizowana w następujący sposób: redukcja głoski [r] i substytucja [t] przez [k] ([paka] ‘oparta’, [kok] ‘tort’). W grupie [tr] na trzy jej wystąpienia są trzy różne realizacje. W wyrazie ‘cytryna’ głoska [t] ulega substytucji przez [k], a głoska [r] jest redukowana ([kyna]). W wyrazach ‘trąbce’ i ‘trawę’ sytuacja jest odwrotna – redukcja [t] i substytucja [r] kolejno przez [u] ([uóće]) i [j] ([jaue]). Także grupy [dr] i [dź] mają nieregularne realizacje. Grupa [dr] artykułowana jest jako [j] w wyrazie [ioże] ‘drodze’ (prawdopodobnie substytucja głoski [r] i redukcja [d]) oraz przez [g] w wyrazie [uago] ‘wiadro’ (substytucja głoski [d] i redukcja [r]). W słowie [uańi] ‘ładny’ grupa [dn] przybiera postać [ń] (redukcja [d], substytucja [n]). Interesująca jest sytuacja w wyrazie ‘drzwi’, który przybiera postać [p’i]. Jest to prawdopodobnie wynik redukcji głoski [ź] i substytucji głoski [d] przez [p’] – zamiana nietypowa, jednak możliwa ze względu na jednakowy stopień zbliżenia narządów mowy podczas artykulacji obu głosek (są one zwarte). Wyraz ‘drzewie’, z tą samą grupą ([dź]), w ustach chłopca brzmi następująco: [jev’je] (prawdopodobnie substytucja głoski [ź] i redukcja [d]). Ostatnie trzy przykłady dotyczą grup [nt], [tc] i [tś], których realizacje wyglądają następująco: w wyrazie ‘monter’ grupa [nt] zredukowana została do [t] substytuowanego przez [k] ([mokej]), ‘klatce’ – grupa [tc] „uszczuplona” została o element [t], a [c] zastąpiono głoską [ć], grupę [tś] w wyrazie ‘wietrze’ uproszczono do głoski [ś].

Duża liczba nieregularności w wymowie wyrazów zawierających grupy spółgłoskowe opisywane w niniejszym punkcie wskazuje, iż brak opanowania tych grup spółgłoskowych niezmiernie utrudnia chłopcu utrwalenie wymowy wyrazów, natomiast jego otoczeniu – zrozumienie komunikatów dziecka.

2.9. Grupy spółgłoskowe międzywyrazowe

Przeanalizowano wymowę grup spółgłoskowych na granicy wyrazów. Wyniki badań prezentuje tab. 6.

Tab. 6. Wymowa grup spółgłoskowych międzywyrazowych

Grupa spółgłoskowa	Połączenia wyrazów	Grupa spółgłoskowa	Połączenia wyrazów
kd	[gajək śau] ‘Darek dostał’	dr	[gojag uypy] ‘obiad ryby’
kp	[jomək śińuś] ‘Romek przyniósł’	km	[uagæg ma] ‘Władek ma’
mg	[ćouem gyjom] ‘wieczorem gryzą’	mp	[kajum pajom] ‘akwarium pływają’
mr	[gomem śom] ‘domem rosną’	nm	[pajań ma] ‘baran ma’
rn	[mokej pajia] ‘monter naprawia’	śr	[końuc jośi] ‘listonosz roznosi’
std	[jeś ina] ‘jest drabina’	tk	[jeś kawa] ‘jest kawa’
tm	[jeś iuk'i] ‘jest malutki’		

Źródło: badania własne.

Połączenia międzywyrazowe to jedyne miejsca, w których badanemu udaje się niekiedy zachować grupy spółgłoskowe. Gdyby brać pod uwagę pełne grupy spółgłoskowe (np. ‘wieczorem gryzą’: [mgr]), to okazuje się, że chłopiec żadnej nie potrafi zachować w stanie nienaruszonym. Jednak, w niektórych wypadkach, jest w stanie wypowiedzieć zbitkę głoski znajdującej się w wygłosie pierwszego z głosek w nagłosie drugiego wyrazu (bądź zbitki ich substytutów). Świadczą o tym przykłady: [ćouem gyjom] ‘wieczorem gryzą’, [kajum pajom] ‘akwarium pływają’, [uagæg ma] ‘Władek ma’.

Wśród wypowiedzi chłopca znalazły się przykłady zmian jakościowych i ilościowych w grupach spółgłoskowych, spowodowane niewykształceniem wielu dźwięków oraz skracaniem wyrazów: [jomək śińuś] ‘Romek przyniósł’ ([kpś] = [kś]), [jeś kawa] ‘jest kawa’ ([stk] = [śk]), [pajań ma] ‘baran ma’ ([nm] = [ńm]), [gomem śom] ‘domem rosną’ ([mr] = [mś]), [gajək śau] ‘Darek dostał’ ([kd] = [kś]). Zanotowano zniekształcenia grup międzywyrazowych, w których głoski substytuowane są przez [u], [i]: [jeś iuk'i] ‘jest malutki’, [gojag uypy] ‘obiad ryby’. Jedno połączenie wyrazowe zostało zniekształcone tak, że nie zachowała się w ogóle grupa spółgłoskowa: [jeś ina] ‘jest drabina’.

2.10. Asymilacje i dysymilacje

Asymilacje głosek bezpośrednio sąsiadujących są w języku polskim naturalne, natomiast upodobnienia „na odległość” należą do błędów artykulacyjnych. W materiale badawczym wykryto dość liczne przykłady owych odstępstw od normy. Możliwe więc, że badany nie radzi sobie z odtworzeniem właściwej postaci wyrazów. Nie zanotowano natomiast występowania zjawiska dysymilacji. Tab. 7 zawiera przykładowe realizacje w mowie chłopca oraz ich opis.

Tab. 7. Asymilacje występujące w mowie chłopca

Przykład wymowy	Opis nieprawidłowości
[ja [̣] iek] ‘Janek’	asymilacja postępową ([n] → [i]), spowodowana nieopanowaniem artykulacji głoski [n]
[gog ^ˈ i] ‘nogi’	asymilacja wsteczna ([n] → [g]), spowodowana nieopanowaniem artykulacji głoski [n]
[^u o ^u ej] ‘rower’, [^u o ^u ek] ‘worek’	dziecko nie wypowiada żadnej ze spółgłosek występujących w tych wyrazach (oprócz [k]), więc substytucja pierwszej z nich pociągnęła za sobą dobór drugiego, identycznego substytutu (asymilacja postępową)
[okok] ‘obok’	wyraz ten jest przykładem asymilacji wstecznej słabo opanowanej głoski [b] na korzyść dobrze utrwalonej [k]

Źródło: badania własne.

2.11. Homofony

Z powodu małego zasobu wymawianych przez badanego głosek i wynikającej z tego niezwykle rozpowszechnionej substytucji nie dziwi fakt powstawania w wymowie chłopca homofonów. Oprócz substytucji przyczyną występowania homofonów są również procesy redukcji grup spółgłoskowych, redukcji sylab oraz ubezdźwięczniania. Niektóre homofony powstają w wyniku współwystępowania kilku z powyższych zjawisk. W materiale badawczym zanotowano m.in. takie wyrazy równoznaczne: [ik^ˈi] – ‘nożyczki’, ‘guziki’, ‘rękawiczki’, [goga] – ‘hulajnoga’, ‘przygląda’, [japa] – ‘żaba’, ‘lampa’, [pap^ˈe] – ‘grabie’, ‘babie’. Występowanie dużej liczby homofonów dodatkowo utrudnia rozumienie komunikatów dziecka.

3. Diagnoza

Po przeprowadzeniu obserwacji, wywiadu oraz szeregu badań stwierdzono u chłopca dyslalię środowiskową⁴ (Soltys-Chmielowicz 2008: 35).

⁴ Stosunkowo niska sprawność artykulatorów i używanie przez dziecko smoczka mogłyby wskazywać na dyslalię funkcjonalną (zob. zestawienie zaburzeń mowy H. Mierzejewskiej

Mowa badanego chłopca bardzo odstaje od normy rozwojowej trzypółlatków. W tym wieku mogą nie występować jeszcze głoski szumiące oraz głoska [r], natomiast brak [t], [t'], [d], [d'], [n], [ʃ], [ʃ'] oraz brak głosek syczących, a także niekonsekwencja w wymowie [l], [l'], [v], [v'] świadczą o zaburzeniach w rozwoju mowy⁵. Chłopiec zbyt dużo czasu spędza przed telewizorem i komputerem, brak mu również odpowiedniej stymulacji do mówienia ze strony domowników. Ponadto u dziecka można zaobserwować nadmierną pobudliwość ruchową i kłopoty z koncentracją.

Jeżeli w wychowaniu chłopca nastąpią istotne zmiany i zostanie on poddany terapii logopedycznej, to – ze względu na młody wiek badanego, wykształcony słuch fonematyczny i brak anomalii aparatu artykulacyjnego – istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że wadliwa wymowa zostanie całkowicie skorygowana. W przeciwnym wypadku chłopiec może przez lata zmagać się z problemami z wymową oraz nigdy nie opanować artykulacji wszystkich głosek. To z kolei będzie rzutować na nabywanie innych umiejętności, takich jak czytanie i pisanie. Dziecko będzie też zagrożone dysleksją. Wadliwa wymowa może również negatywnie wpłynąć na kontakty społeczne i sferę emocjonalną badanego.

4. Plan indywidualnej terapii logopedycznej

W sytuacji tak głębokich braków dziecka i dużych problemów komunikacyjnych ważne jest jak najszybsze wprowadzenie terapii logopedycznej. Niezbędne jest włączenie rodziców do współpracy, dlatego należy prowadzić instruktażowe zajęcia otwarte.

Najważniejsze cele terapii logopedycznej to:

- wyrobienie właściwych nawyków mownych,
- usprawnienie narządów artykulacyjnych,
- ćwiczenia koncentracji uwagi,
- zachęcanie dziecka do udziału w rozmowie kierowanej, tematycznej,
- wzbogacanie słownictwa,
- stymulowanie ogólnego rozwoju pacjenta,
- wywoływanie i utrwalanie głosek,
- pedagogizacja i włączenie rodziny do udziału w terapii chłopca.

Dla chłopca został opracowany indywidualny plan terapii, którego skrócona wersja znajduje się w tab. 8.

i D. Emiluty-Rozy 2000), spowodowaną zaniedbaniami pielęgnacyjnymi; w opisie przyczynowym wad wymowy I. Styczek (1979: 254–254) są to przyczyny zewnątrzjęzykowe, czyli środowiskowe.

⁵ Opis mowy trzy- i czterolatków zob. np. w pracach: Minczakiewicz 1996: 71; Łobacz 1996: 146.

Tab. 8. Program terapii logopedycznej

Etapy terapii	Rodzaj ćwiczeń	Zadania szczegółowe i środki realizacji
1.	Terapia przez zabawę: usprawnianie motoryki dużej i małej	Zabawy ruchowe wg W. Sherborne i metoda dotyku Knillów, płyty przy muzyce. Wyklaskiwanie piosenek <i>Żabki, Karuzela</i> itp. Usprawnianie narządów mowy: język, wargi, szczęka, masaż zewnętrzny. Środki realizacji: płyty, radio, magnetofon, fotel na kółkach, lustro, szpatułka lekarska, książeczki: <i>Pokaż mi tato, Opowiem ci, mamo.</i>
2.	Koncentrowanie uwagi na zabawie i zadaniu do wykonania	Wspólne układanie klocków, puzzli, gry planszowe (z czasem coraz trudniejsze i bardziej skomplikowane). Środki realizacji: budowanie osiedla z klocków, wyścigi samochodowe itp.
3.	Kształtowanie orientacji przestrzennej	Zabawy sprzyjające kształtowaniu orientacji przestrzennej: tańczenie dookoła, w lewo, w prawo, w przód i w tył. Środki realizacji: płyty <i>Laurencja, Chodzi lisiek</i> , układanki, figury geometryczne, klocki.
4.	Próby kształtowania sposobu komunikowania się z otoczeniem drogą werbalną i pozawerbalną:	Nauka reakcyjna: – dzień dobry, dziękuję, proszę, podaj rękę, połóż, usiądź, weź. Środki realizacji: podanie ręki, uśmiech, półka, zabawki.
5.	Kształcenie rozumienia znaków, gestów i ogólnych umiejętności naśladowczych	Pokaż: jaki jesteś smutny, jaki jesteś wesoły. Zabawy naśladowcze, odtwarzanie ruchów, gestów itp. Odczytywanie sygnałów niewerbalnych rozmówcy. Środki realizacji: lustro, materac.
6.	Usprawnianie oddychania i praktyki oralnej	Zabawy usprawniające oddech. Istota oddychania: – pogłębianie oddechu, – rozruszanie i wzmocnienie przepony, – wydłużenie fazy wydechowej. Ćwiczenia w trzech pozycjach (siedzącej, stojącej, leżącej). Środki realizacji: turbinka, piórka, watki, lustro itp.
7.	Ćwiczenia usprawniające narządy mowy	Ćwiczenia warg, języka, podniebienia miękkiego, policzków, żuchwy.
8.	Ćwiczenia słuchowe	Usprawnianie odbioru bodźców akustycznych, rozpoznawanie dźwięków, ćwiczenia poczucia rytmu, rozróżnianie głosów. Środki realizacji: nagrania, instrumenty
9.	Ćwiczenia fonacyjne	„Śpiewanie” samogłosek pojedynczo wg trójkąta samogłoskowego: – wybrzmiewanie samogłosek grupami: ao, aou, aoue, aouei, aoueiy; – mruczenie spółgłosek: mmm, potem w połączeniu z samogłoskami, – rodzaje nastawienia głosek: atak twardy, miękki, chuchający, – postawa w trakcie ćwiczeń. Środki realizacji: trójkąt samogłoskowy, lustro

Źródło: opracowanie własne.

Kolejnym krokiem w terapii logopedycznej powinno być wywoływanie i utrwalanie głosek. Należy zacząć od tych głosek, które najwcześniej pojawiają się w mowie dziecka i są najłatwiejsze do wywołania (Sołtys-Chmielowicz 2008); ich kolejność należy dostosować do możliwości artykulacyjnych dziecka (Skorek 2000). Pracę nad dźwiękami należy rozpocząć od pionizacji języka oraz utrwalenia głosek [l] i [l'], które są przez chłopca niekonsekwentnie realizowane. Następnie należy wywołać głoski [t], [t'] i [d], [d'], które w prawidłowym rozwoju mowy dzieci pojawiają się już między pierwszym a drugim rokiem życia. Po ich utrwaleniu w mowie spontanicznej należy przejść do opracowania głosek, które powinny się pojawić w jego wymowie między drugim a trzecim rokiem życia. Będą to kolejno: [f], [f'], [v], [v'] oraz głoski syczące [s], [z], [c], [ʒ], a także glajdowe realizacje⁶ liter *q* i *ε* w wygłosie i przed szczelinowymi – jako [oŋ] i [eŋ]. W zależności od czasu, w jakim chłopiec opanuje wyżej wymienione głoski, może zaistnieć konieczność wywołania głosek szumiących oraz głoski [r].

Wszystkie powyższe głoski powinny być opracowane według zasad lalometri:

- ćwiczenia głoski w izolacji,
- ćwiczenia głoski w nagłosie, śródgłosie i wygłosie wyrazu,
- utrwalanie poprawnej wymowy głoski w wyrażeniach i zdaniach,
- nauka wierszy i piosenek logopedycznych,
- nazywanie czynności i przedmiotów na obrazkach,
- ilustrowanie treści zdania zgodnie z instrukcją słowną, omawianie ilustracji,
- tworzenie zdań, swobodne rozmowy na temat przygód, przeżyć, ilustracji, fragmentów tekstów prozaicznych i poetyckich, oglądanie filmów, historyjek obrazkowych,
- utrwalanie poznanej głoski w rozmowach swobodnych i kierowanych,
- utrwalanie poprawnej wymowy zawsze i wszędzie.

Podsumowanie

Koniec drugiego i cały trzeci rok życia dziecka to okres dynamicznego rozwoju systemu językowego. Przy prawidłowym rozwoju mowy dziecko poprawnie wymawia wszystkie samogłoski ustne, a wśród spółgłosek nie rozróżnia zębowych od dźwiękowych. Osiągnięcie przez trzyipółlatka sprawności językowej zapewnia mu swobodne funkcjonowanie w społeczeństwie oraz poczucie bezpieczeństwa (jest on w stanie się porozumieć z otoczeniem, zapytać o to, co go interesuje, uporządkować swój językowy obraz świata i nauczyć się zasad obowiązujących w tym świecie).

⁶ Szerzej na ten temat zob. Ostaszewska, Tambor 2008: 59–61.

Rozwój mowy nie przebiega u wszystkich dzieci jednakowo. Różna bywa też kolejność przyswajania poszczególnych głosek. Zdarza się, że dziecko potrafi wyartykułować wszystkie dźwięki jeszcze przed ukończeniem czwartego roku życia. Niestety, coraz częściej obserwuje się dzieci, które mają kłopoty z wymową w całym okresie wczesnoszkolnym. Istnieje wiele czynników zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych, które mogą dodatkowo opóźnić rozwój tego i tak już trudnego procesu. Ponieważ niektórych faz rozwoju nie da się nadrobić w późniejszym okresie, opóźnienia takie są wysoce niepożądane.

Badany chłopiec powinien jak najszybciej zostać objęty opieką logopedyczną, ponieważ rozwój jego mowy jest znacznie opóźniony w stosunku do normy rozwojowej trzypółlatków. Należy też zmienić przyzwyczajenia dziecka: ograniczyć czas poświęcony na oglądanie telewizji oraz gry komputerowe, a zwiększyć liczbę sytuacji stymulujących do mówienia. Chłopiec wykazuje dużo energii i wysoką pobudliwość ruchową. Ma kłopoty z koncentracją i zapamiętywaniem dłuższych wypowiedzi. Należy więc wprowadzić zajęcia, podczas których trzylatek mógłby wchodzić w częstsze interakcje z domownikami (np. układanie klocków, puzzle, czytanie i opowiadanie bajek, uczenie wierszy i rymowanek).

Młody wiek badanego daje możliwość skorygowania wadliwej wymowy i wzbogacenia słownictwa zarówno biernego, jak i czynnego. Istnieje duże prawdopodobieństwo, iż chłopiec będzie w stanie całkowicie zniwelować zaburzenie, jeżeli tylko zostanie podjęta terapia logopedyczna, a w jego wychowywaniu nastąpią zmiany.

Literatura

- Balejko A., 2016, *Kwestionariusz obrazkowy*, Warszawa: Wydaw. Logopedyczne Antoni Balejko.
- Demel G., 1996, *Minimum logopedyczne nauczyciela przedszkola*, Warszawa: WSiP.
- Gruba J., 2019, *Karty oceny logopedycznej dziecka – KOLD*, Gliwice: Komlogo.
- Haman E., Fronczyk K., 2012, *Obrazkowy test słownikowy – Rozumienie (OTSR)*, Gdańsk: Pracownia Testów Psychologicznych I Pedagogicznych.
- Krajna E., 2015, *100-wyrazowy test artykulacyjny*, Gliwice: Komlogo.
- Łobacz P., 2005, *Prawidłowy rozwój mowy dziecka [w:] Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, E. Szelaż, G. Jastrzębowska, Opole: Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego.
- Mierzejewska H., Emiluta-Rozya D., 2000, *Projekt zestawienia form zaburzeń mowy*, „Logopedia” 28, s. 37–48.
- Minczakiewicz E.M., 1996, *Mowa – rozwój – zaburzenia – terapia*, Kraków: Wydaw. Naukowe Akademii Pedagogicznej w Krakowie.
- Ostaszewska D., Tambor J., 2008, *Fonetyka i fonologia współczesnego języka polskiego*, Warszawa: PWN.
- Rodak H., 1997, *Terapia dziecka z wadą wymowy*, Warszawa: Wydaw. Uniwersytetu Warszawskiego.
- Skorek E.M., 2000, *Ćwiczenia w wymowie samogłosek nosowych*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Smoczyńska M., Haman E., Maryniak A., Czaplewska E., Krajewski G., Banasik N., Kochańska M., Łuniewska M., 2015, *Test rozwoju językowego (TRJ)*, Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Sołtys-Chmielowicz A., 2008, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, Kraków: Impuls.
- Styczek I., 1979, *Logopedia*, Warszawa: PWN.
- Styczek I., 1982, *Badanie i kształtowanie sluchu fonematycznego (komentarze i tablice)*, Warszawa: WSiP.

A case study of a three-and-a-half-year old child with speech development disorder

Summary

Speech – one of the higher mental functions – has a direct or indirect impact on any other manifestations of the mental activity of a human being, combining them and organising their course. Characteristic for it are dynamics and ambiguity, as well as a strict connection both with thinking and emotions. The purpose of the article is to present a case study of a three-and-a-half-year old boy with speech development disorder. It comprises the characteristics of the child and the results of comprehensive tests. Also proposed has been the individual speech therapy program.

Key words: environmental dyslalia, diagnosis, speech therapy program

Kamila Szpunar

Uniwersytet Rzeszowski

WPŁYW WADY WYMOWY NA PROCES PRZYSWAJANIA PISMA PRZEZ UCZNIÓW KLAS I-III SZKOŁY PODSTAWOWEJ

Głównym założeniem pracy jest sprawdzenie, w jaki sposób wady wymowy u dzieci w młodszym wieku szkolnym (klasy I–III szkoły podstawowej) determinują przyswajanie przez nie pisma. Praca ma charakter empiryczny. Przedstawione zostały w niej pytania oraz hipotezy badawcze, ponadto opisano narzędzia i metody służące do przeprowadzenia badania. Scharakteryzowano populację, która posłużyła jako grupa diagnostyczna, dokonano analizy i podsumowania wyników przeprowadzonych badań.

Słowa kluczowe: pismo, wady wymowy, mowa, błędy w piśmie

Formułowanie wypowiedzi pisemnych stanowi jedną z podstawowych umiejętności, którą człowiek musi nabyć, aby móc w pełni funkcjonować we współczesnym świecie. Komunikacja za pomocą pisma była i nadal stanowi niezastąpioną formę kontaktów międzyludzkich. Życie prywatne i zawodowe wymaga biegłego posługiwania się pismem, jednak proces przyswajania tej sprawności jest długotrwały, a rozpoczyna się wraz z momentem podjęcia edukacji szkolnej. Pierwszy etap nauki pisania, przypadający na klasy edukacji wczesnoszkolnej, powinien stanowić podstawę do rozwoju tej umiejętności. Sukces w przyswajaniu pisma zależy od wielu czynników. Jednym z nich jest sprawność artykulacyjna, która odgrywa istotną rolę w nauce pisania (por. Bolejko 2001: 245).

Dla opanowania umiejętności pisania szczególnie istotna jest świadomość fonologiczna, którą Lipowska (2001: 43–44) definiuje jako „zdolność do słuchowego różnicowania fonemów (słuch fonemowy), umiejętność dokonywania operacji na sylabach (analiza, synteza, usuwanie), umiejętność dokonywania operacji na fonemach (analiza, synteza, usuwanie), umiejętność dokonywania operacji na elementach śródsylabowych (identyfikowanie rymów i aliteracji). Prawidłowo rozwinięty słuch fonemowy umożliwia różnicowanie głosek, dzięki dokonywaniu analizy dźwięków mowy i ich różnicowaniu”.

Mowa i pismo, jako czynności, które wzajemnie się warunkują, są w dużej mierze ze sobą powiązane i od siebie uzależnione. Stanowią one fundamentalny środek komunikacji w obrębie społeczności ludzkiej. Pismo jest swoistym dopełnieniem mowy, warunkującej egzystencję człowieka do momentu, w którym

pismo umożliwiło gromadzenie zwerbalizowanych zapisów. Pojawienie się kultury piśmiennej można uznać za dopełnienie „wynalazku mowy”, bowiem nie mogłaby ona zaistnieć bez poprzedzającej ją kultury oralnej. Pismo stanowi graficzne odzwierciedlenie dźwiękowej strony języka (Ong 1992: 25).

Terminem ‘mowa’ określamy „zespół czynności, jakie przy udziale języka wykonuje człowiek poznając świat i przekazując jego interpretację innym uczestnikom życia społecznego” (Grabias 2001: 15). Przedstawiona definicja odbiega od ujęć powszechnie występujących w literaturze z końca ubiegłego stulecia, w których „mowa” najczęściej utożsamiana jest tylko z komunikacyjnymi zachowaniami człowieka lub wprost z biologicznym postrzeganiem procesu tworzenia mowy. Jak twierdzi Leon Kaczmarek (1988: 22), „mowa jest aktem w procesie porozumiewania się”.

Także termin ‘pismo’ doczekał się różnych definicji w literaturze przedmiotu. Najczęściej cytowane jest objaśnienie z *Encyklopedii językoznawstwa ogólnego*: „Pismo jest to system znaków służących do utrwalania lub zastąpienia języka mówionego” (Polański 1999: 433). Inna, nieco szersza definicja informuje, że: „Pismo [...] to sposób przekazywania idei lub dźwięków za pomocą znaków utrwalonych na materiale nadającym się do tego celu: może to być kamień, drewno, glina lub papier itp.” (Diringier 1972: 25). Wynalezienie pisma i jego rozwój na przestrzeni wieków należy uznać za jedno z ważniejszych, a może nawet najważniejszych osiągnięć w historii. Jest ono kluczem do rozwoju intelektualnego człowieka. Pismo stało się nośnikiem cywilizacji, a równocześnie nauki. Ustępując jedynie początkom mowy, pismo zajmuje czołowe miejsce w rozwoju cywilizacji, jak i progresie duchowym człowieka (por. Diringier 1972: 26).

1. Metodologia badań

1.1. Hipotezy badawcze i cel badań

Założeniem pracy jest sprawdzenie, w jakim stopniu wady wymowy wpływają na poprawność pisania wśród uczniów edukacji wczesnoszkolnej. W celu przeprowadzenia postępowania badawczego, a tym samym – udzielenia odpowiedzi na postawione pytanie, sformułowano następującą roboczą hipotezę: poziom pisma uczniów edukacji wczesnoszkolnej jest zdeterminowany poprawnością wymowy. Aby trafnie zweryfikować tę hipotezę, sformułowano kilka założeń szczegółowych: 1. Uczniowie z wadami wymowy częściej narażeni są na występowanie ryzyka dysleksji, 2. Zaburzenia słuchu fonematycznego współistniejące z wadą wymowy wpływają na poprawność zapisu, 3. Wewnętrzne i zewnętrzne przyczyny dyslalii wpływają na poprawność zapisu.

Celem badań było sprawdzenie, czy istniejące wady wymowy rzutują na poprawność pisania, czy wada wymowy współlistnieje z problemem zaburzenia słuchu fonematycznego oraz w jaki sposób błędy pojawiające się w pracach badanych dzieci wskazują na ryzyko wystąpienia dysleksji rozwojowej.

Jak zauważa Bronisław Raclawski (1991: 34), dziecko rozpoczynające naukę w szkole podstawowej powinno poprawnie wymawiać wszystkie wyrazy ze słownika dziecka siedmioletniego. Zakończony rozwój mowy stanowi podstawę sukcesu edukacyjnego, natomiast wszystkie nieprawidłowości dotyczące rozwoju mowy mogą mieć wpływ na wyniki w nauce. Szczególnie zjawisko to uwiadcza się w zakresie edukacji polonistycznej, istnieje bowiem zauważalne sprzężenie pomiędzy mową a pismem. Nauka pisania jest jedną z kluczowych umiejętności, którą dziecko powinno nabyć w pierwszym etapie edukacji (klasy I–III). W tym czasie uczeń zdobywa podstawowe umiejętności pozwalające mu na swobodne pisanie, z wykorzystaniem przyswojonych wzorów pisma szkolnego. Czynność pisania bywa najogólniej określana jako umiejętność transpozycji ciągu fonicznego na ciąg graficzny (por. Styczek 1980: 98; Kania 1982: 54; Wróbel 1985: 55).

1.2. Narzędzia i metody badawcze

W celu wyselekcjonowania grupy badawczej został wykorzystany *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym* (Grabias, Kurkowski, Woźniak: 2002). W wyniku jego zastosowania wyłoniono dzieci z wadami wymowy i w tej grupce przeprowadzono kolejne badania diagnostyczne. Przy prowadzeniu badań pomocna była analiza dokumentów, do których należały zeszyty uczniowskie i teksty pochodzące z różnych form ćwiczeń w pisaniu (pisanie ze słuchu, pisanie z pamięci). W celu pogłębienia diagnostyki posłużono się również testem sprawdzającym funkcjonowanie słuchu fonematycznego autorstwa Joanny Gruby, bowiem prawidłowe działanie tego słuchu w dużej mierze warunkuje poprawność pisania.

1.3. Charakterystyka populacji, terenu i organizacji badań

Badania zostały przeprowadzone w Szkole Podstawowej nr 2 im. Henryka Sienkiewicza w Nowej Dębie. W szkole uczy się około 400 uczniów klas I–VI. Szkoła liczy dziewiętnaście oddziałów klasowych, w tym dziewięć klas edukacji wczesnoszkolnej. W placówce funkcjonują klasy integracyjne, w których oprócz nauczycieli wychowawców pracują także nauczyciele wspomagający, pełniący opiekę nad uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi: z zespołem Aspergera, z autyzmem, z zespołem Downa, uczniowie z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, dzieci niedosłyszące i niedowidzące. Wśród

kadry nauczycielskiej jest logopeda, oligofrenopedagog, tyflopada, tyflopada i surdopedagog. 90% nauczycieli pracujących w pierwszym etapie edukacyjnym to nauczyciele dyplomowani z długoletnim stażem sięgającym około trzydziestu lat, szczytujący się wieloma sukcesami, dysponujący dużą wiedzą i doświadczeniem.

W celu wyłonienia grupy docelowej przebadano 124 uczniów klas I–III. Test selekcyjny pozwolił wskazać dwanaścioro dzieci (9% całej populacji), które mają zaburzenia artykulacji. Wśród wyłonionych uczniów znalazło się czworo uczniów klas pierwszych, pięcioro uczniów klas drugich, troje uczniów klas trzecich. W grupie tej przeprowadzono dalsze szczegółowe badania.

1.4. Przebieg badania

Każdy z uczniów klas edukacji wczesnoszkolnej został indywidualnie przebadany testem przesiewowym sprawdzającym prawidłową artykulację. Badanie to służyło do oceny poprawności realizacji głosek. Do przebadania całej społeczności uczniowskiej klas I–III użyto kwestionariusza obrazkowego składającego się z dwudziestu obrazków, których nazwy zawierają najczęściej zniekształcane głoski: [r] (rower, truskawka, zegar, góry, cytryna), [š], [ž], [č] (szafa, żaba, czapka, szcztotka), [s] [z], [c] (samochód, zegar, cytryna), [š], [ž], [č] (ślimak, guzik, liść), [k], [g] (kury, koza, góry kogut, krokodyl, zegar) (Grabias, Kurkowski, Woźniak 2007: 23).

Badania prowadzone były przez cztery dni. Każdego dnia badano inną grupę wiekową, zaś wyłonione dzieci z problemem logopedycznym szczegółowym testem zostały poddane w ostatnim terminie. Badania przeprowadzono w warunkach przyjaznych dzieciom. Posłużyła do tego sala do zajęć terapeutycznych-wyrównawczych.

Drugi etap badań objął uczniów z wadą wymowy. Przygotowano trzy rodzaje tekstów, dostosowane do każdej grupy wiekowej. Do badania uczniów z klas pierwszych zastosowano metodę pisania z pamięci, zaś uczniowie klas drugiej i trzeciej pisali ze słuchu. U każdego z badanych dzieci sprawdzony został słuch fonematyczny. Dla klasy pierwszej użyto testu zamieszczonego w *Logopedycznym teście przesiewowym* (Grabias, Kurkowski, Woźniak 2002), sprawdzającego percepcję dźwięków mowy. Uczniowie zostali poproszeni o ocenę słuchową dwóch słów i określenie, czy są takie same, czy różne. Podawane badaniom dziecko siedziało w ten sposób, by niemożliwe było czytanie z ruchów warg osoby przeprowadzającej badanie. Uczniowie klas drugich i trzecich zostali zbadani *Testem do badania słuchu fonemowego* autorstwa Joanny Gruby (Gruba 2002). Przedstawiono im dwa obrazki, które przedstawiały przedmioty różniące się jedną cechą dystynktywną, np. dźwięcznością. W dalszej części zostały poproszone o wskazanie usłyszanego słowa – próba do sześciu powtórzeń.

Dobór testu użytego do badania zależał od wieku i możliwości percepcyjnych dzieci. Dodatkowe źródło wiedzy stanowiły zeszyty uczniowskie do edukacji polonistycznej.

2. Zależność sukcesu przyswajania pisma od wady wymowy w świetle wyników badań własnych

Wśród dzieci pierwszego etapu edukacyjnego w wieku siedmiu–dziesięciu lat notuje się liczny odsetek uczniów z wadami wymowy (por. Spionek 1985: 45–57). Dotychczasowe badania dowodzą, iż niedokończony lub zaburzony rozwój mowy ma istotny wpływ na proces nauki pisma. W celu wykazania, w jakim stopniu istniejące wady wymowy decydują o jakości pisma, została przeprowadzona analiza wyników badań.

Na potrzeby badania dla dzieci z każdej z klas (I, II, III) ułożono tekst dostosowany do wieku rozwojowego uczniów – uczyniono to na podstawie podręczników *Tropiciele* (Dymarska, Hanisz, Kołaczyńska, Nadarzyńska 2017). Teksty posłużyły jako ćwiczenie do pisania z pamięci (przeznaczonego dla uczniów klas pierwszych) lub ze słuchu (w przypadku uczniów klas drugich i trzecich). Podczas układania tekstu kierowano się występowaniem w zdaniach wyrazów zawierających litery (także dwuznaki): *sz, rz, ź, cz, dź, s, z, c, dz, ś, ź, ć, dź, r*, będące graficznymi odpowiednikami głosek dentalizowanych i [r], czyli tych, których wymowa najczęściej jest zaburzona. Podczas analizy powstałych prac i zeszytów uczniowskich pod uwagę wzięto błędy wskazujące na problem ryzyka dysleksji i błędy świadczące o wpływie wady wymowy na poprawność pisma.

Badaniom poddano łącznie dwanaścioro uczniów, w tym ośmiu chłopców i cztery dziewczynki. W tej grupie sześcioro dzieci miało zaburzenia artykulacji głoski [r]: dwoje zmagало się z problemem paratacyzmu, substytuując głoskę [r] głoską [l], kolejnych dwoje miało rotacyzm jednoudereniowy, ostatnia dwójka miała rotacyzm uwularny. Zaburzoną artykulację głosek z szeregu dentalizowanego stwierdzono u ośmiorga uczniów. Pięcioro z nich miało parasygmatyzm, a u trojga zdiagnozowano seplenienie międzyzębowe. Dwoje dzieci miało zaburzoną zarówno realizację głosek dentalizowanych, jak i [r]. Wśród grupy badawczej zaobserwowano przypadki mowy bezdźwięcznej. Problem ten pojawił się u dwójga uczniów klas pierwszych z sygmatyzmem.

W celu zilustrowania wyników badań wykorzystano zestawienia tabelaryczne i wykresy. Tabele 1–3 prezentują wyniki uzyskane w poszczególnych klasach. W kolejnych kolumnach podano rodzaj wady wraz z przykładem nieprawidłowej wymowy, wynik badania słuchu fonematycznego, wykaz występujących błędów powstałych w czasie pisania z pamięci lub ze słuchu oraz błędy dostrzeżone podczas analizy zeszytów uczniowskich.

Tab. 1. Tabełaryczne omówienie wyników badania przeprowadzonego wśród uczniów klas pierwszych szkoły podstawowej

Imię dziecka	Wada wymowy Przykład wadliwej wymowy	Sluch fonematyczny ¹	Występujące błędy w pisaniu z pamięci	Występujące błędy w zeszytach wskazujące na ryzyko dysleksji
Adam	pararotacyzm (głoska [r] substytuowana głoską [l]), parasygmatyzm (zastąpienie całego szeregu szumiącego – syczącym: [uceń] ‘uczeń’, [loveł] ‘rower’, [pseckole] ‘przedszkole’, [kleða] ‘kreda’)	zaburzony	<i>przygła</i> ‘przyszła’, <i>pscoły</i> ‘pszczoły’, <i>frzyisy</i> ‘wszyscy’, <i>badzo</i> ‘bardzo’, <i>ceśq</i> ‘cieszą’	odwracanie liter podobnych graficznie: <i>paba</i> ‘pada’, <i>buzo</i> ‘dużo’; pomijanie liter: <i>kowa</i> ‘krowa’, <i>wakoce</i> ‘war-kocze’, <i>kapian</i> ‘kapitan’, <i>koloy</i> ‘kolory’
Wiktor	parasygmatyzm (zastąpienie całego szeregu szumiącego syczącym: [kosula] ‘kosczuła’, [kacka] ‘kaczka’, [kozeń] ‘korzeń’, [cekolada] ‘czekolada’, [ksyśek] ‘Krzysiek’)	zaburzony	<i>psyśła</i> ‘przyszła’, <i>bczoły</i> ‘pszczoły’, <i>skorwonk</i> ‘skowronki’, <i>bodżany</i> ‘bociany’, <i>wsyszt</i> ‘wszyscy’, <i>dżeszom</i> ‘cieszą’	przestawianie/pomijanie liter w wyrazie: <i>skorwnki</i> ‘skowronki’, <i>domk</i> ‘domek’; występowanie dźwięcznych odpowiedników liter: <i>bodżany</i> ‘bociany’, <i>gawa</i> ‘kawa’
Tomasz	rotacyzm jednoudzerzeniowy (widoczny m.in. w wyrazach: [krova] ‘krowa’, [park’iŋk] ‘parking’, [p’iuro] ‘pióro’, [gura] ‘góra’)	prawidłowy	<i>przylećaly</i> ‘przyleciały’, <i>boćany</i> ‘bociany’, <i>ćeszq</i> ‘cieszą’	brak
Jakub	pararotacyzm ([r] substytuowane przez [l]: [kola] ‘kora’, [klova] ‘krowa’, [p’iulo] ‘pióro’)	prawidłowy	<i>przyśła</i> ‘przyszła’, <i>skorony</i> ‘skowronki’, <i>pialy</i> ‘pszczoły’	odwracanie liter podobnych graficznie: <i>pob</i> ‘pod’; pomijanie liter w wyrazie: <i>urodzny</i> ‘urodziny’

¹ Sluch fonematyczny jest specyficzną ludzką zdolnością do odbierania i identyfikowania pojedynczych fonemów w wyrazach, a w rezultacie do rozróżniania słów. Pełni on rolę autokontrolera wypowiedzi i dlatego jego sprawność pozwala mowie rozwinąć się w sposób prawidłowy. Odpowiednio wykształcony sluch fonematyczny umożliwia prawidłową wymowę, wychwytywanie różnic między słowami podobnie brzmiącymi, ale mającymi inne znaczenie, a w końcu dokonywanie analizy i syntezy słuchowej wyrazów, co stanowi podstawową czynność w nauce czytania i pisania. Zaburzenia słuchu fonematycznego odzwierciedlają się na piśmie w postaci trudności w zapisie wyrazów ze zmiękczeniami, kłopoty z różnicowaniem [i] – [i], opuszczanie wyrazów, końcówek wyrazów, elizje nagłosowe i śródgłosowe, zamiana głosek dźwięcznych na bezdźwięczne, syczących na szumiące.

Tab. 2. Tabelaryczne omówienie wyników badania przeprowadzonego wśród uczniów klas drugich szkoły podstawowej

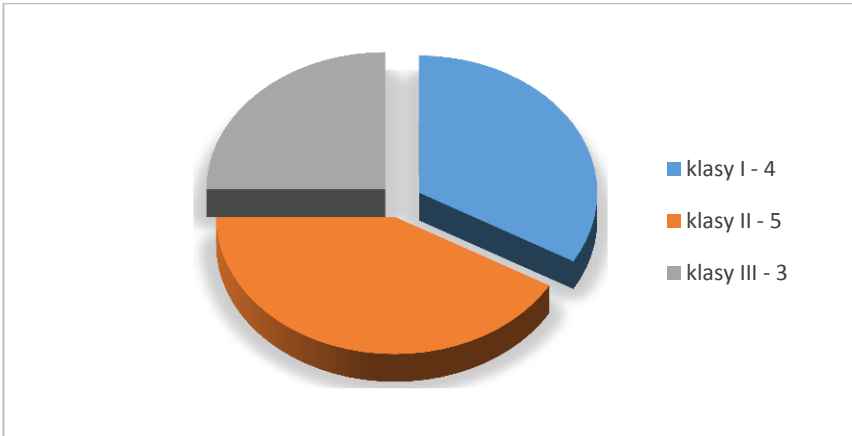
Imię dziecka	Wada wymowy	Sluch fonematyczny	Występujące błędy w pisaniu ze sluchu	Występujące błędy w zeszytach wskazujące na ryzyko dysleksji
Laura	rotacyzm jednuderzeniowy (przejawiający się m.in. w wyrazach: [grać] ‘grać’, [varkoče] ‘warkocze’, [laura] ‘Laura’, [korytaš] ‘korytarz’	prawidłowy	brak	brak
Maksymilian	seplenienie międzyzębowe	prawidłowy	<i>dlósz</i> e ‘dłuższe’, <i>derzcz</i> ‘deszcz’, <i>frówają</i> ‘fruwają’, <i>bódzi</i> ‘budzi’, <i>przchoły</i> ‘pszczoły’	błędy ortograficzne I stopnia, odwracanie kształtu liter podobnych graficznie tj. <i>p</i> , <i>b</i> , <i>d</i> , <i>bužo</i> ‘dużo’, <i>brzwi</i> ‘drzwi’
Mateusz	seplenienie międzyzębowe	zaburzony	<i>jósz</i> ‘już’, <i>dlósz</i> e ‘dłuższe’, <i>frówają</i> ‘fruwają’,	błędy ortograficzne I stopnia pomijanie liter „ogonków”, kropek w wyrazie, występowanie dźwięcznych/bezdźwięcznych odpowiedników liter: <i>brzebięglimy</i> ‘przebiegliśmy’, <i>klechotanie</i> ‘klekotanie’
Amelia	parasygmatyzm (zastąpienie [š] – [s], [ž]-[z], [č]-[c]: [kasa] ‘kasza’, [zeczy] ‘rzeczy’, [casem] ‘czasem’, [waska] ‘ważka’	prawidłowy	<i>jurz</i> ‘już’, <i>sol</i> ‘są’, <i>durze</i> ‘dłuższe’, <i>casami</i> ‘czasami’, <i>pda</i> ‘pada’, <i>derzcz</i> ‘deszcz’, <i>browne</i> ‘barwne’, <i>przyrod</i> ‘przyroda’, <i>rzycia</i> ‘życia’	błędy ortograficzne I stopnia, pomijanie liter w wyrazie <i>przyrod</i> ‘przyroda’; gubienie diakrytów: <i>snieg</i> „śnieg”, <i>dzwieki</i> ‘dźwięki’,
Nicola	rotacyzm uwularny (przejawiający się m.in. w wyrazach [gura], [kreskuška], [krokodyl] [grał]); seplenienie międzyzębowe	prawidłowy	<i>szom</i> ‘są’, <i>dluszsze</i> ‘dłuższe’, <i>slonecne</i> ‘słoneczne’, <i>zycia</i> ‘życia’	brak

Tab. 3. Tabełaryczne omówienie wyników badania przeprowadzonego wśród uczniów klas trzecich szkoły podstawowej

Imię dziecka	Wada wymowy	Słuch fonematyczny	Występujące błędy w pisaniu ze słuchu	Występujące błędy w zeszytach wskazujące na ryzyko dysleksji
Maciej	parasygmatyzm (zastąpienie [ʒ] - [z]: [kaze] 'każe', [psyroda] 'przyroda', [pokas] 'pokaż')	prawidłowy	wr <u>u</u> cili 'wrócili', ros <u>n</u> a 'rosną', przylas <u>ś</u> ki 'przylaszczki', śnieżyc <u>z</u> ki 'śnieżyczki', amato <u>ż</u> y 'amatorzy', w <u>e</u> ndr <u>ó</u> wek 'wędrówek', ogr <u>u</u> kach 'ogródkach'	błędy ortograficzne I stopnia, przestawienie liter wewnątrz wyrazu srtas <u>z</u> ny 'straszny'; zwierciadlane odbicie liter (s, z, c)
Piotr	rotacyzm uwu-larny, (przejawiający się m.in. w wyrazach: [mrufka] 'mrówka', [ktury] 'który', [gry] 'gry', [komputer] 'komputer')	prawidłowy	pier <u>ś</u> (pierwsi)	brak
Wiktor	parasygmatyzm (zastąpienie dźwiękowej głoski [ʒ] zębowa [z]: [gzeb] 'żeń' 'grzebień')	prawidłowy	wios <u>n</u> a 'wiosna', skrzygl <u>a</u> ci 'skrzydlaci', bocia <u>m</u> y 'bociany',	mylenie liter podobnych graficznie w wyrazach skrzygl <u>a</u> ci 'skrzydlaci', konary 'komary',

Jak już wspomniano, uczniowie z wadami wymowy stanowią 9% badanej grupy. Z wywiadu wynika, że uczniowie ci w większości korzystają z fachowej i systematycznej terapii logopedycznej u szkolnego logopedy, poradni psychologiczno-pedagogicznej lub w prywatnych gabinetach logopedycznych.

Wśród dzieci ze stwierdzonymi wadami wymowy dominują chłopcy. W klasach pierwszych uczy się trzech chłopców z wadami wymowy, w drugich – dwóch, zaś w trzecich – trzech. Liczba dziewcząt przedstawia się następująco: jedna uczennica klasy pierwszej, trzy uczennice klas drugich. Zaprezentowany wykres 1 wskazuje, iż wśród badanych dzieci z wadami wymowy największą grupę stanowią drugoklasiści, nieco mniejszą – pierwszaki, a najmniejszą – trzecioklasiści. W klasach pierwszych uczy się czworo uczniów z wadami wymowy, w klasach drugich – pięcioro, a w trzecich – troje.



Wykres 1. Odsetek dzieci z wadą wymowy w poszczególnych klasach

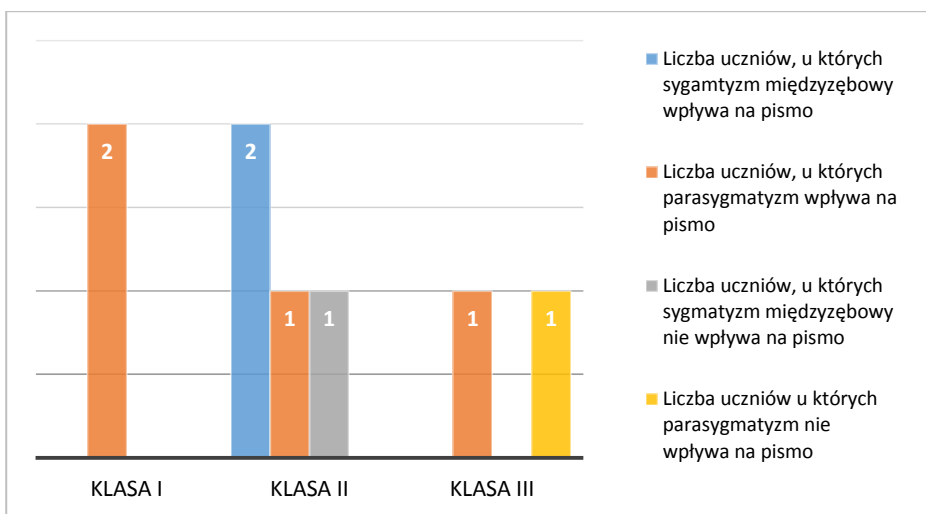
Źródło: badania własne.

W klasach pierwszych uczy się dwoje dzieci z rotacyzmem, jedno z sygmatyzmem i jedno ze sprzężonymi obiema wadami. Do klas drugich uczęszcza pięcioro dzieci z zaburzeniami artykulacji. Jest wśród nich jeden uczeń z rotacyzmem, troje z sygmatyzmem i jedno dziecko z obiema wadami. W klasach trzecich uczy się troje uczniów z wadą wymowy, w tym jedno z rotacyzmem i dwoje z sygmatyzmem. Znamienny jest fakt, że w klasach pierwszych przeważa liczba uczniów z paralaliami, zaś w klasach drugich i trzecich z dyslalią właściwą. Wynikać może to z faktu, iż u dzieci siedmioletnich uczęszczających do pierwszej klasy nie został zakończony proces rozwoju mowy. W klasach pierwszych uczy się dwoje dzieci z rotacyzmem, jedno z sygmatyzmem i jedno ze sprzężonymi obiema wadami.

Jednym z wykładników gotowości szkolnej jest zakończony rozwój mowy. Istotny jest nie tylko stopień opanowania mowy, lecz także umiejętność swobodnego porozumiewania się, zasób słownika dziecka i rozwinięte myślenie konkretno-wyobrażeniowe. Zaburzenia wynikające z niezakończenia tego procesu w momencie podjęcia przez dziecko edukacji w szkole podstawowej mogą być przyczyną niepowodzeń edukacyjnych, problemów w kontaktach z rówieśnikami czy niższej samooceny ucznia.

Właściwym celem prowadzonych badań było stwierdzenie, czy istniejące wady wymowy wpływają na zdobywanie umiejętności pisania. Przeanalizowano zatem, czy i na ile sygmatyzm i jego rodzaje (parasygmatyzm i sygmatyzm międzyczębowy) znajdują odzwierciedlenie w piśmie. Badania wykazały, że u dziewięciorga dzieci z sygmatyzmem istnieje zależność pisma od mowy. Szczegółowe dane wyglądają następująco: w klasach pierwszych u dwójki dzieci parasygmatyzm wpływa na pismo, w klasach drugich i trzecich u jednego z uczniów

można zaobserwować wpływ tej wady na jakość pisma. Wśród uczniów klas trzecich u jednego dziecka z problemem parasygmatyzmu nie zaobserwowano wpływu na jakość pisma. W klasach drugich u dwojga z uczniów sygmatyzm międzyzębowy wpłynął na poprawność zapisu, u jednego tej zależności nie zaobserwowano. Dane te ilustruje wykres 2².



Wykres 2. Wpływ sygmatyzmu na poprawność pisma wśród uczniów poszczególnych klas

Źródło: badania własne.

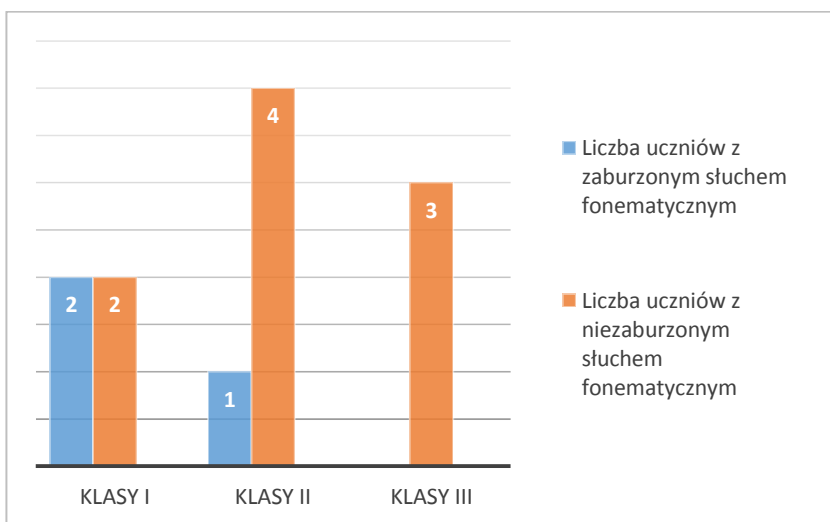
W przypadku uczniów z wadliwą realizacją głosek dentalizowanych, u których wykazano wpływ wady na pismo, czworo zmaga się z problemem parasygmatyzmu. Dwoje z nich substytuuje cały szereg szumiący syczącym, jedno z nich głoskę [ʒ] zastępuje głoską [z], jedno zastępuje zarówno głoskę [ʒ] głoską [z], jak i głoskę [ʃ] głoską [s]. Wśród trojga uczniów z wadą wymowy, jaką jest sygmatyzm międzyzębowy, dwoje popełnia błędy w pisowni polegające na zastąpieniu rz/ż przez z i cz przez c.

Kolejno analizowano, na ile rotacyzm znajduje odzwierciedlenie w piśmie. W badanej grupie stwierdzono sześcioro dzieci z reraniem: w klasach pierwszych – dwoje uczniów z pararotacyzmem i jedno z rotacyzmem jednouderzeniowym, w klasach drugich – jedno dziecko z rotacyzmem uwularnym i jedno z rotacyzmem jednouderzeniowym, zaś w trzecich klasach – jeden uczeń z rotacyzmem uwularnym. Badania wykazały niewielką korelację pisma z wadliwą realizacją głoski [r]. Tylko u jednego dziecka stwierdzono wpływ wady wymo-

² Badania takie warto byłoby przeprowadzić na liczniejszej grupie, w celu otrzymania wiarygodniejszych wniosków i potwierdzenia postawionych we wstępie hipotez.

wy na poprawność pisania. Błędy zapisu zaobserwowano u ucznia klasy pierwszej, który ma sprzężenie dwóch wad wymowy – parasygmatyzmu i pararotacyzmu oraz zaburzenia słuchu fonematycznego. Zarówno podczas badania, jak i w czasie analizy zeszytów szkolnych zaobserwowano powtarzającą się tendencję do opuszczania litery *r* znajdującej się w śródgłosie wyrazu. Zależności wadliwej wymowy i błędnego zapisu nie zaobserwowano wśród pozostałych dzieci z rotacyzmem. Świadczyć może to o wpływie pararotacyzmu na błędy w zapisie, czego nie zaobserwowano w przypadku deformacji głoski.

Ponieważ jedną z przyczyn dyslalii są zaburzenia słuchu fonematycznego, sprawdzono prawidłowość jego funkcjonowania u dzieci w wadami wymowy. Jak wykazały testy, większość badanych ma niezaburzony ten rodzaj słuchu, tylko u niewielkiego odsetka zanotowano problemy z nim związane. W klasach pierwszych jest dwoje dzieci z problemami słuchu fonematycznego, w klasach drugich jedno, natomiast w klasach trzecich problem ten nie występuje (zob. wykres 3).



Wykres 3. Liczba uczniów z zaburzonym i niezaburzonym słuchem fonematycznym w poszczególnych klasach

Źródło: badania własne.

Korelacja zaburzeń słuchu fonematycznego z rodzajem wady wymowy prezentuje się następująco: zarówno u dwojga uczniów klas pierwszych, jak i jednego ucznia klasy II nieprawidłowy słuch fonematyczny może być przyczyną wystąpienia substytucji w mowie i piśmie.

Przeprowadzona analiza wykazała, że błędy charakterystyczne dla pisma dzieci z grupy ryzyka dysleksji rozwojowej pojawiają się wśród 67% badanych.

Pozostałe 33% nie wykazuje objawów wskazujących na ten problem. Wśród uczniów z sygmatyzmem siedmioro popełnia błędy podczas pisania, takie jak: liczne błędy ortograficzne I stopnia, pomijanie liter w wyrazie, przestawienie liter w wyrazie, pomijanie kropek, ogonków, odwracanie liter w płaszczyźnie poziomej/pionowej, które mogą świadczyć o możliwym wystąpieniu ryzyka dysleksji. U jednego z uczniów z paratycyzmem błędy powstałe wskutek pisania mogą wskazywać na problem ryzyka dysleksji.

Wnioski z badań

Badania wykazały, iż najczęstszym zaburzeniem artykulacji wśród uczniów pierwszego etapu edukacyjnego jest sygmatyzm i dotyczy on substytucji i wymowy międzyzębowej. Wśród uczniów klas pierwszych przeważa liczba przypadków paralalii, zaś w klasach drugich i trzecich – dyslalii właściwej. Sytuacja ta może wynikać z niezakończonego rozwoju mowy u dzieci siedmioletnich, które rozpoczęły naukę w klasie pierwszej. Rotacyzm plasuje się na drugiej pozycji pod względem częstotliwości występowania wad wymowy i polega na substytuowaniu, wymowie uwularnej i jednoudzerzeniowej. Podobnie jak w przypadku sygmatyzmu, paralalii przeważają w klasie pierwszej, zaś rotacyzm właściwy w klasach drugich i trzecich. Liczba uczniów z wadami wymowy na ostatnim etapie edukacji wczesnoszkolnej – III klasie jest najmniejsza, co może świadczyć o tendencji spadkowej uzależnionej od wieku i wpływu prowadzonej terapii logopedycznej wśród uczniów.

Głównym celem artykułu było ukazanie wpływu wady wymowy u dzieci w młodszym wieku szkolnym na jakość pisma. Przeprowadzone badania potwierdziły słuszność postawionej hipotezy, która zakładała istnienie zależności pomiędzy wadą wymowy a sukcesem w nauce pisania. Wśród stwierdzonych u dzieci zaburzeń artykulacji najistotniejszy wpływ na poprawność pisma miał parasygmatyzm, który objawiał się substytucją. Zastąpienie szeregu szumiącego przez syczący w mowie dziecka odzwierciedla się również w zapisie wyrazów zawierających w swej strukturze dane głoski. Na pięcioro dzieci z parasygmatyzmem u czworga stwierdzono wpływ wady na poprawność zapisu. Istotną zależność pomiędzy mową a pismem stwierdzono także u dzieci z sygmatyzmem międzyzębowym.

Wśród grupy badawczej zaobserwowano przypadki mowy bezdźwięcznej i wynikających z niej błędów pisowni. Należało do nich zastąpienie głoski bezdźwięcznej dźwięczną lub dźwięcznej bezdźwięczną w napisanym tekście. Problem ten pojawił się u dwojga z uczniów z sygmatyzmem i zaburzonym słuchem fonematycznym. Ten rodzaj słuchu funkcjonował nieprawidłowo wśród uczniów klasy I – dwoje uczniów i klasy II – jeden uczeń, którzy mieli zaburzoną artyku-

lację głosek szeregu dentalizowanego. Popelnione przez nich błędy podczas pisania ze słuchu/pamięci wskazują na korelację wady z pismem³.

Rotacyzm, jak wynika z badania, w znacznie mniejszym stopniu przekłada się na pismo. Zależność taką zaobserwowano u jednego ucznia klasy pierwszej z pararotacyzmem. Podczas analizy pracy powstałej na potrzeby badania i analizy zeszytu uczniowskiego zaobserwowano pomijanie litery *r* znajdującej się w śródgłosie wyrazu.

Wyniki badań potwierdziły również słuszność jednej ze sformułowanych hipotez dotyczącej korelacji wady wymowy z problemem ryzyka dysleksji rozwojowej. Można stwierdzić, że uczniowie z wadami wymowy częściej narażeni są na występowanie ryzyka dysleksji. Przeanalizowano zeszyty uczniowskie do edukacji polonistycznej i prace powstałe w wyniku ćwiczeń pisania ze słuchu oraz pisania z pamięci. O ryzyku dysleksji świadczyć mogą takie błędy, jak: odwracanie liter podobnych graficznie, pomijanie, przestawianie liter wewnątrz wyrazów, odwracanie liter w płaszczyźnie pionowej/poziomej, gubienie „ogonków” i kropek, liczne błędy ortograficzne pierwszego stopnia. W celu poszerzenia diagnozy grupę uczniów przejawiających dany problem warto dodatkowo poddać badaniom testem do sprawdzenia *Skali ryzyka dysleksji*.

Kolejna postawiona hipoteza dotycząca problemu zaburzenia słuchu fonematycznego współistniejącego z wadą wymowy nie potwierdziła się. Zaobserwowano natomiast tendencję spadkową, jeśli chodzi o występowanie zaburzeń związanych z nieprawidłowo funkcjonującym słuchem fonematycznym. W każdej kolejnej klasie grupa, której dany problem dotyczył, była coraz mniej liczna. Problem zaburzenia słuchu fonematycznego, który jednocześnie pokrywa się z występowaniem błędów w pisowni, dotyczy uczniów z zaburzeniem artykulacji, jakim jest paralalia.

Literatura

- Balejko A., 2001, *Jak pokonać trudności w mówieniu, czytaniu i pisaniu: dla rodziców i nauczycieli*, Białystok: Orthdruk.
- Diringier D., 1972, *Alfabet*, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Dymarska J., Hanisz J., Kołaczyńska M., Nadarzyńska B., 2017, *Tropiciele*, Warszawa: WSiP.
- Grabias S., 2001, *Perspektywy opisu zaburzeń mowy* [w:] *Zaburzenia mowy*, seria: „Mowa, teoria, praktyka”, t. 1, red. S. Grabias, Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, s. 11–43.
- Grabias S., Kurkowski M., Woźniak T., 2002, *Logopedyczny test przesiewowy dla dzieci w wieku szkolnym*, Lublin: Wydaw. Lubelskie.
- Gruba J., 2002, *Test do badania słuchu fonemowego*, Warszawa: Komlogo.

³ W celu potwierdzenia słuszności hipotezy postawionej we wstępie warto byłoby ocenić pisownię innych dzieci, niemających zaburzeń dyslalicznych i skonfrontować je z wynikiem grupy kontrolnej (dzieci bez wad wymowy).

- Kaczmarek L., 1988, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin: Wydaw. Lubelskie.
- Kania J.T., 1982, *Szkice logopedyczne*, Warszawa: WSiP.
- Ong W., 1992, *Oralność i piśmienność: słowo poddane technologii*, Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Polański K., 1999, *Encyklopedia językoznawstwa ogólnego*, oprac. M. Jurkowski, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Raławski B., 1991, *Słuch fonemowy i fonetyczny: teoria i praktyka*, Warszawa: Glottispol.
- Spionek H., 1985, *Zaburzenia rozwoju uczniów a niepowodzenia szkolne*, Warszawa: PWN.
- Styczek I., 1980, *Logopedia*, wyd. 2 zm. i rozsz., Warszawa: PWN.
- Wróbel T., 1985, *Pismo i pisanie w nauczaniu początkowym*, Warszawa: WSiP.

Speech defect impact on the process of learning how to write by elementary school pupils of classes 1 to 3

Summary

The main assumption of the work has been to check how speech defects in children at an early school age (classes 1 to 3 of elementary school) impact the process of their learning how to write. The work is of empirical nature. It presents questions and research hypotheses, and also describes the tools and methods used in the research. Characterised has been the population which served as the diagnostic group, an analysis has been presented as well as a summary of the results of the research.

Key words: writing, speech defect, errors in writing

Ewelina Radgowska

Płock

ZASTOSOWANIE KINESIOLOGY TAPING W TERAPII LOGOPEDYCZNEJ

Kinesiologia Taping to metoda polegająca na przyklejaniu na skórę pacjenta specjalnych plastrów. Do niedawna była znana i stosowana głównie przez fizjoterapeutów jako jedna z metod wspomagających rehabilitację ruchową. Obecnie jest wykorzystywana w wielu dziedzinach medycznych i paramedycznych. W artykule przedstawiono metodę Kinesiologii Taping jako formę wspomagającą terapię logopedyczną.

Słowa kluczowe: Kinesiologia Taping, metoda wspomagająca, terapia logopedyczna

Wstęp

Rozwój nauki i technologii powoduje, że na świecie wciąż pojawiają się nowe metody terapii pacjentów. Interdyscyplinarne działania oraz holistyczne spojrzenie na osobę potrzebującą pomocy powodują, iż powstaje coraz więcej rodzajów oddziaływań terapeutycznych łączących w sobie elementy wielu metod. Jedną z nich jest Kinesiologia Taping, stosowana od wielu lat jako metoda wspomagająca oddziaływania fizjoterapeutyczne. W literaturze opisywane jest także jej wykorzystanie w takich dziedzinach, jak: neurologia, onkologia, ortopedia i traumatologia, położnictwo, stomatologia i pediatria (Kemicer-Chmielewska i in. 2016). Od kilku lat Kinesiologia Taping stanowi metodę wspomagającą również terapię logopedyczną.

1. Historia powstania metody

Pomysł wykorzystania specjalnego plastra w terapii pacjentów powstał w Japonii w 1979 roku. Od kilkudziesięciu lat metoda ta powszechnie stosowana jest tam jako jedna z form fizjoterapii. Za twórcę i propagatora Kinesiologii Tapingu uważa się chiropraktyka, doktora Kenzo Kase. Metoda ta wykorzystuje naturalne możliwości samoleczenia organizmu. Kinesiologia Taping wywodzi się z podstaw medycyny dalekowschodniej, w związku z czym diagnostyka i terapia oparta jest na

meridianach (Bakuła i in. 2005). Meridiany to kanały energetyczne, szlaki przepływu energii Qi¹, które przebiegają przez całe ciało i wszystkie narządy. Na podstawie dolegliwości zgłaszanych przez pacjenta terapeuta może określić, w którym meridianie przepływ energii Qi jest zaburzony (Kasperczyk i in. 2003). Głównym założeniem autora Kinesiology Taping było stworzenie takiej metody, która będzie oddziaływać na pacjenta nie tylko podczas wizyty, ale także po jej zakończeniu, by przedłużyć uzyskane efekty (Kiebzach i in. 2007).

W 1998 roku ta nowa forma terapii dotarła do Europy, a pierwszy kurs w Polsce odbył się w 2004 roku. Skomplikowana teoria metody wywodząca się z medycyny dalekowschodniej stanowiła przeszkodę w rozumieniu i nauczaniu jej w Europie. Sytuacja taka wymusiła modyfikację treści nauczania przez europejskich instruktorów. Teorię opartą na meridianach przenieśli oni na obszar anatomicznej wiedzy o układzie mięśniowo-powięziowym oraz łańcuchach mięśniowych (www.kinesiologytaping.pl).

2. Opis metody

Kinesiology Taping jest metodą terapeutyczną polegającą na oklejaniu wybranych fragmentów ciała plastrami o specjalnej strukturze, opisanej w dalszej części artykułu. W wyniku dysfunkcji narządu ruchu ograniczony jest przepływ limfy i krwi, a także następuje zagęszczenie płynów ustrojowych w warstwie podskórnej. Aplikacja² plastra powoduje uniesienie i pofałdowanie naskórka razem z warstwą brodawkową skóry właściwej. Takie działanie ma wpływ na zwiększenie możliwości przepływu krwi oraz zwielokrotnienie transportu limfy. Pozwala to na powstanie bardziej korzystnych warunków do regeneracji miejsc dotkniętych stanem chorobowym lub dysfunkcją (Bakuła i in. 2005).

Kinesiology Taping wykorzystuje działanie sensoryczne plastra, który naklejony na ciele jest źródłem bodźców odbieranych przez receptory rozmieszczone w skórze (Ey-Chmielewska i in. 2009). W zależności od sposobu przyklejania plastra oraz miejsca jego aplikacji Kinesiology Taping może mieć różne zastosowania.

3. Właściwości plastrów

Wykorzystywanym w terapii materiałem jest bawełniany plaster pokryty hipoaergicznym klejem. Jego rozciągliwość, ciężar właściwy oraz grubość są zbliżone do właściwości ludzkiej skóry. Plaster jest wodoodporny i przepuszcza

¹ Energia Qi – według filozofii chińskiej to energia życiowa, której odpowiedni przepływ gwarantuje ludziom zdrowie oraz jasność umysłu.

² Aplikacja – naklejenie na skórę plastra.

powietrze, co nie ogranicza czynności higienicznych. Jego główną zaletą jest fakt, iż zachowuje on swoje właściwości przez długi czas po naklejeniu. Elastyczność plastra nie ogranicza ruchów pacjenta (Ey-Chmielewska i in. 2009). Stosowanie Kinesiology Taping może wykazywać różne działanie, jest to uzależnione od miejsca, rodzaju i sposobu naklejenia (Białoszewski i in. 2009).

Pierwowzorem różnego rodzaju obecnie dostępnych taśm był Kiensio Tax o specjalnej strukturze i elastyczności, dzięki której plaster można rozciągnąć i wydłużyć nawet o 130–140% jego pierwotnej długości. Na świecie istnieje kilkadziesiąt marek plastrów. Ze względu na ich różne właściwości mechaniczne należy uważnie dokonywać wyboru stosowanych taśm, bowiem „istnieje konieczność zwrócenia szczególnej uwagi na reakcję skóry na kombinację substancji używanych do produkcji kleju stosowanego w plastrach” (Mikołajewska 2014: 29). Istotnym kryterium doboru plastra jest jego kolor. Zwłaszcza u dzieci substancje barwiące dość często wywołują reakcje alergiczne skóry. Wielokrotnie obserwacje pacjentów wykazały, iż najmniej zmian skórnych powstaje w wyniku stosowania taśm w kolorze cielistym.

4. Techniki naklejania plastra

Wybór odpowiedniego sposobu aplikowania plastrów dokonywany jest przez terapeutę w zależności od zgłaszanego przez pacjenta problemu oraz efektu, jaki chciałby osiągnąć dzięki zastosowaniu tej metody (Buchalski i in. 2013). Techniki aplikacji różnią się sposobem, w jaki przyklejany jest plaster. Różnice stanowią: rodzaj rozciągnięcia plastra, pozycja oraz zakres rozciągnięcia obszaru skóry, na którym przyklejana jest taśma (Tiffert 2010). Wyróżnia się różne techniki aplikacji plastra, co zostało opisane w tab. 1.

Tab. 1. Techniki aplikacji i sposób oddziaływanie terapeutycznego plastrów

Technika aplikacji	Kiedy stosujemy?	Sposób przyklejenia taśmy	Działanie
1	2	3	4
Mięśniowa (Tiffert 2010)	Obniżone napięcie mięśniowe	Aplikację należy rozpocząć od przyczepu początkowego, poprowadzić wzdłuż przebiegu mięśnia, aż do przyczepu końcowego.	Wzmocnienie napięcia mięśniowego
	Wzmożone napięcie mięśniowe	Taśma aplikowana jest od przyczepu końcowego do początkowego mięśnia.	Obniżenie napięcia mięśniowego
Więzadłowa (Kiebzak i in. 2012)	<ul style="list-style-type: none"> – Występowanie punktów spustowych, – przeciążenia aparatu więzadłowego i ścięgnowego, – blizny 	Taśmę rozciąga się w jej środkowej części, natomiast jej końce przykleja się bez napięcia.	<ul style="list-style-type: none"> – Zmniejszenie lub eliminacja bólu wynikającego z przeciążeń aparatu więzadłowego i ścięgnowego, – zmniejszanie blizn

1	2	3	4
Korekcyjna (Tiffert 2010)	<ul style="list-style-type: none"> – Występowanie bólu o lokalizacji miejscowej, – sklejenie powięzi, – przemieszczenia w układzie kostnym, – stany zapalne 	Bazę taśmy ³ przykleja się bez napięcia. Taśma rozciągana jest maksymalnie.	<ul style="list-style-type: none"> – Zniesienie lub zmniejszenie bólu o lokalizacji miejscowej, – zmniejszenie stanów zapalnych
Powięziowa (Tiffert 2010)	Wzmoczone napięcie powięzi	Przed przyklejeniem taśmy należy ustawić daną część ciała w warunkach maksymalnego rozciągnięcia lub nakleić plaster po wykonaniu ruchów zmniejszających napięcie mięśni (np. wstrząsanie).	Zmniejszenie napięcia powięzi
Funkcjonalna (Bakuła i in. 2005)	– Niewłaściwe usytuowanie lub ograniczenia ruchomości danych fragmentów ciała	Naklejona podstawa zostaje ustabilizowana z przesunięciem skóry, co powoduje korekcję w kierunku podstawy.	– Prawidłowe usytuowanie lub poprawa ruchomości danego fragmentu ciała
Limfatyczna (Bakuła i in. 2005)	<ul style="list-style-type: none"> – Zastoje tkankowe, – obrzęki limfatyczne, – stany zapalne 	Aplikacja wymaga bardzo delikatnego rozciągnięcia plastra 0–10%.	<ul style="list-style-type: none"> – Usprawnienie krążenia krwi i chłonki, – zmniejszenie stanów zapalnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Bakuła i in. 2005; Kiebzak i in. 2012; Tiffert 2010.

Wieloletnie doświadczenia praktyczne terapeutów doprowadziły do tego, iż szczególną uwagę zwraca się na liczbę i wielkość stosowanych plastrów – aktualnie dąży się do tego, by na skórę pacjenta przyklejać możliwie najmniej taśmy. Środowisko specjalistów jest podzielone także w kwestii rozciągania/napięcia taśm podczas aplikacji. Część terapeutów stosuje napięcie wynoszące od 0 do 10% niezależnie od rodzaju techniki aplikacji (Ru 2015). Inni wykorzystują maksymalne napięcie taśmy (Tiffert 2010).

5. Zależność pomiędzy skutecznością aplikacji Kinesiology Taping a czasem jej stosowania

Czas stosowania aplikacji Kinesiology Taping nie jest ściśle określony. Zagadnienie to stanowi obszar zainteresowań specjalistów z całego świata. Badania prowadzone przez zespół: Białoszewski, Dwornik, Słupik, Zych (2007) z Zakładu Rehabilitacji II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wykazały, iż:

- aplikacja wzmacniająca pracę mięśnia naklejona krótko przed aktywnością ruchową, którą ma wspomagać, może nie spełniać swojej funkcji;

³ Baza plastra – fragment plastra, który przykleja się na skórę bez rozciągnięcia/napięcia taśmy.

- w grupie badanych, u których zastosowano wzmacniającą aplikację mięśnia obszernego przyśrodkowego, zaobserwowano: brak znamiennej zmiany siły mięśniowej po 12 godzinach stosowania Kinesiology Taping oraz wzrost aktywności bioelektrycznej mięśnia po 24 godzinach od naklejenia plastra; uzyskany efekt utrzymywał się przez kolejne 48 godzin po zdjęciu aplikacji (Białoszewski i in. 2007).

Zespół specjalistów, który przeprowadził wyżej opisane badanie, podkreślił fakt, iż taśmę zdjęto w czwartej dobie od jej naklejenia, w związku z tym trudno stwierdzić, jakie wyniki można byłoby zaobserwować w kolejnych dniach stosowania metody Kinesiology Taping (Białoszewski i in. 2007).

6. Etap przygotowawczy oraz przeciwwskazania do stosowania metody Kinesiology Taping

Przed rozpoczęciem stosowania metody Kinesiology Taping należy przeprowadzić wywiad z pacjentem bądź jego rodziną w celu wykluczenia przeciwwskazań do stosowania tej metody. Wśród głównych przeciwwskazań wymienia się:

- poparzenia,
- zmiany skórne: łuszczyca, trądzik, nieregularne pieprzyki, czyraki,
- obrzęki niewiadomego pochodzenia,
- otwarte rany,
- ciężkie urazy,
- wysoką temperaturę ciała, stany zapalne i wirusowe.

Terapeuta powinien zachować szczególną ostrożność w przypadku osób leczonych lekami psychotropowymi oraz pacjentów z cukrzycą insulinozależną (Czyżewski i in. 2012). Do grupy pacjentów podwyższonego ryzyka należą również osoby po operacjach kardiologicznych oraz osoby z epilepsją. Następnie należy wykonać aplikację testową w celu sprawdzenia, czy dany plaster nie wywoła reakcji alergicznej. Jeżeli u pacjenta nie odnotowano zmian skórnych lub innych objawów, takich jak swędzenie czy pieczenie, należy dobrać odpowiednią technikę aplikacji. Terapeuta powinien obserwować pacjenta, gdyż wskutek długotrwałego stosowania plastrów mogą wystąpić reakcje alergiczne (Mikołajewska 2014). Należy wtedy niezwłocznie usunąć plaster. Po wygojeniu skóry można podjąć próbę aplikacji plastra innego koloru bądź innego producenta.

7. Zastosowanie Kinesiology Taping w logopedii

Metoda Kinesiology Taping jest wykorzystywana w wielu dziedzinach medycyny i terapii. Efektami aplikacji elastycznego plastra są m.in.: zmniejszenie odczuć bólowych, normalizacja napięcia mięśniowego oraz powięzi-

wego, poprawa motoryki, wspomaganie funkcji, likwidacja zastoju i obrzęków, uaktywnienie przepływu krwi (Gąsior i in. 2012). W związku z ogólnym przeznaczeniem Kinesiology Taping z powodzeniem może być stosowany w terapii logopedycznej, zwłaszcza u pacjentów z zaburzeniami motoryki sfery orofacjalnej.

Kinesiology Taping jest metodą wspomagającą i nie może zastąpić terapii logopedycznej (Kemicer-Chmielewska i in. 2016). Do niedawna metoda ta wykorzystywana była głównie przez rehabilitantów, fizjoterapeutów. Logopedzi, którzy ukończyli kurs Kinesiology Taping, dzięki swojej wiedzy, znajomości funkcji oraz budowy mięśni i nerwów biorących udział między innymi w procesach oddychania, połykania, spożywania pokarmów i płynów, artykulacji, odkrywają coraz więcej aplikacji, które mogą pomóc ich pacjentom.

Wśród najczęściej stosowanych wyróżnić można aplikacje służące:

- wydłużeniu fazy wydechowej,
- ograniczeniu nadmiernej saliwacji, czyli nadmiernego wydzielania śliny,
- wspomaganie procesu połykania,
- terapii przy występujących dysfunkcjach stawów skroniowo-żuchwowych (Witkowska 2015),
- poprawie napięcia mięśni, w tym mimicznych,
- w terapii pacjentów po rekonstrukcji nerwu twarzowego (Hałas i in. 2005),
- w leczeniu zaburzeń narządu żucia (Ey-Chmielewska 2009).

8. Przykładowe aplikacje Kinesiology Taping stosowane w terapii logopedycznej

8.1. Aplikacja mięśniowa pobudzająca pracę mięśni żwaczy

W celu zwiększenia napięcia mięśniowego plaster naklejany jest od przyczepu początkowego do końcowego mięśnia żwacza. Bazę plastra przykleja się na przyczepie początkowym, przesuwając lekko skórę. Następnie należy rozciągnąć mięsień, co powoduje napięcie podstawy plastra i znajdującej się pod nim skóry. Plaster przykleja się bez napięcia wzdłuż przebiegu mięśnia, w kierunku przyczepu końcowego. Taśmę należy docisnąć do skóry i lekko pocierać, co spowoduje uaktywnienie kleju.

W wyniku obserwacji pacjentów, u których stosowano opisywaną powyżej aplikację, odnotowano mniejszą męczliwość żwaczy, ich lepsze napięcie oraz poprawę funkcji żucia.



Ryc. 1. Aplikacja mięśniowa pobudzająca pracę mięśni żwaczy

Źródło: własne.

8.2. Aplikacja więzadłowa mięśnia okrężnego ust

U pacjentów z osłabioną pracą mięśnia okrężnego ust podczas treningu picia przez słomkę stosuje się aplikację wykonaną techniką więzadłową. Do aplikacji potrzebne są dwa plastry. Taśmę rozciąga się w jej środkowej części, stabilizuje podstawę, a końce przykleja bez napięcia. Jeden plaster umieszcza się nad górną czerwieńią warg – wzdłuż przebiegu górnej części mięśnia okrężnego ust, drugi plaster – wzdłuż przebiegu dolnej części tego mięśnia. Zastosowanie takiej aplikacji wspomaga pracę mięśni, co prowadzi do stulenia mięśnia okrężnego ust. Takie ułożenie warg ułatwia pacjentowi pobieranie płynów za pomocą słomki. Należy pamiętać, iż aplikacja powinna być stosowana bezpośrednio przed ćwiczeniami i zdjęta tuż po nich.



Ryc. 2. Aplikacja więzadłowa mięśnia okrężnego ust, prowadząca do jego stulenia, wykonana przed treningiem picia przez słomkę

Źródło: własne.

8.3. Aplikacja Kinesiologii Taping jako metoda wspomagająca terapię pacjentów z porażeniem nerwu VII

Aplikacje mięśniowe Kinesiologii Taping wykorzystywane są jako wspomaganie terapii logopedycznej pacjentów z porażeniem nerwu VII. Dwa plastry układa się w kształt litery „V”. Baza aplikacji znajduje się na wysokości otworu

słuchowego. Pacjent proszony jest o nabranie powietrza i utrzymanie go w policzku. W tym czasie terapeuta przyklej jedną część plastra wzdłuż przebiegu gałęzi górnej policzkowej nerwu VII, a drugą część taśmy – wzdłuż dolnej gałęzi nerwu twarzowego.

Stosowanie aplikacji Kinesiology Taping u pacjentów z porażeniem nerwu VII wpływa na poprawę pracy mięśni mimicznych, zmniejszenie asymetrii dolnej części twarzy, dzięki czemu płyn oraz pokarmy nie wyciekają z jamy ustnej. Mniejsza męczliwość mięśni oraz widoczna redukcja asymetrii istotnie wpływa na samopoczucie pacjentów i ich motywację do dalszej rehabilitacji (Głowacka i in. 2012).



Ryc. 3. Aplikacja stosowana u osób z porażeniem nerwu VII wzmacniająca pracę mięśni przez niego unerwianych oraz zmniejszająca asymetrię dolnej części twarzy

Źródło: własne.

8.4. Aplikacje kinesiologytaping stosowane u pacjentów po zabiegach operacyjnych w obrębie twarzy i szyi

Metoda Kinesiology Taping znalazła zastosowanie także u pacjentów po przebytych zabiegach operacyjnych w obrębie twarzy i szyi. W literaturze opisywane są korzyści stosowania tej metody na blizny pooperacyjne między innymi u osób po laryngektomii całkowitej. Naklejanie plastra ma działanie przeciwobrzękowe. Wśród pozytywnych oddziaływań aplikacji wykonywanych w miejscu blizny techniką więzadłową wymienia się przede wszystkim redukcję bólu napiętych tkanek, zmniejszanie stanów zapalnych i szybszą regenerację skóry, co zmniejsza poczucie dyskomfortu pacjenta i umożliwia szybsze rozpoczęcie ćwiczeń czynnych podczas zajęć terapeutycznych (Duda i in. 2013).



Ryc. 4. Aplikacja blizny na szyi powstałej wskutek zabiegu operacyjnego – wariant I

Źródło: własne.



Ryc. 5. Aplikacja blizny na szyi powstałej wskutek zabiegu operacyjnego – wariant II

Źródło: własne.

Podsumowanie

Moim zdaniem logopedzi powinni być otwarci na nowe metody terapii, takie jak Kinesiology Taping. Nowe formy oddziaływań terapeutycznych należy badać, sprawdzać i opisywać ich zastosowanie oraz skuteczność, by w możliwie najlepszy sposób pomagać swoim pacjentom. Kinesiology Taping to metoda wykorzystywana w wielu dziedzinach medycyny i terapii, w tym w logopedii. Należy podkreślić, iż jest to metoda wspomagająca i nie może zastąpić tradycyjnych oddziaływań terapeutycznych.

Każdą aplikację należy indywidualnie dostosować do potrzeb pacjenta i celu terapii. Na podstawie obserwacji konkretnej osoby, u której stosowana jest metoda Kinesiology Taping, należy dokonywać oceny jej skuteczności, a w razie potrzeby wprowadzać modyfikacje aplikacji, które pozwolą na uzyskanie lepszego efektu. W celu stosowania tej metody przez fizjoterapeutów i logopedów należy ukończyć specjalny kurs, podczas którego specjaliści poznają podstawy teoretyczne oraz nabywają praktyczne umiejętności, takie jak: dobór odpowiednich plastrów i technik aplikacji, naklejanie ich na skórę, obserwacja efektów stosowanej terapii i ich modyfikacja.

Literatura

- Bakula S., Rajkowska-Labon E., Skrobot W., Zajt-Kwiatkowska J., 2005, *Kinesio taping metoda wspomagająca proces usprawniania fizjoterapeutycznego – wybrane aplikacje kliniczne*, „Journal of Medical Science – Nowiny Lekarskie” 2 (74), Poznań: Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.

- Białoszewski D., Dwornik M., Słupik A., Zych E., 2007, *Wpływ aplikacji kinesiotapingu na aktywność bioelektryczną mięśnia obszernego przysrodkowego. Doniesienia wstępne*, „Ortopedia – Traumatologia – Rehabilitacja” 6(6), vol. 9, Warszawa: Agencja Wydawnicza Medsportpress sp. z o.o.
- Białoszewski D., Woźniak W., Żarek S., 2009, *Przydatność kliniczna metody Kinesiology Taping w redukcji obrzęków kończyn dolnych u pacjentów leczonych metodą Ilizarowa – doniesienie wstępne*, „Ortopedia – Traumatologia – Rehabilitacja” 1(6), vol. 11, Warszawa: Agencja Wydawnicza Medsportpress sp. z o.o.
- Buchalski P., Gajewska E., Krawczyński A., Kulińska A., 2013, *Zastosowanie Kinesiotapingu w leczeniu dysfunkcji układu ruchowego narządu żucia – przegląd piśmiennictwa [w:] Dysfunkcje narządu ruchu. Diagnostyka i usprawnianie pacjentów z dysfunkcjami narządów ruchu 4*, Poznań: Wydaw. Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
- Czyżewski P., Domaniecki J., Hałas I., Kopytiuk R., Szczepkowski M., 2012, *Zastosowanie metody Kinesiology Taping w zmniejszeniu bólu po złamaniach żeber – doniesienie wstępne*, „Postępy Rehabilitacji” 4, Warszawa: Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego.
- Duda R., Jopa M., Sochoń K., Sochoń M., Szarejko K., Zalewska A., Zalewski K., 2013, *Fizjoterapia jako sposób zmniejszania cierpienia u osób po laryngektomii całkowitej [w:] Ból i cierpienie*, Kraków: Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, s. 71–77.
- Ey-Chmielewska H., Frączak B., Hamerlak Z., Polak-Majcher D., Serewa J., Sobolewska E., 2009, *Metoda kinesiotapingu i jej zastosowanie w leczeniu zaburzeń narządu żucia – przegląd piśmiennictwa*, „Dental Forum” 1/2009/XXXVII, Poznań: Polskie Towarzystwo Stomatologiczne, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
- Gąsior J., Kiebzak W., Kowalski M.I., Pawłowski M., Śliwiński Z., Wolska O., Zaborowska-Sapeta K., 2012, *Wykorzystanie metody Kinesiology Taping w praktyce fizjoterapeutycznej: przegląd literatury*, „Fizjoterapia Polska” 12, Pabianice: Medsportpress.
- Głowacka P., Patalong-Ogiewa M., Szeffler J., 2012, *Kinesiology taping jako metoda wspierająca terapię ośrodkowego uszkodzenia nerwu VII [w:] Kinesiology Taping*, Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach.
- Hałas I., Krupa L., Senderek T., 2005, *Wykorzystanie Kinesiology Tapingu w usprawnianiu pacjentki po rekonstrukcji nerwu twarzewego*, „Fizjoterapia Polska” 5(2), Pabianice: Medsportpress.
- Kasperczyk T., Kmak S., 2003, *Masaż punktowy i inne metody refleksoterapii*, Kraków: Wydaw. Kasper.
- Kemicer-Chmielewska E., Laszczyńska M., Lubińska A., Mosiejczuk H., Ptak M., Rotter I., Szylińska A., 2016, *Kinesiotaping as an interdisciplinary therapeutic method*, „Pomeranian Journal of Life Sciences”, Szczecin: Wydaw. Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.
- Kiebzach W., Kirenko J., Lipińska A., Senderek T., Śliwiński Z., 2007, *Wpływ aplikacji kinsiologytapingu na obrzęk limfatyczny kończyny górnej u kobiet po mastektomii*, „Fizjoterapia Polska” 3(4), vol. 7, Warszawa: Medsportpress.
- Kieszek W., Pogorzelska J., Starczyńska M., Zięba M., 2012, *Obserwacja skuteczności stosowania aplikacji kinesiology taping na blizny wykazujące tendencję do przerastania – ilustracja przypadku*, „Studia Medyczne” t. 26, nr 2, Kielce: Wydaw. Uniwersytetu Jana Kochanowskiego.
- Mikołajewska E., 2014, *Allergy in patients treated with kinesiology taping: A case report*, „Medical Rehabilitation” 14(4), London.
- Mosiejczuk H., Lubińska A., Ptak M., Szylińska A., Kemicer-Chmielewska E., Laszczyńska M., Rotter I., (2016), *Kinesiotaping jako interdyscyplinarna metoda terapeutyczna*, „Pomeranian Journal of Life Science” 62(1), Szczecin: Wydaw. Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

- Ru de E., 2015, *Elastyczny Terapeutyczny Taping w zaburzeniach głowy, szyi i twarzoczaszki. Materiały szkoleniowe*, Warszawa [materiał niepublikowany].
- Senderek T., Śliwiński Z., 2007, *Kinezytaping – nowa metoda leczenia?*, „Rehabilitacja w Praktyce”, nr 3, Katowice: Elamed Media Group.
- Tiffert M., 2010, *Kinesiology taping – teoria, metodyka, przykładowe aplikacje w konkretnych dysfunkcjach poparte przykładami ze świata sportu i nie tylko [w:] Praktyczna fizjoterapia & rehabilitacja*, Poznań: Wydaw. Forum.
- Witkowska E., 2015, *Kinesiotaping w logopedii*, Tłuszcz: Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Tłuszczu.
- www.kinesiologytaping.pl

Kinesiology Taping used in speech therapy

Summary

Kinesiology Taping is a method consisting in sticking special plasters to the patient's skin. Until recently, it has been known and used mainly by physical therapists as one of the methods supporting movement therapy. At the moment it is used in many medical and para-medical areas. The article presents the Kinesiology Taping as a form supporting speech therapy.

Key words: Kinesiology Taping, supportive method, speech therapy

CZĘŚĆ IV

ROZWÓJ KOMPETENCJI JĘZYKOWYCH I KOMUNIKACYJNYCH

Milena Pelc

Rzeszów

POZIOM ROZWOJU UMIEJĘTNOŚCI ARTYKULACYJNYCH WSPÓŁCZESNYCH TRZYŁATKÓW A DOTYCHCZASOWY STAN BADAŃ

W artykule przedstawiono wyniki badań nad artykulacją współczesnych trzylatków i porównano je z dotychczasowymi ustaleniami badaczy dotyczącymi poziomu rozwoju mowy dzieci. Skupiono się nie tylko na inwentarzu realizowanych głosek i częstych w tym wieku substytucjach, lecz także dokonano przeglądu zniekształceń struktury wyrazów oraz zaobserwowanych u badanych dzieci deformacji. Przedstawiono też wyniki obserwacji uwarunkowań prawidłowego rozwoju mowy (słuch fonematyczny i sprawność aparatu artykulacyjnego) i przeanalizowano ich związek z kształtowaniem się mowy dziecka.

Słowa kluczowe: rozwój mowy, artykulacja, substytucja, deformacja, fonetyka

Uwagi wstępne

Rozwój mowy dziecka i mechanizmy rządzące tym rozwojem to zagadnienia nieustannie znajdujące się w kręgu zainteresowań badaczy języka: logopedów, psychologów, glottodydaktyków, ale przede wszystkim językoznawców. Wciąż przybywa prac rozpatrujących poszczególne etapy oraz aspekty kształtowania się mowy, a wśród nich często poruszane i aktualizowane są zagadnienia dotyczące doskonalenia się podsystemu fonologicznego (zob. Kaczmarek 1997; Łobacz 1996; Lipowska 2001; Dzikowska 2006; Kamińska 2011). Wielu badaczy podkreśla, że szczególnie interesujący w procesie kształtowania się tego podsystemu jest moment, w którym dziecko wchodzi w trzeci rok życia, czyli w okres mowy samodzielnej (Tyborowska 1975: 6). W tym czasie w mowie dziecka obserwuje się substytucje, niekiedy zniekształcenia dźwięków, uproszczenia grup spółgłoskowych oraz inne zaburzenia struktury wyrazów.

Bogata literatura przedmiotu dostarcza wprawdzie wyczerpujących informacji na temat poziomu rozwoju mowy, jednak w większości przypadków dane pochodzą z końca XX i początków XXI wieku¹. Od tego czasu sposób oraz śro-

¹ Mowa tu o pracach między innymi Anny Sołtys-Chmielowicz (1998), Teresy Bartkowskiej (1968) czy Barbary Kamińskiej (2004). Do nowych prac z tego zakresu należą narzędzia przygotowane i opisane między innymi przez E. Krajnę i M. Bryndal (1999) i E. Krajnę (2008).

dowisko wychowania znacznie się zmieniły, warto więc sprawdzić, czy przemiany cywilizacyjne i społeczne pociągnęły za sobą zmiany w kształtowaniu się wymowy. Celem artykułu jest zatem porównanie wyników badań artykulacji współczesnych trzylatków z danymi na ten temat zawartymi w literaturze przedmiotu. Wybór wieku badanych dzieci wynika z faktu, że właśnie okres trzech lat jest przełomowy w procesie kształtowania się umiejętności artykulacyjnych.

1. Artykulacja dziecka trzyletniego w świetle dotychczasowych badań

Wiek trzech lat okazuje się szczególnie istotny dla rozwoju fonetyki, ponieważ „jest okresem intensywnego doskonalenia artykulacji poszczególnych dźwięków mowy” (Łobacz 1996: 164). W tym czasie można zauważyć znaczącą poprawę w realizacji dźwięków mowy (Rocławski 1994: 23). Artykulacja na tyle się doskonali, a zasób słów powiększa, że dziecko trzyletnie może być w 75% zrozumiane przez osobę, która nie należy do jego bliskiego otoczenia (Deyer 2006: 99).

Zanim dziecko wkroczy w trzeci rok życia, wymawia następujące samogłoski: [a], [e], [o], [u], [i], [y], a także spółgłoski [p], [b], [m] i ich zmiękczenia, [v], [f] i ich zmiękczenia oraz: [ś], [ć], [ź], [ń], [kʹ], [gʹ], [k], [g], [x], [t], [d], [n], [l] (Minczakiewicz 1996: 71). Do dźwięków mowy obecnych w zasobie głoskowym trzylatka należą także na ogół półsamogłoski [ɥ] oraz [j] (Łobacz 1996: 146). Pod koniec drugiego roku życia mogą pojawić się spółgłoski przedniojęzykowo-zębowe oraz przedniojęzykowo-dziąsłowe, częściej jednak dziecko wciąż zastępuje je łatwiejszymi w artykulacji (zob. Sołtys-Chmielowicz 1998), co jest spowodowane niedostateczną sprawnością aparatu artykulacyjnego. Trudniejsze głoski są zazwyczaj dobrze artykułowane w izolacji czy w odpowiednio dobranych kontekstach fonetycznych, ale w spontanicznej mowie mogą one często ulegać substytucjom lub zniekształceniom (Minczakiewicz 1996: 71).

W inwentarzu głosek trzyletniego dziecka na ogół obecne są już wszystkie samogłoski ustne². Inaczej jest z tzw. samogłoskami nosowymi³ – w polskiej

² Zdaniem niektórych badaczy w mowie trzylatka mogą jeszcze zdarzać się ich substytucje. Więcej informacji na ten temat dostarczają m.in. prace: Demel 1979a; Demel 1979b; Łobacz 1996; Sołtys-Chmielowicz 1998; Kamińskiej, Siebert 2012.

³ Sformułowania „tzw. samogłoski nosowe” używam za Bogusławem Dunajem. Językoznawca wyjaśnia, że „gdy w ustaleniach poprawnościowych mówi się np. o wymowie samogłosek nosowych, to w rzeczywistości ma się na myśli odpowiedniki wymawianiowe znaków graficznych ę i ą” (Dunaj 2006: 162–163), dodatkowo podkreśla, że współcześnie stanowią one połączenie dwóch segmentów (możliwości dzisiejszej realizacji odpowiedników wymawianiowych liter ę i ą omawiam w podrozdziale trzecim). B. Dunaj konsekwentnie pisze w dalszej części artykułu

literaturze istnieją różne stanowiska badaczy dotyczące czasu, w którym zaczynają one być realizowane. Przez niektórych to właśnie wiek trzech lat uznawany jest za ten okres⁴. Początkowo odpowiedniki wymawianiowe liter *ę* i *ą* artykułowane są głównie w śródgłosie, przy czym mogą być one realizowane jeszcze jako grupy spółgłosek (na przykład [*k'senżyc*]) (Kamińska, Siebert 2012: 240).

Spośród spółgłosek dentalizowanych w wymowie trzylatków najlepiej ustabilizowana jest wymowa środkowojęzykowych ze względu na fakt, że są one fizjologicznie najłatwiejsze (Sołtys-Chmielowicz 1998: 34–43). Obecne są już także spółgłoski przedniojęzykowo-zębowe, choć wciąż mogą się pojawiać ich substytucje (Kamińska, Siebert 2012: 241). Głoski przedniojęzykowo-dziąsłowe stanowią jeszcze trudność – realizuje je tylko 25% dzieci trzyletnich (Sołtys-Chmielowicz 1998: 34–43).

Wyrazy dłuższe są przez dzieci dwu-, czasami jeszcze trzyletnie skracane w celu ułatwienia wymowy (Sołtys-Chmielowicz 1998: 102). Jednak zdaniem T. Bartkowskiej (1968: 37) zjawisko elizji jest w mowie trzylatków sporadyczne, a jeżeli się już pojawia, to przeważnie w grupach spółgłoskowych. U trzylatków bardzo często obserwuje się za to substytucje. Dokumentują je wszystkie prace oraz badania dotyczące rozwoju mowy dziecka⁵. Zdecydowanie najczęściej pojawiają się substytucje głosek przedniojęzykowo-dziąsłowych [*š*], [*ž*], [*č*], [*ž'*]⁶. Głoskę [*r*] realizuje 39% trzylatków (Sołtys-Chmielowicz 1998: 63–69, 98).

2. Metodologia badań

Celem prowadzonych badań jest opis wymowy dziesięciorga trzyletnich dzieci z Rzeszowa i porównanie zgromadzonych danych z wynikami zawartymi w literaturze. Przedmiotem opisu stał się zarówno system wokaliczny, jak i konsonantyczny języka, a analiza objęła aspekt ilościowy (liczba poprawnie realizowanych głosek) oraz jakościowy (poprawność realizacji). Ocenie zostały poddane także zależności pomiędzy poprawnością realizacji a pozycją głoski w strukturze wyrazu. Aby cel główny mógł zostać jak najpełniej zrealizowany, przeprowadzono nie tylko badanie wymowy, ale też słuchu fonetycznego oraz sprawności artykulatorów⁷. Zaprezentowane w tej pracy badania pozwalają usta-

o samogłoskach nosowych, ale zastrzega wyraźnie, że to sformułowanie ma umowny charakter (zob. Dunaj 2006: 162–164).

⁴ Dokładnie ustalenia w tym zakresie poczyniła B. Kamińska (2004).

⁵ Zob. m.in.: Kaczmarek (1997; 1953); Bartkowska (1968); Minczakiewicz (1996); Sołtys-Chmielowicz (1998).

⁶ Realizacje głosek dentalizowanych zostały dokładnie opisane przez A. Sołtys-Chmielowicz (1998).

⁷ Wzbogacenie prowadzonych obserwacji o te dwa aspekty wynikało z chęci sprawdzenia ewentualnych zależności między większą lub mniejszą sprawnością artykulacyjną trzylatków

lić, w jakim stopniu trzylatek opanował artykulację polskich głosek oraz jakie tendencje w zakresie wad rozwojowych można zauważyć u dzieci w tym wieku. Wyniki badań zostały porównane z obserwacjami artykulacji trzylatków poczynionymi dotychczas przez badaczy. Szczególnie zostały tu uwzględnione wyniki badań A. Sołtys-Chmielowicz zaprezentowane w pracy *Wymowa dzieci przedszkolnych* (1998).

Badaniem objęto grupę dziesięciorga dzieci w wieku trzech lat, uczęszczających do jednego z rzeszowskich przedszkoli. Grupę tworzyło 6 dziewczynek i 4 chłopców, znajdujących się w normie rozwojowej, mających prawidłową budowę aparatu artykulacyjnego. Badanie zostało przeprowadzone za pomocą standaryzowanego *Testu do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym* Iwony Michalak-Widery i Katarzyny Węsierskiej (2012). Narzędzie to zostało wybrane ze względu na jego przystępność i przejrzystość (co miało zapewnić właściwy odbiór prezentowanego materiału przez dzieci trzyletnie), a także zwięzłość (aby uniknąć znużenia u dzieci). Ponadto test ten zawiera część poświęconą badaniu sprawności aparatu artykulacyjnego, dzięki czemu nie było konieczne wprowadzanie dodatkowego narzędzia. Ostatnim elementem badania było sprawdzenie, jak dzieci realizują odpowiedniki wymawianiowe liter *ę* i *ą* w wygłosie i przed spółgłoskami szczelinowymi. Wykorzystano przy tym autorski test obrazkowy⁸.

3. Analiza wyników badań

a. Samogłoski ustne

W badanej grupie większość dzieci bezbłędnie realizowała samogłoski ustne, jednak u pięciorga trzylatków zauważono incydentalne substytucje tych dźwięków. We wszystkich pięciu przypadkach były to zamiany występujące w pojedynczych wyrazach (w innych kontekstach fonetycznych odpowiednie samogłoski się pojawiały). Zaobserwowano zamianę [y] na [e] w wyrazie ‘cymbałki’. Dziewczynka zrealizowała ten wyraz jako [cebaʏk'i]. Poza tym odnotowano zamianę [o] na [a]: [zanecek] – ‘dzwoneczek’, i na y: [zapauky]⁹ – ‘zapalki’, [y] na [i], np. [lod'i] – ‘lody’; [mam'i] – ‘mamy’¹⁰; [vons'i] – ‘wąsy’¹¹,

a możliwościami ich aparatu wykonawczego oraz faktem, czy słuch fonematyczny został już u nich rozwinięty.

⁸ Test wymagał użycia leksemów: *wąsy, książka, księżyc, z dziewczynką, z mamą, z tatą, wąska, gąska*.

⁹ Krzyżyk pod głoską oznacza artykulację międzyzębową.

¹⁰ Czasownik pojawił się spontanicznie w zdaniu ‘my mamy wagon’.

¹¹ Materiał, który miał posłużyć sprawdzeniu wymowy samogłosek nosowych, został wykorzystany także do analizy wymowy innych głosek występujących w wyrazach z nosówkami.

[*żinśi*] – ‘dżinsy’; [*żab’i*] – ‘żaby’; [*dużi*] – ‘duży’, a także realizację [y] jako dźwięk pomiędzy [y] a [i]: [*żinśi^y*]. U jednego z chłopców opisywana zamiana [y] na [i] wynikała z tendencji do zmiękczenia spółgłosek przedniojęzykowo-zębowych: [i] zamiast [y] pojawiło się też w wyrazach ‘księżyc’, ‘dżinsy’ oraz ‘dziewczynką’. Zostały one zrealizowane jako [*śeńżić*], [*żinśi*] oraz [*żeśinjkou*]. Zamiana [y] na [i] była więc uwarunkowana kontekstem fonetycznym.

b. Odpowiedniki wymawianiowe liter *ę* i *ą*

Wymowę tzw. samogłosek nosowych badano w śródgłosie przed spółgłoskami szczelinowymi (poza miękkimi) oraz w wygłosie, ponieważ w innych kontekstach odpowiedniki wymawianiowe liter *ę* i *ą* są systemowo realizowane jako połączenia samogłosek ustnych ze spółgłoskami nosowymi. Oczywiście, także w badanych kontekstach fonetycznych samogłoski nosowe nie były realizowane synchronicznie¹². Obecnie odpowiednikami wymawianiowymi liter *ą* i *ę* przed dźwiękami [s], [š] czy [ž] powinny być grupy, na które składają się: samogłoska ustna oraz nielabializowany, tylny glajd nosowy [ɰ] (Wiśniewski 2001: 80).

Takie dyftongiczne artykulacje głoski [ą] zaobserwowałam u pięciorga dzieci z badanej grupy: [voũsy] / [voũsy] – ‘wąsy’; [voũska] / [voũska] – ‘wąska’; [goũska] / [goũska] / [goũska] – ‘gąska’. W tej samej grupie dzieci głoska [ę] była zrealizowana jako: 1. grupa [eũ]: [veũže]¹³ ‘węże’, [veũže]; [śeũżyc] – ‘księżyc’; 2. grupa [e]+[ń]: [veńże] – ‘węże’; 3. [e] bez nosowości: [kśeżyc]; 4. grupa [e]+[n]: [kśenżyc]; [kśenżyc]. Nosowość pojawiła się też u jeszcze jednej dziewczynki, ale tylko w jednym wyrazie – ‘książka’. Został on przez dziewczynkę zrealizowany jako [kšoũska]. U pozostałych dzieci dominującą realizacją było artykułowanie [ą] i [ę] jako połączeń: [o] z [n] oraz [e] z [n], np.: [vonsy] / [vonsy] / [vonsy] / [vonsy] ‘wasy’; [vonska] / [vonska] ‘wąska’; [gonska] / [gonska] / [gonka] ‘gąska’.

U jednej z dziewczynek realizowaniu odpowiedników wymawianiowych liter *ę* i *ą* towarzyszyły uproszczenia spółgłoskowe oraz substytucje głosek. W jednym wyrazie zredukowała połączenie spółgłoski i samogłoski do samej samogłoski. Zanotowano między innymi realizacje: [bonsy] ‘wasy’; [bodka] ‘wąska’; [gonka] ‘gąska’; [cotka] ‘książka’. Również u innej trzylatki w dwóch ostatnich wyrazach doszło do uproszczeń oraz do zastąpienia odpowiedników wymawianiowych liter *ę* i *ą* samogłoską ustną: [coška] ‘książka’; [ćeżyc] ‘księżyc’. Trzecia z badanych trzylatek dokonała metatezy oraz substytucji w tych leksemach, a nosówki artykułowała w postaci samogłoski i spółgłoski [n]: [skoncka] ‘książka’; [skenz’ic] ‘księżyc’. Jeden chłopiec realizował odpowiedniki wymawianiowe liter *ę* i *ą* w postaci samogłoski i spółgłoski sonornej, którą dodatkowo mięk-

¹² Najnowsze ustalenia w tym zakresie przynosi artykuł Anity Lorenc i Radosława Świącińskiego (2014).

¹³ Znacznikiem „ũ” oznaczono przyzębowość.

czył, powstawały więc grupy [o]+[ń] i [e]+[ń] np.: [vońsi] ‘wąsy’; [šeńzić] ‘księżyc’.

Inaczej realizacje tzw. samogłosek nosowych wyglądały w wygłosie. Odpowiednik wymawianiowy litery *a* był u zdecydowanej większości dzieci realizowany dwojako: w postaci grupy [om] lub [ou] (bez nazalizacji): [z źefcyŋkom] / [źefcyŋkou] / [dęfcyŋkom] / [źefcyŋkou] / [zefcyŋkou] / [źefćinkou]; [z mamom] / [mamou]; [z tatom] / [tatoū]; Dzieci z taką artykulacją przeważnie mieszały te dwa sposoby realizacji (na przykład jeden wyraz zrealizowały z grupą [om], a dwa z grupą [ou]).

Poprawna realizacja nosowości została odnotowana u trojga trzylatków. Zannotowałam takie realizacje: [z mamou̯], [z tatoū̯]. Przygotowany do badania materiał nie zawierał obrazków sprawdzających wymowę odpowiednika wymawianiowego litery *ę* w wygłosie, ale na podstawie obserwacji spontanicznych wypowiedzi dzieci podczas badania zauważyłam jedynie realizacje *ę* w postaci samogłoski pozbawionej nosowości.

c. Głoski środkowojęzykowe dentalizowane

W badanej grupie pięcioro dzieci realizowało poprawnie głoski środkowojęzykowe¹⁴. Jedna trzylatka wymawiała je w sposób zdeformowany¹⁵. U części trzylatków zaobserwowano substytucje głosek miękkich [ś], [ź], [ć], [ź] przez głoski zmiękczone [s'], [z'], [c'], [ʒ']. Odnotowano następujące realizacje: [s'itka] ‘sitka’; [guz'ik] ‘guzik’, [buʒ'ik] ‘budzik’, [c'astecko] ‘ciasteczko’. Dwoje innych dzieci również posługiwało się tymi substytutami głosek, ale zmiękczone dźwięki [s'], [z'], [c'], [ʒ'] artykułowało z deformacją (np.: [s'itka], [c'aceko]). Zdarzało się też, że niektóre dzieci zamiast głosek szeregu ciszącego używały głosek szeregu syczącego: [sf'ink'i] ‘świnka’; [castko] ‘ciastko’; [pocoŋk] ‘pociąg’; [żemiak] ‘ziemniak’; [ʒv'ik] ‘dźwig’. Pojawiły się też takie realizacje, w których dźwięki [ś], [ź], [ć], [ź] były substytuowane przez inne głoski dentalizowane, przeważnie z tego samego szeregu, ale różniące się stopniem zbliżenia narządów mowy: [poŋŋk] ‘pociąg’; [zv'ik] ‘dźwig’; [dv'ik] lub [zv'ik]; [ćinka] ‘świnka’; [c'itka] ‘sitka’.

d. Głoski przedniojęzykowo-zębowe dentalizowane

Zaobserwowano, że czwórka z badanych dzieci w zasadzie opanowała prawidłową wymowę spółgłosek przedniojęzykowo-zębowych¹⁶ (tylko jedno z nich czasem zastępowało głoskę [ʒ] łatwiejszym do wymówienia [ʒ] lub [ź]¹⁷). Jedna

¹⁴ Sporadycznie pojawiły się pojedyncze dźwięki zmiękczone.

¹⁵ Wadliwa wymowa głosek dentalizowanych dotyczyła w sumie trojga dzieci.

¹⁶ Ponadto troje dzieci realizowało je, ale w sposób zdeformowany.

¹⁷ Pojawiły się realizacje – prawidłowa: [ʒvonek] oraz nieprawidłowe: [źvonek] i [peńzelek].

dziewczynka zastępowała głoskę [s] i czasami dźwięk [z] przez ich miękkie odpowiedniki ([šok], [šamolot], [žamek]), ale w jej wymowie były już głoski [c] (wyraz ‘cebula’ zrealizowała jako [cebuja], a ‘cymbałki’ jako [cyubajk’i]), [ʒ] (‘dzwoneczek’ zrealizowany jako [zanecek], a ‘pędzel’ jako [penžeŋ]) oraz [z] (prawidłowo wyartykułowała wyraz ‘zapałki’). Dwoje dzieci używało różnych substytucji wszystkich głosek z omawianego szeregu: nastąpiła zamiana głoski [s] na [š]: [šamolot]; [s] na [č]: [čok]; substytucja głoski [z] przez dźwięk [d]: [damek]; zamiana [c] na [ž]: [žebula]; substytucja głoski [s] przez dźwięk [c]: [cok], [camolot]; zamiana [z] na [č]: [čapaŋk’i]; [c] na jej miękkie odpowiednik: [čebula], [čebaŋk’i] (‘cymbałki’); [z] na [ž] (i wzbogacenie wyrazu o dodatkową głoskę [d]): [džamek]; substytucję głoski [ʒ] przez jej miękkie odpowiednik: [peňžeŋ]¹⁸.

Z całego rozpatrywanego tu szeregu największą trudność sprawiała dzieciom głoska [ʒ] – była ona najczęściej substytuowana, a troje trzylatków ją opuściło (elizja). Wyraz ‘dzwonek’ był realizowany jako [vonek] lub [bonek]¹⁹.

e. Głoski przedniojęzykowo-dziąsłowe dentalizowane

Przeprowadzone badania potwierdziły, że spółgłoski przedniojęzykowo-dziąsłowe stanowią dla trzylatków trudność artykulacyjną. Tylko u jednej dziewczynki (na dziesięcioro badanych dzieci) zaobserwowałam prawidłowo artykułowane głoski szeregu szumiącego, które jednak pojawiały się tylko w niektórych wyrazach. W większości przypadków dziewczynka posługiwała się naturalną dla trzylatków substytucją polegającą na zastępowaniu dźwięków [š], [ž], [č], [ʒ] przez łatwiejsze w artykulacji głoski szeregu syczącego (zanotowałam np. realizacje: [sal’ik], [safa], [zabka], [capka]). Właściwie wyartykułowane głoski wystąpiły zwłaszcza w zdrobnieniach: [fočka] ‘foczek’, [kubecček] ‘kubeczek’, ponadto odnotowano je przy opisie obrazka przedstawiającego żółwia ([duży zuuf] ‘duży żółw’) oraz przy powtarzaniu wyrazów: ‘węże’ i ‘dżin-sy’. Ciekawe było też to, że podczas badania dziewczynka wyraz ‘czekolada’ wyartykułowała jako [cekoladka], a gdy badana była jej koleżanka, poprawiła jej wymowę, realizując prawidłowo głoskę č: [čekoladka]. Widać więc, że trzylatka zaczęła już artykułować głoski szeregu szumiącego, ale jeszcze nie zostały one utrwalone.

Pozostałe dzieci substytuowały trudne głoski łatwiejszymi. Zdecydowanie najczęstszą substytucją dźwięków [š], [ž], [č], [ʒ] były głoski [s], [z], [c], [ʒ]. Dwoje trzylatków dokonywało takiej substytucji, ale z deformacją, np.: [šal’ik]; [šufłada]; [zŋuf] / [zŋuf]. U trojga trzylatków dominowała substytucja przez spółgłoski szeregu ciszącego, choć pierwszych dwoje zastępowało [š] przez [s], a w wy-

¹⁸ Za to głoska [ʒ] była często artykułowana jako substytut głoski [ʒ].

¹⁹ U dziewczynki występuje substytucja [v] przez [b].

mowie dziewczynki dźwięki były dodatkowo deformowane, np.: [źuuf] / [źuf] / [źuf]; [ćapka]; [źem] / [źem]. U jednego z chłopców wystąpiła substytucja [č] i [ž] przez spółgłoskę [ž]: [želadka] – ‘czekoladka’; [žem]. Zaobserwowałam także zamianę spółgłoski [š] na [c], a [ž] na [č], np.: [cal'ik] – ‘szalik’, [cuflada] – ‘szuflada’, [ćux] – ‘zółw’. W badanej grupie był też chłopiec, który dźwięki [š], [ž], [č], [ž] realizował przyzębowo²⁰.

f. Spółgłoski r i l

Sporo kłopotów sprawiała dzieciom głoska [r]. Żadne z badanych nie miało utrwalonej wymowy tej głoski. Aż dziewięcioro dzieci substytuowało ją spółgłoską [l]. Zanotowano między innymi takie realizacje: [plalka] – ‘pralka’; [čytlyna] / [čitlyna] – ‘cytryna’, [luža] / [luža] / [luza] / [luža] / [luža] – ‘róža’. W tej grupie było troje dzieci, w których wymowie głoska [r] występowała, ale nieregularnie, co świadczy o jej słabym utrwaleniu, np. jedna z dziewczynek wymawiała wyrazy z zamianą spółgłoski: [plalka], [luza], ale jednocześnie prawidłowo artykułowała spółgłoskę [r] w innych wyrazach: [kolar'ik'i]²¹; [do graña]²², z kolei u jednego chłopca wymowę [r] zaobserwowano tylko w wyrazie ‘telefon’²³, a u innego – tylko gdy wymawiał swoje imię. Głoska ta była jednak wymawiana w sposób nieco odbiegający od normy – dźwięk był artykułowany we właściwym miejscu, ale bez wibracji ([řadom'ir], [přav'je čteřy]²⁴). Tylko u jednej dziewczynki występowała substytucja spółgłoski drżącej przez półsamogłoskę [l̥]: [přajka]; [l̥uza]; [čit'lynka].

U innej dziewczynki pojawiła się substytucja głoski [l], która konsekwentnie zamieniana była na [l̥], np.: [foteł] ‘fotel’, [tejęfon] ‘telefon’; [l̥ajka] ‘lalka’.

g. Pozostałe spółgłoski

Spółgłoski [p], [b], [m], [k], [g], [f], [v], [t], [d], [n], [x] przez większość dzieci w badanej grupie były poprawnie realizowane, ich artykulacja nie sprawiała trzylatkom większych problemów. Zaobserwowałam jednak kilka odchyleń od normy ortofonicznej.

Najczęściej substytuowane były głoski [f] oraz [v]. Zamieniane były głównie na [p] i [b]. Zdarzała się również zamiana głoski [f] na [x] i odwrotnie. Pojawiły się następujące formy: [bagon] ‘wagon’; [bauek] ‘wałek’; [poka] ‘foka’,

²⁰ Więcej na ten temat w podrozdziale i.: *Deformacje*.

²¹ Realizacja z przestawką.

²² Przy zestawie obrazków sprawdzających wymowę głoski [c] dziewczynka użyła słów ‘cymbałki do grania’.

²³ Chłopiec najpierw użył słowa [tenetor], wtedy ponownie zapytałam, co widzi na obrazku i usłyszałam realizację: [anetor].

²⁴ Symbolem ř oznaczam [r] pozbawione wibracji.

[*potel*] ‘fotel’; [*telexon*] ‘telefon’; [*ćufća*] ‘ciuchcia’. U jednej z trzylatek zanotowałam jednorazową zamianę [g] na [b] w wyrazie ‘guzik’ (wyartykułowany jako [*bużik*]). Jeden chłopiec zamieniał także głoski [k] i [g] na [t] oraz [d], ale wyłącznie w nagłosie: [*tubek*] ‘kubek’; [*domka*] ‘gąbka’; [*dumka*] ‘gumka’.

Wszystkie te substytucje mają charakter rozwojowy, co wiąże się z faktem, że mowa dzieci w tym wieku znajduje się w fazie udoskonalania. Ważne jest to, że tylko u dwóch dziewczynek i jednego chłopca substytucje były konsekwentne.

h. Zaburzenia struktury fonetycznej wyrazów

Wśród zmian ilościowych można wyróżnić takie, które związane są z opuszczeniem w wymowie sylab bądź głosek oraz z tzw. dziecięcą redukcją grup spółgłoskowych (Sołtys-Chmielowicz 1998: 102). Pierwszy rodzaj zmian pojawił się w badanej grupie tylko raz. Polegał na uszczupleniu struktury wyrazu ‘zapalki’ o sylabę nagłosową (elizja nagłosowa jednosylabowa – Sołtys-Chmielowicz 1998: 104) – dziecko zrealizowało wyraz jako [*paŋk’i*]. Częściej obserwowano redukcję grup spółgłoskowych²⁵. Wyrazy, w których były połączenia głoski zwartej i szczelinowej, najczęściej upraszczano do jednej spółgłoski zwarto-szczelinowej, np.: [*ćonska*], [*cotka*], [*ćoska*] – ‘książka’; [*cenzyć*], [*ćenzyć*] – ‘księżyc’. Grupa [*kś*] bywała także upraszczana przez pominięcie spółgłoski zwartej, a pozostawienie szczelinowej przylegającej do samogłoski (Sołtys-Chmielowicz 1998: 106–112), np.: [*śouśka*] ‘książka’, [*śezyć*] ‘księżyc’. Wystąpiło także uproszczenie grupy złożonej z głosek szczelinowej i zwartej: [*podńe*] ‘spodnie’. Grupa spółgłoskowa będąca połączeniem spółgłoski zwarto-szczelinowej i szczelinowej była redukowana do samej spółgłoski szczelinowej lub zastępowana spółgłoską zwartą: [*vonek*], [*bonek*] ‘dzwonek’; [*v’ik*] ‘dźwig’. W przypadku drugiego wyrazu z tą grupą spółgłoskową nastąpiła też realizacja z jej redukcją do spółgłoski zwarto-szczelinowej (opuszczenie głoski szczelinowej): [*żik*], [*ż’ęcyŋkou*]. W wyrazie ‘świnki’ połączenie głoski dentalizowanej z wargową u dwojga dzieci zostało zrealizowane poprzez pominięcie dźwięku wargowego, mimo że przylega on do samogłoski (Sołtys-Chmielowicz 1998: 113): [*śink’i*] / [*śink’i*]. W przypadku połączenia spółgłosek zwartej i półotwartej najczęściej była opuszczana półotwarta (Sołtys-Chmielowicz 1998: 109). Takiego uproszczenia dokonała jedna dziewczynka, a dotyczyło ono wyrazu ‘pralka’, który został zrealizowany jako [*palka*]. Przy połączeniu samogłoski [u] i półsamogłoski [y] dzieci najczęściej pomijały tę drugą i ograniczały się do wyartykułowania samej samogłoski: [*zuv’ik*] ‘żółwik’, [*ćux*] / [*zřuf*] / [*zřuf*] ‘żółw’. W grupie spółgłoskowej będącej połączeniem dwóch sonornych (twardej i miękkiej) dwoje dzieci również dokonało redukcji: [*żeńak*] / [*żeńak*] ‘ziemiak’.

²⁵ Materiał uzyskany w badaniu analizuję, wzorując się na materiale uporządkowanym przez A. Sołtys-Chmielowicz (1998: 101–134).

Wśród zmian ilościowych pojawiły się także przypadki wzbogacania struktury fonetycznej wyrazu, czyli epentezy, ale zdarzały się one bardzo rzadko. Odnotowano następujące realizacje: [dżamek] ‘zamek’, [kǫapka] ‘czapka’.

Zniekształcenia jakościowe związane są przede wszystkim z upodobnieniami i rozpodobnieniami głosek w wyrazach (Sołtys-Chmielowicz 1998: 118–122.) Asymilacje są zjawiskami naturalnymi, typowymi dla wszystkich języków świata, jednak u dzieci do szóstego roku życia można obserwować upodobnienia niemieszczące się w normie (Sołtys-Chmielowicz 1998: 118–120). Wśród odnotowanych realizacji znalazł się tylko jeden przykład asymilacji przyległej. Była to asymilacja całkowita. Dziewczynka wymówiła wyraz ‘ciasteczko’ jako [c’acekko] ([čk] → [kk]). Więcej było upodobnień na odległość: [tytlyna] ‘cytryna’ – asymilacja wsteczna; [tatucek] ‘kwiatusek’ – asymilacja wsteczna; [nadalynka] ‘mandarynka’ – asymilacja wsteczna; [sosek] ‘soczek’ – asymilacja postępową; [cekalada] ‘czekolada’ – asymilacja samogłoskowa perseweracyjna. Wśród metatez zaobserwowałam następujące: [gezal] ‘zegar’, [skoncka] ‘książka’, [skenzyc] ‘księżyc’, [pońców] ‘pociąg’²⁶.

i. Deformacje

W czasie badań dziesięcioosobowej grupy trzylatków u czworga dzieci zaobserwowano produkcję dźwięków, których brak w zasobie głosek języka polskiego, a więc zdeformowanych. Były to głoski artykułowane międzyzębowo i przyzębowo oraz głoska [r] realizowana bez wibracji²⁷.

Artykulacja międzyzębowa występowała głównie przy wymowie głosek dentalizowanych. Zaobserwowano ją u trójga dzieci, a dotyczyła dźwięków szeregu ciszącego i syczącego²⁸: [šfinka]; [šitka]; [žemńak]; [gużik’i]; [žv’ik]. Jeden z chłopców wysuwał język na tyle daleko, że niemożliwe było jednoczesne zbliżenie go do palatum, powstawał więc najpierw dźwięk, którego głównym miejscem artykulacji była szczelina między zębami, a następnie artykułowana (lub zupełnie pomijana) była głoska [i]: [š’finka], [š’itka], [guž’ik], [poč’ońg’i]. Podobnie wyglądało to u innej dziewczynki. Prawidłowo (bez deformacji) zrealizowała ona jednak głoski miękkie w wyrazach ‘dźwig’, ‘guzik’, ‘budzik’. Nie bez znaczenia może być fakt, że wspomnianych dwoje dzieci to rodzeństwo – być może u dziewczynki, która potrafi właściwie zrealizować głoski dentalizowane, nieprawidłowa artykulacja wynika z naśladowania wymowy brata.

²⁶ Metateza bardzo często występuje obok innych zaburzeń w strukturze wyrazu, na przykład substytucji i redukcji (Sołtys-Chmielowicz 1998: 130), co widać też na podanych przeze mnie przykładach.

²⁷ Dwa ostatnie przypadki dotyczą jednego chłopca.

²⁸ Spółgłoski przedniojęzykowo-dziąsłowe były przez te dzieci substytuowane.

Interdentalizm może dotyczyć także innych (niż dentalizowane) głosek zębowych, czyli [t], [d] lub [n] (Jastrzębowska 2003: 162). Dodatkowo seplenienie międzyzębowe może mieć dwie formy. Tę wcześniej opisaną (*interdentalis*) oraz tak zwaną *interlabialis*, gdy język jest wsuwany między wargi (Jastrzębowska 2003: 162–163). Tak było u ostatnio wspomnianej dziewczynki, u której czasami pojawiał się ten rodzaj deformacji głosek [t] oraz [d]: [samolo[̃]]29; [çekolad[̃]a]; [fo[̃]eł]30.

A. Sołtys-Chmielowicz (2008: 106) przy omawianiu sygmatyzmu zwracała uwagę, że niektóre wady mogą mieć charakter rozwojowy i jako przykład wymieniała wymowę międzyzębową31. W przypadku moich badań za tym stwierdzeniem przemawia fakt, że zdeformowana artykulacja u jednej z dziewczynek nie była konsekwentna. Warto jednak zwrócić szczególną uwagę na takie niekształcone realizacje, gdyż nie każda musi być rozwojowa.

U wyżej wspomnianych trzylatków z międzyzębową artykulacją głosek [t], [d], także cały szereg syczący był wymawiany interdentalnie. Zanotowałam między innymi takie realizacje: [ʃok]; [çebula]; [çamek]. U jednego z tych trzylatków pojawiło się też jednorazowe zastąpienie głoski [ʒ] przez dźwięk [z], oraz [c] przez [s], oba zrealizowane międzyzębowo ([çvonek], [çytlyna]), a jedna z dziewczynek dokonała substytucji spółgłoski [c] przez dźwięk [ç] ([çebula]). W wymowie całej tej trójki pojawiły się substytuujące głoski przedniojęzykowo-dziąsłowych: [çal'ik]; [çuflada]; [çuuɸ] / [çuf], [çaba]; [çapka]; [çekolada]; [çuf]; [çaba].

Kolejną deformacją była przyzębowa realizacja głosek przedniojęzykowo-dziąsłowych. Taka wymowa dotyczyła jednego trzylatka: [çalik]; [çuflada]; [çuuɸ]; [kçapka]; [dçem]. Ze względu na wiek i umiejętności artykulacyjne dziecka można uznać, że ta deformacja ma charakter rozwojowy. A. Sołtys-Chmielowicz (2008: 102) podkreśla, że przez większość badaczy głoski przedniojęzykowo-zębowe są traktowane jako te, których artykulacji dzieci mogą się uczyć do szóstego roku życia. Jest duże prawdopodobieństwo, że chłopiec szybko i samodzielnie opanuje prawidłową wymowę, warto jedynie uważnie obserwować dalszy rozwój jego artykulacji.

Ten sam chłopiec był jednym z trojga trzylatków, u których odnotowałam głoskę [r]. Jej wymowa nie była jednak do końca poprawna. Przy prawidłowej artykulacji tej spółgłoski „boki języka przylegają do wewnętrznych powierzchni górnych zębów i dziąseł. Powierzchnia języka jest w części predorsalnej lekko wklęsnięta. Apex uderza o dziąsła. [...] Przy wymawianiu tej głoski mamy wibrację końca języka” (Sołtys-Chmielowicz, 2008: 114). U chłopca język znajdo-

29 Seplenienie *interlabialis* oznaczam symbolem: ≈.

30 Dziewczynka prawidłowo artykułowała jednak [t] i [d] w nagłosie czy w wyrazie ‘pułto’.

31 Nie dotyczy to oczywiście wszystkich przypadków sygmatyzmu międzyzębowego (Sołtys-Chmielowicz 2008: 106).

wał się we właściwym miejscu artykulacji, ale brakowało wibracji, przez co brzmienie głoski nieco odbiegało od normy. Zanotowałam między innymi realizacje: [*řadom'if*]; [*přav'e čteřy*]; [*břořzova*]. Biorąc pod uwagę wiek i możliwości realizacyjne chłopca oraz sposób wymawiania tej głoski, można założyć, że zjawisko to ma charakter rozwojowy, a realizowany przez niego dźwięk wkrótce przekształci się w prawidłowo artykułowane drżące [*r*].

4. Sprawność aparatu artykulacyjnego i słuch fonemowy

Spośród badanych dzieci tylko dwoje wykazywało wysoką sprawność aparatu wykonawczego (i bez problemu wykonało wszystkie polecenia w badaniu motoryki narządów artykulacyjnych) oraz jednocześnie w pełni wykształcony słuch fonematyczny. U trojga kolejnych dzieci stwierdzono brak problemów z rozróżnianiem fonemów, ale nieco obniżoną sprawność aparatu artykulacyjnego (zwłaszcza warg). U dwóch dziewczynek nie zaobserwowano żadnych problemów z motoryką narządów mowy, ale słuch fonematyczny nie został u nich jeszcze do końca wykształcony. Bardzo duże problemy z rozróżnianiem fonemów miała jedna z trzylatek, za to świetnie radziła sobie z wykonywaniem poleceń sprawdzających możliwości aparatu artykulacyjnego. Może to być związane z faktem, że dziewczynka od roku³² znajduje się pod opieką logopedy i wraz z nim pracuje nad sprawnością narządów mowy. U jednego z chłopców zauważyłam zarówno osłabioną sprawność narządów mowy, jak i niewykształcony słuch fonemowy. Pozostałe dwie dziewczynki miały problemy z rozróżnianiem fonemów. Pierwsza z nich mogła źle wskazywać nazywane przeze mnie obrazki z powodu braku skupienia na badaniu bądź z powodu niezrozumienia zadania³³. Druga z dziewczynek nie chciała wykonywać niektórych poleceń związanych ze sprawdzeniem możliwości jej aparatu wykonawczego – tych, które wymagały szerszego otwarcia ust. Jednak polecenia, które wykonała, pozwalają mi założyć, że ma dość dobrą sprawność języka.

5. Porównanie wyników ze stanem badań

Porównując wyniki przeprowadzonych badań z obserwacjami autorów prac na temat rozwoju mowy dziecka, można stwierdzić, że w ostatnich latach nie nastąpiły istotne różnice w zakresie rozwoju umiejętności artykulacyjnych u dzieci.

³² Informacja przekazana przez przedszkolankę.

³³ Badana trzylatka zakładała, że diagnosta wypowiada wyrazy nazywające obrazki na zmianę i zanim badający wymówił słowo, dziewczynka już wskazywała obrazek (mimo wytłumaczenia jej, że nie o to chodzi w zadaniu).

Analiza wymowy samogłosek ustnych w badanej grupie potwierdziła stwierdzenie A. Sołtys-Chmielowicz (1998: 70), według której prawidłowa artykulacja tych głosek jest u trzylatków ustabilizowana, a substytucje są sporadyczne. Tak było w badanej przeze mnie grupie. Zamianę samogłosek zaobserwowałam u połowy dzieci, ale były to zazwyczaj pojedyncze wyrazy. Nie zauważyłam jednak tendencji, o której pisze badaczka, a mianowicie skłonności do obniżania artykulacji (Sołtys-Chmielowicz 1998: 7)³⁴.

Przeprowadzone badania potwierdziły także opinię, że tzw. samogłoski nosowe są obecne w wymowie dzieci trzyletnich. Wyniki badań są zbliżone do rezultatów obserwacji B. Kamińskiej (2004). U połowy badanych przeze mnie dzieci odpowiednik wymawianiowy litery *q* w śródgłosie był artykułowany zgodnie z normą, ale często obserwowałam też realizację w postaci grupy składającej się z samogłoski ustnej i spółgłoski sonornej [n]. W przypadku artykulacji odpowiednika wymawianiowego litery *ę* w tej pozycji, podobnie jak badaczka, zaobserwowałam głównie grupę [en] lub [eń]. Wygłosowej realizacji odpowiednika wymawianiowego litery *ę* z obecną nosowością nie odnotowałam, ale nie badałam tej realizacji tak dokładnie jak Kamińska. Natomiast moje obserwacje dotyczące wymowy odpowiednika wymawianiowego litery *q* w wygłosie (głównie jako [om] lub [ou]) są podobne jak u wspomnianej badaczki (Kamińska 2004: 81–139).

Wyniki badań artykulacji spółgłosek [ʃ], [ʒ], [č], [ǰ] i [s], [z], [c], [ɟ] oraz dźwięku [r] w większości pokrywają się z obserwacjami A. Sołtys-Chmielowicz (2008). Głoski przedniojęzykowo-dziąsłowe stanowiły największą trudność artykulacyjną i były najczęściej zastępowane przez szereg syczący lub ciszący, w proporcji mniej więcej odpowiadającej procentowym danym badaczki. Według Sołtys-Chmielowicz (2008: 38–39) około 20% trzylatków substytuuje spółgłoski przedniojęzykowo-zębowe i wymawia ich miękkie odpowiedniki. Z moich badań również wynika, że taka zamiana jest rzadka u dzieci trzyletnich. Co prawda tylko 50% dzieci poprawnie realizowało szereg syczący³⁵, ale troje z pozostałych badanych także go realizowało, tylko w sposób zdeformowany. U pozostałych dwojga obok substytucji przez środkowojęzykowe zdarzały się też inne (na przykład przez inne głoski zębowe).

Jedyna różnica w wynikach badań dotyczy głosek szeregu ciszącego. Według Sołtys-Chmielowicz (2008: 34), realizuje je ponad 85% trzylatków. W przypadku mojej grupy badawczej poprawna artykulacja dotyczyła tylko połowy dzieci³⁶, przy

³⁴ Zanotowałam jeden wyraz z zamianą [o] na [a].

³⁵ Biorę tu pod uwagę także dziewczynkę, u której tylko trzy wyrazy na osiem (z materiału przeznaczonego do sprawdzenia artykulacji szeregu syczącego) zostały zastąpione przez głoski środkowojęzykowe.

³⁶ Ten niski procent wiąże się z faktem, że troje dzieci deformowało głoski dentalizowane i nie brałam pod uwagę ich realizacji.

czym dwoje trzylatków z tej grupy niekiedy dodatkowo zastępowało właściwe dźwięki innymi głoskami z tego samego szeregu. Pozostałe dzieci je deformowały, zastępowały zmiękczone lub twarde odpowiednikami.

Zgodnie z wynikami Sołtys-Chmielowicz, 39% dzieci w wieku trzech lat realizuje spółgłoskę [r] (2008: 98). Ja zaobserwowałam ją u trojga dzieci, ale nie była ona utrwalona, występowała w pojedynczych wyrazach, a u jednego chłopca była dodatkowo pozbawiona wibracji. Jednak dane dotyczące substytucji są zbliżone do tych, które podaje w swojej pracy Sołtys-Chmielowicz (2008: 98). Najczęściej występuje zamiana [r] na [l]. Sporadycznie można zaobserwować substytucję przez [j].

W zakresie substytucji spółgłosek innych niż dentalizowane i [r] zaobserwowaną przez badaczy zamianę [f] na [t], a [v] na [d] zauważyłam tylko u jednego chłopca. Częściej pojawiała się substytucja [f] i [v] przez [b] i [p]. Sporadycznie zdarzała się zamiana [f] na [x]³⁷.

Wnioski

Dokonane przeze mnie obserwacje w zasadzie pokrywają się z dotychczasowymi ustaleniami badaczy dotyczącymi wymowy dzieci przedszkolnych. Dokładne porównanie artykulacji niektórych głosek, na przykład szeregu ciszącego, ze stanem badań nie było w pełni możliwe ze względu na deformacje obecne w realizacjach badanych dzieci. Różnica dotycząca gorszej realizacji głoski [r] w porównaniu ze stanem badań. Może się to wiązać z dość słabą sprawnością aparatu artykulacyjnego i nie w pełni wykształconym jeszcze słuchem fonemowym w badanej przeze mnie grupie.

Trzylatki bez większych problemów komunikują się z otoczeniem, lecz ich artykulacja jest jeszcze niedoskonała i wciąż się usprawnia. Świadczą o tym chociażby pojawiające się sporadycznie w ich realizacjach trudne artykulacyjnie spółgłoski dźwięczne czy głoska [r]. Ważne jest więc wspieranie prawidłowego rozwoju mowy dziecka dzięki, między innymi, usprawnianiu możliwości aparatu artykulacyjnego i ćwiczeniom słuchu fonematycznego.

Obserwacja wymowy trzylatków dostarcza bardzo cennych informacji o procesie rozwoju mowy. Językoznawca, badając wymowę dzieci w tym wieku, może mieć pewność, że zgromadzi niezwykle interesujący materiał, szczególnie jeśli chodzi o możliwości artykulacyjne. Przeprowadzone przeze mnie badania dostarczają cennych informacji na temat stanu rozwoju mowy dzieci trzyletnich, ale nie wyczerpują wszystkich możliwych perspektyw badawczych. Przebadanie większej grupy trzylatków, także przy użyciu innych narzędzi, np.

³⁷ Tę tendencję wymienia także E. Minczakiewicz (1996: 71).

elektronicznych, akustycznych itp. oraz uwzględnienie takich uwarunkowań rozwoju mowy, jak na przykład lateralizacja, mogą znacznie wzbogacić informacje na ten temat.

Literatura

- Bartkowska T., 1968, *Rozwój mowy dziecka przedszkolnego jako wynik oddziaływań wychowawczych rodziny i przedszkola*, Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.
- Demel G., 1979a, *Wady wymowy. Profilaktyka i korekcja*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Demel G., 1979b, *Elementy logopedii*, Warszawa: WSiP.
- Deyer L., 2006, *Mowa dziecka. Zrozum i rozwiń mowę dziecka*, tłum. R. Waliś, Warszawa: Wydaw. K.E.Liber.
- Dunaj B., 2006, *Zasady poprawnej wymowy polskiej*, „Język Polski” LXXXVI, z. 3, s. 161–172.
- Dzikowska T., 2006, *Rozwój kompetencji fonologicznej i fonetycznej a wady wymowy*, „Logopeda” 2, s. 31–45, [dostęp na: http://www.logopeda.org.pl/resources/pliki/65_logopeda_nr_2.pdf].
- Jastrzębowska G., 2003, *Dyslalia* [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi*, red. H. Łangowska-Reiner i J. Hajduk-Nijakowska, t. 2, wyd. 2, Opole: Wydaw. Uniwersytetu Opolskiego.
- Kaczmarek L., 1953, *Kształtowanie się mowy dziecka*, Poznań: Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk.
- Kaczmarek L., 1997, *Nasze dziecko uczy się mowy*, Lublin: Wydaw. Lubelskie.
- Kamińska B., 2004, *Samogłoski nosowe w wymowie dzieci w wieku przedszkolnym*, Lublin: Wydaw. UMCS.
- Kamińska B., Siebert B., 2012, *Podstawy rozwoju mowy u dzieci*, „Forum Medycyny Rodzinnej”, t. 6, nr 5, 236–243, [dostęp na: https://journals.viamedica.pl/forum_medycyny_rodzinnej/article/view/20264/15919].
- Krajna E. 2008, *100-wyrazowy test artykulacyjny*, Gliwice: Komlogo.
- Krajna E., Bryndal M., 1999, *100-wyrazowy test artykulacyjny. Analiza słuchowa nagrań i próba normalizacji testu*, „Audiofonologia” 14, s. 137–174.
- Lipowska M., 2001, *Profil rozwoju kompetencji fonologicznej dzieci w wieku przedszkolnym*, wyd. 1, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Lorenc A., Święciński R., 2014, *Badania artykulacyjne głosek języka polskiego*, „Logopedia”, XLIII–XLIV, Lublin.
- Łobacz P., 1996, *Polska fonologia dziecięca. Studia fonetyczno-akustyczne*, Warszawa: Wydaw. Energeia.
- Michalak-Widera I., Węsierska K., 2012, *Test do badań przesiewowych mowy dla dzieci w wieku przedszkolnym*, Katowice: Wydaw. Naukowe Unikat-2.
- Minczakiewicz E.M., 1996, *Mowa – rozwój – zaburzenia – terapia*, Kraków: Wydaw. Naukowe Akademii Pedagogicznej w Krakowie.
- Rocławski B., 1994, *Słuch fonemowy i fonetyczny. Teoria i praktyka*, Gdańsk: Glottispol.
- Sołtys-Chmielowicz A., 1998, *Wymowa dzieci przedszkolnych*, Lublin: Wydaw. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Sołtys-Chmielowicz A., 2008, *Zaburzenia artykulacji. Teoria i praktyka*, wyd. 1, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Tyborowska K., 1957, *O rozwoju mowy dziecka*, Warszawa: PWN.
- Wiśniewski M., 2001, *Zarys fonetyki i fonologii współczesnego języka polskiego*, Toruń: Uniwersytet Mikołaja Kopernika.

**The level of articulation ability development in contemporary
three-year-old children vs the state of research to date**

Summary

The article presents the results of tests on articulation by contemporary three-year-old children and a comparison to the previous findings of researches with regard to the level of speech development in children. The author has focused not only on the inventory of the articulated sounds and substitutions frequent at that age, but has also made a review of distortions in the structure of words and the deformations observed in the children subject to the research. Also presented have been the results of observation of the conditions for speech development (phonematic hearing and efficiency of the articulating organs) and their relationship with the shaping of speech in a child have been analysed.

Key words: speech development, articulation, substitution, deformation, phonetics

Natalia Królicka

Uniwersytet Rzeszowski

PORÓWNANIE KOMPETENCJI JĘZYKOWYCH I KOMUNIKACYJNYCH DZIEWCZĄT I CHŁOPCÓW W WIEKU SZEŚCIU LAT

Niniejsza publikacja stanowi próbę odpowiedzi na pytanie, czy płeć może stanowić jeden z wielu czynników wpływających na kompetencje językowe i rozwój mowy. W tym celu zdefiniowano pojęcia kompetencji komunikacyjnej i językowej oraz omówiono rozwój mowy dziecka ze szczególnym uwzględnieniem mowy sześciolatków (gdyż tej grupy wiekowej dotyczyły badania przeprowadzone dla potrzeb artykułu). Początkowo założono, że przewaga dziewcząt nad chłopcami w zakresie komunikacji jest tylko mitem rozpowszechnionym w opinii publicznej. Jednak dogłębsza analiza neurologicznego aspektu mowy człowieka potwierdziła słuszność tego przekonania. Prześladowano historię badań nad lokalizacją ośrodków mowy oraz czynniki neurologiczne, które wpływają na rozwój mowy i wykazano szereg dowodów, które świadczą o tym, że dziewczęta szybciej rozwijają zdolność mowy, a ich umiejętności komunikacyjne znacznie przewyższają kompetencje chłopców w równoległym wieku. Potwierdziły to także wyniki własnych badań.

Słowa kluczowe: rozwój mowy dziecka, mowa a płeć, kompetencja językowa, kompetencja komunikacyjna

Wstęp

Środowisko, w którym żyjemy, nieustannie próbuje wmówić nam, że troska o siedmiolatka, który woła *hula* zamiast *hura*, jest nieuzasadniona, bo to przecież chłopiec i jeszcze ma prawo popełniać błędy. Zupełnie inaczej odnosi się do jego młodszej siostry, której już zaleca kontrolę logopedyczną. Bo w opinii publicznej dziewczynka w tym wieku powinna pięknie realizować wszystkie głoski. Wyjaśnienie: „bo to chłopiec” daje się słyszeć na tyle często, że warto zbadać, na ile to twierdzenie można uznać za prawdziwe. Czy chłopcy rzeczywiście mogą cieszyć się „taryfą ulgową” przy ocenie ich mowy i wymowy, kompetencji językowych i komunikacyjnych, tylko ze względu na różnicę płci? I na ile te różnice wpływają na rozwój myślenia i mowy? A może różnice w zakresie nabywania języka wynikające z płci dziecka są tylko mitem?

W wielu publikacjach pojawiają się adnotacje dotyczące płci jako czynnika wpływającego na rozwój mowy, jednak często pomija się w nich wyjaśnienie,

dłaczego płeć jest tak istotna w nabywaniu języka. Celem rozważań jest próba ustalenia, czy płeć może wpływać na rozwój mowy dziecka, a jeśli tak – to dlaczego? W jakim stopniu? Ważna jest także kwestia, jak duże mogą być ewentualne różnice w mowie chłopców i dziewcząt i na czym dokładnie te różnice polegają.

W celu określenia poziomu opanowania zdolności komunikacyjnych i językowych dziewcząt i chłopców skonfrontowano opinie językoznawców, psychologów i neurologów, dodatkowo przeprowadzono badanie sondażowe na grupie dziesięciorga dzieci z oddziału przedszkolnego (pięciu chłopców i pięć dziewczynek), które zostały wytypowane do badania przez wychowawcę. Nauczyciel wybrał uczniów o zbliżonym (jego zdaniem wysokim) poziomie kompetencji językowych i komunikacyjnych. Biorąc pod uwagę różnice w zakresie budowy ośrodkowego układu nerwowego, głosy niektórych językoznawców i opinię publiczną, przyjęto hipotezę, że poziom nabycia kompetencji językowych i komunikacyjnych może być zależny od płci dziecka.

1. Język a użycie języka

Język wyewoluował z formy dźwiękowego porozumiewania się organizmów żywych i w powszechnej świadomości funkcjonuje jako narzędzie komunikowania się. Jednak takie rozumienie języka wydaje się ograniczone. Jest on przecież także środkiem wyrazu ludzkich myśli, uczuć, przeżyć związanych nie tylko z teraźniejszością, lecz także przyszłością czy przeszłością. Nie ogranicza się jedynie do przekazywania informacji, ale „ma wśród tych sposobów wymiany informacji uprzywilejowaną pozycję, gdyż jest czymś dla człowieka naturalnym, uniwersalnym, mającym największe (praktycznie nieograniczone) możliwości” (Łuczyński 2011: 11).

Ponadto ważne jest odróżnienie użycia języka od umiejętności, którą dysponują jego użytkownicy. Współlistnienie tych zjawisk zauważył Ferdinand de Saussure, który wyróżnił w języku dwa aspekty, wprowadzając do językoznawstwa terminy: *langue* i *parole*. Rozróżnienie dwóch stron języka umożliwiło dokładniejsze rozpoznanie i uporządkowanie umiejętności związanych z procesem mówienia. Ze sferą *langue* ściśle związana jest kompetencja językowa, natomiast z *parole* – kompetencja komunikacyjna (za: Grzegorzczkova 2007: 34).

1.1. Kompetencje językowe

Noam Chomsky podkreśla fakt, że na powstawanie i łączenie się znaków językowych mają wpływ zdolności umysłowe człowieka. Dzięki nim język pełni funkcję kreatywną, czyli daje użytkownikowi możliwość tworzenia dowolnej

liczby zdań ze skończonego zbioru elementów językowych (za: Grabias 1994: 30). Ludzki umysł pozwala nie tylko tworzyć wypowiedzi poprawne pod względem gramatycznym, lecz także umożliwia odróżnienie zdania gramatycznie poprawnego od błędnego, a związana z kompetencją językową znajomość syntaktycznych i leksykotaktycznych reguł języka pozwala na budowanie zdań formalnie poprawnych i zrozumiałych dla odbiorcy. Chomsky nazywa te umiejętności kompetencją językową. Kompetencja językowa precyzyjnie objaśnia, na czym polega proces tworzenia zdań, jednak aby możliwe było tworzenie aktów mowy, niezbędna jest kompetencja komunikacyjna (Grabias 1994: 32).

1.2. Kompetencje komunikacyjne

Wymiana komunikatów pomiędzy nadawcą a odbiorcą odbywa się w określonej sytuacji komunikacyjnej, wymaga kontekstu jasnego dla obu stron. Dell Hathaway Hymes doszedł do wniosku, że oprócz zdolności prawidłowego formułowania wypowiedzi ważne są także takie aspekty, jak elokwencja i wykrywanie reguł odpowiedniości, czyli dostosowanie komunikatu do danej sytuacji. Umiejętność adekwatnego do sytuacji zachowania społecznego, którą cechuje świadoma lub nieświadoma wiedza o regułach używania języka w różnych sytuacjach, to kompetencja komunikacyjna (za: Grabias 1994: 33). Człowiek nabywa tę zdolność w procesie socjalizacji, która niejako zmusza go do pełnienia różnych ról społecznych. Poziom opanowania tej kompetencji zależy od indywidualnych, psychicznych predyspozycji użytkownika języka i stopnia jego przystosowania do życia w danym środowisku.

2. Rozwój mowy dziecka

Rozwój mowy dziecka rozpoczyna się już w okresie prenatalnym. Badania dowodzą, że płód jest w stanie rozpoznać głos matki, a także na niego reagować. Kiedy niemowlę przychodzi na świat, uczy się języka poprzez naśladowanie słyszanych dźwięków. Pierwszym symptomem mowy jest krzyk, poprzez który niemowlęta komunikują swoje prymarne potrzeby lub wyrażają zmęczenie czy niezadowolenie, np. wywołane nagłą zmianą pozycji, silnym hałasem itp. W ciągu kolejnych miesięcy mowa rozwija się bardzo szybko. Mniej więcej w połowie pierwszego roku życia niemowlę zaczyna „bawić się” dźwiękami i wokalizować, czyli gaworzyć. Roczne dziecko świadomie powtarza pewne sekwencje sylabowe, tworząc w ten sposób pierwsze wyrazy. Okres wypowiedzania pierwszych zdań przypada na 2–3 rok życia dziecka – zaczyna ono wówczas budować coraz dłuższe połączenia wyrazowe.

Proces nabywania mowy dziecka powinien być zakończony w wieku sześciu lat. Do ukończenia siódmego roku życia dziecko powinno wypowiadać wszystkie głoski oraz tworzyć poprawne konstrukcje zdaniowe, a także w pełni świadomie porozumiewać się z otoczeniem¹. Małgorzata Cywińska nazywa wiek przedszkolny „eksplozją gramatyki”, zauważając, że w tym okresie następuje znaczny postęp w nabywaniu umiejętności budowania zdań (Cywińska 2016: 25). Zasób słów z czasem wzrasta, dlatego dziecko tworzy zdania coraz bardziej rozbudowane i różnorodne pod względem wykorzystania rozmaitych części mowy. Sprawnie operuje zaimkami, coraz częściej unika powtórzeń i poprawnie buduje zdania z wykorzystaniem spójników, dzięki czemu wypowiedzi stają się coraz bardziej spójne.

2.1. Rozwój słownika dziecka

Laura Dyer określa, że zasób słownictwa sześciolatka to około 2600 słów (Dyer 2004: 103). Rozwój fonologiczny u dziecka w normie intelektualnej powinien być już ukończony, więc wypowiedzianie zbitków spółgłoskowych nie powinno stanowić trudności. Elizabeth B. Hurlock podzieliła tworzenie się słownika dziecka na etap słownika ogólnego i specjalnego (Hurlock 1961: 227). Rozróżnienie zauważone przez badaczkę zostało wykorzystane w dalszej części dla uporządkowania pojawiających się kolejno w języku dziecka części mowy.

Słownik ogólny składa się z wyrazów niezbędnych do funkcjonowania w społeczeństwie i porozumiewania się z otoczeniem. Wyrazy w nim zebrane mają charakter ogólny. Warto zauważyć, że w procesie przyswajania języka części mowy nie występują w sposób przypadkowy i nieuporządkowany. Są one przyswajane hierarchicznie, ze względu na stopień niezbędności słowa w procesie komunikacji. Jako pierwsze używane są rzeczowniki niezbędne do nazywania osób czy przedmiotów występujących w środowisku dziecka. Sześciolatek operuje już szerokim zbiorem rzeczowników w różnych kategoriach, zna ich znaczenie i świadomie łączy pojęcie z danym elementem rzeczywistości. Potrafi odmieniać rzeczownik przez przypadki i liczby, a także rozróżnia jego rodzaje. Kolejną częścią mowy, którą dziecko przyswaja po opanowaniu rzeczowników, są czasowniki. Pierwsze czasowniki są właściwie nieodmienne. Maria Zarębina zauważa, że w niektórych kontekstach mogą być one odbierane nawet jak rzeczowniki (Zarębina 1965: 48). Sześciolatek ma ukończony proces przyswajania kategorii czasownika, posługuje się nim w pełni świadomie, nazywając czynności i stany. Stosuje prawidłowy tryb, stronę i liczbę, a także odmienia czasownik przez osoby i rodzaje. W wypowiedzi dziecka 6-letniego dominują rzeczowniki i czasowniki (od około drugiego roku życia główną rolę w zdaniu pełnią czasowniki).

¹ Więcej o rozwoju mowy dziecka zob. m.in.: Hurlock 1961; Dyer 2006; Zyzik 2011 i in.

Przymiotniki i przysłówki pojawiają się około połowy drugiego roku życia. Najczęściej są wykorzystywane przez dziecko do określania przeciwstawnych cech, jak: *dobry – zły, ładny – brzydki* (Hurlock 1961: 228). Przymiotniki w mowie dziecka 6-letniego są używane stosunkowo rzadko, ale sześciolatek potrafi je stosować w poprawnej formie gramatycznej oraz prawidłowo rozdziela przymiotniki oceniające pozytywnie od negatywnych. Oszczędność słowa i skłonność do skracania wypowiedzi sprawiają, że przymiotniki są jednak często pomijane, a wypowiedzi dzieci ograniczają się jedynie do prostych zdań konstruowanych na zasadzie połączeń rzeczowników i czasowników (por. też: Szuman 1968: 107).

Słownik specjalny dziecko zaczyna tworzyć mniej więcej po ukończeniu trzeciego roku życia. Składa się on ze słów mających znaczenie specjalne i stosowanych wyłącznie w określonych sytuacjach na potrzebę użytkownika (Hurlock 1961: 227). Sześciolatek zainteresowany daną dziedziną wiedzy będzie poszukiwał słów, które pomogą mu określić jej elementy. Wiąże się to przede wszystkim z rozwojem własnych zainteresowań dziecka, które zmuszają do poszukiwania słownictwa niezbędnego do funkcjonowania w określonym kręgu rzeczywistości.

Oprócz słownika ogólnego i specjalnego wyróżnia się też **słownik grzecznościowy**. Zalicza się do niego słowa, które dziecko nabywa poprzez wychowanie w duchu kultury osobistej. W zbiorze owego słownika znajdują się więc takie leksemy, jak: *dziękuję, proszę* itp. Będzie to ważne dla opanowania umiejętności dostosowania słownictwa dziecka do sytuacji oficjalnej, kiedy wykorzystanie słownika grzecznościowego jest konieczne.

2.2. Rozwój składni

W mowie dziecka proste zdania pojedyncze pojawiają się przed ukończeniem drugiego roku życia. Zdania bardziej skomplikowane, w tym zdania złożone, notuje się dopiero po ukończeniu piątego roku życia – wcześniej używane są one sporadycznie. Sześciolatek potrafi sprawnie poradzić sobie ze skonstruowaniem poprawnego zdania złożonego, choć w jego wypowiedziach występuje ono bardzo rzadko, na co ma wpływ współczesna tendencja do skrótowości i oszczędności słowa. Na długość i jakość wypowiedzianych przez dziecko zdań wpływa wiele czynników. Dzieci wychowywane w zamożnych rodzinach lepiej radzą sobie z konstruowaniem zdań dłuższych i popełniają przy tym mniej błędów językowych, co może być uwarunkowane ich częstszym kontaktem z literaturą, sztuką i kulturą, co statystycznie rzadziej jest udziałem dzieci ze środowisk uboższych.

Co ciekawe, budowa zdań jest zależna od płci dziecka. E.B. Hurlock, powołując się w swojej pracy na badania amerykańskie, pisze: „Podobnie dziewczęta w każdym wieku przewyższają chłopców pod względem budowy zdań” (Hu-

rlock 1961: 234). Zdania konstruowane przez dziewczęta są pełne, dłuższe i bardziej poprawne. Dziewczynki chętniej rozmawiają – nie tylko w otoczeniu rówieśników, ale także z dorosłymi – i mniej trudności sprawia im dostosowanie stylu wypowiedzi do sytuacji.

Sześciolatek dobrze radzi sobie z nawiązywaniem kontaktów z rówieśnikami. Potrafi uważnie słuchać i analizować wypowiedzi innej osoby, a przy tym zastosować język adekwatny do sytuacji. Proces nabywania kompetencji zarówno językowej, jak i komunikacyjnej powinien więc na tym etapie być ukończony (choć mowa będzie się doskonaliła praktycznie przez całe życie).

3. Neurologia a mowa człowieka

Dziecko uczy się mówić poprzez obcowanie ze środowiskiem posługującym się danym językiem. Stanisław Szuman pisze: „aby dojść do porozumienia się z dzieckiem, dorośli oddziałują na nie bodźcami słownymi” (Szuman 1968: 25). Słowem kluczowym w tej wypowiedzi wydaje się „bodziec”. Stanisław Kowalski „słowo” definiuje właśnie jako bodziec, który „nie jest niczym innym jak tylko specyficznym układem fal akustycznych (słowo mówione) lub promieni świetlnych (słowo pisane) ukształtowanym przez odpowiednie czynniki narządów mowy lub przez odpowiednie znaki pisarskie” (Kowalski 1962: 41). Skoro słowo to bodziec, to według teorii Iwana Pawłowa, mowa rozwija się w zakresie drugiego układu sygnałowego². Od bodźców wytwarzanych przez człowieka nieświadomie (tzw. odruchów bezwarunkowych) słowo różni się tym, że wytwarzane jest w sposób świadomy.

Dziecko w trakcie rozwoju nabywa doświadczeń i poszerza swój zasób słownictwa. Z czasem zaczyna zauważać, że określone słowa wywołują wśród otoczenia dane reakcje i zaczyna w pełni świadomie komunikować się w celu wywołania oczekiwanego działania. Rozwój mowy jest zatem ściśle zintegrowany z rozwojem zmysłowym oraz umysłowym, które mają wpływ na jakość komunikacji w późniejszym okresie życia.

3.1. Historia badań nad lokalizacją ośrodków mowy

Kluczową rolę w tworzeniu się języka odgrywają procesy fizjologiczne, których receptory umieszczone są w korze mózgowej. Historia ustalenia lokalizacji ośrodków mowy w mózgu człowieka jest bardzo długa, a na ten temat powstało

² Pawłow wyróżnił dwa rodzaje układów: pierwszy (obejmujący bodźce przyjmowane bezpośrednio przez narządy zmysłów) i drugi (do którego należą bodźce w postaci słów pobudzających człowieka do danej reakcji, bez bezpośrednio oddziałujących na jego zmysły bodźców) (Petrozolin-Skowrońska 1996: 914).

mnóstwo różnych koncepcji³. Dla określenia lokalizacji ośrodków mowy najbardziej trafna wydaje się metoda, która polega na badaniu zaburzeń mowy i ustaleniu zależności pomiędzy niedostatkami mowy a uszkodzeniami mózgu.

Na początku wieku XIX ze swoją koncepcją fonologiczną wystąpił austriacki neurolog Franz Joseph Gall, wysuwając wnioski, że główne ośrodki mowy umiejscowione są w przednich płatach mózgu (za: Maruszewski 1970: 35). Potwierdził to chirurg Paul Broca, który dokonał sekcji zwłok swojego pacjenta chorującego na ropień nogi i przejawiającego zaburzenia komunikacji. Okazało się, że uszkodzeniu w mózgu mężczyzny uległa tylna część drugiego i trzeciego zwoju czołowego po stronie lewej. Kiedy potwierdzono drugi taki przypadek, Broca doszedł do wniosku, że w tej części mózgu mieści się ośrodek odpowiedzialny za mowę. Wówczas rozpoczęła się ożywiona dyskusja dotycząca istnienia w mózgu specjalnych ośrodków, które odpowiadałyby za produkcję i rozwój mowy. W 1874 r. wybitny niemiecki lekarz Paul Wernicke opisał kolejny przypadek zaburzeń mowy, polegający na tym, że chory, zdolny do wypowiedzania słów, nie rozumiał wypowiedzi innych osób. Okazało się, że przyczyną takiego stanu rzeczy były niedostatki w budowie tylnej części pierwszego zwoju skroniowego po lewej stronie. Autorem nieco innej koncepcji jest Zygmunt Freud – twórca psychoanalizy. Doszedł on do wniosku, że zaburzenia mowy mogą wynikać nie tylko z uszkodzenia ośrodków, ale także z sieci, które łączą je ze sobą (Maruszewski 1970: 37–38).

Wszystkie te odkrycia sprawiły przyjęcie jednej koncepcji głoszącej istnienie kilku ośrodków mowy. Ośrodek Wernickiego został uznany za słuchowy ośrodek mowy, a ośrodek Broki – za ośrodek kinestetyczny. Umiejscowienie tych ośrodków w półkuli mózgu zależne jest od lateralizacji użytkownika danego języka. U osób o lateralizacji prawostronnej ośrodki mowy będą znajdowały się w większości przypadków w półkuli lewej (Kowalski 1968: 64).

3.2. Czynniki neurologiczne wpływające na różnice w mowie wynikające z płci

Na rozwój mowy może mieć wpływ wiele czynników. Laura Dyer w swojej pracy wymienia takie elementy, jak: kolejność przyjścia dziecka na świat,

³ Zaburzenia mowy wynikające z uszkodzeń mózgu zostały odnotowane już w starożytności, m.in. przez Hipokratesa. Valerius Maximus i Pliniusz powoływali się na przykład pewnego człowieka z Aten, który stracił „pamięć liter” w wyniku urazu głowy, co prawdopodobnie jest pierwszym opisem afazji. W późniejszych latach rozróżniano już zaburzenia wynikłe nie tylko wskutek zaburzeń mózgu, lecz także te, których przyczyną mogło być porażenie narządów mowy. Na przełomie XVII i XVIII wieku zainteresowanie zaburzeniami mowy wzrosło. Wyróżniono wówczas po raz pierwszy afazję ruchową i parafazję. Odnotowano także przypadek niezdolności powtarzania słów przy zachowaniu rozumienia mowy. Około roku 1800 opisano znaczną liczbę różnego rodzaju zaburzeń afatycznych (Maruszewski 1970: 33–34).

wpływy środowiska, rodziców czy opiekunów, korzystanie ze współczesnych środków masowego przekazu jak Internet czy telewizja. Wśród nich wymienia także płęć (Dyer 2006: 43–56).

Skoro za rozwój i sam proces komunikowania się odpowiada mózg, to warto przeanalizować jego budowę i doszukać się różnic pomiędzy chłopcami i dziewczętami na tej płaszczyźnie. Z danych przedstawionych przez M. Maruszeńskiego wynika, że ludzkie mózgi nie są identyczne. Różnice można dostrzec nie tylko w rozmiarze, ale także w stosunku pomiędzy wielkościami obu półkul, ilością bruzd, komórek nerwowych, w stopniu pofałdowania, a także w pewnych cechach mikrostrukturalnych. Okazuje się, że „waga mózgu męskiego waha się dla podstawowej części populacji pomiędzy 1150 a 1700 gramów, a dla kobiet zaś od 1100 do 1500 g” (Maruszeński 1970: 91).

F. Gall był zdania, że każda zdolność człowieka zależna jest od funkcji, jaką pełni odpowiedzialna za nią grupa komórek. Według tej teorii należałoby przypuszczać, że jeżeli jakaś umiejętność jest u danego osobnika bardziej rozwinięta, oznaczałoby to, że narząd tę funkcję pełniący musi być większy w stosunku do innych osobników. Uczony wywnioskował, że skoro ośrodki mowy mieszczą się w przednich płatach mózgu, to zgodnie z tą teorią, osoby uzdolnione językowo cechowałyby się powiększeniem tego obszaru, co skutkowało by wypchaniem do przodu gałek ocznych. Oczywiście jest to zupełnie fantastyczna hipoteza, a jakość kompetencji komunikacyjnych z pewnością nie zależy od wielkości mózgu.

Ważnym czynnikiem wpływającym na rozwój mowy okazał się jednak nie tyle rozmiar mózgu, ile jego podział na dwie półkule. Analizując wyniki badań nad uszkodzeniami mózgu u afatyków, badacze odkryli, że na upośledzenie mowy znacznie częściej wpływają zaburzenia w funkcjonowaniu półkuli lewej niż prawej. Dało to początek mniemaniu, że to właśnie półkula lewa odpowiada za funkcję mowy. Dalsze badania i rosnąca liczba dowodów potwierdziły, że każda z ludzkich umiejętności jest zależna od funkcji określonego ośrodka w mózgu, co dało początek badaniom lateralizacji. Dowodzono, że „każda z półkul jest wyspecjalizowana w innych funkcjach” (Brannen 2002: 110–111).

Początkowo nie doszukiwano się różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami w skutkach uszkodzeń mózgu. Odkryto jednak, że utrata mowy powstała w wyniku defektów lewej półkuli zdarza się u kobiet znacznie rzadziej niż u mężczyzn. Zaczęto przypuszczać, że lateralizacja rozwija się wprost proporcjonalnie do wieku danego użytkownika języka. Stwierdzono, że z wiekiem u mężczyzn następuje większa redukcja objętości mózgu w zakresie płatów czołowych i skroniowych (Brannen 2002: 113).

Różnice w obrębie lateralizacji u przedstawicieli obydwu płci tłumaczyli Norman Geschwind i Albert Galadura. Przypuszczali oni, że na rozwój półkul mózgu mają wpływ hormony prenatalne. Według badaczy testosteron znacznie spowalnia wzrost półkuli lewej i wzmaga szybszy rozwój prawej. W związku

z tym odkryciem naukowcy doszli do wniosku, że „dziewczeta i kobiety mają na ogół większe umiejętności werbalne, ponieważ u żeńskiego płodu poziom testosteronu nie hamuje rozwoju lewej półkuli” (Brannen 2002: 113).

Inna teoria doszukuje się różnic związanych z lateralizacją funkcji mózgu w tempie rozwoju dziecka w okresie pokwitania. Według niej umiejętności werbalne dzieci, które wcześniej osiągają dojrzałość fizyczną, są większe. L. Brannen pisze: „jako że dziewczeta na ogół dojrzewają wcześniej niż chłopcy, przedstawiciele obu płci różnią się zdolnościami werbalnymi i przestrzennymi, ale rodzaj stanowi czynnik towarzyszący, a nie decydujący o tej różnicy” (Brannen 2002: 114). Możliwe, że fakt, iż receptory mowy w mózgu kobiet są w zbliżonej mierze rozłożone na półkuli lewej i prawej, wpływa na różnice w zakresie umiejętności werbalnych kobiet i mężczyzn.

Kolejny dowód na przewagę kobiet nad mężczyznami w tej dziedzinie przedstawiła Diane Halpern. Po przeprowadzeniu badań zauważyła, że „dziewczeta i kobiety wykazują ogólną przewagę przy wykonywaniu rozmaitych zadań werbalnych” (Brannen 2002: 127). Wykazała ponadto, że dziewczeta są bieglejsze w posługiwaniu się językiem, nie tylko mówionym, lecz także pisanim.

Jednak późniejsze badania Janet Hyde dowiodły, że różnica w zakresie korzystania z języka pomiędzy chłopcami a dziewczętami jest niewielka i być może nie wynika z płci, a uwarunkowana jest innymi czynnikami (za: Brannon 2002: 129). L. Dyer, opierając się na wynikach swoich badań, stwierdziła, że „chłopcy i dziewczeta w inny sposób przyswajają język” (Dyer 2006: 43–44). Według niej dziewczeta osiągają większe postępy w nauce, w tym także w zakresie języka. Szybciej opanowują sztukę mówienia, posługują się znacznie bardziej złożonym słownictwem, używając większej liczby rzeczowników i pojęć abstrakcyjnych. Zdania przez nie budowane są dłuższe i zawierają mniej błędów gramatycznych i leksykalnych. Chłopcy natomiast większą uwagę skupiają na przyswajaniu słów nazywających czynności i wyrazach dźwiękonaśladowczych. Badaczka wnioskuje, że przyczyną tej różnicy w rozwoju może być ilość i jakość spędzania czasu z rodzicem. Matki poświęcają więcej uwagi córkom i częściej prowadzą z nimi długie rozmowy, w tym na tematy abstrakcyjne, np. dotyczące emocji (Dyer 2006: 43–44).

Na relacje dziecka z matką i ich wpływ na rozwój mowy zwraca uwagę także E.B. Hurlock, powołując się na wnioski McCarthy, która różnic dopatrywała się właśnie w stosunkach rodzinnych. Według niej na etapie naśladowania mowy dziewczeta chętniej sugerują się mową matki. Matka zajmuje się dziećmi częściej niż ojciec, stąd ilość czasu na pobieranie wzoru mowy od ojca przez syna jest znacznie krótsza (Hurlock 1961: 250).

E.B. Hurlock pisze także o wpływie płci na jakość opanowania języka. Badaczka analizuje różnice wynikające z płci na każdym etapie rozwoju mowy. W pierwszym roku życia dziecka nie odnotowała znacznych różnic pomiędzy

dziewczynkami i chłopcami. Dysproporcję zauważyła dopiero u dzieci po ukończeniu drugiego roku życia. E.B. Hurlock skonałowała: „chłopcy na ogół później uczą się mówić niż dziewczynki. Budują zdania krótsze i pod względem gramatycznym mniej poprawne. Użycie i zrozumienie znaczeń słów jest gorsze, a wymowa mniej dokładna w każdym wieku życia”. Także wady wymowy częściej pojawiają się u osób płci męskiej niż u przedstawicielek płci żeńskiej tej samej grupy wiekowej. Obliczono, że na jedną kobietę z defektem mowy przypada ośmiu mężczyzn z tym samym niedostatkiem realizacji głosek (Hurlock 1961: 250).

4. Badania sondażowe

4.1. Metodologia badań

Aby zweryfikować przytoczone powyżej opinie, przeprowadzono badania sondażowe. Grupę sześciolatków poddano czterem próbom, które miały określić aktualny stan kompetencji językowych i komunikacyjnych dziewcząt i chłopców. Wykorzystano trzy karty badań, na których umieszczone zostały obrazki pomocnicze do ćwiczeń. Dodatkowo przeprowadzono orientacyjne badanie mowy i sprawności narządów aparatu artykulacyjnego w celu ustalenia różnic pomiędzy dziewczętami i chłopcami w zakresie fonetyki. Badani przy pomocy przedstawionej im karty badania odpowiadali na pytania i wykonywali zadania. Każda próba pozwalała na zdobycie określonej liczby punktów, przyznawanych w zależności od stopnia trudności i liczby elementów wchodzących w skład wykonania ćwiczenia. Schemat przyznawania punktów w poszczególnych zadaniach został przedstawiony w tabelach.

Tab. 1. Próba 1

Próba I: swobodna rozmowa	
Pyt. 1: <i>Jak masz na imię?</i>	0–1 pkt
Pyt. 2: <i>Ile masz lat?</i>	0–1 pkt
Pyt. 3: <i>Lubisz chodzić do szkoły?</i>	0–1 pkt
Pyt. 4: <i>Jak spędzasz czas ze swoimi przyjaciółmi?</i>	0–1 pkt
Pyt. 5: <i>Czym się interesujesz?</i>	0–1 pkt
Pyt. 6: <i>Kim chciałbyś/chciałabyś zostać w przyszłości?</i>	0–1 pkt

Tab. 2. Próba 2

Próba II: badanie wymowy					
sok	0–1 pkt	żaba	0–1 pkt	łazienka	0–1 pkt
pestka	0–1 pkt	łyżwy	0–1 pkt	ciastko	0–1 pkt
lis	0–1 pkt	czapka	0–1 pkt	bocian	0–1 pkt
cytryna	0–1 pkt	rękawiczki	0–1 pkt	łokieć	0–1 pkt

klocek	0–1 pkt	klucz	0–1 pkt	dzieci	0–1 pkt
latawiec	0–1 pkt	dżem	0–1 pkt	rodzina	0–1 pkt
zebra	0–1 pkt	drożdżówka	0–1 pkt	rekin	0–1 pkt
wózek	0–1 pkt	ślimak	0–1 pkt	parasol	0–1 pkt
dzwonek	0–1 pkt	huśtawka	0–1 pkt	ser	0–1 pkt
pędzel	0–1 pkt	miś	0–1 pkt	lalka	0–1 pkt
szalik	0–1 pkt	mysz	0–1 pkt	lody	0–1 pkt
muszla	0–1 pkt	ziemniak	0–1 pkt	fotel	0–1 pkt

Tab. 3. Próba 3

Próba III: czynniki inne niż płęć			
Artykulatory		Słuch fonematyczny	
Pionizacja języka	0–1 pkt	kury : góry	0–1 pkt
Ruch języka do kąćików ust	0–1 pkt	kawka : ławka	0–1 pkt
Kłaskanie językiem	0–1 pkt	praży : plaży	0–1 pkt
Ściąganie warg	0–1 pkt	Tomek : domek	0–1 pkt
Wydymanie policzków	0–1 pkt	kotek : motek	0–1 pkt

Tab. 4. Próba 4

Próba IV: Badanie kompetencji komunikacyjnych	
Opis postaci	
Konstrukcja opisu (maks. 3 pkt)	
– rozpoczęćie (np. <i>to jest lew</i>)	1 pkt
– przedstawienie cech wyglądu	1 pkt
– przedstawienie cech charakteru	1 pkt
Wyrażenia nazywające cechy (maks. 5 pkt):	
– min. 5 wyrażeń	5 pkt
– 3–4 wyrażenia	3 pkt
– 2–1 wyrażenia	2 pkt
– 0 wyrażeń	0 pkt
Dostosowanie do sytuacji komunikacyjnej	
Rozróźnienie sytuacji komunikacyjnych (maks. 2 pkt):	
– samodzielne skonstruowanie wypowiedzi	2 pkt
– dopasowanie na podstawie wypowiedzi badającego	1 pkt
– brak rozróźnienia	0 pkt
Słownictwo (maks. 3 pkt):	
– formuła powitalna dla kaźdej sytuacji	2 pkt
– zwroty grzecznościowe	1 pkt
Prowadzenie narracji	
Konstrukcja narracji	3 pkt
Wbudowanie sytuacji odniesienia	1 pkt
Słownictwo (maks. 3 pkt):	
– rozpoczęćie (np. <i>najpierw, na początku itp.</i>)	1 pkt
– określenia sygnalizujące następstwo czasu (np. <i>potem, następnie</i>)	1 pkt
– zakończenie (np. <i>na koniec</i>)	1 pkt

Tab. 5. Schemat oceny poszczególnych zadań wchodzących w skład badania

Ocena poprawności językowej (na podstawie wszystkich 4 prób)	
Bardzo dobra (zupełny brak błędów językowych)	5 pkt
Dobra (rzadko występujące błędy językowe)	4 pkt
Zadawalająca (częste występowanie błędów językowych)	2 pkt

Dzięki skali punktowej możliwe było dokładne określenie wystąpienia ewentualnej różnicy w zakresie sprawności językowych pomiędzy badanymi grupami, a także sprawdzenie, czy rozbieżność jest na tyle duża, by można wykluczyć błąd statystyczny. Maksymalna liczba punktów do zdobycia wyniosła 77.

Analiza zdolności komunikacyjnych i językowych polegała na badaniu grupy dzieci sześciolletnich pod kątem czterech prób językowych, do których wykorzystano trzy autorskie karty badania zatytułowane na potrzeby pracy: *próba II*, *próba III*, *próba IV*. Zadania miały na celu określenie i późniejsze porównanie zdolności komunikacyjnych dziewcząt i chłopców w określonej grupie wiekowej.

4.2. Ocena zdolności porozumiewania się w języku polskim, rozumienie i odbiór nadawanego komunikatu

Próba I polegała na swobodnej rozmowie badającego z dzieckiem. Ocenie podlegała umiejętność komunikowania się w języku polskim, rozumienie, odbiór i stosowna reakcja na nadany komunikat, zdolność utrzymania kontaktu i podtrzymania rozmowy oraz poprawność gramatyczna i leksykalna wypowiedzi dziecka, na którą zwracano uwagę także w kolejnych zadaniach. Każdemu dziecku zadano trzy pytania zamknięte i trzy pytania otwarte. Za odpowiedź na każde z nich badany mógł otrzymać jeden punkt.

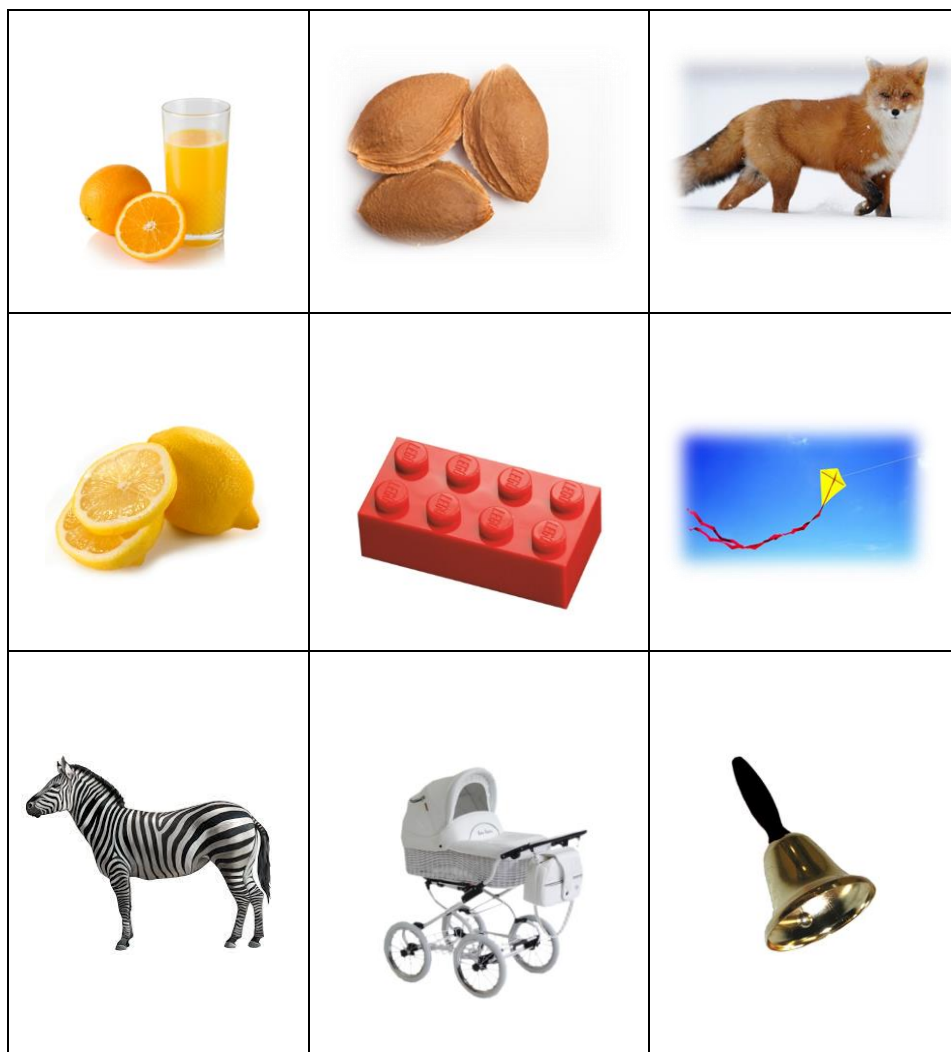
Wszystkie dzieci zaliczyły próbę pomyślnie. Porozumiewały się poprawnie w języku polskim, właściwie odbierały komunikaty, a ich reakcja na nie była poprawna. Chętnie udzielały odpowiedzi na zadawane im pytania. Mowa dziecka sześciolletniego charakteryzuje się zadawaniem niezliczonej ilości pytań, na które często nie można postawić jednoznacznej odpowiedzi. Badani, w rozmowie na temat własnych zainteresowań czy sposobu spędzania czasu z przyjaciółmi, nie tylko odpowiadali na pytania stawiane przez badającego, lecz także zadawali pytania typu: *dłaczego?*, *po co?*, *jak?* itp. Co ciekawe, dziewczęta w kwestii zadawania pytań okazały się mniej dociekliwe. Chętniej opowiadały o własnych doświadczeniach, ale tylko dwie na pięć przejawiały skłonności do nadmiernego zadawania pytań. Chłopcy znacznie częściej decydowali się na zadawanie pytań, a ponadto wytrwale dążyli do uzyskania satysfakcjonującej odpowiedzi.

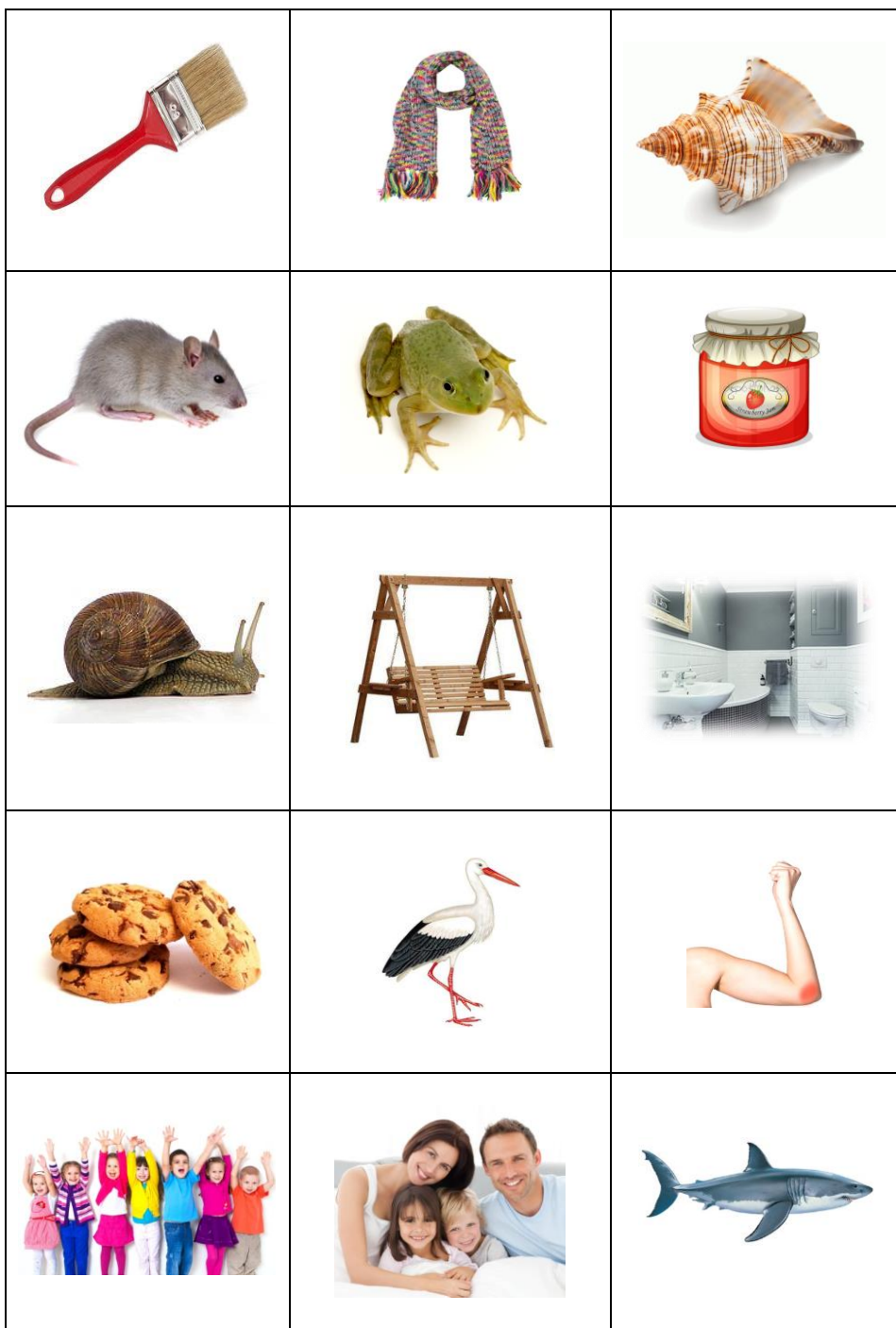
Wszystkie dzieci wykazały zdolność rozumienia nadawanego komunikatu i odpowiedniej nań reakcji. Badani chętnie utrzymywali kontakt wzrokowy z na-

dawcą komunikatu. Jeśli chodzi o zdolność podtrzymania kontaktu i własny wkład w przebieg rozmowy, zdecydowanie lepiej wypadli chłopcy.

4.3. Ocena wymowy dziewcząt i chłopców

W próbie II sprawdzono frekwencję występowania niedostatków w zakresie realizacji głosek u obu badanych grup i porównano otrzymane wyniki. Wykorzystano autorski kwestionariusz badania wymowy. Uwzględniono w nim desygnaty odsyłające do słów, w których występują głoski mogące jeszcze sprawiać trudność sześciolatkom.







Ponieważ sześciolatek powinien realizować już wszystkie głoski, wymowę sprawdzono tylko pod kątem tych najtrudniejszych, które w mowie dziecka pojawiają się najpóźniej. Zbadano umiejętność realizacji głosek dentalizowanych szeregu syczącego (czyli: [s], [z], [c], [dz]), ciszącego (czyli: [ś], [ź], [ć], [dź]) i szumiącego (czyli: [sz], [rz], [cz], [dź]) oraz głoski [r] i [l] we wszystkich możliwych pozycjach wyrazu (głoski bezdźwięczne i sonorne w nagłosie, śródgłosie i wygłosie, pozostałe – w nagłosie i śródgłosie).

Okazuje się, że z 10-osobowej grupy dzieci jedynie dwie dziewczynki realizują głoski poprawnie. Fakt ten nie powinien dziwić, gdyż odsetek dzieci z wadami wymowy z biegiem lat gwałtownie wzrasta⁴.

W 5-osobowej grupie dziewcząt u trzech stwierdzono niedostatki w realizacji głosek. Dziewczynka 1. nie radziła sobie z wymową głoski [r] we wszystkich pozycjach wyrazu i dokonywała substytucji [r] : [l] np.: [lek'in] 'rekin', [pala-sol] 'parasol', [sel] 'ser'. U dziewczynki 3. zauważono sygmatyzm międzyzębowy boczny i, co za tym idzie, błędną realizację głosek dentalizowanych szeregu syczącego oraz mieszanie szeregu szumiącego z realizowanym błędnie syczącym, np.: [musla] 'muszla', [zaba] 'żaba', [kluc] 'klucz'. Podobnie (międzyzębowo) mówiła dziewczynka 4., u której jednak nie stwierdzono substytucji. U dziewczynki 2. i dziewczynki 5. nie wykryto zaburzeń mowy.

W 5-osobowej grupie chłopców u wszystkich badanych stwierdzono błędne realizacje głosek. Najczęstszym problemem był brak prawidłowej realizacji głosek szeregu szumiącego, przy czym całkowite zaburzenia tego szeregu stwierdzono u trzech badanych, częściowe tylko u chłopca 1. Badanie wykazało, że substytuował on niektóre głoski dentalizowane z szeregu szumiącego ich bez-

⁴ Tę tendencję potwierdzają badania np. Kitlińskiej-Król (2011: 24).

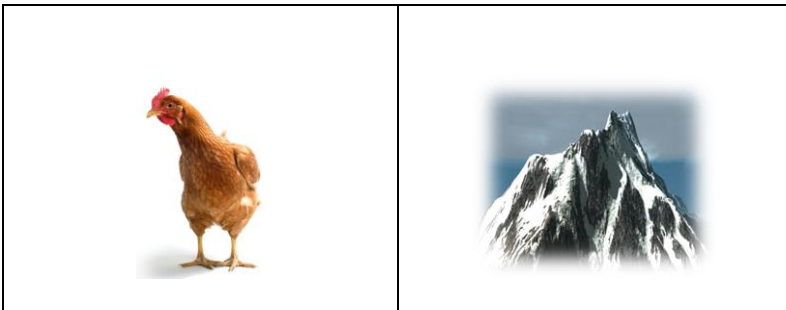
dźwięcznymi odpowiednikami, np.: [šaba] ‘żaba’ lub (podobnie jak chłopiec 3.) mieszał szereg szumiący z syczącym, np.: [capka] ‘czapka’, [drozżufka] ‘drożdżówka’. Chłopiec 2. głoski szeregu szumiącego substytuował głoskami szeregu syczącego np.: [sal'ik] ‘szalik’, [ɥzyzy] ‘łyżwy’, [klucz] ‘klucz’ oraz błędnie realizował głoskę [r] wymawiając ją jako [l], podobnie jak chłopiec 4., który dodatkowo mieszał szeregi: szumiący i syczący, wymawiając głoski szumiące jako syczące i odwrotnie. Problemem okazał się także nieutrwalony szereg dźwiękowy, co skutkowało mieszaniami głosek, np.: [sok] : [šok], [l'is] : [l'iš], [šal'ik] : [sal'ik], [čapka] : [capka]. Zdarzała się też substytucja zwarto-szczelinowej *c* przez szczelinową *s*, np.: [sytryna] ‘cytryna’. Chłopiec 5. błędnie realizował głoskę *r*, przesuując w artykulacji drganie z czubka języka na języczek.

4.4. Ocena sprawności aparatu artykulacyjnego i słuchu fonematycznego

Aby móc przeanalizować przyczyny niedostatków w zakresie realizacji głosek i skutków występowania błędów wymowy, podjęto próbę III, mającą na celu określenie innych (niż płeć) czynników, które mogłyby mieć wpływ na niewłaściwą wymowę. Postanowiono sprawdzić, w jakim stopniu dzieci są gotowe pod względem fizycznym do przyswajania języka i rozwijania sprawności artykulacyjnych. W tym celu zbadano sprawność aparatu artykulacyjnego i słuch fonematyczny.

Poproszono dzieci o wykonanie kilku przykładowych ćwiczeń sprawdzających stan aparatu mowy, takich jak: pionizacja języka, ruch języka do kąć ust, kłaskanie językiem, ściągnięcie i rozciągnięcie warg, wydymanie i wciąganie policzków. Sprawność narządów aparatu artykulacyjnego (tj. warg, języka, policzków) oceniono jako bardzo dobrą u 9 na 10 przebadanych dzieci. Jedynie u chłopca 2. zauważono problem z pionizacją języka, która była spowodowana zbyt krótkim wędzidełkiem podjęzykowym.

Słuch fonematyczny przebadano przy użyciu przygotowanych dla celów pracy kart:





Dzieci miały za zadanie wskazywać obrazek, który przedstawiał desygnat nazwany przez badającego (badający wypowiadał wyrazy o podobnym brzmieniu po kilka razy, w dowolnej kolejności): *kura – góra, kawka – lawka, praży – plaży, Tomek – domek, kotek – motek*. Warto podkreślić, że badanie było orientacyjne – sprawdzono różnicowanie tylko kilku głosek. Każdy z badanych uzyskał maksymalną liczbę punktów w ćwiczeniu sprawdzającym słuch fonematyczny. Część dzieci myliła opozycję *praży – plaży*, ale po kilkukrotnym powtórzeniu zadania badani zauważali różnicę i wskazywali ilustracje poprawnie.

4.5. Analiza kompetencji językowych na podstawie konstrukcji opisu postaci

Karta próby IV obejmowała badania kompetencji komunikacyjnych i składała się z trzech ćwiczeń przygotowanych specjalnie dla celów badania. Zadania miały przede wszystkim ujawnić stan indywidualnego słownictwa każdego z badanych, określić dominujące części mowy, a także wskazać umiejętności fleksyjne i narracyjne.

W ćwiczeniu pierwszym poproszono dzieci o opis postaci. Przedstawiono obrazek z wizerunkiem lwa, aby ułatwić zidentyfikowanie opisywanego obiektu, przyporządkowanie do określonej kategorii nadrzędnej i odwołanie do jego zachowania:



Sprawdzano spójność, poprawność gramatyczną i leksykalną wypowiedzi oraz oceniano sposób opisu według określonego kryterium. Kryterium obejmowało: odpowiednie rozpoczęcie opisu, czyli włączenie opisywanej postaci do kategorii nadrzędnej (np. przyporządkowanie do grupy zwierząt), bogactwo indywidualnego słownika językowego dziecka, liczbę i jakość użytych przymiotników, nazywanie cech wyglądu i charakteru. Oceniano poprawność konstrukcji wypowiedzi i zastosowanie w niej przymiotników i przysłówków.

Wynik badania potwierdził wniosek, że leksemy nazywające cechy częściej pojawiają się w wypowiedziach dziewcząt. Przeliczono liczbę użytych przez dzieci przymiotników i przysłówków dla potwierdzenia lub obalenia tezy, że dziewczęta chętniej określają cechy. Wynik badania potwierdził ten wniosek. Dziewczęta w swoich wypowiedziach użyły łącznie 13 przymiotników i 3 przysłówków, natomiast chłopcy – 9 przymiotników i 2 przysłówków. Opisy dziewcząt były znacznie dokładniejsze, jednak tylko dwie z nich skonstruowały wypowiedź zgodnie z wymaganiami podanymi w kryterium⁵. Pozostałe dziewczęta pomijały przedstawienie postaci i przystępowały od razu do ukazania jej cech. Chłopcy nato-

⁵ Oceniano odpowiednie rozpoczęcie opisu (wyjaśnienie, kim jest opisywana postać), podanie cech jej wyglądu oraz charakteru.

miast lepiej poradzi sobie z rozpoczęciem opisu (trzech chłopców poprawnie zaczęło swoją wypowiedź): – *To lew.* – *To jest lew.* – *Na obrazku jest lew.*

Wachlarz przymiotników i przysłówków użytych przez dziewczęta jest znacznie szerszy niż u chłopców. Można podzielić je na następujące kategorie:

- a) określające rozmiar: *duża, długi, małe, mała,*
- b) określające prędkość: *najszybciej,*
- c) określające cechy wyglądu: *włochaty, ostre, żółtawy,*
- d) określające cechy charakteru, subiektywne wrażenia: *najbardziej niebezpieczny, uroczy.*

W wypowiedziach dziewcząt przeważały przymiotniki określające rozmiar. Przy określaniu desygnatów dziewczęta zwróciły także uwagę na to, w jakim stopniu podane cechy są właściwe opisywanemu zwierzęciu. Pojawiły się więc przymiotniki w stopniu najwyższym: *najszybciej, najbardziej niebezpieczny*, pośrednio oddające natężenie cechy, a także przymiotniki takie, jak *żółtawy* – czyniące to w sposób bezpośredni (za pomocą formantów słowotwórczych – por. Doroszewski, Wieczorkiewicz 1961: 127). Wyraz *żółtawy* można rozumieć jako „niezupełnie żółty”. Przymiotniki mogą waloryzować dodatnio lub ujemnie. W wypowiedziach dziewcząt występują przymiotniki waloryzujące dodatnio: *uroczy* oraz ujemnie: *najbardziej niebezpieczny*.

W grupie chłopców odnotowano tylko 3 przymiotniki – u wszystkich badanych te same⁶:

- a) określające cechy: *ostre,*
- b) określające barwy: *czarny, brązowy.*

Chłopcy w swoich wypowiedziach ograniczyli się jedynie do nazywania barw. Nie używali przymiotników stopniowanych ani waloryzujących.

4.6. Ocena umiejętności dostosowania wypowiedzi do sytuacji

Drugim zadaniem grupy badanych było dostosowanie wypowiedzi do określonej sytuacji komunikacyjnej. Zadaniem każdego uczestnika było skierowanie prośby o wytłumaczenie materiału z ostatniej lekcji odpowiednio do kolegi/koleżanki i do nauczycielki. Badano w ten sposób nie tylko kompetencje komunikacyjne, lecz także bogactwo indywidualnego słownika (wykorzystanie słownictwa oficjalnego i potocznego). Aby ułatwić uczestnikom wejście w rolę, zaprezentowano im plansze przedstawiające osoby, do których mają się zwrócić:

⁶ Dzieci były badane indywidualnie i nie słyszały swoich wypowiedzi. Niemożliwe jest więc, by powtarzały po sobie. W związku z tym uznano zasób słownictwa chłopców w zakresie przymiotników za bardzo ubogi.



Ocenie podlegało przede wszystkim rozróżnienie sytuacji komunikacyjnych, czyli umiejętność wykorzystania stylu potocznego i oficjalnego. Zaskakujący jest fakt, że spora grupa badanych dzieci nie potrafiła sformułować dwóch wypowiedzi o tej samej tematyce z rozróżnieniem na odmianę potoczną i oficjalną. Największy problem z tym zadaniem mieli chłopcy.

Spośród pięciu przebadanych chłopców jedynie dwóch poprawnie skonstruowało swoje wypowiedzi⁷. W grupie dziewcząt tylko jedna badana nie wykonała ćwiczenia. Najczęstszym błędem okazał się brak formuły powitalnej lub zwrotu do nauczycielki (np. *proszę pani*). Bardzo często badani popełniali błąd językowy, mówiąc *proszę panią* zamiast *proszę pani*. Ponadto zdania formułowane przez dzieci były niespójne i nielogiczne, a nawet niezrozumiałe dla odbiorcy, np.:

- *Co robiliście?*
- *Proszę panią, bo mnie tak na ostatniej lekcji nie było i ja nie wiem.*

Badani mieli problem z rozwinięciem wypowiedzi i wytłumaczeniem powodu nieobecności, co może być spowodowane zbyt ubogim zasobem słownictwa.

Dziewczęta stosowały zwroty grzecznościowe, np.:

- *Czy mi pani powie, co było na zadanie?*
- *Proszę panią...?*
- *Czy mi pani wytłumaczy?*

Często zdarzały się wypowiedzi urwane, zamknięte spadkiem intonacyjnym (kadencją), np.:

- *Byłam chora, miałam gorączkę. Proszę mi powiedzieć.*

⁷ W związku z brakiem umiejętności samodzielnego skonstruowania przez dzieci wymaganej wypowiedzi badający zaprezentował im dwa różne zdania i zlecił dopasowanie ich do sytuacji potocznej i oficjalnej. Wszyscy badani poprawnie dopasowali zdania.

Można stwierdzić, że wypowiedzi formułowane przez dzieci w sytuacji oficjalnej były mało grzeczne, a nawet przybierały formę raczej delikatnych rozkazów niż prośby. Być może niepowodzenia związane z realizacją tego zadania były spowodowane sztucznością sytuacji i dzieci nie potrafiły wejść w rolę i odegrać rozmowy „na niby”.

4.7. Ocena zdolności narracyjnych

Celem zadania trzeciego było zbadanie umiejętności narracyjnych. Badani mieli opisać sytuację przedstawioną na planszy z historyjką obrazkową:



Ocenić podlegały: sposób rozpoczęcia i zakończenia narracji, wbudowanie w narrację wymaganych sytuacji odniesienia, liczba pauz namysłu, stosowanie wyrażen określających następstwo czasu, bogactwo indywidualnego słownictwa językowego oraz inwencja twórcza w konstruowaniu wypowiedzi.

W budowaniu narracji lepsi okazali się chłopcy. Każdy z nich wprowadził do wypowiedzi przynajmniej dwa z trzech wymaganych elementów⁸. Chłopiec 5. jako jedyny spośród wszystkich badanych dzieci uzyskał maksymalną liczbę punktów: odwołał się do wszystkich sytuacji odniesienia i poprawnie skonstruował wypowiedź z wyraźną formułą początkową i końcową: *Najpierw pani z kubkiem poszła do kranu i nalata wody. Potem przypięła do prądu dzbanek i jak*

⁸ Oceniano: rozpoczęcie narracji (np. na początku, pewnego dnia), wprowadzenie określeń dotyczących następstwa czasu (np. później, potem, następnie) oraz wyraźne zakończenie (np. na koniec, po wszystkim).

się ugotowało to nalala do kubka i na koniec poszła na pole i sobie piła. Wątpliwa jednak wydaje się poprawność językowa tej wypowiedzi.

Ważną kwestią wydaje się indywidualny słownik dzieci, oceniany jako bardzo ubogi. Szczególną trudność sprawiło nazwanie przedmiotu – czajnika, co zarówno u chłopców, jak i u dziewczynek skutkowało niedomówieniami, np.:

Później nalala yyyy a później poszła na pole i piła.

Pani nalala wody i przypięła coś do prądu i potem ugotowała i nalala.

Dzieci często odnajdywały zabawne synonimy, które miały zastąpić słowo ‘czajnik’, np.: *dzbanek* czy *wazon*.

Słownictwo podlegające ocenie w tej części zadania, czyli występowanie określników czasu, ocenia się w stopniu dobrym. Bardzo często dzieci wplatały w swoje wypowiedzi słowa takie, jak: *później*, *potem*, *następnie*. Czworo badanych dzieci (dwie dziewczynki i dwóch chłopców) odpowiednio rozpoczęło narrację: *pewnego dnia*, *najpierw*. Jednak wyraźne zakończenie toku narracji wystąpiło tylko u chłopca 5.: *i na koniec...*

Próba samodzielnego sformułowania krótkiego opowiadania dowiodła, że spora część dzieci bardzo często popełnia różnego rodzaju błędy językowe. Warto zatem bliżej przyjrzeć się punktacji i określić ewentualne rozbieżności w wykonaniu zadań przez dziewczęta i chłopców.

4.8. Omówienie punktacji i wyników badań

W tab. 6 przedstawiono liczbę punktów zdobytych przez dziewczęta i chłopców w poszczególnych zadaniach.

Tab. 6. Wyniki uzyskane przez dwie grupy badanych w poszczególnych zadaniach

Zadanie	Dziewczęta	Chłopcy
Swobodna rozmowa	22 pkt	18 pkt
Wymowa	147 pkt	125 pkt
Sprawność aparatu artykulacyjnego i słuchu fonemetycznego	30 pkt	28 pkt
Opis postaci	25 pkt	22 pkt
Dostosowanie do sytuacji	19 pkt	16 pkt
Narracja	10 pkt	12 pkt
Poprawność językowa	4 pkt	2 pkt
RAZEM	257 pkt	223 pkt

Suma punktów zdobytych przez dziewczęta daje im pewną przewagę nad grupą chłopców. W poszczególnych zadaniach rozbieżność punktowa pomiędzy badanymi grupami nie jest zbyt duża. Dziewczęta jednak zdobyły o 22 punkty więcej w próbie II, czyli przy orientacyjnym badaniu wymowy. Okazuje się, że chłopcy mają największy problem z poprawną realizacją głosek. Gdyby nie

sprawdzono wymowy dzieci, rozbieżność punktowa mogłaby okazać się zbyt mała, by jednoznacznie określić dominację grupy dziewcząt.

Dla porównania wyników poszczególnych osób opracowano tabelę z liczbą punktów zdobytych we wszystkich ćwiczeniach przez każdego badanego indywidualnie (tab. 7).

Tab. 7. Suma punktów uzyskanych indywidualnie przez każde dziecko we wszystkich zadaniach

Dziewczynka 1	53 pkt	Chłopiec 1	48 pkt
Dziewczynka 2	54 pkt	Chłopiec 2	37 pkt
Dziewczynka 3	38 pkt	Chłopiec 3	45 pkt
Dziewczynka 4	48 pkt	Chłopiec 4	34 pkt
Dziewczynka 5	60 pkt	Chłopiec 5	55 pkt

Z tabeli wynika, że spośród wszystkich badanych najwięcej punktów uzyskała przedstawicielka grupy dziewcząt, zdobywając 60 punktów. Natomiast najslabiej wypadł chłopiec, który uzyskał 34 punkty. Różnica pomiędzy najwyższą liczbą punktów u dziewcząt (60 pkt) i chłopców (55 pkt) wynosi 5 pkt, natomiast pomiędzy najniższą liczbą – 4 pkt. Nie jest to zbyt duża rozbieżność, jednak stanowi dowód na to, że kompetencje językowe i komunikacyjne dziewcząt są oceniane lepiej niż chłopców.

Ponadto badanie wykazało, że dziewczęta operują szerszym zakresem słów. Przebadano słownik indywidualny dzieci z każdej grupy pod kątem różnych kategorii. Okazało się, że dziewczęta w swoich wypowiedziach użyły większej liczby przymiotników, a także udowodniono, że stosowane przez nie części mowy są bardziej różnorodne niż w przypadku chłopców. Dowiedziono także, że dziewczęta łatwiej dostosowują swoje wypowiedzi do sytuacji i częściej używają zwrotów grzecznościowych. Dziewczęta popełniły mniej błędów językowych, co pozwala ocenić ich mowę na poziomie dobrym pod względem poprawności. Chłopcy uzyskali większą liczbę punktów od dziewcząt jedynie w zadaniu dotyczącym prowadzenia narracji, jednak rozbieżność pomiędzy grupami jest bardzo mała – wynosi tylko 2 pkt. Chłopcy z łatwością opowiadali o tym, co widoczne jest na obrazku, jednak trudniej było im odwołać się do własnych doświadczeń, co wymaga myślenia bardziej abstrakcyjnego. Dziewczęta lepiej radziły sobie w ćwiczeniach wymagających pewnej inwencji mówiącego, np. przy opisie postaci, kiedy należało podać cechy charakteru, których nie można było zobaczyć na obrazku.

Podane w rozdziale teoretycznym dowody, przytoczone opinie językoznawców, skala punktowa przedstawiona w pracy oraz własne wnioski i refleksje jednoznacznie dowodzą, że kompetencje komunikacyjne i językowe dziewcząt są znacznie lepiej rozwinięte niż chłopców w tej samej grupie wiekowej.

Wnioski

Badacze rozwoju mowy dziecka wykazali istnienie różnic dotyczących rozwoju mowy, które mogłyby wynikać z płci dziecka. Przewaga dziewcząt w tym zakresie może być skutkiem wielu czynników. Wymieniano m.in. stosunki rodzinne, w tym częstszy kontakt matki z córką, dysproporcje w budowie mózgu obu płci, relacje pomiędzy półkulą lewą a prawą, na które wpłynąć mogły hormony prenatalne czy tempo rozwoju w okresie pokwitania. Deborah Tannen dodatkowo zauważa, że dziewczęta i chłopcy żyją w „odmiennych światach słów” (Tannen 1994: 47), dlatego też dzieci muszą przystosować siebie i swój język do funkcjonowania w określonym środowisku. Najlepszym dowodem na istnienie rozbieżności w używaniu języka przez kobiety i mężczyzn wydaje się opinia publiczna, w której (nie bez przyczyny) istnieje stereotyp gadatliwej kobiety i małomównego mężczyzny, o czym – powołując się na Dale Spender – pisze D. Tannen: „Dale Spender sugeruje, że większość ludzi instynktownie (jeżeli nie świadomie) czuje, że kobiety, tak jak dzieci, powinno się widzieć, lecz nie słyszeć, toteż cokolwiek by powiedziały, wydaje się, że to zbyt wiele. Badania wykazały, że jeżeli w grupie kobiety i mężczyźni mówią tyle samo, to ludzie sądzą, że więcej mówiły kobiety” (Tannen 1994: 47).

Obiektywnym dowodem dokumentującym tezę o rozbieżnościach pomiędzy rozwojem mowy u dziewcząt i chłopców są wyniki badań, które potwierdziły hipotezę, że dziewczęta wcześniej osiągają sprawność językową, a ich warsztat pod względem komunikacyjnym jest znacznie bardziej różnorodny niż chłopców w tym samym wieku. Należałoby jednak zastanowić się nad faktem, czy grupa męska nie wyrównuje tego poziomu w dalszych etapach rozwoju.

Zaskakujący jest fakt, że chłopcy w wieku szkolnym pod względem zdolności językowych i komunikacyjnych niezwykle często oceniani są bardzo nisko, natomiast wśród dorosłych użytkowników języka u przedstawicieli obydwu płci można wyróżnić mnóstwo wspaniałych mówców, dziennikarzy, wykładowców. Wówczas różnice w mowie kobiet i mężczyzn są właściwie niezauważalne lub po prostu ich nie ma. Warto zastanowić się nad ustaleniem granicy, w której chłopcy dorównują dziewczętom i stają się równie cenionymi wirtuozami komunikacji.

Literatura

- Brannon L., 2002, *Psychologia rodzaju*, Gdańsk: Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.
- Cywińska M., 2016, *Opanowywanie języka i mowy przez dziecko [w:] Rozwijanie umiejętności językowych i komunikacyjnych dziecka. Wybrane aspekty*, red. M. Cywińska, Poznań: Wydaw. Naukowe UAM, s. 13–32.
- Doroszewski W., Wieczorkiewicz B. (red.), 1961, *Gramatyka opisowa języka polskiego z ćwiczeniami*, t. I: *Fonetyka. Części mowy. Słowotwórstwo*, Warszawa: Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych.

- Dyer L., 2006, *Mowa dziecka. Zrozum i rozwiń mowę dziecka*, Poznań: Liber.
- Grabias S., 1994, *Język w zachowaniach społecznych*, Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej.
- Gruba J., 2012, *Test do badania sluchu fonemowego*, Poznań: Komlogo.
- Grzegorzycykowa R., 2007, *Wstęp do językoznawstwa*, Warszawa: PWN.
- Hurlock E.B., 1961, *Rozwój dziecka*, wyd. II, Warszawa: PWN.
- Kitlińska-Król M., 2011, *Opieka logopedyczna nad mową dziecka*, Dąbrowa Górnicza: Wyższa Szkoła Biznesu.
- Kowalski S., 1962, *Rozwój mowy i myślenia dziecka. Analiza rozwoju mowy i myślenia dziecka w sytuacjach społeczno-wychowawczych przedszkola*, Warszawa: PWN.
- Łuczyński E., 2011, *Rozgryzając tajniki mowy. Wiedza o języku polskim dla logopedów*, Gdańsk: Uniwersytet Gdański.
- Maruszewski M., 1970, *Mowa a mózg. Zagadnienia neuropsychologiczne*, Warszawa: PWN.
- Petrozolin-Skowrońska B. (red.), 1966, *Mała encyklopedia PWN*, Warszawa: PWN.
- Szuman S., 1968, *O rozwoju języka i myślenia dziecka*, Warszawa: PWN.
- Tannen D., 1994, *Ty nic nie rozumiesz! Kobieta i mężczyzna w rozmowie*, Warszawa: W.A.B.
- Zarębina M., 1965, *Kształtowanie się systemu językowego dziecka*, Wrocław–Warszawa–Kraków: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Zyzik E., 2011, *Mowa dzieci w wieku przedszkolnym i sposoby jej wspomagania*, „Studia Pedagogiczne. Problemy Społeczne, Edukacyjne i Artystyczne”, nr 20.

Comparison of language and communicative competencies differences between six-year-old girls and boys

Summary

This publication is an attempt to answer the question whether sex may be one of the many factors affecting language competencies and speech development. For that purpose the terms of communicative and language competencies have been defined. Also discussed has been the development of speech in a child, with particular attention paid to the speech of six-year-olds (as the research carried out for the purpose of the article refers to that age group). Initially, it has been assumed that the advantage of girls over boys as regards communication is only a myth widespread in public. However, a thorough analysis of the neurological aspect of human speech has confirmed the rightness of that belief. A history of research on the location of speech organs and neurological factors which affect speech development have been analysed and a series of evidence found to confirm that girls may develop speech faster, and their communicative abilities are much ahead of that of boys at the same age. This has also been confirmed by the results of own research.

Key words: speech development in a child, speech vs sex, language competence, communicative competence

Beata Ożga

Uniwersytet Rzeszowski

STAN WIEDZY NAUCZYCIELI POLONISTÓW NA TEMAT PROBLEMÓW JĘZYKOWYCH ZWIĄZANYCH Z DYSLEKSJĄ U UCZNIÓW KLAS IV-VI SZKOŁY PODSTAWOWEJ

W artykule podjęto próbę zbadania stanu wiedzy nauczycieli polonistów uczących w klasach IV–VI szkoły podstawowej na temat dysleksji uczniów. Celem badań było ustalenie, czy poloniści zauważają problem dysleksji, jaki mają do niej stosunek i jaką dysponują wiedzą na jej temat. Zwrócono też uwagę na czynniki wpływające na stan wiedzy nauczycieli (wiek, płeć, uczelnia, ukończone kursy, wielkość miejscowości). Ponadto badano, w jaki sposób nauczyciele pracują na lekcjach języka polskiego z dziećmi ze zdiagnozowaną dysleksją i z jakich metod korzystają. Jako narzędzie badawcze posłużył kwestionariusz ankiety. Badana grupa liczyła 87 osób.

Słowa kluczowe: dysleksja, świadomość, nauczyciele poloniści

Uwagi wstępne

Badania naukowców nad dysleksją trwają już od ponad stu lat, w Polsce zaś od lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku. Mimo dużego zainteresowania etiologią dysleksji jej przyczyny nadal pozostają nie do końca znane. Obecnie wskazuje się na kilka uwarunkowań dysleksji. Zgodnie z koncepcją genetyczną – jedną z najstarszych – przyjmuje się, że zaburzenia są dziedziczne (Kołtuska 1989: 143–150). Zwolennicy koncepcji organicznej przyczynę dysleksji upatrują w mikrouszkodzeniach w centralnym układzie nerwowym, zachodzących w czasie ciąży, podczas nieprawidłowego porodu lub we wczesnym dzieciństwie. Niektórzy naukowcy dopatrują się przyczyn dysleksji w patomechanizmie hormonalnym, który powoduje dysharmonijny rozwój półkul mózgowych (Krasowicz-Kupis 2003: 61–63). Badania zespołu prowadzonego przez H. Spionek miały na celu ukazanie, że przyczyną dysleksji są nieprawidłowości funkcji percepcyjno-motorycznych, tj. zaburzenia tempa, rytmu i dynamiki funkcji poznawczych, wzrokowych, słuchowych i ruchowych (za: Makarewicz 2006: 16). Zaburzenia te nazwano „fragmentarycznymi deficytami rozwojowymi”. Teoria deficytu fonologicznego według M.J. Snowling (2000, za: Krasowicz-Kupis 2008: 117) zakłada, że osoby z dysleksją cechuje specyficzny deficyt w tworzeniu i posługiwaniu się umysłowymi reprezentacjami

dźwięków mowy – fonemami i tzw. reprezentacjami fonologicznymi. Osoby te mają trudności z zapamiętywaniem, przechowywaniem i przypominaniem sobie informacji. Według M. Wolfa i P.G. Bowersa (1999, za: Krasowicz-Kupis 2008: 122) teoria podwójnego deficytu uznaje dwa zasadnicze deficyty w dysleksji – deficyt przetwarzania fonologicznego oraz deficyt szybkości (tempa) nazywania.

Próbie zbadania świadomości dysleksji w Polsce jako pierwsza podjęła Marta Bogdanowicz w latach 1995–1996. Badania zostały powtórzone w latach 2003–2004 w związku z kierowanymi przez tę samą autorkę pracami dyplomowymi i magisterskimi (Bogdanowicz 2007: 17–18). Wyniki przeprowadzonej próby wykazały, że w latach, gdy rozpoczęto badania (1995–1996), wiedza dzieci dyslektycznych była taka sama lub wyższa niż wiedza ich nauczycieli.

Nowsze badania dowodzą, że sytuacja ta uległa zmianie – większą wiedzą na temat dysleksji wykazują się nauczyciele. Badania przeprowadzone przez Marzenę Kowaluk w 2003 roku wskazywały jeszcze, że znaczna liczba nauczycieli nie miała wystarczającej wiedzy na temat zaburzeń rozwojowych dzieci. Wielu badanych miało problem z podstawowymi terminami dotyczącymi dysleksji. Trudność sprawiało również wymienienie technik/metod pracy z dzieckiem ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Próbie powtórzono w 2010 roku. Wyniki badań wskazywały na wzrost świadomości i wiedzy nauczycieli na temat dysleksji. Większość z nich potrafiła już poprawnie zdefiniować pojęcie „specjalne potrzeby edukacyjne”. Również większa liczba nauczycieli podkreślała konieczność dostosowania metod nauczania do potrzeb uczniów. Grupa wykazała się nieco gorszą wiedzą na temat uregulowań prawnych dotyczących osób ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (Kowaluk 2012: 262–265)¹.

Wiedza i świadomość społeczeństwa na temat dysleksji sukcesywnie wrażliwa. Niezmiennie jednak funkcjonują krzywdzące stereotypy na temat dzieci ze zdiagnozowaną dysleksją, a rzeczywistość tego problemu jest bagatelizowana.

1. Cele, metody i przebieg badań

Głównym celem badań była weryfikacja stanu wiedzy nauczycieli polonistów uczących w klasach IV–VI szkoły podstawowej na temat dysleksji u uczniów. Dążono do uzyskania odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:

- a) Jaką wiedzę na temat dysleksji posiadają nauczyciele poloniści?²
- b) Jakie wnioski można wysnuć, weryfikując tę wiedzę?

¹ Podobną tematykę badań podejmowały też Renata Makarewicz (1999), Alina Tomaszewska (2001) i Małgorzata Półtorak (2007).

² Por. na ten temat badania M. Bogdanowicz (2003).

- c) Skąd nauczyciele tę wiedzę czerpią?
- d) Czy dostrzegają problem dysleksji?
- e) Jakie znają metody pomocy uczniom z dysleksją?
- f) W jaki sposób pracują z uczniami na lekcjach języka polskiego?
- g) Jaki wpływ na świadomość dysleksji ma wiek, płeć, stopień awansu zawodowego?
- h) Na jakich uczelniach przyszli nauczyciele kształceni są w kierunku diagnozy i terapii dysleksji?
- i) Jak nauczyciele oceniają swoją wiedzę na temat dysleksji?

Wstępnie przyjęto, że obecnie nauczyciele poloniści uważają dysleksję za realny problem, a co za tym idzie – dysponują coraz większą wiedzą na ten temat. Wzrasta też ich świadomość i umiejętność wykorzystywania różnorodnych metod i narzędzi w pracy z dziećmi z dysleksją.

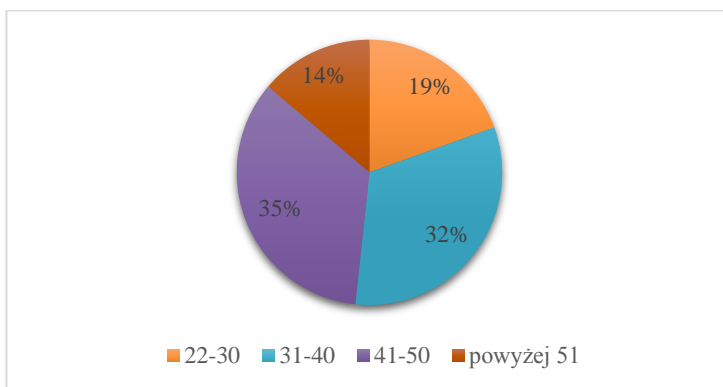
Pierwszym etapem pracy badawczej było zapoznanie się z literaturą przedmiotu i zgłębienie jej, co stanowiło teoretyczne podstawy do wykonania badań własnych. Kolejny etap to dobranie metody badawczej – kwestionariusza ankiety. Anonimowa ankieta składała się z 17 pytań, zarówno otwartych, jak i zamkniętych. Pytania dotyczyły płci, wieku, stopnia awansu zawodowego, placówki, gdzie dana osoba pracuje, oraz uczelni, na której ukończyła studia wyższe. Kolejno pytano o zakres wiedzy na temat dysleksji oraz źródeł tej wiedzy. Następne pytania miały na celu sprawdzenie, w jaki sposób i za pomocą jakich metod nauczyciele pracują z uczniami z dysleksją na lekcjach języka polskiego. W końcowej części ankiety proszono każdego respondenta o ocenę swojej wiedzy z zakresu dysleksji.

Badanie było przeprowadzane w marcu 2018 r. Dotarcie do licznej grupy nauczycieli polonistów umożliwiło dołączenie do grup zrzeszających nauczycieli na portalu społecznościowym Facebook. Ankieta zastała udostępniona w zamkniętych grupach: 1. Poloniści z pasją, 2. Nauczyciele języka polskiego, 3. Początkujący nauczyciele języka polskiego. W ankiecie wzięło udział 87 osób.

2. Charakterystyka badanej grupy

Badaną grupę stanowili nauczyciele języka polskiego uczący w klasach IV–VI szkoły podstawowej. W grupie liczącej 87 osób znalazło się 86 kobiet, co stanowi 99% respondentów, oraz 1 mężczyzna reprezentujący 1% badanych. Wynika to z faktu, iż zawód nauczyciela polonisty częściej wybierany jest przez kobiety niż przez mężczyzn.

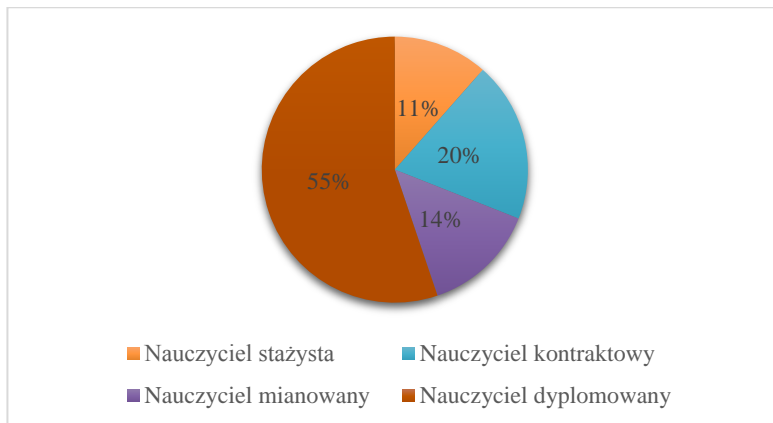
Poza płcią ankietowani byli pytani o wiek biologiczny – mieli wybrać spośród czterech przedziałów wiekowych: od 22 do 30 lat, od 31 do 40, od 41 do 50 oraz powyżej 51 lat. Uzyskane dane pokazano na wykresie 1.



Wykres 1. Wiek nauczycieli biorących udział w ankiecie

Nauczyciele w wieku od 22 do 30 lat stanowią 19% badanych, 32% to osoby w wieku od 31 do 40 lat, a 35% od 41 do 50 lat. Nauczyciele mający ponad 51 lat stanowią 14% ankietowanych.

Na wykresie 2 przedstawiono podział ankietowanych ze względu na uzyskany przez nich stopień awansu zawodowego³ w momencie przeprowadzania badania.



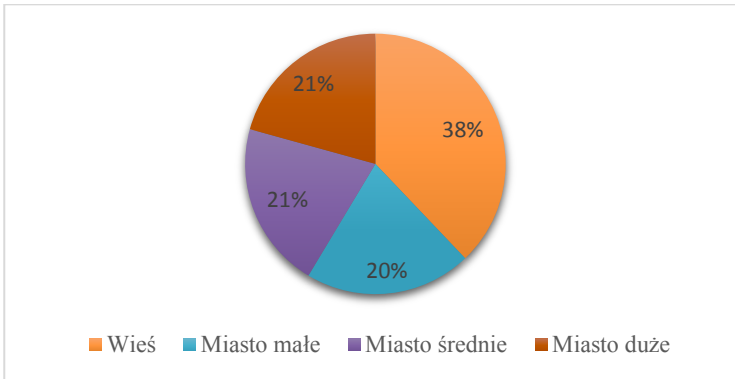
Wykres 2. Stopień awansu zawodowego

Okazało się, iż 11% badanych to nauczyciele stażysty, 20% – nauczyciele kontraktowi, 14% – nauczyciele mianowani i 55% – dyplomowani. Ankietowani to w przewadze osoby w wieku od 31 do 50 lat, które uzyskały stopień nauczyciela mianowanego lub dyplomowanego, co świadczy o wieloletnim doświadczeniu.

³ Stopnie awansu zawodowego nauczyciela określają przepisy Karty Nauczyciela. Wyróżnia się tu następujące etapy: nauczyciel stażysta, kontraktowy, mianowany i dyplomowany.

czeniu w pracy z dziećmi. Pozwala to również porównać stan wiedzy o dysleksji w momencie, gdy ci nauczyciele kończyli studia wyższe, z wiedzą, jaką posiadają po wielu latach praktyki zawodowej.

Każdy z ankietowanych został poproszony o określenie wielkości miejscowości, w której pracuje. Przewidziano czterostopniowy podział na: wieś, miasto małe, średnie i duże (zob. wykres 3).



Wykres 3. Wielkość miejscowości, w której znajduje się szkoła

Na wsi pracuje 38% ankietowanych, w małym mieście – 20%, zaś w mieście średnim i dużym – po 20%. Większość przebadanych nauczycieli uczy w szkołach znajdujących się w miastach, co może dawać większe możliwości diagnozy i terapii dzieci z dysleksją / ryzykiem dysleksji.

Ankietowanych pytano o to, na jakiej uczelni wyższej studiowali. Wyniki obrazuje tab. 1. Zawiera ona aż 21 uczelni, co pozwoliło na uzyskanie wiarygodnych wyników badań (niezależnych od miejsca studiowania ankietowanych).

Tab. 1. Uczelnie, na których badani kończyli studia wyższe

Nazwa uczelni	Liczba osób
Uniwersytet Jagielloński	7
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu	7
Uniwersytet Śląski w Katowicach	7
Uniwersytet Rzeszowski	7
Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie	6
Uniwersytet Wrocławski	6
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy	5
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie	5
Uniwersytet Warszawski	5
Uniwersytet Gdański	4
Uniwersytet Opolski	4
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie	4
Akademia Pomorska w Słupsku	3

Uniwersytet Zielonogórski	3
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu	2
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach	2
Uniwersytet Łódzki	2
Uniwersytet Szczeciński	2
Katolicki Uniwersytet Lubelski im. Jana Pawła II	1
Uniwersytet w Białymstoku	1
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie	1
Inne	3

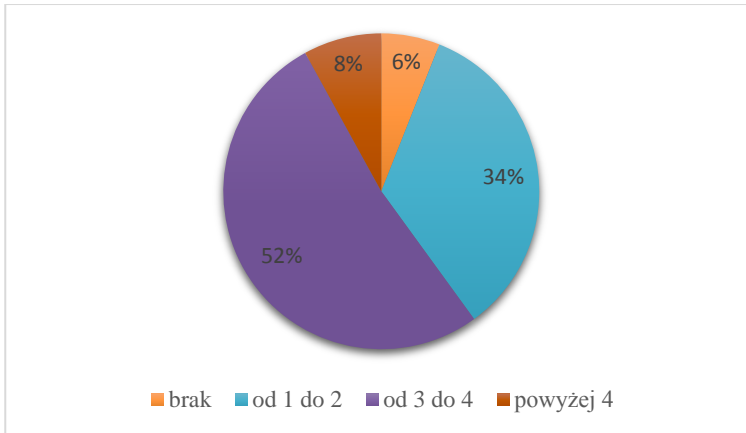
3. Zjawisko dysleksji w świadomości nauczycieli języka polskiego – wyniki badań

Przedstawione w tym rozdziale wyniki badań wskazują na prawdziwość postawionej hipotezy – obecnie nauczyciele poloniści uważają dysleksję za realny problem, a co za tym idzie, dysponują coraz większą wiedzą na ten temat. Wzrasta też ich świadomość i umiejętność wykorzystywania różnorodnych metod i narzędzi w pracy z dziećmi z dysleksją. Obrazują to wyniki ankiety – zebrane odpowiedzi zostały ukazane na wykresach i w tabelach.

Na pytanie, czy według respondentów dysleksja jest problemem realnym, aż 98% ankietowanych odpowiedziało twierdząco, a tylko 2 osoby nie zgadzają się z tym stwierdzeniem. Wśród tych osób znalazła się polonistka (nauczyciel dyplomowany) ucząca w małym mieście, mająca w swojej klasie dzieci z dysleksją. Dysleksja w jej opinii jest oznaką lenistwa, a dzieci z orzeczeniem o specyficznych trudnościach w uczeniu się wymagają większej dyscypliny. Warto zaznaczyć, że polonistka ta swoją wiedzę na temat dysleksji ocenia jako dobrą. Druga polonistka – nauczyciel stażysta, poprawnie definiuje dysleksję jako zaburzenie neurorozwojowe, ale uważa, że uczniowie ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi nadużywają opinii o dysleksji i tłumaczą nią niepowodzenia szkolne. Swoją wiedzę ocenia jako niewystarczającą, ale w jej klasach nie ma uczniów z dysleksją. Powyższe przykłady skłaniają do stwierdzenia, iż uznawanie dysleksji za problem nieprawdziwy świadczy o braku wiedzy, ale może być też następstwem osobistych poglądów i uprzedzeń.

Na pytanie: „Czy w klasie/klasach, które Pan(i) uczy, są uczniowie z dysleksją rozwojową?” 94% nauczycieli udzieliło odpowiedzi twierdzącej. Odpowiedź „nie” zaznaczyło 5 osób, co stanowi 6% badanych. Z badania wynika, że brak uczniów z dysleksją w klasie deklarują poloniści uczący w mniejszych miejscowościach – na wsiach i w małych miastach. Należy brać pod uwagę, że przyczyną takiego stanu rzeczy może być niewielka liczebność klas. Poza tym rodzice przyznają, że niechętnie ujawniają orzeczenia o dysleksji swojego dziecka lub też brakuje im świadomości istniejącego problemu.

34% badanych nauczycieli języka polskiego deklaruje, iż w klasach, w których uczą, jest od 1 do 2 uczniów z dysleksją. 52% respondentów uczy od 3 do 4 takich osób, a powyżej 4 uczniów – 8% polonistów. 6% nauczycieli twierdzi, iż w jego klasie nie ma uczniów ze stwierdzoną dysleksją rozwojową (por. wykres 4).



Wykres 4. Liczba uczniów z dysleksją w klasie

Według polskich badań dzieci z dysleksją stanowią 9–10% populacji (<https://www.ptd.edu.pl/cotojest.html>, dostęp: 11.05.2018). Liczba takich uczniów zadeklarowana przez badanych nauczycieli mieści się w tym przedziale.

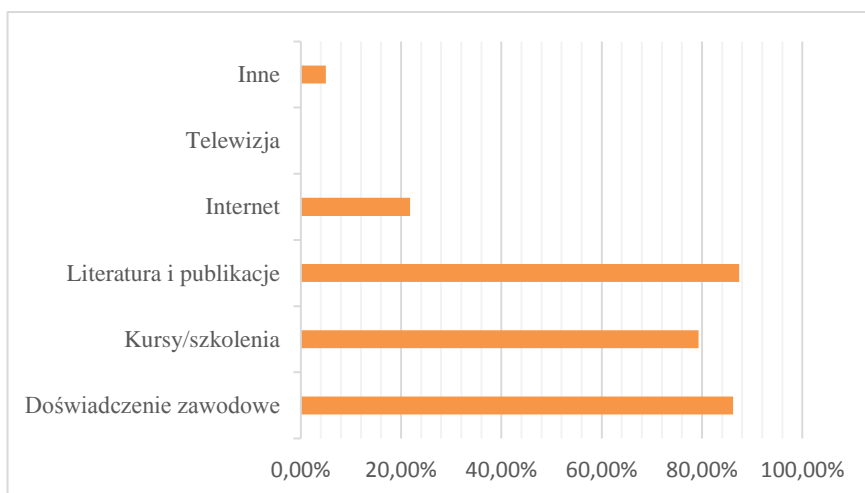
Ankietowanych zapytano, czy w toku studiów mieli przedmiot przygotowujący do diagnozy i pracy z dzieckiem z dysleksją. Aż 75% badanych stwierdziło, że w programach ich studiów nie było takiego przedmiotu, a tylko 15% badanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej na zadane pytanie. W tym gronie znalazły się w większości osoby w wieku od 22 do 30 lat, rzadziej od 31 do 40 lat. Świadczy to o tym, iż przygotowanie nauczycieli do pracy z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych jest tematem stosunkowo nowym, czego dowodzą też różne odpowiedzi absolwentów tej samej uczelni, studiujących w różnym okresie. Z wypowiedzi ankietowanych wynika, że przedmiot, dzięki któremu mogli zdobyć wiedzę na temat dysleksji, pojawia się w toku studiów na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Uniwersytecie Śląskim w Katowicach, Uniwersytecie Wrocławskim, Katolickim Uniwersytecie Lubelskim im. Jana Pawła II, Uniwersytecie Warszawskim, Uniwersytecie Jagiellońskim, Uniwersytecie Łódzkim, Uniwersytecie Pedagogicznym im. KEN w Krakowie, Uniwersytecie Gdańskim oraz Uniwersytecie Warmińsko-Mazurskim w Olsztynie.

Nauczyciele pytani o to, skąd czerpią wiedzę na temat dysleksji, wskazywali różne źródła. Mimo że większość z nich (75%) nie miała w toku studiów przedmiotu dotyczącego dysleksji, doksztalcają się poprzez czytanie literatury i publi-

kacji przedmiotowych (87%) oraz przez udział w kursach, szkoleniach (79%) i studiach podyplomowych. 86% badanych korzysta z doświadczenia zdobytego w trakcie wykonywania zawodu nauczyciela. 21% poszukuje wiedzy na temat dysleksji w Internecie. Żaden z ankietowanych nie uważa telewizji za źródło wiedzy o dysleksji. Tylko 5 osób (6% badanych) wymienia inne źródła zdobywania wiedzy:

- *własne dziecko z dysleksją rozwojową*⁴,
- *od innych nauczycieli*,
- *www.operon.pl*.

Respondenci, według których dysleksja nie jest problemem realnym, również wskazali na źródła swojej wiedzy, powołując się na doświadczenie zawodowe, kursy, szkolenia oraz literaturę i publikacje. Wyniki przedstawionych badań obrazuje wykres 5.



Wykres 5. Źródła wiedzy na temat dysleksji

Nauczyciele poproszeni o próbę zdefiniowania dysleksji przytaczają jej definicję za Martą Bogdanowicz (1995: 26) i określają ją jako: „specyficzne trudności w nauce czytania i pisania” (75% respondentów). 7% badanych definiuje dysleksję jako „nierozumienie czytanego tekstu”, co może być jednym z objawów dysleksji, a niekoniecznie jej definicją. 18% nauczycieli definiuje dysleksję w inny sposób. Część nauczycieli języka polskiego, skupiając się na przyczynach dysleksji, jako definicję podaje⁵:

⁴ Opinia rodzica; oczywiście, dziecko nie jest źródłem wiedzy, ale ankietowany tak właśnie określił.

⁵ Pisownia oryginalna.

- *Zaburzenia podstawowych funkcji poznawczych. Dysleksja może dotyczyć zaburzeń percepcji wzrokowej, fonologicznej czy percepcji wzrokowo-fonologicznej* (nauczyciel stażysta, wiek: 22–30, UO),
- *Zaburzenie rozwojowe, które przejawia się między innymi trudnościami w przyswajaniu materiału, skupieniu itp.* (nauczyciel stażysta, wiek: 22–30, UR),
- *Zakłócenia w obszarach mózgu, których efektem są trudności w uczeniu się, dotyczące np. ortografii, liczenia, pisania, orientacji przestrzennej i innych* (nauczyciel kontraktowy, wiek: 31–40, US),
- *Zespół rozmaitych zaburzeń, np. analizatora wzrokowego, słuchu fonemowego itp., którego efektem są specyficzne trudności w uczeniu się* (nauczyciel dyplomowany, wiek: 31–40, UG),
- *Nieprawidłowa praca układu nerwowego objawiająca się trudnościami w czytaniu i pisaniu* (nauczyciel mianowany, wiek: 31–40, UŁ),
- *Zaburzenie rozwojowe, któremu towarzyszą specyficzne trudności w uczeniu się. Wynika ze złej pracy OUN i uszkodzenia lewej półkuli mózgowej. Dysleksja rozwojowa towarzyszy dziecku przez cały okres jego życia. Problemy z nauką występują już we wczesnych latach nauki. Dysleksji nie można stwierdzić, gdy stwierdzimy obecność czynników zewnętrznych, tj. zaniedbanie ze strony środowiska (dom lub szkoła) oraz zaburzenia któregokolwiek ze zmysłów* (nauczyciel kontraktowy, wiek: 22–30, UAM),
- *Dysfunkcja polegająca na błędnym przetwarzaniu wzrokowym i słuchowym słów* (nauczyciel stażysta, wiek: 31–40, UJ),
- *Wielorakie zaburzenia w zakresie czytania, pisania, niezależne od woli ucznia, jednak wymagające systematycznej pracy i ćwiczeń* (nauczyciel mianowany, wiek: 31–40, UMK),
- *Zespół dysfunkcji, trudności związanych z nauką czytania, pisania przy przynajmniej przeciętnym poziomie inteligencji* (nauczyciel dyplomowany, wiek: powyżej 51, AP w Słupsku).

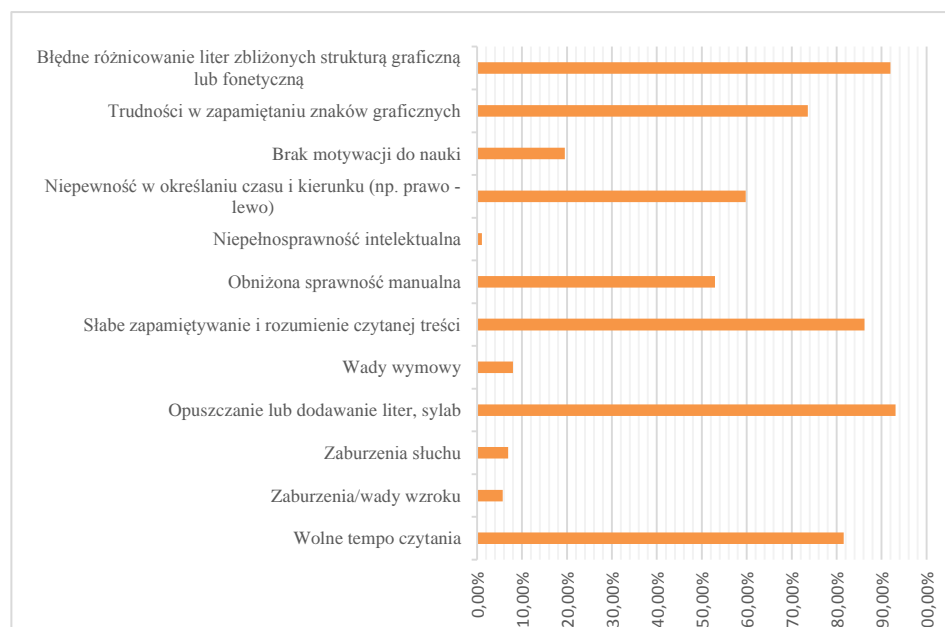
Jeszcze inaczej dysleksja przedstawiana jest ze względu na jej objawy:

- *Nieprawidłowa synteza i analiza spowodowana innym odbiorem* (nauczyciel kontraktowy, wiek: 31–40, KUL),
- *Trudności w szybkim, wyraźnym pisaniu, problemy z pomijaniem liter, mylenie wyrazów, ogólne trudności w uczeniu* (nauczyciel stażysta, wiek: 31–40, UŚ),
- *Jest to złożona dysfunkcja, która zauważalna jest wśród uczniów na poziomie czytania, pisania, popełniania błędów ortograficznych oraz problemów z gimnastyką czy z orientacją w terenie* (nauczyciel stażysta, wiek: 22–30, UR),
- *Trudności w nauce związane z czytaniem, pisanem, rozumieniem przeczytanej treści, problemy z zapisem manualnym, znajomość teorii, ale nieumiejętność przetworzenia jej w praktyce* (nauczyciel mianowany, wiek: 41–50, UW).

Tylko jedna osoba nazywa dysleksję lenistwem (nauczyciel mianowany, 41–50, UZ).

Analiza próby definicji dysleksji przez ankietowanych nauczycieli języka polskiego wykazała, że dysleksja najczęściej definiowana jest jako „specyficzne trudności w nauce czytania i pisania”, nieliczna grupa podejmowała się samodzielnie zdefiniować dysleksję. Najtrafniejsze definicje to te, które zwracają uwagę na przyczyny dysleksji, m.in. nieprawidłowości funkcji percepcyjno-motorycznych (Makarowicz 2006: 16), mikrouszkodzenia centralnego układu nerwowego (Krasowicz-Kupis 2003: 61–63), deficyt przetwarzania fonologicznego (Krasowicz-Kupis 2008: 117). Ich potwierdzenie znaleźć można w literaturze. Słuszne jest również definiowanie dysleksji ze względu na jej objawy, m.in. trudności w nauce czytania, pisania, rozumienia czytanej treści, popełniania licznych błędów ortograficznych, trudności z gimnastyką czy orientacją w terenie. Takie stanowisko reprezentują m.in. G. Krasowicz-Kupis (2003: 49), M. Bogdanowicz (1995: 26), J. Mickiewicz (1996: 21–22). Warto zauważyć, że osoby podejmujące próbę stworzenia własnej definicji to w większości poloniści w wieku od 22 do 40 lat, a więc nauczyciele, którzy niedawno ukończyli studia i dysponują aktualną wiedzą.

W kolejnym pytaniu ankiety poproszono nauczycieli języka polskiego o zaznaczenie, które z przedstawionych symptomów dotyczą dysleksji. Rozkład odpowiedzi na to pytanie prezentuje wykres 6.



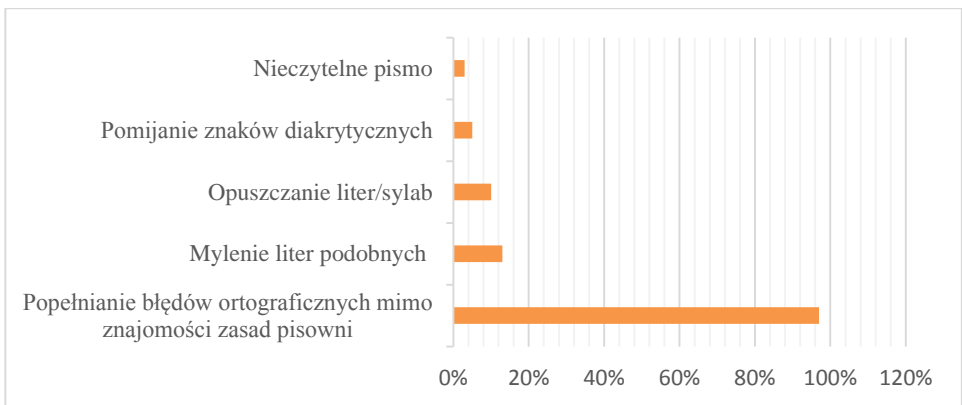
Wykres 6. Symptomy dysleksji

Pytanie zamknięte celowo, oprócz poprawnych, zawierało również błędne odpowiedzi. 93% badanych uważa za symptom dysleksji *opuszczanie lub dodawanie*

wanie liter/sylab, 92% – błędne różnicowanie liter zbliżonych strukturą graficzną lub fonetyczną, 86% – słabe zapamiętywanie i rozumienie czytanej treści, 82% – wolne tempo czytania, 73% – trudności w zapamiętaniu znaków graficznych, 56% – niepewność w określaniu czasu i kierunku, 53% – obniżoną sprawność manualną. Brak motywacji do nauki jest błędnie uważany za objaw dysleksji przez 20% badanych. Również nieprawidłowe odpowiedzi to: wady wymowy (wskazało na to 8% ankietowanych), zaburzenia słuchu (7%), zaburzenia/wady wzroku (6%), niepełnosprawność intelektualna (1%).

Wśród udzielających błędnych odpowiedzi znalazły się osoby w różnym przedziale wiekowym (od 22 do 50 lat). Najczęściej byli to nauczyciele stażyści lub nauczyciele dyplomowani. Osoby, które nie zgadzają się ze stwierdzeniem, iż dysleksja jest problemem realnym, również udzielały błędnych odpowiedzi. Jednakże zdecydowana większość symptomów dysleksji jest prawidłowo rozpoznawana, co dobrze rokuje, gdyż nauczyciele dysponujący dużą wiedzą na temat dysleksji i jej objawów są w stanie wcześniej rozpoznać jej oznaki, skierować dziecko do poradni pedagogiczno-psychologicznej w celu zdiagnozowania i w porę rozpocząć pracę nad trudnościami dziecka.

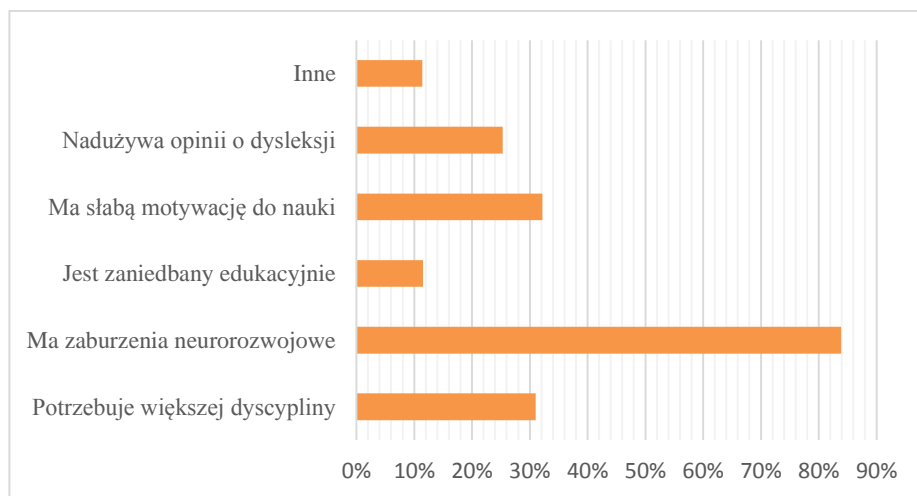
Nauczycieli zapytano również o symptomy dysortografii. Wyniki badania przedstawia wykres 7.



Wykres 7. Symptomy dysortografii

Podobnie jak w przypadku symptomów dysleksji, większość nauczycieli poprawnie podaje oznaki dysortografii, ale tylko niewielki procent respondentów przytacza objaw inny niż *popelnianie błędów ortograficznych mimo znajomości zasad pisowni* – takiej odpowiedzi udzieliło 97% ankietowanych. 13% zaznaczyło *mylenie liter podobnych*, 10% – *opuszczanie liter/sylab*, 5% – *pomijanie znaków diakrytycznych*. 3% za symptom dysortografii uważa *nieczytelne pismo*, myląc tym samym dysortografię z dysgrafią.

Kolejne pytanie, dotyczące opinii nauczycieli o uczniu z dysleksją, miało na celu zweryfikowanie istniejących stereotypów o dzieciach, które mają orzeczenie o dysleksji. Rozkład odpowiedzi nauczycieli prezentuje wykres 8.



Wykres 8. Poglądy nauczycieli na temat uczniów z dysleksją

84% nauczycieli uważa, że uczeń z opinią o dysleksji ma zaburzenia neurorozwojowe objawiające się trudnościami w czytaniu i pisaniu – jest to najczęściej wybierana odpowiedź, a zarazem najbardziej słuszna (Półtorak 2012: 52–54). 32% badanych zgadza się ze stwierdzeniem, że uczeń z dysleksją ma słabą motywację do nauki, 31% – że potrzebuje większej dyscypliny, 25% – że nadużywa opinii o dysleksji, 12% – że jest zaniedbany edukacyjnie. 11% ma inne zdanie o uczniu z dysleksją⁶:

- *Wszystko zależy od ucznia i rodziców* (nauczyciel kontraktowy, wiek: 31–40, UO),
- *Potrzebuje dostosowania metod i indywidualnego podejścia* (nauczyciel kontraktowy, wiek: 22–30, UW),
- *Potrzebuje wsparcia w czasie nauki* (nauczyciel dyplomowany, wiek: 41–50, UO),
- *Często niestety nie pracuje w domu. Rodzice uważają, że godzina terapii pedagogicznej wystarczy* (nauczyciel dyplomowany, wiek: 31–40, UG),
- *Ma problem z nauką języka obcego, zapamiętywaniem* (nauczyciel dyplomowany, wiek: 41–50, UŚ),
- *Dzięki pracy w domu z rodziną i pomocy poradni psychologiczno-pedagogicznej potrafi uczyć się lepiej od dzieci bez dysleksji; ma czasem*

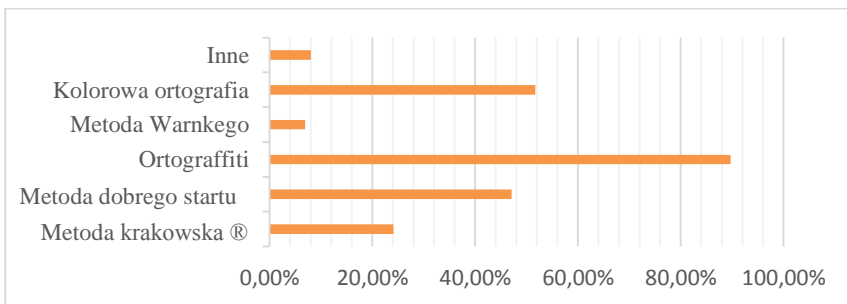
⁶ Pisownia oryginalna.

wyższy iloraz inteligencji; jest aktywny i chętny do nauki; niektórzy szybko się zniechęcają przy braku wsparcia z domu; dysleksja jest tak różnorodna, że każde dziecko trzeba traktować inaczej (nauczyciel mianowany, wiek: 31–40, UO),

- *Potrzebuje ćwiczeń i większej opieki. Musi znać cel swojej nauki* (nauczyciel stażysta, wiek: 22–30, UW),
- *Bywa, że ma obniżoną motywację, ze względu na brak efektywności swoich działań i czuje się gorszy od innych uczniów* (nauczyciel mianowany, wiek: 31–40, UŚ),
- *Miewa słabszą motywację wynikającą z większego wysiłku, jaki musi włożyć, aby uzyskać wynik taki jak uczeń bez dysleksji* (nauczyciel mianowany, wiek: 31–40, UŁ),
- *Wymaga większej pomocy rodziców w opanowaniu trudności oraz zrozumienia ze strony wszystkich uczących go nauczycieli* (nauczyciel dyplomowany, wiek: powyżej 51, UAM).

Badanie wykazało, że wśród nauczycieli funkcjonują uprzedzenia w stosunku do osób ze stwierdzoną dysleksją. Z opiniami tymi zgadzają się również osoby o dużej wiedzy na temat dysleksji, poprawnie ją definiujące oraz doświadczone w pracy z uczniami ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. Nieliczna grupa wyraziła opinie sprzeciwiające się stereotypowemu myśleniu. Wśród nich znalazły się osoby głównie w wieku od 31 do 40 lat.

W najbardziej rzeczowych i trafnych opiniach nauczyciele zwracają uwagę na potrzebę wsparcia dziecka z dysleksją oraz dostosowania metod nauczania. Słuszne jest również uzasadnienie braku motywacji do nauki wynikające z konieczności wkładania w nią większego wysiłku przez dziecko z dysleksją. Na wykresie 9 przedstawiono metody pracy z uczniami z ryzykiem dysleksji / dysleksją rozwojową znane ankietowanym.



Wykres 9. Metody pomocy uczniom z dysleksją

90% respondentów zna Ortograffiti – jest to metoda indywidualizacji pracy z uczniem klas I–III, IV–VI oraz starszych. Opiera się ona na systematycznych,

wzorcowych działaniach (por. <http://ortograffiti.pl/Metoda-Ortograffiti>, dostęp: 11.05.2018). Kolorowa ortografia, która znana jest 52% nauczycieli, to system przypisywania ortogramom odpowiednich, stałych kolorów, co odnosi się do pamięciowo-wzrokowego sposobu uczenia się (http://www.ortofrajda.pl/pierwsza_lekcja.htm, dostęp: 11.05.2018). Wiele osób (47%) deklaruje znajomość metody dobrego startu opracowanej przez M. Bogdanowicz. Założeniem tej metody jest ogólny rozwój psychomotoryczny opierający się na elementach motorycznych, słuchowych i wzrokowych (zob. <https://ptd.edu.pl/proffest/mds.html>, dostęp: 11.05.2018). Znana polonistom jest też metoda krakowska⁷ wypracowana przez Jagodę Cieszyńską (24%) „Jej głównym założeniem jest stymulacja biologicznych podstaw rozwoju poznawczego oraz stymulacja intelektualnych możliwości dziecka” (<https://www.centrummetodykrakowskiej.pl/377,a,faq.html>, dostęp: 11.05.2018). Metodę Warnkego zna 7% badanych. Trening opracowany przez Freda Warnkego opiera się na trzech założeniach: automatyzacja przetwarzania spostrzeżeń w obszarze słuchu, wzroku i zdolności motorycznych; automatyzacja koordynacji półkul mózgowych; rozwój i automatyzacja „wzrokowego języka” (<http://www.metodawarnkego.pl/o-metodzie.html>, dostęp: 11.05.2018). 8% respondentów wymienia inne metody⁷:

- Czcionka specjalnie stworzona dla dzieci z dysleksją (OpenDyslexic to specjalna czcionka, która ma ułatwiać osobom z dysleksją czytanie tekstu elektronicznego. Cechuje ją pogrubienie u dołu wyrazów i szersze odstępy między znakami);
- Metoda płynnego pisania – koniczynka (metoda ta polega na pisaniu wzdłuż koniczyny kaligraficznej, na bazie której można napisać większość liter);
- Metody graficzne, nielinearne, skojarzeniowe, myślenie obrazami;
- Wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych;
- Systematyczne ćwiczenia i czytanie zasad ortograficznych;
- Ćwiczenia według Dennisona⁸.

Najczęściej wybierane metody (Kolorowa ortografia i Ortograffiti) są adekwatne do etapu edukacyjnego dzieci (klasy IV–VI szkoły podstawowej), z którymi pracują ankietowani poloniści. Inne metody, takie jak specjalna czcionka dla dzieci z dysleksją, metody graficzne, nielinearne, skojarzeniowe, myślenie obrazami czy wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych również są bardzo trafnymi sposobami pracy na lekcjach języka polskiego. Metody przeznaczone dla młodszych dzieci, np. metoda dobrego startu, metoda płynne-

⁷ Pisownia oryginalna.

⁸ Kinezylogia edukacyjna opiera się na prostych ćwiczeniach fizycznych integrujących pracę ciała i umysłu. Składają się one z ruchów, które wykonują dzieci w pierwszych latach życia niezbędnych dla rozwoju koordynacji oczu, uszu, rąk i całego ciała. Dzięki ćwiczeniom wszystkie części mózgu mogą ze sobą współpracować (<http://www.kinezylogia.com.pl/index.php?m=ome> todzie, dostęp: 11.05.2018).

go pisania – koniczynka, ćwiczenia według Dennisona są nietrafione dla uczniów klas IV–VI, ale świadczą o sporej wiedzy polonistów. W niektórych przypadkach są wynikiem chęci poszerzania swoich kwalifikacji ze względu na własne dziecko z dysleksją.

W kolejnym etapie ankiety nauczyciele zostali poproszeni o opisanie, w jaki sposób pracują na lekcjach języka polskiego z uczniami z dysleksją. Spośród wszystkich odpowiedzi wybrano najtrafniejsze.

Tab. 2. Metody pracy z uczniem z dysleksją na lekcjach języka polskiego

Metody pracy z uczniem z dysleksją na lekcjach języka polskiego ⁹
<i>Na lekcjach nie odpytuję z głośnego czytania przy całej klasie, dzielę lektury na rozdziały, przeznaczam więcej czasu na czytanie szczególnie podczas pracy z tekstem, częściej sprawdzam notatki, kontroluję stopień zrozumienia samodzielnie przeczytanych poleceń. Podczas sprawdzianów akceptuję pismo drukowane, sadzam ucznia blisko nauczyciela, ćwiczę dodatkowo 1 raz w tygodniu poprawne zapisywanie (nauczyciel dyplomowany, wiek: powyżej 51, UAM).</i>
<i>Wydłużenie czasu sprawdzianów, odpytywanie zamiast sprawdzianów pisemnych, dzielenie materiału na mniejsze partie, alternatywne metody uczenia się i notowania, np. haki, mapy myśli; wykorzystywanie audiobooków (nauczyciel mianowany, wiek: 31–40, UWM).</i>
<i>Nie oceniam ortografii, ale wymagam teorii. Dodatkowe zadania ortograficzne, zespół wyrównawczy, kontakt z rodzicami, motywowanie i pozytywne wzmacnianie, tworzenie specjalnych sprawdzianów, nie ocenianie zeszytów, dodatkowy czas itp. (nauczyciel kontraktowy, wiek: 22–30, UWŕ).</i>
<i>Stosuję różne obrazki, rozsypanki, staram się, aby dzieci umiały stworzyć skojarzenia z danym słowem i obrazkiem, np. proponuję, aby uczniowie rysując różę, zwrócili uwagę na jej kolce, co symbolizuje głoskę ó (nauczyciel mianowany, wiek: 31–40, UP w Krakowie).</i>
<i>Organizuję zajęcia wyrównawcze, na lekcjach stosuję gry ortograficzne (statki, państwamiasta, trimino z przykładami i zasadami ortografii), przedłużam czas pracy na klasówkach i sprawdzianach. Nie pytam głośnego czytania. Nie recytuję przy całej klasie. Stosuję się do rad zawartych w opinii ucznia z poradni pedagogiczno-psychologicznej (nauczyciel dyplomowany, 41–50, UR).</i>
<i>Stosuję dodatkowe metody ułatwiające zapamiętanie wyrazów np. ortogramy, wierszyki. Wdrażam do korzystania ze słowników ortograficznych. Doceniam starania, a nie efekty (nauczyciel dyplomowany, wiek: 31–40, UMCS).</i>
<i>Indywidualizuję wymagania. Mam opracowany system dostosowań, z którym zapoznają rodziców, np.: nie oceniam ortografii, wydłużam czas pracy z tekstem, prace domowe i wypracowania klasowe uczniowie (zwłaszcza z głęboką dysleksją) mogą pisać na komputerze (nauczyciel dyplomowany, wiek: 31–40, UG).</i>
<i>Wspieram, chwaleb, doceniam, szukam mocnych stron, namawiam do pracy w domu; szukam atrakcyjnych dla uczniów metod nauczania – interaktywne książeczki, lapbooki, karty pracy itp. (nauczyciel dyplomowany, wiek: 41–50, UAM).</i>
<i>Dostosowuję wymagania do możliwości ucznia, np.: nie odpytuję z czytania nowego tekstu na forum klasy, pozwalam pisać sprawdzian w czasie dłuższym od pozostałych uczniów, dodatkowo biorę przede wszystkim pod uwagę jego chęci, wysiłek, przygotowanie do zajęć itp., pozwalam dłuższe prace pisać na komputerze, oceniając prace pisemne, biorę pod uwagę ich treść, kompozycję, stronę stylistyczno-językową (nauczyciel kontraktowy, wiek: 31–40, US).</i>

⁹ Pisownia oryginalna.

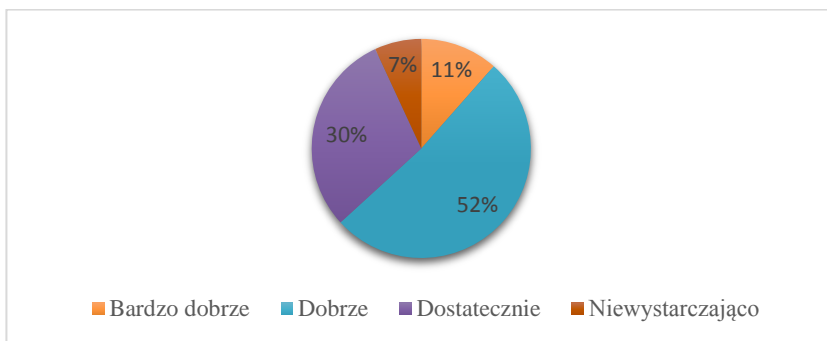
Czytamy polecenie, tłumaczymy je, podkreślamy najważniejsze treści, proponuję inne formy sprawdzania wiedzy, proponuję dodatkowe ćwiczenia lub inne formy, stosowanie notatek graficznych, korzystanie z filmików, przekazów audio (nauczyciel dyplomowany, wiek: 41–50, UŚ).

Praca z zeszytami Ortograffiti, metoda zielonego długopisu, dzielę materiał na mniejsze części, pozwalam słuchać audiobooków, staram się stosować notatki graficzne, tabele, wykresy, dyktando biegane, dyktando w 10 punktach, uczeń nie musi czytać na głos w klasie (chyba że sam chce) (nauczyciel kontraktowy, wiek: 22–30, UAM).

Sadzam blisko siebie, aby widzieć, czy uczeń ma kłopoty i staram się pomóc, wtedy też nie rozprasza go klasa, nie daję tak dużej partii materiału do przepisania, nie oceniam ortografii w pracach pisemnych, stawiam oceny za treść pracy, nie pytam głośnego czytania, wydłużam czas pracy, przygotowuję materiały z większą czcionką, korzystam z Ortograffiti (nauczyciel mianowany, wiek: 41–50, UWr).

Wśród sposobów pracy z uczniem z dysleksją na lekcji języka polskiego wymienionych przez nauczycieli pojawiły się takie, które są zawarte w opinii wydanej przez poradnię pedagogiczno-psychologiczną, m.in. wydłużenie czasu pracy na sprawdzianach, nieodpytywanie z głośnego czytania, dzielenie materiału do nauczenia się na mniejsze partie, nieocenianie ortografii. Poloniści stosują również inne, bardziej kreatywne i atrakcyjne dla uczniów metody, np. tworzenie notatek graficznych, lapbooków, stosowanie zeszytów Ortograffiti, dyktando biegane, dyktando w 10 punktach, słuchanie audiobooków, wykorzystanie gier: trimino, statki, państwa-miasta.

W ostatnim etapie ankiety nauczyciele zostali poproszeni o ocenę swojej wiedzy na temat dysleksji. 52% ocenia swoją wiedzę dobrze, 30% – dostatecznie, 11% – bardzo dobrze, 7% – niewystarczająco (por. wykres 10).



Wykres 10. Samoocena wiedzy nauczycieli na temat dysleksji

Nauczyciele, którzy ocenili swoją wiedzę dotyczącą dysleksji bardzo dobrze i dobrze, to najczęściej ci, których faktyczny stan wiedzy pokrywa się z deklarowanym. Udzielali oni poprawnych odpowiedzi, prawidłowo definiowali i rozpoznawali symptomy dysleksji (w tym dysortografii), podawali rzetelne źródła

swojej wiedzy, mimo iż najczęściej nie mieli podczas studiów zajęć dotyczących dysleksji. Wśród polonistów oceniających swoją wiedzę dostatecznie zdarzały się błędnie rozpoznawane objawy dysleksji i dysortografii. Osoby te podawały zwięzłe definicje i wymijające odpowiedzi. W gronie nauczycieli, którzy uważają, że ich wiedza jest niewystarczająca, znalazły się osoby, które nie mają jeszcze doświadczenia w pracy z dziećmi z dysleksją rozwojową, osoby wykazujące małą wiedzę na ten temat, ale także inne, dysponujące obszerną wiedzą i doświadczeniem.

Zakończenie

Badanie przeprowadzone w grupie nauczycieli języka polskiego i jego analiza pozwoliła na zweryfikowanie prawdziwości sformułowanej na wstępie hipotezy. Uzyskany obraz świadomości dysleksji dostarczył odpowiedzi na postawione pytania. Okazało się, iż większość nauczycieli języka polskiego ocenia swoją wiedzę na temat dysleksji dobrze lub bardzo dobrze. Współcześnie nauczyciele poloniści mają przynajmniej podstawową wiedzę na temat dysleksji (w tym dysortografii), prawidłowo rozpoznają jej symptomy, co daje możliwości wczesnej diagnozy. Większość polonistów deklaruje, iż wiedzę na temat dysleksji czerpie z literatury i publikacji, kursów i szkoleń oraz z doświadczenia zawodowego. Prawie wszyscy ankieterowani zgadzają się z twierdzeniem, że dysleksja jest realnym problemem. Jedynie nieliczna grupa nauczycieli deklarujących znajomość metod pracy na lekcji języka polskiego z uczniami, którzy mają trudności w czytaniu i pisaniu, realnie stosuje te metody. Nie napawa optymizmem również fakt, iż nauczyciele – mimo deklarowanej wiedzy na temat dysleksji – powielają dotyczące jej stereotypy. W tej sytuacji warto zbadać, co jest przyczyną tak licznych uprzedzeń i w jaki sposób im przeciwdziałać.

Nauczyciele języka polskiego, którzy najchętniej udzielali odpowiedzi, robili to w sposób sumienny, a zarazem wykazywali się aktualną wiedzą. To najczęściej osoby w wieku od 31 do 40 lat o różnym stopniu awansu zawodowego. Wiedza zdobyta przez nich podczas studiów wciąż jest zgodna z rzeczywistym stanem badań nad dysleksją rozwojową. Osoby te dzięki doświadczeniu zawodowemu mogą wiedzę tę wykorzystywać i weryfikować w praktyce szkolnej.

Wielkość miejscowości, w której znajduje się szkoła, nie wpływa na świadomość dysleksji wśród polonistów. Rzutuje natomiast na liczbę uczniów z diagnozą dysleksji – im większa miejscowość, tym więcej uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Świadomość i wiedza nauczycieli na temat dysleksji jest bardzo ważna, ponieważ to oni jako pierwsi mogą dostrzec jej objawy. Ich rolą jest również pomoc i indywidualizacja nauczania dzieci z dysleksją. Odpowiednia wiedza daje takie

możliwości. Edukacja na temat dysleksji powinna się rozpocząć już w trakcie studiów nauczycielskich, co niestety, nadal należy to do rzadkości. Warto, aby w ofercie kursów i szkoleń doskonalących nauczycieli znalazły się też propozycje dotyczące diagnozy i terapii dysleksji. Ważne jest też, aby odpowiednio motywować nauczycieli do samokształcenia. Zapewne właściwa edukacja nauczycieli pozwoliłaby im wyzbyć się krzywdzących stereotypów na temat dzieci z dysleksją.

Literatura

- Bogdanowicz M., 1995, *O dysleksji czyli specyficznych trudnościach w czytaniu i pisaniu – odpowiedzi na pytania rodziców i nauczycieli*, Lublin: Wydaw. Popularnonaukowe Linea.
- Bogdanowicz M., 2007, *Świadomość dysleksji w Polsce – badania porównawcze* [w:] *Dysleksja. Problem znany czy nieznan?*, red. M. Kostka-Szymańska, G. Krasowicz-Kupis, Lublin: Wydaw. UMCS.
- Kołtuszka B., 1989, *Dysleksja – przegląd koncepcji etiologicznych*, „Psychologia Wychowawcza” 3.
- Kowaluk M., 2012, *O krok od bezradności, czyli nauczyciel wobec uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi* [w:] *Wychowawcza rola szkoły*, red. J. Kirenko, T. Zubrzycka-Maciąg, D. Wosik-Kawała, Lublin: Wydaw. UMCS.
- Krasowicz-Kupis G., 2003, *Język, czytanie i dysleksja*, Lublin: Agencja Wydawniczo-Handlowa Antoni Dudek.
- Krasowicz-Kupis G., 2008, *Psychologia dysleksji*, Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN.
- Makarewicz R., 1999, *Nauczyciele wobec dysleksji*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze” 2.
- Makarewicz R., 2006, *Dysleksja w opinii językoznawcy*, Olsztyn: Wydaw. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Mickiewicz J., 1996 *Jedynka z ortografii?*, Toruń: TNOiK „Dom Organizatora”.
- Półtorak M., 2007, *Wiedza przyszłych pedagogów i nauczycieli o problematyce dysleksji rozwojowej* [w:] *Dysleksja. Problem znany czy nieznan?*, red. M. Kostka-Szymańska, G. Krasowicz-Kupis, Lublin: Wydaw. UMCS.
- Półtorak M., 2012, *Prognozowanie umiejętności czytania i pisania uczniów klas początkowych*, Rzeszów: Wydaw. Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Tomaszewska A., 2001, *Prawo do nauki dziecka z dysleksją rozwojową w świadomości nauczycieli*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

Źródła internetowe

- Polskie Towarzystwo Dysleksji, <https://www.ptd.edu.pl/historia.html> (dostęp: 27.12.2017).
- Metoda Ortografitti, <http://ortografitti.pl/Metoda-Ortografitti> (dostęp: 11.05.2018).
- Metoda dobrego startu, <https://ptd.edu.pl/proftest/mds.html> (dostęp: 11.05.2018).
- Metoda krakowska, <https://www.centrummetodykrakowskiej.pl/377,a,faq.htm> (dostęp: 11.05.2018).
- Metoda Warnkego, <http://www.metodawarnkego.pl/o-metodzie.html> (dostęp: 11.05.2018).
- Metoda Dennisona, <http://www.kinezyjologia.com.pl/index.php?m=ometodzie> (dostęp: 11.05.2018).
- Kolorowa ortografia, http://www.ortofrajda.pl/pierwsza_lekcja.htm (dostęp: 11.05.2018}.

ANEKS
Świadomość nauczycieli polonistów zjawiska dysleksji – ankieta

* Wymagane

1. Płeć*

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Kobieta
 Mężczyzna

2. Wiek*

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- 22–30
 31–40
 41–50
 powyżej 51

3. Stopień awansu zawodowego*

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Nauczyciel stażysta
 Nauczyciel kontraktowy
 Nauczyciel mianowany
 Nauczyciel dyplomowany

4. Gdzie znajduje się placówka, w której Pan(i) pracuje?*

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Wieś
 Miasto małe
 Miasto średnie
 Miasto duże

5. Uczelnia, na której ukończył(a) Pan(i) studia wyższe*

6. Czy uważa Pan(i), że dysleksja jest realnym problemem?*

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Tak
 Nie
 Nie wiem
 Inne: _____

7. Czy w klasie/klasach, które Pan(i) uczy są uczniowie z dysleksją rozwojową?*

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Tak
 Nie

8. Jeśli odpowiedź na poprzednie pytanie jest twierdząca, proszę napisać, ilu jest takich uczniów*

9. Czy w toku studiów miał(a) Pan(i) przedmiot dotyczący dysleksji?*

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Tak
 Nie

10. Skąd czerpie Pan(i) wiedzę na temat dysleksji?*

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Doświadczenie zawodowe
 Kursy/szkolenia
 Literatura i publikacje
 Internet (proszę podać strony www)
 Telewizja
 Inne: _____

11. Proszę napisać, jak zdefiniował(a)by Pan(i) termin „dysleksja”*

12. Proszę zaznaczyć, które z wymienionych symptomów dotyczą dysleksji*

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Wolne tempo czytania
- Zaburzenia/wady wzroku
- Zaburzenia słuchu
- Opuszczanie lub dodawanie liter, sylab
- Wady wymowy
- Słabe zapamiętywanie i rozumienie czytanej treści
- Obniżona sprawność manualna
- Niepełnosprawność intelektualna
- Niepewność w określaniu czasu i kierunku (np. prawo – lewo)
- Brak motywacji do nauki
- Trudności w zapamiętaniu znaków graficznych
- Błędne różnicowanie liter zbliżonych strukturą graficzną lub fonetyczną

13. Proszę podać znane Panu(i) objawy dysortografii*

14. Uczeń z opinią o dysleksji według Pana(i):

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Potrzebuje większej dyscypliny
- Ma zaburzenia neurorozwojowe, które objawiają się trudnościami w czytaniu i pisaniu
- Jest zaniedbany edukacyjnie
- Ma słabą motywację do nauki
- Nadużywa opinii o dysleksji i tłumaczy nią niepowodzenia szkolne
- Inne: _____

15. Jakie zna Pan(i) metody pomocy uczniom z dysleksją rozwojową / ryzykiem dysleksji?*

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

- Metoda krakowska®
- Metoda dobrego startu
- Ortograffiti
- Metoda Warnkego
- Kolorowa ortografia
- Inne: _____

16. W jaki sposób pracuje Pan(i) na lekcjach języka polskiego z uczniami z dysleksją?*

17. Jak ocenia Pan(i) swoją wiedzę na temat dysleksji?*

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Bardzo dobrze
- Dobrze
- Dostatecznie
- Niewystarczająco

The awareness of Polish language teachers of the language problems related to dyslexia in elementary school pupils of classes 4 to 6

Summary

The article attempts to research the awareness of the Polish language teachers in classes 4 to 6 of elementary school regarding the pupils dyslexia. The purpose of the research was to determine whether the Polish language teachers perceive the problem of dyslexia, what their attitude to it is and what knowledge they have in the subject. Attention has also been paid to the factors affecting the teachers' awareness (age, sex, university, courses completed, size of town). Moreover, it has been checked how the teachers work in their Polish language classes with children in whom dyslexia has been diagnosed, and what methods they use. An opinion poll questionnaire was a research tool. The group of respondents consisted of 87 people.

Key words: dyslexia, awareness, Polish language teachers

Dominika Zawadzka

Uniwersytet Rzeszowski

KOMUNIKACJA NIEWERBALNA ORAZ GRZECZNOŚCIOWE AKTY MOWY NAUCZYCIELI NA LEKCJACH W SZKOLE ŚREDNIEJ (WYBRANE ASPEKTY)

Przedmiotem artykułu są komunikaty niewerbalne i wybrane komunikaty werbalne (akty adresatywne i zwroty grzecznościowe) kierowane przez nauczycieli szkoły średniej do uczniów, a także sposób, w jaki są one odbierane przez młodych ludzi. Przedstawiono wyniki badań obrazujące wagę tych aktów komunikacyjnych, ponadto badano zależność powodzenia edukacyjnego od sposobów komunikacji na linii nauczyciel – uczeń.

Słowa kluczowe: komunikacja niewerbalna, akty dyrektywne, akty grzecznościowe, komunikacja nauczyciela i uczniów

Komunikacja w sytuacji lekcyjnej – zarys problematyki

Lekcja jest specyficzną sytuacją komunikacyjną, podczas której obowiązują określone zasady (ramy i reguły). Są one wyznaczane nie tylko przez strukturę lekcji, lecz także przez dystans, jaki dzieli uczniów i nauczyciela. Każdy etap edukacji będzie się charakteryzował innym stylem komunikacyjnym, wynikającym z wieku nauczanej młodzieży. Nie bez znaczenia są zachowania i cechy osobowe nauczycieli, które mają wpływ na skuteczną komunikację z uczniami.

Podstawowy podział stylów komunikacji wyróżnia dwa ich rodzaje: partnerski i niepartnerski. W komunikowaniu partnerskim ważne jest jasne wypowiedzianie się oraz uważne słuchanie, dzięki czemu możliwe jest porozumienie, w przeciwieństwie do komunikacji niepartnerskiej, w której czynnikami zakłócającymi są nieujawnianie własnych przeżyć i niewyrażanie wprost swoich przekonań (Góra 2001: 184–185). Podstawą współczesnej edukacji jest dialog między osobami, które w procesie edukacyjnym biorą udział. Spośród nich najważniejszymi są nauczyciele i uczniowie. Z tego powodu komunikacja powinna opierać się przede wszystkim na zasadach podmiotowości oraz traktowania się nawzajem w sposób partnerski (Kutrowska 2008: 178–179). Zasady, które mogą pomóc nauczycielom w tym, aby utrzymywać właściwy dialog z uczniami oraz eliminować wzajemne niezrozumienie, to: podmiotowe traktowanie ucznia,

używanie języka dostosowanego do możliwości percepcyjnych ucznia, odpowiedniego do sytuacji tonu głosu, tłumienie niewłaściwych emocji, empatia, pozbycie się czynników rozprasających, zdawanie sobie sprawy z zachowań pozawerbalnych, postępowanie zgodnie z normami zachowania, formułowanie komunikatów w sposób zrozumiały dla uczniów.

Istnieje kilka czynników utrudniających wzajemne zrozumienie i dialog. Są to przede wszystkim negatywne emocje odczuwane przez uczniów względem nauczycieli. 89,16% uczniów boi się wypowiadać na lekcji, a kiedy już zabierają głos, robią to niechętnie lub w wypowiedzi nie ujawniają swoich faktycznych myśli z obawy przed złą, często prześmiewczą reakcją nauczyciela (Góra 2001: 183). Powodowane jest to takimi zachowaniami nauczycieli, jak: nietolerancja, nadużywanie władzy, krytyka skierowana w stronę uczniów, ale również obojętność względem nich i ich poglądów, obaw czy problemów. Zachowania te przyczyniają się do poczucia braku zaufania i strachu względem nauczycieli. Skutkuje to z kolei wycofywaniem się uczniów z podejmowania jakichkolwiek interakcji słownych z nauczycielami. Młodzi ludzie obawiają się, że zostaną źle zrozumiani, w dodatku czują, że ich postrzeganie świata znacznie różni się od nauczycielskiego. Wynika to często z faktu, że nauczyciele nie potrafią właściwie sformułować pytań bądź wymagań od uczniów wszechstronnej wiedzy o danym zagadnieniu. Bardzo ważnym aspektem warunkującym powodzenie komunikacyjne jest samoocena ucznia. Częste zwroty nauczycieli: „nigdy nie masz zadania”, „nie potrafisz niczego dobrze zrobić” doprowadzają do obniżenia samooceny ucznia, kształtują jego negatywny obraz siebie, utwierdzają go w przekonaniu, że jest niewiele wart, dodatkowo zniechęcając go do podejmowania dalszych prób interakcji (Kutrowska 2008: 183).

Na każdy komunikat składają się trzy elementy: treść wyrażona słowami, ton głosu oraz elementy sygnałów niewerbalnych. Zmieniając ton głosu, mimikę czy gesty, możemy nadać komunikatowi zupełnie inne znaczenie. Nauczyciel powinien pamiętać również, że jego przekaz jest najskuteczniejszy w momencie, gdy jego sygnały werbalne i niewerbalne współgrają ze sobą i uzupełniają się treściowo (Kutrowska 2008: 188–189). Uczniowie zwracają uwagę na każdy szczegół, również na ubiór i cechy osobowe nauczyciela. Komunikaty niewerbalne odbierają i interpretują intuicyjnie, co ma duże znaczenie w kształtowaniu samopoczucia dziecka w sytuacji lekcyjnej. Bez względu na to, czy nauczyciel zdaje sobie z tego sprawę, czy też nie, jego uczniowie dokładnie potrafią odczytywać jego uczucia, postawy i oczekiwania wobec nich na podstawie obserwacji słów i komunikatów niewerbalnych (Góra 2001: 181). Podstawowe umiejętności komunikacyjne, jakie powinien opanować każdy nauczyciel, to: odpowiednia do sytuacji postawa ciała, umiejętność słuchania, przekazywanie informacji zwrotnych i niesienie pomocy w sytuacjach trudnych dla ucznia (Kutrowska 2008: 187).

Badania własne

Przedmiotem badań w tym artykule stała się komunikacja niewerbalna oraz wybrane akty mowy nauczyciela w sytuacji lekcyjnej i reakcje uczniów na nie. Celem badań było zebranie informacji, opisanie ich i wyjaśnienie roli komunikacji niewerbalnej i wybranych aktów mowy podczas lekcji. Postawiono następujące pytania, na które miały dać odpowiedź przeprowadzone badania: Jakie elementy komunikacji niewerbalnej najczęściej wykorzystywane są przez nauczycieli? Jak komunikacja niewerbalna i zwroty grzecznościowe formułowane przez nauczycieli wpływają na atmosferę w klasie? Ponadto wzięto pod uwagę opinie uczniów na temat komunikacji niewerbalnej oraz zwrotów grzecznościowych. Wypowiedzi uczniów miały pomóc określić, które zachowania i wypowiedzi nauczycieli określane są przez nich jako pozytywne, a które jako negatywne. Badania podzielono na dwa etapy. Pierwszym z nich była obserwacja lekcji w wybranej klasie (była to klasa pierwsza liceum, licząca 28 osób). Obserwowanych było dziesięć lekcji z różnych przedmiotów, przy czym każdą z nich prowadził inny nauczyciel. Drugim etapem było przeprowadzenie ankiety wśród uczniów wybranej klasy na temat komunikacji niewerbalnej i wybranych aktów mowy. Podczas obserwacji posługiwano się arkuszem obserwacyjnym, dzięki któremu zwracano uwagę na te same elementy komunikacji u każdego z nauczycieli. Były to: mimika, gestykulacja, kontakt wzrokowy i postawa ciała, dystans fizyczny i dotyk, komunikacja wokalna oraz akty mowy. Pytania ankietowe skierowane do uczniów dotyczyły przede wszystkim postrzegania przez nich zachowań, komunikatów i wypowiedzi nauczycieli skierowanych do nich¹.

Komunikacja niewerbalna

Komunikację ludzką możemy podzielić na cztery obszary: 1. komunikację werbalną, 2. komunikację wizualną, uwzględniającą komunikację finezyjną, czyli ekspresję twarzy, zachowania wzrokowe, gesty i pozycję ciała, 3. komunikację proksemiczną, czyli przestrzeń, odległość, terytorium oraz 4. komunikację przez przedmioty, np. zewnętrzny wygląd twarzy, ciała, komunikację słuchową, obejmującą głośność, ton, barwę, tempo, trwałość, rytmiczność, artykulację, wymowę i ciszę oraz komunikację pozawzrokową – dotykową, węchową, czasową (Leathers, 2007: 28–29).

Słowa są podstawowym narzędziem komunikacji, jednak towarzyszą im nierozzerwalnie także komunikaty pozajęzykowe. Sygnały niewerbalne są głównym metakomunikatem funkcjonującym w komunikacji interpersonalnej (Lea-

¹ Wzór ankiety zamieszczono na końcu artykułu (załącznik 1).

thers 2007: 23). Komunikacja niewerbalna definiowana jest jako intencjonalne przekazywanie informacji w sytuacji interakcji za pomocą statycznych i dynamicznych właściwości ciała ludzkiego, co prowadzi do osiągnięcia celu, w jakim porozumiewanie się zostało podjęte (Sufa 2008: 15). W codziennej komunikacji przekaz niewerbalny możemy uznać za równie ważny jak słowny. Według jednej z najbardziej znanych teorii dotyczących komunikacji niewerbalnej Alberta Mehrabiana, w komunikowaniu się słowa niosą ze sobą tylko 7% wszystkich informacji, 38% zawartych jest w intonacji, natomiast aż 55% przekazujemy za pomocą gestów. Psycholog Ray Birdwhistell z kolei twierdzi, że komunikaty niewerbalne stanowią aż 65% treści, a słowa – jedynie 35% (Pease 1992: 11–22). Komunikaty niewerbalne mają znaczący wpływ na relacje interpersonalne i są używane w celu następujących funkcji komunikacyjnych: przekazywanie informacji, regulowanie interakcji, wyrażanie emocji, tworzenie metakomunikatów, kontrolowanie sytuacji społecznych, kształtowanie wrażenia (Leathers 2007: 34–35). Osoba świadoma wysyłanych przez siebie komunikatów może skutecznie kierować interakcją, natomiast nieświadome zachowania dają osobie dekodującej większą wiedzę o kodującym.

Podczas badań szczególnie zajmowano się odbiorem komunikacji niewerbalnej przez uczniów. Ustalono, na które elementy komunikacji niewerbalnej uczniowie zwracają uwagę, a co za tym idzie, które z nich mają największy wpływ na przekazywanie informacji przez nauczyciela, a w konsekwencji – na sukces edukacyjny.

Tab. 1. Odsetek uczniów skupiających się na poszczególnych elementach komunikacji niewerbalnej

Elementy komunikacji niewerbalnej	Zwracam uwagę	Nie zwracam uwagi
Mimika	23 (81%)	5 (19%)
Gestykulacja	24 (86%)	4 (14%)
Kontakt wzrokowy	20 (71%)	8 (29%)
Dystans fizyczny	13 (46%)	17 (64%)
Dotyk	9 (32%)	19 (68%)
Postawa ciała	21 (75%)	7 (25%)
Wygląd zewnętrzny	17 (61%)	11 (39%)
Intonacja	27 (96%)	1 (4%)

Uczniowie stwierdzili, że najważniejsze w pracy nauczyciela są: mimika, gestykulacja, intonacja, postawa ciała i kontakt wzrokowy. Elementy te w największym stopniu decydują o cechach dobrego mówcy, a takim powinien być nauczyciel. Zróżnicowana intonacja pozwala uniknąć monotonii wypowiedzi. Dzięki mimice i gestykulacji możliwe jest zobrazowanie i emocjonalne zaangażowanie w przekazywane treści, z kolei odpowiednio utrzymywany kontakt

wzrokowy zapewni zainteresowanie każdego słuchacza, który również skupi swój wzrok na osobie mówiącej.

Obserwacja pozwoliła ustalić, że podczas lekcji większość nauczycieli zachowywała poważny wyraz twarzy. Uśmiechali się jednak, kiedy sytuacja na to pozwalała. Wykorzystywali ruchy głową do zakomunikowania aprobaty, potakiwali, kręcili przecząco głową. Wszyscy komunikowali się poprzez ruchy gałek ocznych, wyrażając zastanowienie, unosili brwi na znak zdziwienia, dopełniali również przekaz werbalny mimiką i gestami. Używali gestów obrazujących wzrost, spadek, wskazywali na konkretne części ciała, o których była mowa. Były to zatem ruchy rytmiczne, które dopełniały całość aktu mowy. Kilku nauczycieli wykorzystywało okulary korekcyjne, aby przeczytać listę obecności lub fragment z podręcznika, ale potem zaczynali włączać je do swojej gestykulacji, np. trzymali okulary w dłoni podczas objaśniania, zakładali i zdejmowali okulary, odkładali je na biurko i podnosili z powrotem, trzymali końcówki oprawek w ustach, wymachiwali okularami. Podobną rolę spełniał u niektórych nauczycieli marker do tablicy – cały czas trzymali go w dłoni, mimo że nie mieli w danej chwili niczego do zapisania. Palcem wskazującym zdarzało się nauczycielom prezentować treści na tablicy, jednak nigdy nie pokazywali nim bezpośrednio ucznia. Wykorzystywali również pstrykanie palcami, najczęściej w celu uciszenia rozmawiających uczniów, pojawiały się też gesty kładzenia palca wskazującego na ustach jako oznaka nakazywania ciszy. Większość nauczycielskich ruchów była spokojna i wyważona, często gestykulowali rękoma, posługiwali się różnymi przedmiotami, zakładali ręce z przodu bądź z tyłu ciała, opierali się o krawędź stołu, aby zachować postawę otwartą, jednocześnie ograniczając swoją strefę intymną. Siedząc, zachowywali spokój, a przestrzeń osobistą wyznaczali biurkiem. Gesty i mimika służyły do ilustrowania zagadnień, wzbogacenia przekazu werbalnego, aby uczniowie przyswoili i zapamiętali przekazywane treści.

Ważną rolę odgrywa wygląd zewnętrzny: miła aparycja, wdzięk osobisty, czysty ubiór, staranna fryzura, delikatny makijaż, dbałość o higienę osobistą (Bonar 1997: 172). Uczniowie zawsze pozytywnie reagują na wysoką higienę osobistą i schludny ubiór nauczycieli. Wywołuje to wśród młodzieży pozytywne wrażenia estetyczne, pozytywny nastrój, a nawet szacunek względem nauczyciela czy zainteresowanie jego przedmiotem. Często nauczyciele otrzymują wśród uczniów przezwiska związane ze swoją aparycją. Niedostateczna dbałość o wygląd prawie zawsze wywołuje reakcje negatywne, takie jak: naśmiewanie się z nauczyciela, lekceważenie go lub niechęć do przedmiotu przez niego nauczanego (Gierka 1970: 39-40). Najbardziej uczniowie zwracają uwagę na twarz i sylwetkę, a dopiero potem na ekspresję i mimikę oraz wygląd związany ze zdrowiem lub jego niedostatkiem, jednak w przypadku chłopców można zauważyć, że te proporcje są nieco zaburzone (Omylińska 1970: 15).

Z badań wynika, że połowa (14 osób) spośród ankietowanych uczniów deklaruje, że zwraca uwagę na wygląd zewnętrzny nauczyciela, jedenaście osób (39%) robi to czasami, a tylko trzy osoby (11%) nie patrzą na aparycję nauczycieli. Kolejno sprawdzano, które elementy wyglądu najczęściej przyciągają uwagę uczniów (zob. tab. 2).

Tab. 2. Elementy wyglądu nauczyciela

Elementy wyglądu nauczyciela	Zwracam uwagę	Nie zwracam uwagi
Modne ubranie	8 (29%)	20 (71%)
Schludne ubranie i wygląd	28 (100%)	0 (0%)
Wybrane elementy, np. fryzura, makijaż, biżuteria, pomalowane paznokcie	21 (75%)	7 (25%)
Sylwetka	15 (54%)	13 (46%)
Higiena osobista	28 (100%)	0 (0%)

Prezentowane wyniki prowadzą do wniosków, że uczniowie najczęściej zwracają uwagę na higienę osobistą oraz schludne ubranie i wygląd. Dużo mniejszą rolę odgrywają takie elementy, jak fryzura, makijaż, biżuteria czy pomalowane paznokcie. Na pytanie: *Czy zwracasz uwagę na dysfunkcje i niepełnosprawności nauczyciela?* tylko ośmiu uczniów (29%) odpowiedziało twierdząco. Ci uczniowie zostali poproszeni o wymienienie dysfunkcji bądź niepełnosprawności, które przykuwają ich uwagę. W sumie wymienili dziesięć różnych cech. Najwięcej spośród nich odnosiło się do komunikacji wokalne (wrażenia słuchowe). Uczniowie wskazali wady wymowy (ta odpowiedź pojawiła się dwa razy), niewyraźną wymowę, problemy z mówieniem, czyli te trudności, które są wyraźnie zauważalne oraz stałe i wpływają z pewnością na zrozumiałość przekazywanych komunikatów słownych. Wśród nich znalazły się również: chory głos, katar, kaszel, które są trudnościami przejściowymi. Wystąpiła tylko jedna odpowiedź odnosząca się do niepełnosprawności fizycznej (*dysfunkcja nogi*) oraz dwie odpowiedzi nazywające dysfunkcje mentalne. Były to *roztrzepanie* oraz *skleroza*. Można wnioskować, że uczniowie najczęściej zauważają problemy z fonacją i artykulacją, stałe i przejściowe. Jednak aż 25 osób (89%) zadeklarowało, że nie nadają nauczycielom przezwisk związanych z wyglądem. Zatem aparycja nauczyciela jest bardzo ważnym elementem całości komunikacji niewerbalnej, jednak nie chodzi tu wcale o atrakcyjność. Uczniowie przede wszystkim chcą, aby nauczyciele ubierali się zgodnie z zajmowanym stanowiskiem, dbali o schludny, czysty wygląd i higienę osobistą.

Interesujące wyniki dotyczą dotyku. Badania wykazały, że respondenci do tego elementu komunikacji niewerbalnej przywiązywali najmniejszą wagę. Podczas obserwacji zanotowano tylko jedną sytuację, w której nauczyciel posłużył się tą formą komunikacji, co dowodzi faktu, że dotyk jest elementem pozawerbalnym prawie nieobecnym w szkole średniej. Różni się to znacząco od sytuacji

na lekcjach w szkole podstawowej, gdzie, szczególnie w klasach młodszych, nauczyciel posługuje się dotykiem stosunkowo często (Sufa 2008: 62–63).

Elementem, który w fundamentalny sposób wpływa na budowanie relacji, jest kontakt wzrokowy utrzymywany z rozmówcą. Zaobserwowano, że podczas lekcji wszyscy nauczyciele utrzymywali kontakt wzrokowy z uczniem, z którym się aktualnie komunikowali (podczas odpowiedzi na pytanie, wyjaśnianie zagadnienia), czasami wzrokiem i przerwaniem mówienia upominali rozmawiających uczniów. Większość podczas prowadzenia wykładu czy wyjaśniania jakiegoś zagadnienia utrzymywała kontakt wzrokowy z klasą, jednocześnie sprawdzając, czy uczniowie rozumieją dane zagadnienie. Jednak niektórzy, tłumacząc lub prowadząc wykład, patrzyli w jeden punkt, w swoje notatki lub mówili tylko do części klasy. Powodowało to niemal natychmiastową utratę zainteresowania tych uczniów, którzy nie byli obejmowani wzrokiem. W sytuacji, kiedy nauczyciel dodatkowo mówił monotonnym głosem, wyczuwalna była atmosfera znużenia i braku zainteresowania.

Oprócz kontaktu wzrokowego ważna była postawa nauczyciela, która bezpośrednio przyczyniała się do wykazywanego przez uczniów zainteresowania lekcją. Kilkoro nauczycieli stało z kserokopiami lub podręcznikiem w ręce podczas rozwiązywania zadań. Bardzo często opierali się o biurko lub ławkę dwiema rękoma, czasami zakładali ręce na krzyż, zdarzało się, że jedną rękę trzymali przez chwilę w kieszeni, zakładali dłonie z tyłu. Dwóch nauczycieli przez całe zajęcia siedziało za biurkiem, jedynie na początku lekcji przeszli przez środek między ławkami, sprawdzając, czy uczniowie mają zeszyty, podręczniki i nie korzystają z telefonów komórkowych. Część nauczycieli przyjmowała postawę zamkniętą, siadając z założonymi rękami lub pozostając za biurkiem, o które byli oparci. Na tych lekcjach wyraźnie wyczuwalne było znużenie uczniów. Ciekawą postawą ciała było siedzenie nauczycieli na biurku lub na pierwszej ławce. Postawa ta była pośrednia pomiędzy siedzeniem a staniem, zapewniała stabilność, ale również łatwe przejście do pozycji pionowej. Wprowadzała ona swobodną atmosferę, gdyż nauczyciele komunikowali tą postawą swoje mniej formalne podejście do prowadzenia lekcji.

Emisja głosu jest niezwykle ważnym elementem komunikacji niewerbalnej na lekcji. Jest nieodłącznym aspektem aktu mowy, który zostaje nadbudowany przekazem poprzez barwę głosu, intonację i sposób mówienia. Prawie wszyscy obserwowani nauczyciele mówili głośno i wyraźnie, w sposób zrozumiały.

Komunikacji wokalne dotyczyły dwa pytania ankietowe. Pierwszym z nich było: *Czy zwracasz uwagę na barwę głosu nauczyciela?* Aż szesnaścioro uczniów (57%) odpowiedziało twierdząco, dziesięcioro (36%) stwierdziło, że robią to czasami, a tylko dwoje (7%) nie zwraca na to w ogóle uwagi. Nauczycielom niejednokrotnie zdarza się krzyczeć, czym wywołują u uczniów niepokój i zdenerwowanie. W efekcie młodzi ludzie zaczynają się obawiać nauczyciela,

niechętnie przychodzą na jego lekcje lub wręcz ich unikają. W badaniach przeprowadzonych przez Krzysztofa Polaka jedynie 10% ankietowanych nauczycieli (4 spośród 40) uznało, że nauczyciel nie powinien używać krzyku podczas lekcji, pozostali twierdzili, że niejednokrotnie, szczególnie w młodszych klasach, sytuacje zmuszają ich do podniesienia głosu na uczniów. Pedagodzy uzasadniali również, że dzięki temu uczniowie czują respekt przed nauczycielem. Jednak zdania uczniów były podzielone. Wprawdzie część przyznawała, że krzyk nauczyciela ich motywuje, jednak uczniowie z klas młodszych twierdzili, że boją się wtedy nauczyciela, natomiast ci ze starszych klas opisywali niechęć i bunt względem krzyczącego nauczyciela (Polak 2001: 189–295). Podczas własnych badań ankietowych 22 (79%) uczniów zadeklarowało, że krzyczy na nich niewielu nauczycieli, pięcioro (18%) określiło, że nie robi tego żaden nauczyciel, a tylko jedna osoba (3%) stwierdziła, że aż połowa nauczycieli posługuje się w sytuacji lekcyjnej krzykiem. Jeśli chodzi o obserwację, to żaden z nauczycieli podczas prowadzonych badań nie podniósł głosu na uczniów. Trudno jednak stwierdzić, czy faktycznie nie krzyczą na swoich uczniów, czy nie robili tego z powodu obserwacji prowadzonej w ramach badań.

Akty grzecznościowe

Komunikacja werbalna odgrywa ważną rolę w komunikacji międzyludzkiej. Nie inaczej jest w praktyce szkolnej, ponieważ: „Język, stanowiąc narzędzie pracy nauczyciela, wpływa na zachowania ucznia” (Mądry-Kupiec 2011: 19). Mądry-Kupiec uważa, że wysokie kompetencje komunikacyjne nauczyciela wpływają bezpośrednio na powodzenie komunikacyjne. Mówienie uczniów i nauczyciela na lekcji cechować powinna otwartość oraz zaufanie i akceptacja.

Akt mowy jest pojęciem szerokim, mieszczącym w sobie wiele różnych sytuacji komunikacyjnych. Wśród tych aktów wyróżnia się różne ich typy:

1. asertywy – stwierdzenia (akty orzekające),
2. dyrektywy – pytania, prośby, rady, rozkazy, żądania,
3. komisywy – obietnice, groźby, zobowiązania, przyrzeczenia,
4. ekspresywy – powitania, podziękowania, gratulacje, przeprosiny,
5. deklaratywy – mianowania, ogłoszenia, zarządzenia,
6. akty wartościowania – ocena nadawcy dotycząca osób, rzeczy².

Bogusław Skowronek wyróżnił ponadto akty etykiety językowej, i to właśnie one stanowią przedmiot prowadzonych tu rozważań. Wspomniane akty to „część norm społecznych, regulujących użycie skonwencjonalizowanych, stereotypowych formuł i zwrotów [...]. Realizują przede wszystkim funkcję fa-

² Podział aktów mowy przytoczony został za B. Skowronkiem (1999: 24–25), jednak jego autorem jest J. Searle. Jedynie ostatni rodzaj aktów wprowadził autor przytaczanej publikacji.

tyczną, służą bowiem nawiązaniu, utrzymaniu, ewentualnie urwaniu kontaktu między nadawcą i odbiorcą” (Skowronek 1999: 111). Małgorzata Marcjanik przez etykietę językową rozumie „językowy sposób zachowania się i językowe formy towarzyskie” (Marcjanik 2001: 45.). Akty etykiety językowej nazywane są też przez Skowronka inaczej zwrotami grzecznościowymi. Mieszczą się wśród nich powitania, pożegnania, podziękowania, przeproszenia i zwroty adresatywne. Przede wszystkim na tych ostatnich skupiono się w prowadzonych badaniach.

Powitania i pożegnania nie tylko są ważnymi elementami komunikacji między nauczycielem a uczniem, ale również sygnałem rozpoczęcia i zakończenia lekcji, a ponadto „formuła powitalna «Dzień dobry» jest realizacją normy obyczajowej” (Marcjanik 2001: 50). Często zwroty te są szablonami językowymi, gdyż nauczyciele i uczniowie zwracają się do siebie zawsze tymi samymi słowami, jednak zaniechanie tych aktów mowy wydaje się niemożliwe. Nie są one jedynie schematycznymi wypowiedziami porządkującymi przebieg zajęć, są również wyrazem szacunku nauczyciela wobec uczniów. Wspólne powitanie i pożegnanie stanowią integralne części wzajemnej współpracy (Skowronek 1999: 115–117).

W ankiecie pytano przede wszystkim o określenia, jakimi nauczyciele zwracają się do młodzieży, oraz o to, w jaki sposób te zwroty są odbierane przez uczniów. Zapytano także o obecność przywitań i pożegnań oraz o ocenę przez młodzież ważności tych zwrotów grzecznościowych. Okazuje się, iż większość uczniów zwraca uwagę na to, czy nauczyciel przywita się z nimi i pożegna, gdyż te elementy są dla nich ważne.

Tab. 3. Ważność używania zwrotów grzecznościowych

Czy zwracasz uwagę na to, czy nauczyciel wita się i żegna z Wami?	TAK: 23 (81%)	NIE: 5 (19%)
Czy ważne jest dla Ciebie, aby przywitać się i pożegnać z nauczycielem?	TAK: 20 (71%)	NIE: 8 (29%)

Uczniowie określili w ankietach, że najczęściej nauczyciele witają się z nimi słowami: *dzień dobry*, czasami dodając polecenie: *usiądźcie*, bądź zwrot bezpośredni: *uczniowie*, rzadko zdarza się forma: *witam*, *siadajcie*. Żegnają się natomiast słowami *Do widzenia* lub *do zobaczenia*, co potwierdziły obserwacje. Jedynie czterech nauczycieli oficjalnie przywitało się i pożegnało z uczniami, trzech pamiętało tylko o jednym ze zwrotów: przywitaniu bądź pożegnaniu.

Zwroty adresatywne są używane przez nauczycieli bardzo często w sytuacji lekcyjnej. Wynika to z faktu, że niejednokrotnie prowadzący musi zwrócić się personalnie do ucznia. Już na samym początku lekcji wyczytuje listę obecności, zwracając się tym samym do każdego ucznia z ukrytym pytaniem intencyjnym:

czy jesteś dzisiaj obecny? Następną sytuacją jest wywołanie do odpowiedzi podczas zajęć; niezależnie od tego, czy jest to pytanie na ocenę przy tablicy, czy odpowiedź na pytanie zadane w toku zajęć, nauczyciel zwraca się do konkretnego ucznia. Ostatnią, chyba najczęstszą sytuacją jest upominanie ucznia, który zachowywał się w sposób nieodpowiedni, nieaprobowany w sytuacji lekcyjnej. Są to trzy momenty, bez których nie odbywa się w zasadzie żadna lekcja. Oczywiście, mogą zaistnieć także inne sytuacje, które wymagać będą od nauczyciela zwracania się do wybranego ucznia.

Warto zauważyć, że te akty mowy charakteryzuje pewna dysproporcja wynikająca z tego, że uczniowie zobowiązani są zwracać się do nauczyciela konwencjonalnie, np. *proszę pani / proszę pana, pani profesor / panie profesorze*, z kolei nauczyciele mają w tej kwestii większą swobodę. Mogą zwracać się do ucznia po imieniu (w formie oficjalnej lub zdrobniałej), po nazwisku, a nawet za pomocą pseudonimów czy przezwisk. Rzadko zdarza się, żeby pedagodzy używali formy grzecznościowej *pan/pani*, przy czym jest to spotykane tylko w niektórych szkołach średnich. Wariantywność sposobów zwracania się do uczniów nie jest bez znaczenia. Od formy, jaką nauczyciel zastosuje, zależy nie tylko powodzenie komunikacyjne, ale również atmosfera na lekcji i bliskość relacji, jaką buduje on z uczniami (Skowronek 1999: 124–131).

Akty adresatywne, jak wynika z badań, mają duży udział w budowaniu relacji między nauczycielem a uczniami. Aż 26 osób (93%) lubi, kiedy nauczyciele zwracają się do nich po imieniu. Podczas obserwacji tylko pięciu nauczycieli (połowa z obserwowanych) знаło wszystkich lub większość uczniów z imienia. Trzyznaścioro uczniów stwierdziło, że nauczyciele zwracają się do nich po nazwisku (46%), z czego siedmioro (25%) nie zwraca na ten fakt uwagi, jest im to obojętne bądź im to nie przeszkadza, a pięć osób nie czuje się dobrze w takiej sytuacji i nie lubi tego.

Postanowiono również zapytać uczniów o stosunek do wyboru konkretnych form adresatywnych oraz do faktu, że nauczyciele nie znają ich imion. Pytanie zostało sformułowane w następujący sposób: *Co czujesz, kiedy nauczyciel zwraca się do ciebie: „dziewczyna w drugiej ławce” / „chłopak w czerwonej bluzie” itp.?* Aż 16 osób (57%) nie lubi tego typu zwrotów, 5 osób (18%) stwierdza, że jest to irytujące, ponadto odczuwają *zażenowanie, że nie zna mojego imienia; anonimowość, brak zainteresowania ze strony nauczyciela; żenadix; dziwnie trochę; nic szczególnego, ale trochę anonimowo, obawiam się, że coś złego zrobiłam; zignorowana, gorsza i mało znacząca*³, są źli, że *pomimo tego, że chodzimy już do szkoły kilka miesięcy, to dalej nie wie, jak mam na imię; nauczyciele znają innych a mnie nie*. Troje uczniów (11%) wykazało się zrozumieniem, że *niektórzy mają trudność z zapamiętaniem imion*, a dziewięcioro uczniów (32%) zadeklarowało, że *jest to normalne, nie przeszkadza to tak bardzo*, lub – że *niczego nie czują*.

³ Wypowiedzi pisemne uczniów zostały wyodrębnione kursywą i przytoczone w oryginalnej formie.

W szkole średniej bardzo trudno jest, aby nauczyciel uczący kilka klas liczących po trzydzieści osób, z którymi ma lekcję raz w tygodniu, zapamiętał imiona wszystkich swoich uczniów. Uczniowie są w tej kwestii wyrozumiali wobec nauczycieli, jednak wymagają od tych, z którymi widzą się kilka razy w tygodniu, że będą zwracali się do nich przy użyciu imion. Kiedy tego nie robią, czują się lekceważeni i traktowani jako nierówni partnerzy w tej relacji. W większości uczniom nie przeszkadza fakt zwracania się nauczycieli do nich po nazwisku, jednak nie lubią, kiedy pedagodzy posługują się zastępczymi formami *chłopak pod ścianą*, *dziewczyna w czerwonym*. Podczas obserwacji nie zanotowano, aby nauczyciele zwracali się do uczniów w ten sposób. Jedna z nauczycielek, nie pamiętając wszystkich imion, stosowała zwroty: *kochanie*; *dzieciaczki moje kochane*, co było bardzo pozytywnie oceniane przez uczniów. Mimo nastoletniego wieku uczniowie nie oburzali się na takie formy adresatywne, a wręcz przeciwnie, stwierdzali, że te zwroty są bardzo miłe. Można wyciągnąć wnioski, że uczniowie chcą być traktowani życzliwie, lubią być nazywani po imieniu, jednak inne formy także są przez nich akceptowalne.

Sukces na lekcji

Badania opisane w literaturze przedmiotu pokazują, że dużo większy wpływ na podejście ucznia do nauczyciela i przedmiotu ma zachowanie, osobowość, a także elementy komunikacji niewerbalnej prowadzącego niż słowa przez niego wypowiedziane (Pieter 1974: 46–52). Stąd pytanie postawione w ankiecie jako pierwsze brzmiało: *Czy zdarzyło Ci się polubić przedmiot dzięki osobie nauczyciela?* Twierdzącej odpowiedzi udzieliło 25 osób (89%). Prowadzi to do wniosku, że osobowość nauczyciela, sposób przekazywania przez niego wiedzy, a także komunikacja wpływają znacząco na sympatię względem nauczyciela, przedmiotu oraz na sukces edukacyjny.

Oprócz bezpośrednich pytań o elementy komunikacji niewerbalnej i zwroty grzecznościowych zapytano również o atmosferę na lekcji oraz poproszono respondentów o opisanie najlepszego i najgorszego nauczyciela z uwzględnieniem jego zachowania oraz aktów mowy. Jako atmosferę rozumiano tutaj ogół czynników składających się na dobre bądź złe samopoczucie ucznia podczas lekcji. W wielu odpowiedziach podkreślano, że na atmosferę na lekcji wpływa kontakt nauczyciela z uczniami, jego stosunek do uczniów, a także nastawienie, postawa czy zachowanie. Takie lub podobne sformułowania pojawiły się aż w 21 odpowiedziach. Pozwala to wyciągnąć wnioski, że relacje z nauczycielem, a także to, w jaki sposób nauczyciel odbiera uczniów oraz nawiązuje z nimi kontakt, są kluczowe w budowaniu relacji interpersonalnych w sytuacji edukacyjnej. Aż 5 osób zaznaczało, że ważne jest *poczucie humoru nauczyciela*; *to*,

czy się uśmiecha; to, że można swobodnie porozmawiać, pośmieszkować, można się pośmiać na jego lekcjach. 3 osoby wspomniały o braku wyczuwalnego napięcia i o tym, że na lekcjach można poczuć się bezpiecznie. Często uczniowie podkreślali, że ważny jest *stosunek do nas jako uczniów i ludzi; szacunek ucznia do nauczyciela* – mowa tu o wzajemnym szacunku, podmiotowym traktowaniu uczniów i budowaniu wzajemnych pozytywnych relacji. Wielu uczniów zwracało uwagę na sposób prowadzenia lekcji przez nauczyciela, a więc metody, którymi się posługuje, a nawet: *to, czy nauczyciel lubi to, co robi, czy prowadzi lekcję, jakby był w szkole za karę.*

Dodatkowe pytania ankiety pozwoliły na opracowanie sylwetek najlepszego i najgorszego nauczyciela. Najlepszy pedagog nie tylko potrafi dobrze tłumaczyć, zachęcać uczniów do swojego przedmiotu, lecz także rozmawia z uczniami na każdy temat. Takie odpowiedzi najczęściej występowały w ankietach. Pozytywne cechy dobrego nauczyciela to według ankietowanych uczniów: *inteligentny, otwarty, przyjazny dla uczniów, miły, serdeczny, wymagający, energiczny, wyrozumiały, zaangażowany, sympatyczny, pomocny.* Pojawiły się też nawiązania do zwrotów grzecznościowych: *Mówi do nas zdrobniale (dzieci kochane); zwraca się do nas zwrotami, np. Moi mili, kochane dzieci,* a także do innych aktów mowy: *używa wielu przenośni; dopytuje się, czy każdy rozumie temat; cierpliwie tłumaczy; powtórzy jeszcze raz, jeśli czegoś nie zrozumiemy.* Dobry nauczyciel zatem potrafi nie tylko zrozumiale przekazywać informacje, jest zaangażowany w swoje zajęcia, lecz także traktuje uczniów jako równych sobie partnerów w procesie edukacji. Jego przeciwieństwo – najgorszy nauczyciel – to człowiek: *niemiły, sarkastyczny, nudny, sztuczny, surowy, niecierpliwy, wymagający.* Pojawiały się ponadto odpowiedzi odnoszące się do krzyku bądź zbyt cichego mówienia, braku odpowiedzi na pytania uczniów lub zbyt zawiłych odpowiedzi, przedrzeźniania uczniów: *mówi cicho i niewyraźnie, ciągle wzdycha, zero poczucia humoru.* Na tej podstawie można stwierdzić, że negatywna opinia o nauczycielu jest kształtowana przede wszystkim na podstawie jego zachowania i postawy względem uczniów. Brak partnerskiego stylu komunikacji, nierówne traktowanie wszystkich uczniów, podejście lekceważące są najczęstszymi błędami popełnianymi przez nauczycieli, prowadzącymi do jednoznacznego określania ich przez uczniów jako złych.

Uwagi końcowe

Uczniowie szkoły średniej są świadomymi uczestnikami komunikacji międzyludzkiej. Potrafią zauważać, trafnie odkodowywać i interpretować przekazy werbalne i niewerbalne. Krytycznie oceniają nauczycieli, zauważając zarówno ich słabe, jak i mocne strony. Dobrym nauczycielom odpłacają sympatią i zain-

teresowaniem ich przedmiotem. Często nauczyciele nie zdają sobie jednak sprawy z roli, jaką odgrywają w życiu młodych ludzi. Nie tylko nieumiejętność przekazywania wiedzy, lecz także niedociągnięcia komunikacyjne są negatywnie oceniane przez uczniów, jednak to umiejętność budowania relacji z uczniami wydaje się w procesie edukacji najważniejsza. Uczniowie powinni być przede wszystkim traktowani podmiotowo, jako równi partnerzy w komunikacji, na lekcji i w całej sytuacji szkolnej. Elementami budującymi pozytywne relacje są przede wszystkim zwroty grzecznościowe, odpowiednie zwroty adresatywne, otwarta postawa i utrzymywanie z uczniami kontaktu wzrokowego. Są one wyrazem szacunku, życzliwości wobec uczniów oraz podkreślają pewność siebie nauczyciela. Uczniowie poszukują w nauczycielach mądrych wzorców osobowych, ale również partnerów, którzy będą traktować ich jak dorosłych ludzi, co szczególnie jest ważne dla nastoletniej młodzieży szkoły licealnej.

Na sukces komunikacyjny składają się: mimika, gesty, intonacja, kontakt wzrokowy i postawa ciała, czyli elementy, na które powinien zwracać uwagę dobry mówca i każda osoba występująca publicznie, a taką bez wątpienia jest nauczyciel. Atmosferę na lekcji buduje przede wszystkim samopoczucie uczniów, którzy nie powinni bać się nauczyciela, ale czuć się w jego obecności swobodnie. Równie ważne są: życzliwość, indywidualne podejście do ucznia i poczucie humoru. Opisywany przez uczniów idealny nauczyciel potrafi sprawnie komunikować się z młodzieżą, buduje z nią pozytywne i trwałe relacje oparte na wzajemnym szacunku, zaufaniu, zrozumieniu i cierpliwości, ponad wszystko lubi swoją pracę, przedmiot, którego naucza, i potrafi w sposób ciekawy oraz zabawny przekazać swoją wiedzę.

Literatura

- Bonar J., 1997, *Niewerbalne komunikowanie nauczyciela a efekty kształcenia uczniów klas I–III*, Łódź: Wydaw. UŁ.
- Gierka I., 1970, *Wpływ higieny osobistej i ubioru nauczyciela na uczniów*, „Chowanna”, nr 1, s. 29–40.
- Góra J., 2001, *Czynniki zakłócające proces porozumiewania się na lekcji* [w:] *Procesy komunikacyjne w szkole*, red. W. Kojs, Katowice: Wydaw. UŚ, s. 180–185.
- Kutrowska B., 2008, *Komunikacja interpersonalna w procesie edukacyjnym – rytuały interakcyjne* [w:] *Interakcje komunikacyjne w edukacji z perspektywy sytuacyjności i kontekstowości znaczeń*, red. A. Błachnio, M. Drzewowski, M. Schneider, W.J. Maliszewski, Toruń: Wydaw. Adam Marszałek: Dolnośląska Szkoła Wyższa.
- Leathers D.G., 2007, *Komunikacja niewerbalna*, Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN.
- Marcjanik M., 2001, *W kręgu grzeczności: wybór prac z zakresu etykiety językowej*, Kielce, Wydaw. Trio.
- Mądry-Kupiec M., 2011, *Komunikacja werbalna nauczyciela i ucznia na lekcji*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

- Omylińska U., 1970, *Wpływ fizycznej aparycji nauczyciela na ucznia*, „Chowanna”, z. 1, s. 12–28.
- Pease A., 1992, *Język ciała. Jak czytać myśli ludzi z ich gestów*, Kraków: Wydaw. Gemini.
- Pieter J., 1974, *Wpływ cech osobistych nauczycieli na uczniów*, „Nauczyciel i Wychowanie”, z. 4, s. 46–52.
- Polak K., 2001, *Krzyk w pracy nauczyciela* [w:] *Procesy komunikacyjne w szkole*, red. W. Kojs, Katowice: Wydaw. UŚ, s. 189–295.
- Skowronek B., 1999, *O dialogu na lekcjach w szkole średniej. Analiza pragmatyczno-językowa*. Kraków: Wydaw. Naukowe AP.
- Sufa B., 2008, *Komunikacja niewerbalna. O porozumiewaniu się nauczycieli i uczniów w edukacji wczesnoszkolnej*, Kraków: Wydaw. Naukowe AP.

Załącznik 1

ANKIETA ANONIMOWA DLA UCZNIÓW

1. Czy zdarzyło Ci się polubić przedmiot dzięki osobie nauczyciela? TAK/NIE
2. Które elementy komunikacji niewerbalnej są dla Ciebie najważniejsze na lekcji? Na co zwracasz uwagę w zachowaniu nauczyciela. Wstaw plus, jeśli zwracasz na to uwagę, lub minus, jeśli nie.

<i>Elementy komunikacji niewerbalnej</i>	+/-
Mimika	
Gestykulacja	
Kontakt wzrokowy	
Dystans fizyczny	
Dotyk	
Postawa ciała	
Wygląd zewnętrzny	
Intonacja	

3. Intonacja głosu
 - Czy nauczyciele krzyczą na lekcjach? WSZYSCY/ WIĘKSZOŚĆ/ POŁOWA/ MNIEJSZOŚĆ/ ŻADEN
 - Czy zwracasz uwagę na barwę głosu nauczyciela? TAK/CZASAMI/NIE
4. Przywitania i pożegnania
 - Czy zwracasz uwagę na to, czy nauczyciel wita się i żegna z Wami? TAK/NIE
 - Czy ważne jest dla Ciebie, aby przywitać się i pożegnać z nauczycielem? TAK/NIE
 - Jakimi słowami najczęściej nauczyciel wita się z Wami i żegna?
5. Wywoływanie do odpowiedzi/ upominanie, bezpośrednie zwroty
 - Czy nauczyciele zwracają się do Ciebie po imieniu? WSZYSCY/ WIĘKSZOŚĆ/ POŁOWA/ MNIEJSZOŚĆ/ ŻADEN
 - Czy lubisz, kiedy nauczyciele zwracają się do Ciebie po imieniu? TAK/NIE
 - Czy nauczyciele zwracają się do Ciebie po nazwisku? TAK/NIE Jeśli TAK, napisz, czy to lubisz
 - Co czujesz, kiedy nauczyciel zwraca się do Ciebie: *dziewczyna w drugiej ławce/ chłopak w czerwonej bluzie* itp.?
6. Wygląd zewnętrzny
 - Czy zwracasz uwagę na wygląd zewnętrzny nauczyciela? TAK/ CZASAMI/NIE

- Wstaw plus, jeśli zwracasz na to uwagę, lub minus, jeśli nie.

<i>Elementy wyglądu</i>	+/-
Modne ubranie	
Schludne ubranie i wygląd	
Wybrane elementy, np. fryzura, makijaż, biżuteria, pomalowane paznokcie	
Sylwetka	
Higiena osobista	

- Czy zwracasz uwagę na dysfunkcje i niepełnosprawności nauczyciela?
TAK/NIE Jeśli TAK, to jakie?
7. Czy nadajecie nauczycielom przezwiska związane z ich wyglądem? TAK/NIE Jeśli TAK, to jakie?
 8. Co według Ciebie wpływa na atmosferę na lekcji?
 9. Opisz najgorszego nauczyciela. Jak się zachowuje, co mówi?
 10. Opisz najlepszego nauczyciela. Jak się zachowuje, co mówi?

Non-verbal communication and polite speech acts of teachers in class at a secondary school (selected aspects)

Summary

The object of the article is non-verbal communication and selected verbal messages (forms of address and polite utterances) directed to secondary school students by their teachers, as well as the way they are perceived by the youths. Presented have been the results of tests which reflect the importance of such speech acts, and the relation between educational success and methods of communication between teachers and students have been researched.

Key words: non-verbal communication, directive utterances, polite utterances, communication between teachers and students

Z CYKLU
MOJE ŻYCIE Z...

Agata Widlarz

MOJE ŻYCIE Z... MÓZGOWYM PORAŻENIEM DZIECIĘCYM

Życie utkane z marzeń, czyli o samej sobie

Urodziłam się w 7. miesiącu ciąży, jako niespełna dwukilogramowy wcześniak. Z powodu problemów z oddychaniem przez trzy tygodnie leżałam w inkubatorze. Po uregulowaniu oddechu mogłam nareszcie zostać wypisana do domu. W przeciągu kilku dni moja babcia zauważyła, że jestem bardzo spastyczna, mam przykurcze kończyn górnych i dolnych. Podczas następnej wizyty u lekarza rodzice zapytali o dostrzeżone objawy. W odpowiedzi usłyszeli, iż dziecko jest w dobrym stanie i prawidłowo się rozwija. Nie dając za wygraną, rodzice skonsultowali się z innym specjalistą, który postawił diagnozę – cztero-kończynowe mózgowie porażenie dziecięce. Po ukończeniu trzeciego miesiąca życia rozpoczęła się batalia rodziny o poprawienie mojej sytuacji zdrowotnej. Żmudna rehabilitacja metodą Vojty wymagała od moich bliskich wielkiej determinacji, ogromnych nakładów finansowych oraz czasowych. Moja rodzina robiła wszystko, aby postawić mnie na nogi – miałam konsultacje lekarskie u najlepszych specjalistów w Warszawie, Krakowie oraz w Gdańsku.

Półtoraroczna rehabilitacja przyniosła wspaniałe efekty. Przykurcze rąk ustąpiły. Usprawnianie nóg wciąż trwało i trwa do dziś. Chodzić zaczęłam w wieku sześciu lat, ale tylko i wyłącznie z pomocą drugiej osoby. Poruszałam się na palcach i z kolanami do środka, jak „typowe dziecko po porażeniu mózgowym”. Swój pierwszy samodzielny krok postawiłam jako siedmiolatka. Na przełomie kilku kolejnych lat kilkakrotnie miałam wstrzykiwaną botulinę, której przyjęcie miało raz lepsze, raz gorsze skutki – po jednej z dawek leku przestałam całkowicie chodzić na półtora miesiąca.

Nigdy nie uczęszczałam do placówek z oddziałami integracyjnymi. Na każdym etapie edukacyjnym uczyłam się w klasach ze sprawnymi rówieśnikami. W wieku sześciu lat rozpoczęłam moją przygodę z muzyką. Gra na fortepianie okazała się znakomitą rehabilitacją rąk. Następstwem tej przygody było rozpoczęcie nauki w szkole muzycznej. Przez kolejne sześć lat byłam uczennicą Ogólnokształcącej Szkoły Muzycznej I stopnia w klasie fortepianu. Wtedy też przeszłam pierwszy zabieg operacyjny – podcięcie ścięgna Achillesa. W czasie

rekonwalescencji uzmysłowiłam sobie jednak, że tak naprawdę sam fortepian nie jest dla mnie spełnieniem marzeń – śpiew to dziedzina, w której chciałabym się doskonalić. Następnie uczęszczałam do gimnazjum, gdzie języka polskiego uczyła mnie wspaniała nauczycielka, która zaszczepiła we mnie pasję do tego przedmiotu. W drugiej klasie gimnazjum zostałam skonsultowana przez grupę holenderskich specjalistów, którzy zakwalifikowali mnie do bardzo poważnego zabiegu operacyjnego. Polegał on na rekonstrukcji miednicy, rzepek kolanowych oraz ponownego podcięcia ścięgien Achillesa. Trwająca siedem godzin, wykonywana na dwa zespoły lekarzy operacja, dwie nogi w gipsie przez okres sześciu tygodni – tak najkrócej podsumować można to wydarzenie. Mój chód poprawił się znacząco – od tamtej chwili poruszam się na całych stopach. W czasie rekonwalescencji, przez rok miałam nauczanie indywidualne w domu. W chwili rozpoczęcia edukacji w szkole średniej podjęłam decyzję o kontynuowaniu nauki w Szkole Muzycznej II stopnia, także w klasie fortepianu.

Po zdanej maturze dołączyłam do grona studentów Uniwersytetu Rzeszowskiego. Już od czasu gimnazjum wiedziałam, że kierunkiem, w którym chcę się kształcić, jest filologia polska. Na studiach licencjackich wybrałam specjalność nauczycielską, ponieważ bardzo lubię pracę z dziećmi i to właśnie w tym obszarze chciałabym się spełniać zawodowo. Dziedziną, która fascynowała mnie w tamtym okresie, była również logopedia. W wyniku tego zdecydowałam się na studiowanie dodatkowej specjalizacji – logopedycznej z nauczaniem polonistycznym. Ze względu na wspomniane zainteresowania oraz własne doświadczenia chorobowe postanowiłam w mojej pracy dyplomowej zbadać temat artykulacji u osób z dziecięcym porażeniem mózgowym. Obecnie kontynuuję naukę na studiach magisterskich. Temat pracy dyplomowej, który wybrałam, ściśle wiąże się z moją pasją, ponieważ brzmi: „Piosenki Wojciecha Młynarskiego – aspekty językowe i kulturowe”. Wojciech Młynarski to dla mnie Ikona, Mistrz, dlatego to właśnie nad Jego twórczością postanowiłam się pochylić w pracy podsumowującej pięć lat moich studiów.

Przez okres dwunastu lat mojej edukacji szkolnej byłam dość skrytą i zamkniętą w sobie osobą. Studia otworzyły mnie na świat i ludzi. Od pierwszego roku rozpoczęłam działalność w różnych organizacjach studenckich. Od pięciu lat aktywnie pracuję w ramach wolontariatu w Samorządzie Studentów Uniwersytetu Rzeszowskiego – zarówno w Samorządzie Głównym, jak i na Wydziale Filologicznym. Rozpoczynając studia, dowiedziałam się także o działającym na Uczelni Biurze ds. Osób Niepełnosprawnych – miejscu niezwykłym, szczególnie bliskim mojemu sercu. Moja historia z BON-em trwa nieprzerwanie od pięciu lat. To, ile wspaniałych osób poznałam, ile pięknych chwil przeżyłam, a przede wszystkim, jak dużo się nauczyłam – tego mi nikt nie odbierze. Praca z ludźmi sprawia mi ogromną radość, działanie na różnych szczeblach, w różnych sytuacjach daje mi mnóstwo satysfakcji. Cieszę się, że było mi dane

doznać tego wszystkiego, co przeżyłam przez okres tych pięciu lat. Cały czas podtrzymuję zdanie, iż gdybym miała jeszcze raz rozpoczynać studia – wszystkie decyzje pozostawiłabym, nic bym nie zmieniła.

Uważam, że wszystko w życiu dzieje się po „coś”, więc tak też było z moją przypadłością. Dzięki temu mogłam wziąć udział w wielu przedsięwzięciach, przeżyć mnóstwo pięknych chwil czy – co najważniejsze – poznać niezwykle osoby. Często zdarza mi się słyszeć od ludzi: „Skąd w Tobie tyle optymizmu, radości, pozytywnego patrzenia w przyszłość i na świat”? Dość mocno się wtedy dziwię, bo to, iż żyję z niepełnosprawnością, nie wyklucza normalnego życia. Zawsze tak było. Nigdy nie było w pełni „normalnie”, ale twierdzę, że tak po prostu miało być i trzeba brać życie garściami oraz czerpać z niego pomimo wszystkich trudności. Należy się z tym pogodzić i iść do przodu z uśmiechem na twarzy.

Dla mnie jednym z kluczowych momentów w życiu było odnalezienie największej pasji, jaką jest śpiewanie. Kiedy wychodzę na scenę i słyszę pierwsze dźwięki muzyki, zapominam o troskach dnia codziennego. Nic wtedy nie ma znaczenia. Liczy się ten właśnie moment, ta chwila. Melodia, publiczność i emocje, które mam do przekazania moim słuchaczom – to jest wtedy najważniejsze. Śpiewając, nie czuję barier, jestem wolna jak ptak. Będąc na scenie, czuję niezwykłą satysfakcję i spełnienie. Największą radością oraz nagrodą jest dla mnie możliwość dzielenia się z innymi moją pasją. To definicja życia, życia utkanego z marzeń...